

# Hasta Güvenliği Kùltürü ve Yansıtıcılığın Hasta Bakım Kalitesine Etkisi

Dr. Hakan Güvener • Doç. Dr. Mehmet Aytekin



HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE  
YANSITICILIĞIN HASTA BAKIM  
KALİTESİNE ETKİSİ

DR. HAKAN GÜVENER  
DOÇ. DR. MEHMET AYTEKİN



HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE  
YANSITICILIĞIN HASTA BAKIM KALİTESİNE  
ETKİSİ

DR. HAKAN GÜVENER  
DOÇ. DR. MEHMET AYTEKİN

© Özgür Yayınları Tic. Ltd. Şti.

*Bu kitabın Türkiye'deki her türlü yayın hakkı Özgür Yayınları Tic. Ltd. Şti'ne aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı veya bir kısmı 5846 sayılı yasanın hükümlerine göre, kitabı yayımlayan firmanın ve yazarlarının önceden izni olmadan elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayımlanamaz, depolanamaz.*

E-ISBN • 978-975-447-466-4

1. Baskı • Ocak, Gaziantep 2023

Dizgi/Mizanpaj • Mehmet ÇAKIR  
Kapak Tasarımı • Özgür Yayınları

Özgür Yayınları Tic. Ltd. Şti.

Yayıncı Sertifika No: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep

☎ 0.850 260 09 97

📞 0.532 289 82 15

🌐 www.ozgurayinlari.com

✉ info@ozgurayinlari.com

Meteksan Basım

Sertifika No: 46519

📍 Beytepe Köyü Yolu No: 3 • 06800

Çankaya / ANKARA

☎ 0.312 395 85 71

## *Teşekkürler...*

Tüm dünyada değişim ve belirsizlik hali Covid 19 pandemisi ile birlikte en üst düzeye çıkmıştır. Pandeminin yarattığı yıkıcı yeni durum özellikle sağlık sektörünü etkilemiştir. Bu ‘yeni dünya düzeni’ sağlık kuruluşlarının çalışma koşullarını ve sistemlerini gözden geçirmeye, değişime ve yeniliğe zorlamaktadır. Sağlık kuruluşlarının gelişim ve adaptasyon çabaları arasında hasta güvenliği kültürü ve hasta bakım kalitesini sürekli geliştirmek, değişim ve yeni dünya düzenine adaptasyon artık bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu bağlamda bu kitabın sağlık sektörüne ve bu alanda yapılacak diğer araştırmalara katkı sağlayacağı beklenmektedir.

Öncelikle kitabın fikir aşamasından çalışmanın tamamlanmasına kadar birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve eğitim sürecim boyunca her konuda bilgisini ve tecrübesini paylaşarak beni yönlendiren, gösterdiği bilgelik, sonsuz sabır, hoşgörü ve yüreklendirici sözler ile bana akademik yolda yürüme şevki kazandıran değerli Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN hocama en derin saygılarımla teşekkür ederim.

Hayatımın her anında destekleri ile bana güç veren bütün aileme, sabrı, anlayışı, en zor zamanlarımda bile sonsuz inancı ve güvenini bir an olsun eksik etmeyen hayat arkadaşım Gülizar Seda’ya, biricik can kızlarım Ela ve Beren’e teşekkür ederim.

Dr. Hakan GÜVENER

Gaziantep

2023



## *Sunuş*

Günümüzde bilgi giderek daha fazla erişilebilir hale gelirken bir taraftan da daha hızlı değişmektedir. Yeni dünya düzeni bireyleri sürekli olarak yeniden düşünmeye, yön değiştirmeye ve problem çözme stratejilerini geliştirmeye teşvik etmektedir. Bu nedenle, bireylerin alışlagelmiş faaliyetlerinden karmaşık işlere kadar yeni bilgileri uygulamak için yeni stratejiler geliştirmelerine yardımcı olmada, öğrenme sırasında yansıtıcı düşünmeyi teşvik etmek artık giderek daha önemli hale gelmektedir. Yansıtıcı düşünme, bireylerin yeni bir bilgiyi daha önceki bilgi, birikim ve algılama düzeyiyle ilişkilendirip, eleştirel ve şüpheli düşünme yaklaşımı ile harmanlayarak, yeni faaliyetlerde uygulamaları ayrıca kendi düşüncelerini anlama ve öğrenme stratejilerini geliştirmeye yardımcı olan bir düşünme ve öğrenme biçimi olarak ifade edilebilir (Dewey, 1933:19).

21. yüzyılda sağlık kuruluşlarının hizmet verdiği çevre koşulları, teknoloji, hastalıkların türleri, insidansı, prevalansı, ile beşerî, sosyal ve ekonomik etkileri, baş döndürücü bir hızla değişerek daha karmaşık ve daha belirsiz bir hal almaktadır. Bu değişim ve belirsizlik hali, geçmiştekilerden daha hızlı ve etkileri daha yıkıcı olabilmektedir. 2019 yılında Çin'in Wuhan Eyaletinde ilk defa tespit edilen Covid 19 virüsü kısa sürede tüm dünya ülkelerine yayılarak başta ülkelerin sağlık sistemleri olmak üzere siyasi, ekonomik, kültürel pek çok alanda tüm bilinen olguları değiştirmiş, küresel çapta bir sorun yaratmıştır (Cinel, 2020:126; Karataş, 2020:4). Bu ve

buna benzer pek çok değişim tüm alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de sağlık kuruluşlarının çalışma koşulları ve sistemlerini gözden geçirmeye, değişime ve yeniliğe zorlamaktadır. Günümüzde tüm sektörlerde değişimi yakalamak ve yapılabilirse bu değişimin önüne geçmek elzem hale gelmiştir. Sağlık kuruluşları bir taraftan hastalıkların teşhis ve tedavi protokollerini, gelişen teknoloji ile entegre olarak hızlı bir şekilde uygulamaya çalışırken diğer taraftan da organizasyon yapısını, insan gücünü ve diğer pek çok etmeni de değişime adapte olacak şekilde geliştirme çabası içindedir. Sağlık kuruluşlarının bu geliştirme ve adaptasyon çabaları arasında hasta güvenliği kültürü ve hasta bakım kalitesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık alanında yapılan veya herhangi bir sebepten ötürü yapılamayan her bir işlem, girişim, hizmet ve bakım, insan yaşamını doğrudan etkilemektedir. Bu yüzden sektördeki her bir unsur veya bileşen eşit düzeyde önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği hasta güvenliği hususu sadece günümüzün değil eski çağlardan beri var olan bir kavramdır. Tarihte ilk yazılı kanun olma özelliğine sahip Hammurabi Kanunlarında “Eğer hekim, ağır yaralı bir adamın bronz neşterle üzerinde çalışıp, adamın ölümüne sebep olursa ya da adamın göz bölgesini bronz neşterle açıp, adamın gözünü kör ederse, cerrahın bilekleri kesilecektir” hükmü hasta güvenliğinin ihlaline yönelik çok açık ve güçlü bir yaptırımı ifade etmektedir (Güneş vd.,2016:310; Ovalı, 2010:34).

19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, alkollü araç kullanmanın kazalarla ilişkilendirilmesi, batı düşünce yapısında derin kökleri olan bir fikri (insanların kendi güvenliklerinden sorumlu olduğu ve kazalardan kaynaklı ölüm veya yaralanmalarda kusurun yine kişinin kendisine ait olduğu) güçlendiriyordu. (Guarnieri ,1992:151; Ilan ve Fowler, 2005:2). Bu yaklaşımdan dolayı meydana gelen kazaların %90’ından fazlası çalışanın kendi kusurundan geri kalan vakaların ise Tanrı’nın engellenemez kaderinden kaynaklandığı kaza kayıtlarına geçirilmekteydi. 19. yüzyılın başında, sigorta şirketi sponsorluğundaki araştırmalar iki kavrama vurgu yapmaktaydı.

Bunlardan ilki, güvenlik teşvikinin maliyet etkin olması, ikincisi ise kazaların psikolojik sebeplerden kaynaklı olmasıdır. Psikologlar, kazaların zihinsel hatalardan kaynaklandığına inanıyordu. Bu yaklaşım, neredeyse 50 yıl boyunca güvenlik bilimine egemen oldu, ancak güvenlik psikolojisi teorisinin önemli bir bileşeni olan kaza eğilimli kişilik tipi bilimsel olarak kanıtlanamadığından zamanla popüleritesini kaybetmiştir (Wu vd., 2002:86; Ilan ve Fowler, 2005:2).

Tıp Enstitüsü hasta güvenliği ile hasta bakım kalitesi arasında yakın ve örtüşen bir ilişki kurmakta ve güvenliği sağlık kalitesinin birden fazla boyutundan birisi olarak kabul etmektedir. Kalitesiz bakımın hasta güvenliğinin de olmaması olarak değerlendirilmesinin önemli olabileceğini ve bu nedenle güvenliği artırma ve kaliteyi artırma çabalarının benzer teorilere ve araçlara dayanacağını öne sürmektedir (Gupta vd., 2019:5).

Geçmişte, alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri sadece kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili hususlarda hastalara uygun tedaviyi sağlamaktaydı. Ancak değişen hastalık nitelikleri, hasta bakım şekillerindeki değişim, teknolojideki ilerlemeler, iş ve cihaz örüntülerindeki karmaşıklık, günümüzde hasta bakım kalitesini ve güvenliğini artırmak için açık iletişim de dahil olmak üzere artık takım çalışması davranışlarının geliştirilmesini ve iş birliği yapılmasını zorunlu hale getirmiştir (Price, 2004).

Hasta bakım kalitesini geliştirmek ve üst düzey hasta memnuniyeti elde etmek genel olarak tüm sağlık hizmeti kuruluşları için bir öncelik haline gelmiştir. Sağlık kurumlarında değişim ihtiyacına neden olan faktörler olarak; kamuoyunda daha fazla farkındalık, daha iyi bakım için artan talep, daha sert rekabet düzeyi, daha fazla sağlık düzenlemesi, malpraktis davalarındaki artış ve hasta güvenliğine yönelik kaygı düzeyinde artış gösterilebilir. Sağlık hizmetlerinde mevcut sorunlar hem tıbbi hem de tıbbi olmayan faktörlerle ilgilidir ve her iki yönü de iyileştiren kapsamlı bir sistem uygulanmalıdır (Rao, 2002:1).



Yansıtıcı uygulama, yaşam boyu öğrenmeyi benimseyen sağlık çalışanları için önemli bir strateji olarak görülmektedir. Sağlık hizmetinin sürekli değişen bağlamı ve tıbbi bilginin sürekli gelişmesi nedeniyle, sağlık profesyonellerinin uzmanlığına yüksek düzeyde ihtiyaç vardır. Bu karmaşık ve sürekli değişen ortam nedeniyle, sağlık uzmanları bir yansıtıcı uygulama programından yararlanabilir (Hendricks vd., 1996:98). Bir sağlık profesyonelinin yansıtıcı uygulama yapmasının birkaç nedeni olabilir, bireylerin hasta bakımıyla ilgili güdülerini, algılarını, tutumlarını, değerlerini ve duygularını daha iyi anlayabilmek, mevcut düşüncelere, duygulara ve eylemlere meydan okumak için yeni bir bakış açısı geliştirmek ve bakım uygulamalarının sonuçlarına nasıl farklı şekilde yaklaşılacağı keşfetmek gösterilebilir (Price, 2004).

Hasta güvenliğinin ve hasta bakım kalitesinin insan sağlığına/yaşamına doğrudan etkisinin olması hem hasta güvenliği kültürünü hem de hasta bakım kalitesini artırma/geliştirme yollarının araştırılmasını da önemli hale getirmektedir. Literatürde hasta güvenliği kültürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa dair pek çok çalışma olmakla birlikte, bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkisi çoğunlukla hasta güvenliği kültürü-hasta bakım kalitesi etkileşimi odağında yapılmıştır. Hasta güvenliği kültürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü konusunda ulusal düzeyde bir araştırmaya rastlanmamıştır. Uluslararası literatürde ise benzer konuda çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir.

Araştırmada hasta güvenliği kültürü değişkenleri olan; takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşullarının hasta bakım kalitesi değişkenleri; bireylerarası kalite, teknik kalite, yönetsel kalite ve çevresel kalite düzeylerine etkisinde yansıtıcılık boyutunun aracılık rolünün olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada hasta güvenliği kültürünün yansıtıcılığa etkisi ile yansıtıcılığın hasta bakım kalitesi boyutlarına etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü,

hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa yönelik algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu kitap dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hasta güvenliği kültürü kavramı, hasta güvenliğinin tarihsel gelişimi ve boyutları açıklanmıştır. Kitabın ikinci bölümünde hasta bakım kalitesi kavramı, bakım kalitesinin ölçütleri ve hasta bakım kalitesinin boyutları yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise yansıtıcı düşünce, yansıtıcılık ve yansıtma modelleri açıklanmıştır. Kitabın dördüncü ve son bölümünde ise hasta güvenliği kültürü ve yansıtıcılığın hasta bakım kalitesine etkisinin sağlık hizmetleri sektöründe araştırıldığı uygulama bölümü yer almaktadır.



## *İçindekiler*

Teşekkürler...	iii
Sunuş	v

### BÖLÜM 1

---

Hasta Güvenliği Kültürü	1
Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı	2
Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	4
Bazı Hasta Güvenliği ve Kalite Kuruluşları	10
Tıbbi Hatalar	14
Hasta Güvenliğinin Boyutları	18
Hasta Güvenliği Kültürü ve Hasta Bakım Kalitesi İlişkisi	30
Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirme	32

### BÖLÜM 2

---

Hasta Bakım Kalitesi	39
Hasta Bakım Kalitesi Kavramı	41
Sağlık Hizmetleri Kalite Ölçümleri için Veri Kaynakları	47
Hasta Bakım Kalitesinin Geliştirilmesi	52
Hasta Bakım Kalitesinin Boyutları	59

### BÖLÜM 3

---

Yansıtıcı Düşünce ve Yansıtıcılık	73
Yansıtıcı Düşünce ve Yansıtıcılık Kavramları	73
Yansıtma Modelleri	82

### BÖLÜM 4

---

Hasta Güvenliği Kültürü ve Yansıtıcılığın Hasta Bakım Kalitesine Etkisi Bir Araştırma	93
A. Araştırmanın Konusu ve Problemi	94
B. Araştırmanın Amacı ve Önemi	97
C. Araştırmanın Yöntemi	98
D. Sayıtlar	106
E. Hipotezler	106
F. Sınırlılıklar	121
Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	121
Sağlık Çalışanlarının Araştırma Ölçeklerine Ait İfadelere Katılım Düzeyleri	140
Araştırma Modellerinin Process Makro ile Analizi	168
Bulgular ve Tartışma	209
Araştırmanın Sonucu ve Öneriler	237
Kaynaklar	249

# Hasta Güvenliği Kültürü

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği, acil ve üzerinde ciddiyetle durulması gereken küresel bir halk sağliğı sorunudur. Tıbbi hatalardan kaynaklı hastaya verilen zarar, dünyadaki tüm sağlık sistemleri üzerinde muazzam bir yük oluşturmaktadır. Her yıl kabul edilemez sayıda hasta, güvenli olmayan ve kalitesiz sağlık hizmetleri nedeniyle yaralanmakta veya ölmektedir. Bu yaralanmaların çoğu önlenabilir niteliktedir. Hasta güvenliği kültüründen yoksun verilen hasta bakımının oluşturduğu maliyet, olumsuzluk ve sorunun büyüklüğu şöyle ifade edilebilir:

- Tıbbi hata veya olumsuz olaylardan kaynaklanan hasta zararı, dünya çapında önde gelen 10 ölüm ve sakatlık nedeni arasında yer almaktadır.
- Bu ölüm ve yaralanmaların çoğu önlenabilir niteliktedir.
- Yaygın olarak, hastaneye yatırılan her 10 hastadan 1'inin, en az %50'si önlenabilir düzeyde tıbbi hata veya ihmalden zarar gördüğu bildirilmektedir.
- Hasta güvenliği kültüründen yoksun verilen hasta bakımından kaynaklanan tüm olumsuz olayların (sakatlık

ve ölüm) yaklaşık üçte ikisi az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir.

Etkilenen hastaların ve ailelerin kapasite ve üretkenlik kaybına neden olan yaşam kaybı veya kalıcı sakatlık ile ilişkili zararın maliyetinin her yıl trilyonlarca ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Tıbbi hata ve olumsuzluklardan kaynaklı olaylar hasta ve ailesi için psikolojik maliyet (aile üyesinin kaybı veya sakat kalmasıyla bağlantılı olarak) ve ölçülmesi imkânsız manevi zararlara sebebiyet vermektedir ([https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_2)).

### **1.1. Hasta Güvenliği Kùltürü Kavramı**

Maslow hiyerarşisinin (Maslow, 1954) biyolojik, fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarından oluşan temel yapısı, hiyerarşinin olmazsa olmazını oluşturduğu gibi hasta güvenliği de sağlık hizmeti sunumunun temel unsurunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti alan hasta, kendini güvende hissetmiyorsa veya çeşitli sebeplerden ötürü hastaya verilen sağlık hizmetinde, hasta güvenliğine yönelik zafiyetler varsa sağlık kuruluşu ne kadar kaliteli hizmet verirse versin başarı şansı çok düşük olacaktır. Sağlık sistemi son derece karmaşık bir yapıya sahiptir ve bu yapıda hasta güvenliğini sağlamak, sağlık çalışanlarının her bir üyesinin sürekli çabasını gerektirmektedir (Ulrich ve Kear, 2014:447).

Hasta güvenliğini sağlamak küresel bir zorunluluktur. Bu zorunluluk tüm DSÖ üye ülkelerini, tüm sağlık çalışanlarını ve hasta olduğumuzda hepimizi kapsamlı olarak etkiler. Hasta güvenliği, Tıp Enstitüsü tarafından “hastalara zararın önlenmesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım; hataları engelleyen sağlık bakım sistemini vurgular, meydana gelen hatalardan ders çıkarır ve sağlık profesyonellerini, kuruluşları ve hastaları bir bütün olarak kapsayan bir güvenlik kùltürü üzerine inşa edilir (Donaldson ve Philip, 2004:892; Mitchell, 2008).

Hasta güvenliği kùltürü; bir kuruluşun kalite ve hasta güvenliğine bağlılığını belirleyen bireysel ve grup inançlarının, değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yetkinliklerinin ve davranış kalıplarının ürünüdür. Sađlam bir güvenlik kùltürüne sahip kuruluşlar, karşılıklı güvene dayalı iletişim, güvenliğin önemine ilişkin ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin etkinliğine duyulan güven ile karakterizedir (<https://www.jointcommission.org>).

Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliği kùltürünü şöyle tanımlamaktadır: ‘Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde riskleri tutarlı ve sürdürülebilir bir şekilde azaltan, hatalardan kaynaklı zararları minimize eden, hatayı daha az olası kılan ve ayrıca gerçekteőtiđinde etkisini azaltan kùltürler, süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar yaratan organize faaliyetler çerçevesidir’ ([https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camac\\_04a\\_ps\\_all\\_current.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camac_04a_ps_all_current.pdf)).

Dünya Sağlık Örgütüne ait başka bir tanımında, hasta güvenliği kùltürü ‘sağlık bakım sistemlerinde gelişen karmaşıklık ve bunun sonucunda sağlık tesislerinde oluşan hasta zararının artmasıyla ortaya çıkan bir sağlık hizmeti disiplini’ olarak ifade edilir. Bu disiplin sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaların karőılaőabileceđi riskleri, hataları ve zararları önlemeyi ve azaltmayı amaçlar. Bu disiplinin temel taőlarından biri, hatalardan ve olumsuz olaylardan öğrenmeye dayalı sürekli iyileőtirmedir. Hasta güvenliği kaliteli temel sağlık hizmetleri sunmak için esas niteliğindedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>).

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) hasta güvenliğini, ‘sağlık bakımı sürecinde bir hastaya tanılamadan kaynaklı hataların, tıbbi hataların, yaralanmanın veya diğer önlenebilir zararların engellenmesini ve sağlık bakımıyla ilişkin olası zarar riskinin en aza indirilmesi’ olarak tanımlamaktadır. (<https://www.ahrq.gov/topics/patient-safety.html>). Weaver ve diğerleri (2013:369) hasta güvenliğini ‘Bir organizasyonun, güvenlik taahhüdü ve zararı



en aza indirme çabasını gerçekleştirmek için bir araya gelen ortak algıları, inançları, değerleri ve tutumları' olarak ifade etmektedir.

'Güvenlik kùltürü' tüm organizasyon üyelerinin dikkatlerini ve eylemlerini hastaya zarar vermeyi en aza indirmeye yönelik olma düzeyini belirleyen ortak değerler ve davranış kalıpları olarak ifade edilebilir (Vogus ve Sutcliffe, 2007:50). Bir organizasyonda çalışan personelin güvenlik kùltürü hakkındaki algıları ve tutumları genellikle "güvenlik iklimi" olarak adlandırılır ve güvenlik kùltürü seviyesinin önemli bir göstergesini oluşturur (Flin, 2007:655).

## **1.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi**

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği hasta güvenliği hususu sadece günümüzün değil eski çağlardan beri var olan bir kavramdır. Tarihte ilk yazılı kanun olma özelliğine sahip Hammurabi Kanunlarında "Eğer hekim, ağır yaralı bir adamın bronz neşterle üzerinde çalışıp, adamın ölümüne sebep olursa ya da adamın göz bölgesini bronz neşterle açıp, adamın gözünü kör ederse, cerrahın bilekleri kesilecektir" hükmü hasta güvenliğinin ihlaline yönelik çok açık ve güçlü bir yaptırımı ifade etmektedir (Güneş vd., 2016:310; Ovalı, 2010:34).

Tıbbın temel paradigmalarından biri olarak kabul edilen ve sanılanı aksine yazarının ne Hipokrat nede Galen olduğu, 1860 yılında İngiliz bir doktor olan Thomas Sydenham'a atfedilen 'Primum non nocere' (Önce zarar verme) ilkesi hasta güvenliğine yönelik sözlü kanun niteliğinde bir ilkedir (Smith, 2005:371).

Yaklaşık 160 yıl önce hemşirelik mesleğinin kurucusu kabul edilen Florence Nightingale'nin " ... bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır" sözü hasta güvenliğinde özellikle hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik tedbirlerin başında yer almaktadır (Sur, 2008:43).

Hasta güvenliğine yönelik İslam ve Osmanlı hukukunda bir cerrahi işlemin veya bir girişimin hangi şartlarda yapılması gerektiği açık bir şekilde belirtilmişti. Bu genel kaideler hem hekimi hem

de hastayı korumaya dönük şartları oluşturmaktaydı, böylece bir hekim cerrahi bir işlemdede olası komplikasyonlardan kaynaklı ölüm veya sakat kalma durumlarından sorumlu tutulmayarak rahat bir şekilde işine odaklanması sağlanmakta, diğer taraftan hasta kendisine yapılacak tıbbi girişimin metodunu ve hekimin kusurundan kaynaklı hatasının cezasız kalmayacağını bilmesini sağlıyordu. Cerrahi bir işlemdede veya bir girişimde bulunacak hekimin ya da sağlık personelinin bu tıbbi eylemlerde birtakım kurallara uyma zorunluluğu bulunmaktaydı. Hekimin tedavi sürecinde görevini rahat ifa edebilmesi için verilen birtakım muafiyetler sadece görev süresi ile kısıtlı olup tam bir vicdani sorumluluk duygusu gerektirmekteydi (Zorlu, 2016:765).

19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, alkollü araç kullanmanın kazalarla ilişkilendirilmesi, batı düşünce yapısında derin kökleri olan bir fikri (insanların kendi güvenliklerinden sorumlu olduğu ve kazalardan kaynaklı ölüm veya yaralanmalarda kusurun yine kişinin kendisine ait olduğu) güçlendiriyordu. (Guarnieri, 1992:151; Ilan ve Fowler, 2005:2). Bu yaklaşımdan dolayı meydana gelen kazaların %90'ından fazlası çalışanın kendi kusurundan geri kalan vakaların ise Tanrı'nın engellenemez kaderinden kaynaklandığı kaza kayıtlarına geçirilmekteydi. 1900'lerin başında, sigorta şirketi sponsorluğundaki araştırmalar 2 kavrama vurgu yapmaktaydı. Bunlardan biri güvenlik teşvikinin maliyet etkin olması, diğeri ise kazaların psikolojik sebeplerden kaynaklı olduğuuydu. Psikologlar, kazaların zihinsel hatalardan kaynaklandığına inanıyordu. Bu yaklaşım, neredeyse 50 yıl boyunca güvenlik bilimine egemen oldu, ancak güvenlik psikolojisi teorisinin önemli bir bileşeni olan 'kaza eğilimli kişilik tipi' bilimsel olarak kanıtlanmadığından bu yaklaşım zamanla popülaritesini kaybetmiştir (Wu vd., 2002:86; Ilan ve Fowler, 2005:2). 1963 yılında bilim insanları vücuda iletilen enerji miktarı ile ortaya çıkan hasar düzeyinin doğru orantılı olduğunu ve kazaların önlenmesinin de enerjinin kontrolüne bağlı olduğunu keşfetmiştir. Bu keşif, otomobil güvenlik standartlarının temelini oluşturmakta ayrıca bu gelişmeyle birlikte havacılık güvenliğindeki

benzer gelişmeler, bu alandaki can kaybı riskini önemli ölçüde etkilemiş ve tıpta hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik çabalara ilham kaynağı olmuştur (Ilan ve Fowler, 2005:2).

Hasta güvenliği kùltürünün gelişimine katkı sağlayan yakın tarihe ait bazı önemli gelişmeler şunlardır:

1948 – 1952 yılları arasında anestezi ve cerrahi işlemlerle ilişkili ölümlerin incelenmesi amacıyla Beecher ve Todd tarafından yapılan araştırma, o zamanlar cerrahi veya uygulanan anestezi ile ilgili sıklıkla yaşanan ölümleri aydınlatma amacı taşıymaktaydı. Çalışmada ölüm oranlarıyla ilgili endişelerin bir sonucu olarak, araştırmalara uyumlu bir şekilde odaklanılmış ve anestezi makineleri, izleme ve boru devrelerinde standardizasyon ve güvenlik kontrolleri uygulanmıştır. Bu, özellikle önlenebilir mortalite sorunuyla ilgili hasta güvenliği kavramının ele alındığı sağlık hizmetlerinde ilk örneklerden birini oluşturmaktadır. Bu anestezi araştırmasından ve mortalite analizlerinden elde edilen önemli bir bulgu, hangi değişikliklerin hasta bakımını iyileştirmede etkili olduğunu göstermesi ağışından bilimsel bir temel oluşturmuştur. Çalışmada bireysel olarak hata yapanlar hedef gösterilmemiş, bakım sistemleri ve olası riskler tekrar gözden geçirilerek yeniden tasarlanmış bir model oluşturulmuş, buda anestezi bakımında sonuçların iyileşmesini sağlamıştır (Beecher ve Todd 1954:18; Byers ve White, 2004:4).

1955 yılında Ernest Codman doğrudan hasta güvenliğine yönelik değilse de hasta sonuçları ve komplikasyonları ağışlıklı çalışması, hasta güvenliği algısının gelişmesine yardımcı olmuştur. Codman'ın hasta güvenliğine katkısı, hasta sonuçlarını ölçme ve bakımı iyileştirme çalışmalarının, hasta sonuçlarının raporlaması kavramlarının gelişmesini sağlamıştır. Hasta çıktılarının ölçüm ve raporlanması, uygulamadaki farklılıkları azaltarak, sonuçların birbirleriyle mukayese edilmesini böylece hasta bakım kalitesinin artması, araştırma ve bulguları doğru bir şekilde standardize etmeye yardımcı olması ağışından önemlidir (Byers ve White, 2004:4).

1995-1996 yıllarında tıbbi hatalara yönelik ve birçok uzmanlık alanında hasta güvenliğine olan ilgide büyük artış yaşanmıştır. Hasta güvenliği ile ilgili ilk Annenberg Konferansı bu süre zarfında toplanmış ve Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı kurulmuştur (Byers ve White, 2004:4).

1996 yılında Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) koruyucu etkinlik politikası yayınlamış ve sentinel olarak ifade edilen ölüm veya ciddi fiziksel veya psikolojik yaralanma ya da sakatlık riski ile sonuçlanan olayların, acil olarak araştırılma ve müdahale edilme standartlarını belirlemiştir (Byers ve White, 2004:7).

1996 yılı içerisinde hasta güvenliğine yönelik; Harvard Üniversitesi'nde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar yönetim kürsüsü açılarak ilk toplantısı yapılmıştır. Institute of Medicine'ye bağlı teknik danışma panelinin 1997-1998 yılları arasındaki çalışmalarının Devlet Kalite Komisyonları'na dahil edilmek üzere güncellenmesi ayrıca Institute of Medicine 'nin "Ulusal Sağlık Bakımı ve Kalite Yuvarlak Masası" toplantısında üç tip kalite sorununun, aşırı, yetersiz ve kötü kullanım olarak tanımlanması 1998 yılında gerçekleşmiştir. 2000 yılında Sağlık Politikası ve Sağlık Araştırma Ajansının ismi Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı olarak değiştirilmiş, Leapfrog grup tarafından "İşveren Yuvarlak Masası" kurulmuş, Institute of Medicine tarafından "Kalite Uçurumlarını Aşmak" isimli rapor ve Birleşik Komisyon tarafından "Güvenlik Standartları Raporları" yayınlanmıştır. Ayrıca Hasta Güvenliği Konferansı himayesinde "Hasta Güvenliği Ortaklığı" ve Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın alt birimi olarak "Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Merkezi" kurulmuştur. 2001 yılında ise, içerisinde FDA (Food and Drug Administration), AHRQ ve CDC (Centers for Disease Control and Prevention) bulunduğu Ulusal Hasta Güvenliği Görev Gücü kurulmuştur. 2002 yılında Institute of Medicine tarafından "Ulusal Eylem İçin Öncelikli Alanlar" adlı rapor yayınlanmıştır. 2003 yılında "Uluslararası Birleşik Komisyon" tarafından "Halkın Sağlığını Arttırma Stratejileri Vizyonu" ilan edilmiş, Institute of Medicine

tarafından “Ulusal Eylem İçin Öncelikli Alanlar” 2003 raporu yayınlanmıştır. Medicare ve Medicaid Hizmet Merkezleri tarafından tıbbi hataların azaltılmasını içeren performans iyileştirme ve kalite değerlendirmeleri için katılım koşulları yayınlanmıştır. 2003 yılında Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme Yasası ABD senatosundan geçmiştir. FDA’nın, ilaç kodlama standartları dñzenlenmiř ve Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından hasta güvenliği gñstergeleri ve web tabanlı kalite ölçümleri çalışması yayınlanmıştır. Ayrıca Sağlık Geliştirme Enstitüsü tarafından interaktif kalite kaynakları belirlenmiştir (Byers ve White 2004:5-6).

2005 yılında Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme Yasası (PSQIA) onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile hasta güvenliği çalışmalarının niteliğinin artırılması ve hasta güvenliğini tehlikeye düşürecek olayların meydana gelme riskinin azaltılması amaçlanmıştır (<http://patientsafety.pa.gov>).

2007 yılında Ulusal Güvenlik Forumu dñzenlenmiř ve güven, güvence ve profesyonel güvenlik yönetmeliği yayınlanmıştır. 2008 yılında herkes için yüksek kaliteli bakım NHS (National Health Service) nihai raporu açıklanmıştır. 2009 yılında Hasta güvenliğine ilişkin rapor, ABD Avam Kamarası Seçim Komitesine sevk edilmiştir (Reid ve Catchpole, 2011:212).

Hasta güvenliği kùltürünün tarihsel gelişiminde en fazla farkındalık yaratan olay, Institute of Medicine tarafından 1999 yılında yayımlanan ‘To Err is Human:Building a Safer Health System’ adlı rapor olmuştur (Ulrich ve Kear, 2014:447; Reid ve Catchpole, 2011:210). Raporda iki büyük araştırmadan elde edilen tahminlere göre, her yıl 44.000 ile 98.000 hasta önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde yaşamlarını yitirmektedir. Rapor ayrıca hastanelerde önlenebilir tıbbi hataların, o yıl içerisinde gerçekleşen motorlu araç kazaları, meme kanseri ve AIDS gibi nedenlerden ötürü yaşanan ölümlerden fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Rapora göre, tıbbi hatalar, planlanan bir eylemin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın

kullanılması olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda tipik olarak ortaya çıkan tıbbi hata ve kusurlar arasında istenmeyen ilaç endikasyonları, hatalı kan transfüzyonları, cerrahi yaralanmalar ile hatalı bölge ameliyatları, intiharlar, kısıtlamaya bağlı yaralanmalar veya ölümler, düşmeler, yanıklar, basınç ülseleri ve hasta bilgilerinin hatalı kayıt altına alınması yer almaktadır. Tıbbi hatalardan kaynaklı oluşan maliyetlerde raporda yer almıştır. Buna göre, ÷lke çapındaki hastanelerde her yıl ortalama 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında maddi kayıp olduğu (hataların gerektirdiği ek bakım masrafları, gelir kaybı ve ev halkı verimliliği ve sakatlıklar dahil) iddia edilmiştir. Bu maliyetlere ek olarak meydana gelen tıbbi hata ve kusurlar, hastalar tarafından sağlık sistemine duyulan güveni sarsmakta hem hastalarda hem de sağlık profesyonellerinde memnuniyet düzeyini düşürmektedir. Tıbbi hatalar sonucu, hastaların hastanede kalma süresi uzamaktadır. Sağlık alışanları, mümkün olan en iyi bakımı sağlayamadıkları için motivasyon kaybı ve hayal kırıklığı yaşamaktadır. Tüm bu maliyetlere çalışan verimliliğinin kaybı, çocukların okula devamlılığının azalması ve nüfusun genel sağlık durumuna negatif etkisi dahil edilebilir (Kohn vd., 2000:1-2). Yayımlanan bu rapora farklı tepkiler verilse de özellikle hasta güvenliği kùltürünün gelişimine olan ilgiyi üst seviyeye çıkardığı yadsınamaz bir gerçekliktir. Raporda tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlerin düşük tahmin edildiğini iddia eden bazı araştırmacılar, gerçek rakamların bunlardan çok yüksek olduğunu ileri sürmüştür. Bu fikri ileri sürenler, Institute of Medicine Raporu'nun sadece hastaneye yatışları kapsadığı dolayısı ile hastanedeki poliklinikler ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında ayaktan tedavi görenlerin gözardı edildiği noktasına parmak basmaktadırlar. Bu iddialara karşı çıkanlar ise tıbbi hata kaynaklı ölüm sayısının çok yüksek hesaplandığını, araştırma metodolojisinin çok genel düzenlendiğini, tıbbi hatalardan kaynaklanan ölüm vakalarının gerek nitelik gerekse nicelik açısından detaylandırılarak sistemli ve süreklilik arz edecek ulusal çapta araştırma ve projelerin yapılmasına ihtiyaç duyluğunu savunmaktadırlar (Top vd., 2008:162-163).

### **1.3. Bazı Hasta Güvenliği ve Kalite Kuruluşları**

**World Alliance for Patient Safety:** Dünya sağlık örgütüne bağlı olan ve hasta güvenliği hizmetlerine yönelik faaliyetlerde bulunan bir kuruluştur. Dünya çapında hiçbir üye devlet tek başına tüm hasta güvenliği sorunlarını çözecek uzmanlığa, finansmana, ar-ge faaliyetlerine ve dağıtım yeteneklerine sahip değildir. Bundan ötürü World Alliance for Patient Safety, dünyada hasta güvenliği birliğinin kurulması, tüm üye devletlerde sağlık hizmetlerinin güvenliğini artırmayı amaçlayan bir kuruluştur ([https://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)).

**Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):** Amerika Birleşik Devletleri merkezli resmi bir güvenlik teşkilatıdır. Hasta Güvenliği Kuruluşları, hasta güvenliği ve sağlık kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olmak için sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından gönüllü olarak bildirilen verileri toplar ve analiz eder. Bu kuruluşlar, öğrenmeyi teşvik etmek ve gelecekteki güvenlik ihlallerini önlemeyi amaçlayan sağlık hizmeti sağlayıcılarına geri bildirim sağlar. Hastaneler ancak bir hasta güvenliği kuruluşu ile birlikte çalışarak hasta güvenliği veritabanları ağına dahil olurlar (<https://pso.ahrq.gov>).

Tablo 1 Bazı hasta güvenliği kuruluşları

A&M Rural and Community Health Institute	Academic Medical Center (AMC) PSO	AHS PSO, LLC	Alliance for Patient Medication Safety	American Data Network PSO
American Medical Foundation Patient Safety Organization	American Physician Partners PSO, LLC	Anesthesia Patient Safety Organization (ANPSO)	Anesthesia Quality Institute	APMD Quality and Patient Safety Organization, LLC
Ascension Healthcare Patient Safety Organization	Atrium Health Patient Safety Organization	Baptist Health Patient Safety Partnership	Billings Clinic Quality Connect	Braden Health PSO
Care Standards Organization, LLC	Caresyntax Patient Safety Organization	Carolinas Rehabilitation -Patient Safety Organization	Cassatt Patient Safety Organization	Center for Patient Safety
Center for the Assessment of Radiological Sciences PSO	CHART Institute LLC	Child Health Patient Safety Organization, Inc.	CHS PSO, LLC	Clarity PSO
Cleveland Clinic Alliance for Patient and Caregiver Safety PSO	Cohen Clinical Quality Institute	Collaborative Healthcare Patient Safety Organization	Covera Health PSO LLC	DARTNet Institute Patient Safety Organization
DaVita Institute for Patient Safety, Inc.	Dental Patient Safety Foundation	ECRI and the Institute for Safe Medication Practices PSO	Emergency Medical Error Reduction Group	Encompass Health Patient Safety Organization, LLC
Enterprise Patient Safety Organization, L.L.C.	Ferrum Health National Patient Safety Organization	Florida Academic Healthcare Patient Safety Organization	Garden State Patient Safety Center	HCA Patient Safety Organization, LLC
HD Nursing PSO	Health Catalyst Patient Safety Organization (HCPSO)	HPI Press Ganey PSO	Kansas Clinical Improvement Collaborative Patient Safety Organization	Kentucky Institute for Patient Safety & Quality
LifePoint PSO, LLC	Louisiana Alliance for Patient Safety PSO	Maine Primary Care Association Patient Safety Organization (MePCA PSO)	MCIC Vermont PSO	MedExpress PSO
MEDNAX PSO, LLC	MHA Keystone Center	Michigan Surgical Quality Collaborative	Mid-Atlantic Patient Safety Organization	Midwest Alliance for Patient Safety



Mission PSO	NAPA Anesthesia Patient Safety Institute, LLC	Nebraska Coalition for Patient Safety	Northwest Safety and Quality PSO	Ohio Patient Safety Institute
Pascal Metrics Inc	Patient Safety Organization of Florida (PSOFlorida)	Pharmapod Safety Institute PSO, LLC	Psych Safe (Inc. Behavioral Health Division)	QC Metrix PSO
Quality Circle for Healthcare, Inc.	Safety Culture Patient Safety Organization	Select Medical Patient Safety and Quality Institute, LLC	SimCore PSO, LLC	SOC Telemed Patient Safety Institute
Society for Improving Medical Professional Learning	Society for Vascular Surgery Patient Safety Organization, LLC	Society of NeuroInterventional Surgery (SNIS) PSO	Somnia Patient Safety Organization, Inc.	Strategic Radiology Patient Safety Organization LLC
Surgical Outcomes & Quality Improvement Center (SOQIC)	TeamHealth Patient Safety Organization, Inc.	Tennessee Hospital Association PSO	Texas Hospital Association (THA) Patient Safety Organization	The Envision Healthcare Center for Quality and Patient Safety, LLC
The Guthrie Clinic PSO	The Institute of Patient Safety and Quality of Virtual Care	The Orrum PSO	The Patient Safety Research Foundation, Inc.	The PSO Advisory, LLC
The Quality Center Patient Safety Organization	Theator, Inc.	True North Patient Safety Organization, Inc.	UHS Acute Care PSO	US Radiology Patient Safety Organization
USACS PSO	USAP PSO	Wake up Safe (a component of the Society for Pediatric Anesthesia)	Women's Health USA Patient Safety Organization	Zephcare PSO

*Kaynak: <https://psa.ahrq.gov/psa/listed> (21.11.2021).*

Agency for Healthcare Research and Quality' ye bağlı olan bazı hasta güvenliği kuruluşları listesi Tablo 1'de gösterilmiştir.

AHRQ kuruluşunun misyonu, sağlık hizmetlerini daha güvenli, daha kaliteli, daha erişilebilir, adil ve uygun fiyatlı hale getirmek için standartları belirlemektedir. Ayrıca ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı ile koordineli çalışmak ve diğer ortaklarla birlikte çalışarak elde edilen standartları geliştirmektir. AHRQ kuruluşu;

- Uygulamayı hızlandırarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artirmaya,
- Sağlık hizmetlerinin daha güvenli şekilde verilmesini sağlamaya,
- Sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılmasına,
- Sağlık hizmetlerinin karşılanabilirliğinin, verimliliğinin ve maliyet Őeffaflıđının geliştirilmesini sağlamaya çalışmaktadır (Ulrich ve Kear, 2014:451).

**National Patient Safety Agency:** İngiltere merkezli bir kuruluştur. 2001 yılında tıbbi hataları raporlama ve önleyici tedbirler almak amacıyla kurulmuştur. Bu kuruluş, 2005 yılından bu yana hastane tasarımı, temizlik ve gıda ile ilgili güvenlik unsurları; Ulusal Araştırma Etiği Hizmeti aracılığıyla güvenli araştırma uygulamaları ve Ulusal Klinik Değerlendirme Servisi aracılığıyla bireysel doktor ve diş hekimlerinin performanslarını takip etmektedir. Klinik uzmanların ve hastaların girdileriyle hasta güvenliği eksikliklerini belirler, çözümler geliştirir ve NHS içindeki düzeltmelerin sonuçlarını takip etmektedir. Girişimler ve uyarılar arasında el hijyeni, doktorlar ve hastalar için hata riskini azaltmaya yönelik adımlar hakkında bilgi, aşı güvenliği tedbirleri yer almaktadır (<https://www.england.nhs.uk/>).

**Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO):** Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaklaşık 15.000 sağlık kuruluşunu ve programını değerlendiren ve akredite eden bağımsız, kâr amacı gütmeyen bir kuruluştur. JCAHO'ya bağlı bir kuruluş, en az üç yılda bir Ortak Komisyon araştırma ekibi tarafından yerinde denetlemeye tabi tutulmaktadır. JCAHO tarafından yapılan incelemelerin kapsamında, hastaneler, evde bakım kurumları, tıbbi ekipman sağlayıcıları, bakım evleri, rehabilitasyon tesisleri, cerrahi merkezler ve tıbbi laboratuvarlar yer almaktadır (Cerne, 1988:72).

#### 1.4. Tıbbi Hatalar

Hata gözlemlenebilir tutum ve eylemlerle ilişkilidir. Hata olarak kabul edilen olgunun gerçekleşmesinde asgari oluşması gerekenler şunlardır; hata bir dizi kural veya gözlemci tarafından arzu edilmemeli, meydana gelen hata, görevi veya sistemi kabul edilebilir sınırların dışına çıkarmalı ve son olarak kişi tarafından tasarlanmamış olmalıdır (Senders ve Moray, 1991). Benzer bir hata tanımlaması ise bir dizi kriterin gerçekleşmesiyle oluşmaktadır. Birincisi, organizasyon veya yapının açıkça tanımlanmış ve kabul edilmiş bir dizi kural veya standartları olmalıdır; ikincisi, bir tür başarısızlık veya 'performans açığı' olmalıdır, üçüncüsü, ilgili kişi bunu amaçlamamış ve en azından potansiyel olarak farklı bir şekilde hareket etmiş olmalıdır (Hollnagel, 1998).

Rodziwicz ve diğerlerine (2021:4) göre standartlaştırılmış terminoloji eksikliği ve tıbbi hataların birbiriyle örtüşen tanımları veri analizini, sentezini ve değerlendirmesini engellemektedir. İki ana hata türü vardır:

- İhmalen kaynaklanan hatalar; yapılmayan önlemler sonucunda ortaya çıkar. Örnek olarak, hastayı tekerlekli sandalyeye bağlamamak veya hasta transferinden önce sedyeyi stabilize etmemek gösterilebilir.
- Tıbbi işlem hataları; yapılan yanlış işlem sonucunda ortaya çıkar. Örneğin, bir hastaya bilinen bir alerjisi olduğu bir ilacın verilmesi veya bir laboratuvar örneğinin yanlış hasta ismine etiketlenmesi gösterilebilir.

Sağlık çalışanları, gerçek veya algılanan hatalar nedeniyle öfke, suçluluk, yetersizlik, depresyon ve intihar gibi derin psikolojik etkiler yaşayabilirler. Ayrıca hatadan kaynaklı yasal işlem yapılma riski de sağlık çalışanlarında bu duyguları artırabilir. Tıbbi hata ve kusurlar aynı zamanda kamuoyunda sağlık çalışanlarına duyulan güveni de zedelemekte ve klinik güven kaybına da yol açmaktadır. Cezalandırma korkusu, sağlık çalışanlarını hataları bildirme

konusunda isteksiz davranmaya sevk edebilir. Bunun nedeni sağlık alışanlarında her ne kadar hastaların güvenliğine yonelik bilinç olsa bile olumsuz bir olayın bildirilmesi, işlerini kaybetmelerine veya disiplin cezası almalarına neden olabilir. Tıbbi hata bildiriminde bulunmamak, ciddi hasta güvenliği zafiyetine neden olabilmektedir. Birçok sağlık kurumu katı güvenlik politikalarına sahiptir. Bu durum personelin bir hatayı bildirmekte tereddüt etmesine, sorunu en aza indirmesine ve hatta sorunu belgelememesine neden olabilir. Bu tür kaçınma davranışları tıbbi hataların artmasına neden olabilir. Bu hatalar ortaya çıktığında sağlık kurumunun ve çalışanların itibarını sarsabilir (Rodziewicz vd., 2021:5).

Tıbbi hata ve kusurların onlenmesinde sağlık çalışanları kadar hasta ve hasta yakınlarına da onemli gorev ve sorumluluklar duşmektedir. Hataları onlemeye yardımcı olmanın en iyi yolu sağlık ekibinin aktif bir üyesi olmaktır. Bu, sağlık bakımıyla ilgili her kararda aktif yer almak anlamına gelmektedir. Araştırmalar, tedavi bakımlarıyla daha fazla ilgilenen hastaların daha iyi sağlık sonuçları alma eğiliminde olduğunu gostermektedir.

Agency for Healthcare Research and Quality tarafından hazırlanan, hastalar için tıbbi hata ve kusurların onlenmesinde etkili 20 adım şu şekildedir:

### **İlaçlarda:**

1. Tedavi surecinde doktorların hastanın aldığı her ilacı bildiğinden emin olunmalıdır. Buna reçeteli ve reçetesiz satılan ilaçlar ile vitaminler ve şıfalı bitkiler gibi diyet takviyeleri dahildir.
2. Tum ilaç ve gıda takviyeleri hekim randevularına getirilmelidir. Hasta tarafından kullanılan tum ilaçların muayene esnasında hazır olması, hasta ve doktorun bunlar hakkında konuşmasına ve herhangi bir sorun olup olmadığını anlamaya yardımcı olabilir. Ayrıca doktorun ilaç kayıtlarını guncel tutmasına ve daha kaliteli bakım vermesine yardımcı olabilir.

3. Doktorun, hastanın ilaçlara karşı herhangi bir alerji veya olumsuz reaksiyonu olup olmadığını bilmesi gerekmektedir. Bøylelikle hastaya zarar verebilecek bir ilacın kullanılması engellenebilir.
4. Doktor hasta için bir reçete yazdığında, reçetenin okunaklı olduğundan emin olunmalıdır. Doktorun el yazısı okunamıyorsa, eczacının da okuyamama veya yanlış okuma ihtimali bulunmaktadır.
5. İlaçlar hakkında hastanın anlayamadığı terimlerle ilgili sağlık çalışanlarından bilgi istenmelidir. Bu hem ilaçların reçete edilmesinde hem de eczaneden alındığında şunları içermelidir:
  - İlaç ne için verildi?
  - Nasıl ve ne kadar süreyle alınmalı?
  - Hangi yan etkiler görülebilir? Bunlar meydana gelirse ne yapılmalıdır?
  - İlacın alınan diğer ilaçlar veya diyet takviyeleri ile birlikte kullanılması güvenli midir?
  - İlaç alımında hangi yiyecek, içecek veya aktivitelerden kaçınılmalıdır?
6. Eczaneden ilaç alırken doktorun verdiği ilaç olup olmadığı teyit edilmelidir.
7. İlaç etiketlerinde talimatlar hakkında herhangi bir sorun varsa mutlaka sorulmalıdır. İlaç etiketlerini hastanın anlaması zor olabilir. Örneğin, “günde dört kez” ifadesinin; her 6 saatte bir, günün her saatinde veya sadece normal uyanma saatlerinde bir doz almak anlamına mı geldiği belirtilmelidir.
8. Sıvı ilaçların ölçülmesinde için en iyi yöntemin hangisi olduğu eczacıya sorulmalıdır. Örneğin, birçok insan, genellikle bir çay kaşığı ifadesini sıvı tutmayan ev tipi çay kaşığı ol-

duğunu düşünmektedir. İşaretli şiringalar gibi özel cihazlar, insanların doğru dozu ölçmesine yardımcı olabilir.

9. İlacın neden olabileceği yan etkiler hakkında sağlık çalışanlarından yazılı bilgi istenmelidir.

### **Hastane veya Sağlık Kuruluşunda:**

10. Hastane veya sağlık kuruluşunda muayene esnasında hastaya yapılacak fiziksel muayenede, sağlık çalışanlarının ellerinin temiz olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır. El yıkama, hastanelerde enfeksiyonların yayılmasını önleyebilir.
11. Hasta taburcu olurken doktordan evde izleyeceği tedavi planını açıklamasını istemelidir. Yeni ilaçlar hakkında bilgi edinmek, muayene kontrolünün zamanı ve hastanın normal yaşamına ne zaman geri dönebileceğini öğrenmek bunlara dahildir. Ayrıca hastanın hastaneye yatmadan önce aldığı ilaçları almaya devam edip etmemesi gerektiğini bilmek önemlidir. Bunlarla ilgili hastanın açık ve anlaşılır talimatlar alması gerekmektedir.

### **Cerrahi Girişimlerde:**

12. Hastaya ameliyat yapılması kararı alındığında; hastanın, dahili branş doktorunun ve cerrahın tam olarak ne yapılacağı konusunda hemfikir olduğundan emin olunmalıdır. Yanlış bölgeden ameliyat olmak (örneğin sağ dizinden ziyade sol dizinden ameliyat olmak) nadir görülen bir durumdur. Ama ihtimal düşük olsa da yanlış bölge ameliyatı yüzde yüz önlenemez niteliktedir. Bunun için cerrahların ameliyattan önce ameliyat edilecek bölgeye hastanın baş harflerini yazması alınacak tedbirlerden biridir.
13. Hastaların imkanları dahilinde özellikle cerrahi işlemlerde başarı şansı yüksek cerrah ve hastaneleri araştırmasında ve bu işlemler için onları tercih etmesi önemli olabilir. Araştırmalar, cerrahi işlemlerde çok fazla tecrübeye sahip hastanelerden daha iyi sonuçlar alındığını ortaya koymaktadır.

### **Diğer Adımlar:**

14. Hastalar soru sorma ve varsa endişeleri hakkında konuşmaya teşvik edilmelidir. Hastanın hasta bakımıyla ilgilenen herkese soru sorma ve bilgi alma hakkı vardır.
15. Birinci basamakta görevli hekim veya aile hekimi, hastanın bakımını koordine etmelidir. Bu özellikle çok sayıda sağlık sorunu olan hastalarda yapılmalıdır.
16. Tedavi ile ilgilenen tüm doktorların, hastanın önemli sağlık bilgilerine sahip olduğundan emin olunmalıdır.
17. Hastaların bir aile üyesi veya arkadaşıyla hastane randevusuna gitmesi hastanın ihtiyaç duyduğu anlarda gereklidir.
18. “Daha fazla”nın her zaman daha iyi olmadığı bilinmelidir. Bir testin veya tedavinin neden gerekli olduğu ve hastaya nasıl yardımcı olabileceğine sağlık uzmanı karar vermektedir. Hastanın hekime gereksiz tahlil ve tetkik yaptırmak için ısrar etmemesi gerekmektedir.
19. Ayaktan tedavide hasta tarafından verilen kan, idrar ve diğer tetkiklerin sonuçlarının nasıl ve ne zaman alınacağı, hasta ve yakınına anlaşılır bir şekilde izah edilmelidir.
20. Doktor ve diğer sağlık çalışanlarına hastalık ile ilgili sorular sormak ve diğer güvenilir kaynakları kullanarak hastalar durumları ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olabilir. Örneğin, en son bilimsel kanıtlara dayalı tedavi seçeneklerinin neler olduğu ve hastaya verilen tedavinin en son kanıtlara dayanıp dayanmadığı bilinmelidir (<https://www.ahrq.gov/questions/resources/20-tips.html>).

### **1.5. Hasta Güvenliğinin Boyutları**

Hasta güvenliği kùltürünün alt boyutları olan takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşulları açıklanmıştır.

### 1.5.1. Takım İklimi

Takım iklimi, hastalara güvenli bir hasta bakımı sağlayabilmek için bir grup insanın iş birliği içinde beraber çalışmasına dair sağlık profesyonellerinin genel algı düzeyini, güvenlik iklimi de çalışanların hasta güvenliğine olan bağlılığının bir göstergesini ifade etmektedir (Schwendimann vd., 2013:33).

Her geçen gün çalışma ortamlarının sağlık çalışanlarının davranış, tutum ve motivasyonu ile ilişkisini ortaya koyan bilimsel kanıtlar artmaktadır. Bu davranışlar ve yönelimler, kalite süreçlerini ve sonuçlarını etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık hizmetlerinde giderek artan sayıda çalışma, daha olumlu grup ortamları (genellikle grup desteği ve iş birliği unsurlarını yansıtan) ile birlikte daha destekleyici ve güçlendirici liderlik ve örgütsel düzenlemelere sahip iklimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının, oluşan bu pozitif takım ikliminden memnun olduklarını öne sürmektedir. Ayrıca, araştırma temeli çok güçlü olmasa da aynı örgütsel özelliklerin çalışan devir hızını düşürdüğü ve en önemlisi hasta güvenliğini etkilediğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Örgütsel iklimi geliştirmek, hasta güvenliğini iyileştirme ve genel sağlık bakım maliyetlerini azaltılma imkanına sahiptir (Stone vd., 2008:23).

Takım kelimesi, görevlerin yerine getirilmesiyle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Farklı insanlarla birlikte yapılan toplu faaliyetler, hedeflenen sonuçlara daha kolay ulaşılmasını sağlayabilir. Sağlık alanında takım iklimini pekiştirmek için, hedeflerin belirlenmesi, iyi tanımlanmış olması ve çalışan grubu için ortak olan somut hedeflere sahip olunması gerekmektedir. Böylece bireysel ve grup olarak, hasta bakımının geliştirilmesine katkıda bulunmak mümkündür (Agreli vd., 2017:679)

Takım iklimi hasta güvenliğine ait bulguların önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Geçmişte, alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri sadece kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili hususlarda hastalara uygun tedaviyi sağlamaktaydı. Ancak, değişen hastalık nitelikleri, hasta bakım şekillerindeki değişim, teknoloji



ilerleme, iş ve cihaz örüntülerindeki karmaşıklık artık günümüzde hasta bakım kalitesini ve güvenliğini artırmak için açık iletişim de dahil olmak üzere takım çalışması davranışlarının geliştirilmesini ve iş birliği yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu alanda yapılmış akademik çalışmalarda, takım iklimine ilişkin pozitif personel algılarının, hastane içindeki olumsuz güvenlik olaylarının görülme sıklığını azalttığı, daha düşük düzeyde personel tükenmişliği, hatalı girişimsel işlemlerin azalmasına ve bundan kaynaklı ölüm oranlarında azalma tespit edilmiştir (Zaheer vd., 2018:3; Spence Laschinger ve Leiter, 2006:259; Mardon vd., 2010:226; Berlin ve Carlström, 2008:569; Kohn vd., 2000; Bowers vd., 2011:148). Ayrıca kliniklerde yapılan ampirik araştırmalar, çalışanların liderlik algılarının önce takım çalışmasının kalitesini doğrudan etkilediğini, daha sonra ekip çalışması yoluyla güvenlik sonuçlarını etkilediğini ileri sürmektedir (Spence Laschinger ve Leiter, 2006:260; Bowers vd., 2011:150).

Bireysel veya ekip olarak yapılan işlerde eğer kurumda saygı, bağlılık ve ortak sorumluluk duygusu eksikliği varsa kurumsal bağlamda kişilerarası çatışmalar artabilir ve takım iklimi de bundan olumsuz etkilenebilir. Öte yandan, ekip üyeleri arasında açık ve şeffaf diyalog, saygı ve güven, fikirlerin akılcı tartışılması, doğru çatışma yönetimi ve ekip çalışmasının hakkaniyetle değerlendirilmesi hem bireylerin hem de takım ikliminin gelişimine katkı sağlayabilir (Fernandes vd., 2015:1916).

### **1.5.2. Güvenlik İklimi**

Sağlık hizmetleri sektörü dışında ‘güvenlik iklimi’ terimi genellikle temel güvenlik kùltürünün önlemleri tartışılırken kullanılmaktadır. Bunun nedenleri karmaşıktır ve örgüt teorisindeki belirsizlikle ilişkilidir. Üzerinde hemfikir olunan, güvenlik ikliminin güvenlik kùltürünün yansıması olduğudur. Güvenlik iklimi, bir çalışma grubunun, tesisin veya kuruluşun temel güvenlik kùltürünün bir göstergesini sağlayan güvenlik durumunun bir anlık yansıması olarak ifade edilebilir (White vd., 2006:283).

Güvenlik kùltürünün alt boyutu olan güvenlik iklimi, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine olan ilgi ve tutumlarını ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle güvenlik kùltürü, kurumsal değerler ve faaliyetleri merkezde tutarken, güvenlik iklimi hasta güvenliğinin nasıl ele alındığı ve nasıl yönetildiğine ilişkin çalışan personel algısına odaklanmaktadır (Singer vd., 2009:25).

Güvenlik iklimi, bir kuruluşun güvenlik performansını anlamak için önemli bir örgütsel değişken olarak kabul edilir. Genel olarak, güvenlik iklimi, demir çelik fabrikaları, denizcilik ve nükleer santraller gibi güvenlik risklerinin yüksek olduğu sektörlerde incelenmiştir. Bununla birlikte, sağlık sektöründe güvenlik iklimi boyutu daha fazla araştırılmaya ihtiyaç duymaktadır çünkü sağlık sektörü de en az yukarıda belirtilen sektörler kadar güvenlik riski yüksek olan bir sektördür. Sağlık hizmetlerinde güvenli bir ortam sadece sağlık kuruluşu çalışanlarını değil, aynı zamanda müşterilerini, yani hastaları da doğrudan etkilemektedir (Katz-Navon vd., 2005:1076).

Sağlık hizmetleri görev özellikleri aşışından çok karmaşıktır, çünkü her hasta ve dolayısıyla hastalık benzersizdir. Bu bağlamda, güvenlik politikalarına ve prosedürlerine sıkı sıkıya bağlı kalmak yalnızca kısmen iyi güvenlik performansı sağlayabilir, çünkü belirsizlik yüksektir ve uygun hasta bakımı esneklik ve sürekli yeni karar vermeyi gerektirir. Belirsiz durumlarda, güvenli çalışan davranışının sağlaması yani buna uygun politika ve prosedürlerin belirlendiği bir yapı kurmak oldukça zordur (Hoffer Gittell, 2002:1410).

Güvenlik iklimi genellikle güvenlik kùltürü kavramı ile birbirinin yerine kullanılır ve güvenlik kùltürünün ölçülebilir bileşenleri olarak belirtilebilir. Belirli bir zamanda bir kuruluşun mevcut hasta güvenliği kùltürünün nasıl olduğuna dair ilgili kuruluşun sağlık çalışanlarının ilgi ve tutumlarının anlık görüntüsünü vermeyi sağlar. Güvenlik kùltürü ve güvenlik iklimi, o örgütün kùltürü ve ikliminin türevleri olarak ifade edilebilir (Alsalem vd., 2018:353).

Güvenlik kùltürünün güvenlik ikliminden daha yüksek bir soyutlama düzeyi vardır ve güvenlik iklimi güvenlik kùltürünün bir tezahürüdür. Başka bir deyişle, güvenlik kùltürü daha geniş bir örgütsel nitelik iken, güvenlik iklimi güvenlik kùltürünün bir alt kümesidir. Güvenlik iklimi alternatif bir güvenlik performansı göstergesi olarak değerlendirilebilir (Reichers ve Schneider 1990:23).

### 1.5.3. İş Tatmini

İş tatmini, bir çalışanın elde ettiği iş sonuçlarının, kendisi tarafından istenenlerle eşleşmesi durumunda gerçekteştiği hal olarak ifade edilebilir. Buna göre çalışan, önemseydiği ve değer verdiği sonuçları ne kadar çok alırsa, o kadar tatmin olur; değer verdikleri sonuç olarak ne kadar az alınırsa, o kadar az tatmin olur. Başka bir ifadeyle, işin mevcut yönleri ile çalışanın arzu ettiği yön arasındaki uyumsuzluk, iş tatminsizliğine neden olur ve bu uyumsuzluk ne kadar fazla olursa, iş memnuniyetsizliği o kadar fazla olabilir (Locke, 1969:315). İş tatmini ‘bir kişinin işinin farklı yönleri hakkında ne kadar olumlu veya olumsuz hissettiği ile farklı çalışma koşullarına nasıl tepki verdiği olarak ifade edilebilir ve bu durum aynı zamanda, bir çalışanın bir işten ne istediği ile işin çalışana ne verdiği’ arasındaki boşluğun değeridir (Costen ve Salazar, 2011:273).

Sağlık hizmetlerinde optimum verimlilik ve güvenliğin sağlanabilmesi ancak hekim ve diğer tüm sağlık çalışanlarının katılım göstermesi ile mümkün olabilir. Bundan ötürü sağlık kuruluşları, çalışanların iş tatmininin hasta bakımını pozitif etkilediği varsayımı ile çalışan memnuniyetini artırmaya gayret göstermelidirler (Saari ve Judge, 2004:399).

Yüksek çalışan memnuniyetinin personeli daha üretken yaptığı varsayımının popüler olması sebebiyle, iş tatmini yöneticilerinde ilgisini çekmeye devam etmektedir. Bununla birlikte, daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip şirketlerin ortalama olarak en üretken olması beklenirken, memnuniyet ile üretkenlik arasındaki ilişki tam

olarak tespit edilememiştir. Buna rağmen kuruluşların çalışanlarına hem teşvik edici hem de özünde ödüllendirici işler sunması önemlidir (Locke, 1976:1302).

Çalışanların güçlendirilmesi, iş birliği ve koordinasyonu, çalışanların maaşları ve yönetim liderliği, çalışanların iş tatmini düzeyi ile pozitif ilişkilidir (Chang vd., 2010:1311). Hemşireler arasında iş tatmini hemşirelik performansının önemli bir göstergesidir. Çalışanları destekleyici bir çalışma ortamı algılayan hemşirelerin genellikle organizasyona yüksek düzeyde bağlılık gösterdiği ve kaliteli hemşirelik bakımı sağladığını tespit edilmiştir (Tanaka vd., 2011:14). Ayrıca çalışma ortamının mesleki bağlılığın ve iş değerlerinin, çalışanların iş tatminini arttırmaya yardımcı olabileceğini görülmüştür (Caricati vd., 2014:901).

Hemşireler tarafından bildirilen sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerde daha yüksek düzeyde tükenmişlik yarattığı, daha düşük iş tatminine neden olduğu, hasta güvenliği ve bununla ilişkili tıbbi hataların daha fazla görülmesi ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hemşire tükenmişliği, daha düşük düzeyde hasta güvenliği ve daha fazla olumsuz olay yaşanması ile doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür. Hemşirelerin yüksek düzeyli iş tatminlerinin, hasta güvenliği ile yüksek düzeyde etkileşimi olduğu tespit edilmiştir (Liu vd., 2019:558).

#### **1.5.4. Stres Algısı**

Stres yaşamın her döneminde, her kademesinde görülebilen hayata dair bir gerçekliktir. Stres oluşumunun engellenmesi ya da tümayle ortadan kaldırılması hayatın doğal akışında pekte mümkün olamamaktadır. İç veya dış tehlikeler, kaygılar, istekler, zor hedefler, kıt kaynaklar ve bunun dışında pek çok faktör strese sebebiyet verebilmektedir. Sürekli değişen yaşam ve yaşam koşulları ile stres arasında ayrılmaz bir bağ olduğu ileri sürülebilir. Bu gerçekliğin kabul edilmesiyle birlikte bireylerin stresle yaşamlarına devam etmeyi öğrenmeleri ve onun yıkıcı etkilerini en aza indirirken, stresi

olumlu yönde kullanabilmeyi öğrenmeleri akılcı bir yaklaşım olarak görülebilir. Kişilerin ve kuruluşların stresi yönetme konusunda tutum oluşturmaları ve bunu geliştirmeleri önemlidir (Demirel, 2013:236).

Genel olarak stres, insanların çevrelerinde algıladıklarına karşı verdiği olumsuz tepki olarak tanımlanabilir. Bu nedenle stres, bir uyarana verilen bir tepkidir ve başa çıkamama duygusunu içerir. Her birimiz dünyayı farklı algılamakta, yorumlamakta, başa çıkmakta veya tepki vermekteyiz. Ancak stres tepkisi hoş olmayan bir endişe halidir. Stres konusunda akılda tutulması gereken iki şey vardır; birincisi, stresli olmak bir durum halidir ve bu nedenle en aşırı haller dışında genellikle kalıcı değildir; ikincisi, stresli olduğumuzda veya stresin etkisi altındayken, sakin olduğumuzda yaptığımız gibi rasyonel şekilde davranma ve buna göre kararlar alma ihtimalimiz daha düşük olabilir (<https://www.hsa.ie/eng>).

Stres ve stres düzeylerine yönelik insanlar farklı tepki şekilleri geliştirmiştir. Bunlar:

- Bazı insanlar çok aşırı düzeyde tehdit ve stres altında bile bunu dışarıya yansıtmadan içlerinde yaşamaktadırlar.
- Bazıları, davranışlarının stresten kaynaklandığını kabul etmemesine rağmen çok agresif davranmaktadırlar.
- Bazı insanlar aynı stres faktörüne karşı sanki hiç tehdit altında değilmış gibi kendilerini son derece rahat hisseder ve oldukça sakin tepkiler verirler.
- Kimi insanlar stres yaratan dış faktörlere karşı meydan okurlar.
- Bazıları ise herhangi bir tehdide karşı çok düşük toleransa sahiptir ve bu nedenle onlara yapılan basit talepleri bile oldukça tehdit edici bulabilirler, bundan ötürü talep yapıldığı andan itibaren kendilerini stresli hissetmeye başlarlar (<https://www.hsa.ie/eng>).

Sağlık kurumlarında iş yeri stresinin ana nedeninin çalışma koşulları olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Strese temelde iş yükü fazlalığı, çevresel ortam (rneğin gürültülü ofisler, pence-relerin olmaması, kk odalar ve sıcaklığın konfor için çok düşük veya çok yüksek olduğu alanlar), uzun çalışma saatleri, ağır iş yk-leri ve personel yetersizliği gibi etkenler neden olarak gösterilebilir (Bhui vd., 2016:320).

Michie (2002:71) işyerinde stres faktörlerini şu şekilde ifade etmektedir:

- Uzun alışma saatleri, aşırı iş yükü ve baskı.
- Bunların zel hayata etkileri.
- alışırken işe dönük adaptasyon eksikliği ve karar verme sürecine katılım eksikliği.
- Zayıf sosyal destek.
- Belirsiz yönetim anlayışı, iş rollerinin belirsizliği ve zayıf yönetim tarzıdır.

Stresi yönetme ve önlemedeki başarı, organizasyondaki kl-tre bağlı olacaktır. Stres, bireylerde zayıflık olarak değil, eylemi yönlendirmek için yararlı fırsatlar olarak görülmelidir. İş yerinde suçlama ve eleştiriden uzak şeffaflık ve anlayış kültürü esas alınmalıdır. Bu tür bir kültürü inşa etmek için, örgütte aktif liderlik ve rol modelleri tanımlaması, organizasyon genelinde bir stres politika-sının geliştirilmesi, uygulanması ve sorunları erken tespit ederek müdahale edecek bir yapının kurulması gerekmektedir.

### **1.5.5. Yönetim Algıları**

Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak ve hasta bakım kalitesini artırmak sağlık kuruluşları için önemli bir adım teşkil etmektedir. Ancak bunlara ulaşabilmek için hastanenin organizasyon kültürün-de değişiklik yapılması ve hatalardan ders çıkarılmasına yönelik bir yönetim anlayışının var olması gerekmektedir. Bu yönetim anla-

yışı hasta bakımını yeniden organize etme ve karmaşık süreçleri tanımlamayı içermektedir. İletişimin, çalışanlar arasındaki karşılıklı güvene dayanması ve üst yönetimin, hatalara ve hatalara yol açan yetersiz şekilde tanımlanmış süreçleri doğru ve eksiksiz tanımlamasını gerektirmektedir (Françolin vd., 2015:280).

Ulusal ve uluslararası kuruluşlar hasta güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik tavsiyede bulunsa da hasta güvenliğini tam olarak sağlamayı zorlaştıran yapısal faktörlerin hala mevcut olduğu gör÷lmektedir. Hasta bakımı sırasında tıbbi hataların oluşmasına neden olan faktörler arasında yetersiz personel, aşırı iş yükü, stres, yetersiz eğitim ve değişime direnen organizasyon kùltürü yer almaktadır. Bu tür ortamlarda hasta bakım sürecinin lideri ve yöneticisi olarak hemşire, hastanın sağlık kuruluşunda kaldığı süre boyunca güvenli bakımı almasını sağlayacak kritik bir role sahiptir (Marinho vd., 2014:584)

Kurumsal süreçlerin planlanmadığı veya yetersiz planlandığı durumlarda sağlık bakım sürecinde hastaya zarar verme riskinin daha fazla olduğu göz önünde tutulmalıdır. Hastaya zarar gelmesinin önlenmesine katkı sağlayan bilgilerin ortaya çıkarılması ve yaygınlaştırılması için etkin bir yönetimin varlığı yadsınamaz bir gerçekliktir (Reis vd., 2013:2030).

Hasta güvenliği ve hasta bakım kalitesi için etkin bir yönetim ve etkin bir liderlik gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında liderler hasta hizmet sunumunun tüm süreçlerini yönetim faaliyetlerinin merkezine yerleştirir. Hizmet işleyişinde liderlik sürecine katkı sağlayan 7 davranışın etki alanları ve tanımlayıcıları Tablo 2’de gösterilmiştir (Pinnock, 2012:1146).

Tablo 2 Liderlik çerçevesi etki alanlarının tanımlayıcıları

Etki Alanları	Tanımlayıcılar
<b>Kişisel Niteliklerin Belirtilmesi</b>	Dürüstlük, öz-farkındalık, kendini geliştirme ve sürekli kişisel gelişim ile hareket etmek
<b>Başkalarıyla Çalışmak</b>	İletişim ağları ve ilişkiler geliştirmek, katılımı teşvik etmek ve bir ekip içinde çalışmak.
<b>Hasta Bakımını Yönetmek</b>	Hizmetleri planlama, insanları, kaynakları ve performansı yönetme.
<b>Hasta Bakımını Geliştirmek</b>	Hasta güvenliğini sağlamak, teşvik etmek yenilikçilik, dönüşümü kolaylaştırma ve hizmetleri eleştirel olarak değerlendirmek.
<b>Ayar Yönü</b>	Değişim bağlamının belirlenmesi, kanıt ve bilginin uygulanması, istisnai karar verme ve değişikliklerin hizmetlere etkisinin değerlendirilmesi.
<b>Vizyon Yaratmak</b>	Organizasyona yönelik vizyonu geliştirmek; vizyonu etkilemek, iletmek ve somutlaştırma.
<b>Strateji Sunmak</b>	Çerçeveleme, geliştirme, uygulama ve yerleştirme stratejisi

*Kaynak: Pinnock, 2012:1149.*

Yönetimin güvenlik algısı, çalışanların, yöneticilerin güvenli çalışmaya ne kadar değer verdiğine ve onu desteklediğine ayrıca çalışanların güvenliğine ne kadar önem verdiğine ilişkin algılarının bir göstergesi ve güvenlik ortamının özel ve kritik bir bileşenidir. Yönetimin güvenliğe olan bağlılığı, çalışanın işle ilgili güvenlik davranışlarını, olayları, hata ve yaralanmaları etkilemektedir. Yöneticilerin hasta güvenliği yaklaşımları ve güvenlik politikalarının uygulanma düzeyi, çalışanlarında hasta güvenliği konusunda ilgi, tutum ve davranışını etkilemektedir. Örneğin, hastayla ilgili zorlu bir durumla karşı karşıya kaldığında, yönetimin güvenliğe yüksek düzeyde bağlı olduğunu algılayan bir hastane çalışanının, yönetimin bu tür protokolleri takip etme desteği nedeniyle katı güvenlik



protokolünü izlemesi beklenmektedir. Yöneticilerin güvenlik tutumunu net bir şekilde benimseyen çalışanlar, bu tür güvenli davranışlara değeri verildiğini ve yöneticileri tarafından destekleneceğini ve ayrıca güvenli olmayan davranışların cezalandırılacağını beklemektedir. Bu beklentiler, hata, kusur ve yaralanma riskinin azalmasına yol açan davranış ve tutumlara dönüşebilir (McGonagle vd., 2016:47).

### **1.5.6. Çalışma Koşulları**

Sağlık kurumlarında çalışma koşulları, hastalara sağlanan bakımın kalitesini ve güvenliğini etkilemektedir. 2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü çeşitli ülkelerde hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek hata, eksiklik ve riskleri tespit etmek amacıyla öncelikli olarak uygulama ortamlarının (çalışma alanları) incelenmesinin gerektiğini belirten bir rapor yayınlamıştır (Jha vd., 2010:43).

Çalışma koşullarının hasta güvenliğini nasıl ve ne düzeyde etkilediği ile ilgili bir analitik çerçeve geliştirildiğinde, çalışanların kişisel özellikleri ve organizasyonun sabit yapısal özellikleri (coğrafi konum, yönetmelikler ve mevzuat) gibi dış faktörleri tanımlayan öncül şartlar, çalışma koşullarının hasta güvenliği üzerindeki etkisini artırma veya azaltma derecesine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışma koşulları, iş kalitesini artıran veya iş kalitesini düşüren etmenlerdir ve çalışma koşulları hasta güvenliğini etkileyerek bir anlamda hasta sonuçlarına da etkiyebilme potansiyeline sahiptir (Hickam vd., 2003:1).

McKenzie ve diğerleri (2019:699) hasta güvenliği kùltürü oluşturma ve gelişim sürecini gözledikleri bir çalışmada, güvenliği kùltürü uygulamaları süresince hastanenin çevre ve çalışma koşullarının güvenliği kùltürü programının yürütülmesine engel olarak tanımlandığını bulgulamıştır. Çalışma koşullarında yaygın olarak tespit edilen eksikler arasında iş yükünün fazlalığı, yatak sayısının yetersizliği, giderek eskiyen ve sorun çıkaran altyapı hizmetleri, erişiminde zorluk yaşanan tıbbi ekipmanlar ve elektronik tıbbi

kayıt tutmaktan imtina edilerek kâğıda aşırı bağımlı olma isteği gösterilmektedir.

Sağlık alışanları, çalışma saatlerini renk, görsel ve işitsel uyarılar, iklimlendirme düzeyi ve estetik dahil olmak üzere birçok fiziksel özelliğe sahip insan yapımı bir çalışma ortamında geçirirler. Çevresel alışma koşullarına ilişkin araştırmalar çeşitli endüstriyel ortamlarda yürütülmüştür ve birçok rapor hem sağlık hizmetlerinde hem de ofis ortamlarında işyeri tasarımının önemli olduğu konusunu ön plana çıkarmıştır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hususunda birtakım önerilerde bulunulabilir. Bu neriler; işçilerin verimliliğini ve ruh sağlığını iyileştirmek için çeşitli aydınlatma ve renk tekniklerini içermektedir. Diğer evresel faktörler ise sağlık çalışanlarının ve hastaların konforu için i mekân bitkilerinin sağlanması, temiz hava, kontrollü sıcaklıklar ve pencerelerin varlığıdır. Pencereler, işığı alma, havalandırma, içeriye ve dışarıyı görme imkânı ve estetik faydalar sağlamak gibi çeşitli işlevleri yerine getirmektedir (Allan vd., 1992:242; Birdsong ve Leibrock, 1990:40; Hickam vd., 2003:47).

COVID-19 pandemisi, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişikliklere yol açarak iş yükünün artmasına ve bakım hizmetinin sağlanması için personelin başka yerlere nakledilmesine neden olmuştur. Pandeminin mevcut gelişimi sırasında, neredeyse tüm sağlık branşları, hastalığın yayılmasını kontrol altına almak ve hastaları tedavi ederken sağlık çalışanlarını korumak amacıyla teşhis ve tedavi algoritmalarını değişirmiştir (Driggin vd., 2020:2355). Ülkelerin sağlık yöneticileri tarafından COVID-19 pandemisi döneminde karşılaşılan olağanüstü hl karşısında bazı hakların geçici olarak askıya alınması böylelikle sağlık sisteminin pandemi sürecinde kesintisiz hizmet vermesinin sağlanması amaçlanmıştır. Bu dönemde hastane yönetimlerine sağlık personellerini esnek bir şekilde hastanedeki farklı bölümlere kaydırma ve ayrıca görev kapsamını ve çalışma saatlerini değişirme yetkisi verilmiştir. Bu tür yöntemler vasıtasıyla hastanede yatan hastalara bakımın kesintisiz sürdürülmesi zorunluluğunu yerine getirmek hedeflemiştir. Sağlık

personeli eksikliği, yasalarda yapılan değişiklikler, COVID-19 bu-laşmış hastalarla çalışmanın neden olduğu işyeri sağlık riskleri, sağlık kuruluşunda diğer güvenlik riskleri ile çalışma süresi boyunca kronik hale gelmiş iş ile ilgili stresin, sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını olumsuz etkilemeye devam etmektedir. Bu durum ayrıca pandemi sürecinde hastanelerde hasta güvenliği uygulamalarının sürdürülmesi için bir tehdit oluşturmaktadır (Hu vd., 2020).

### **1.6. Hasta Güvenliği Kùltürü ve Hasta Bakım Kalitesi İlişkisi**

Hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesini öğrenme ve algılama düzeyi gelişmiş olsa da bu iki faktörün birbirleriyle olan ilişkisi tam olarak açıklanamamıştır. Hasta güvenliğini yaralanma ve zarardan kaçınmak, hasta bakım kalitesini mümkün olan en iyi sonuçlara ulaşmak olarak en basit şekilde ifade edilebilir. Oysa hasta güvenliğini farklı faktörlerin belirleyebileceğini ve her birini geliştirmenin farklı yaklaşımlar gerektirebileceği bilinmelidir. Diğer yaklaşımlarda, güvenlik ve kalite birbiriyle bağlantılı ve büyük ölçüde eşanlımlı olarak kabul edilir; her ikisi de bakım sistemleri tarafından yönlendirilir ve her ikisine de ulaşmak, öğrenme ve iyileştirme üzerine kurulu bir kùltür geliştirmeye yönelik örgütsel bağlılık gerektirmektedir (Gupta vd., 2019:6).

Institute of Medicine hasta güvenliği ile hasta bakım kalitesi arasında yakın ve örtüşen bir ilişki olduğunu öne sürmekte ve hasta güvenliğini sağlık kalitesinin ayrılmaz boyutlarından biri olarak kabul etmektedir. Hasta güvenliğinin tam olarak sağlanamadığı veya düşük standartlarda verildiği yerlerde hasta bakım kalitesinin de düşük standartlarda olacağı iddia edilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kùltürünün ve hasta bakım kalitesinin geliştirilmesinin benzer teori ve araçlara dayandığı öne sürülmektedir. Buna rađ-men, güvenlik ve kalite arasında net ayrımlar olduğunu belirten sağlık yapıları faaliyetlerine devam etmektedir. Kalite algısı öncelikle olumsuz olaylar düşüncesi perspektifinde tanımlanmaktadır. Birçok hastanede, geleneksel hasta güvenliği esaslı faaliyetlerin

gözden geçirilmesi ve hizmet sağlayıcıya odaklanan faaliyetler, kalite departmanları tarafından yürütölmektedir. Hastaneler artık tipik olarak süreç iyileştirmeye odaklanan kalite departmanlarına da sahip olsalar da çoğu zaman kalite iyileştirme ve hasta güvenliği faaliyetleri Kalite Sorumlusu ve Hasta Güvenliği Sorumlusu diye 2 ayrı pozisyon tarafından yürütölmektedir (Gupta vd., 2019:7).

Araştırmalar hasta bakım kalitesini, hasta güvenliğinin en önemli ve etkili boyutlarından birisi olduğunu ve bunun çok boyutlu bir kavram olduğunu öne sürmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından biri, hasta güvenliğinin korunması, korunması ve iyileştirilmesidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemli bir bileşeni olan hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sağlanması sırasında hastaya verilen zararın önlenmesi olarak tanımlanmaktadır. 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından, ortak bir uluslararası öncelik olarak hasta güvenliğini artırmaya yönelik güçlü motivasyon oluşturulması kararı alınmıştır. Bu karara göre, ölkeler sağlık sistemlerinin güvenliğini izlemek ve güçlendirmek, hasta güvenliği kùltürünü değerlendirmek, aksaklıkları gidermek ve sağlık personeli arasında güvenlik kùltürünü geliştirmek durumundadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesinin, kurum içindeki iletişimin ve yöneticilerin desteğinin geliştirilmesinin yanında hasta güvenliğine yönelik pozitif yaklaşımlara da ihtiyaç duymaktadır (Ghahramanian vd., 2017:169).

Sağlık hizmetlerinde, kalite yönetimi, hataların ve kusurların oluşmasını beklemekten mükemmel hasta hizmeti sunmanın mümkün olduğunu düşünmeye doğru bir paradigma kayması gözlemlenmiştir. Philip Crosby kaliteyi sağlayan unsurun değerlendirme değil, önleme ilkesi olduğunu savunmaktadır. Pek çok araştırma hastanelerdeki çok sayıda hastanın ölüm nedeninin tıbbi ihmal ve hastane enfeksiyonları olduğunu göstermektedir. Bu ölümler, kalite güvence programları dahil edilerek kolayca önlenbilir. Sağlık yönetiminde sistem tasarımları önemlidir ancak yeterli değerildir. Üst düzey klinik bakım, yerleşik bir yüksek klinik kalite düzeyine ulaşmak için kaynakların en verimli şekilde harcanmasıyla

mùmkùn olabilir. Altı Sigma tasarımı, neredeyse sıfır hata verimi sağlar. Kalite yönetiminde diğerlerinden üstün tek bir model oluşturulamamıştır. Ancak, üst yönetim ve ekip, kaliteye bağlı kalırsa, hangi metot seçilirse seçilsin başarılı olacaktır. Hasta memnuniyeti, hasta merkezli bakım sunumunu ve ayrıca standartlara ve etkin protokollere uyumu gerektiren kalite güvence programının arzu edilen sonucudur. Tıp Enstitüsü, hasta merkezli bakımı; bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve bunları temsil eden ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bir bakım türü olarak tanımlamaktadır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin ve hastaların mevcut en iyi bulgulardan yararlanarak hem fikir oldukları ortak karar düzeyini ifade etmektedir (Aggarwal vd., 2019:182).

### **1.7. Hasta Güvenliği Kùltürünü Geliştirme**

Sağlık kuruluşları farklı düzeylerde hasta güvenlik kùltürüne sahip olsa da hepsinde aşağıdaki niteliklere sahip bir güvenlik kùltürünün oluşturulması sağlanmalıdır:

- Şeffaflığa, hesap verebilirliğe ve karşılıklı saygıya değer veren personel ve yöneticilerin varlığı.
- Güvenliğin herkesin birincil önceliği olması.
- Bir güvenlik kùltürünü zayıflatan ya da sabote eden davranışlar kabul edilemez. Bu nedenle riski azaltmayı teşvik etmek amacıyla hatalı olduğu düşünölen personeller, hastalar ve hasta yakınları tarafından hastane yönetimine bildirilmelidir.
- Çalışanların, güvenlik sistemlerinin mükemmel olmadığının farkında olması ve bir hastaya zarar verebilecek tehlikeli koşulları önceden saptamalı ve bu güvenlik açıklarını uygun bir şekilde kapayacak bir kolektif farkındalık yaratılmalıdır.
- Çalışanlar, erken uyarı ikazlarının sistemin bir hatayı önlediğinin kanıtı olarak değer, herhangi bir kusuru önlemek

için sistemin daha da geliştirilmesi gerektiğinin kanıtı olarak görmelidir.

- Hataları inkâr veya örtbas etmeyen, aksine hatalardan ders alarak hasta güvenliği kùltürüne katkı sağlayan bir çalışan sistemi yapısı oluşturulmalıdır.
- Çalışanlar, hasta güvenliği olaylarını raporlamalı ve bunlardan dersler çikarmalı ayrıca öğrenerek öğrenen bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır (<https://www.jointcommission.org>).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kùltürünü geliştirmede bazı stratejiler şu şekildedir:

- Hem akut bakım hastanelerinde hem de bakımevlerinde lisanslı ve lisanssız nitelikli hemşire sayısını artırma stratejileri, hasta sonuçlarını olumlu yönde geliştirebilir.
- Risk düzeyi yüksek ve komplikasyon gelişme ihtimali fazla olan çoklu girişimsel cerrahi işlemler bunları sık sık uygulayan hekimler (tecrübeli) tarafından gerçekeştirildiğinde komplikasyon düzeyleri düşük veya önlenebilir seviyede gerçekeşebilir.
- Sağlık profesyonellerinin tecrübeleri arttıka bazı klinik hasta bakım türlerinde daha iyi hasta sonuçları alınabilir.
- Kurumun sağlık hizmetlerinde hizmet kesintileri ve dikkat dağıtan unsurları azaltan organizasyon yapıları tıbbi hataların görölme sıklığını azaltabilir.
- Hastaların hastaneden taburcu edildikten sonra hastane ve hastane dışı ortamlar arasında bilgi alişverişi, sorumluluğun devredilmesi ve hasta bakımının sürekliliğini iyileştirmeye yönelik girişim faaliyetlerinde koordinasyon, ilaç hatalarını ve bazı durumlarda hastaneye tekrar yatma sıklığını azaltabilir.
- Bilinenin aksine sağlık bakımının yapıldığı yerlerde ortam gürültüsü seviyeleri hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Hickam vd., 2003:3).

Hellings ve diğerleri (2010:493) alışmalarında hasta güvenliği kùltürünü yaratmak ve geliştirmek için, hasta güvenliği kùltürü hedeflerinin tanımlanması ve benimsenmesinin zamana yayılmasının iyileştirme planının önemli bir parçası olduğunu öne sürmüşlerdir. Ayrıca hasta güvenliği oluşturma da güçlü bir yönetim desteği sağlamak ve alışanlarında güvenli hasta bakım sisteminin oluşturulmasında yönetim desteğinin varlığını hissetmesinin önemli olduğu ileri sürmüşlerdir. Hasta güvenliğinin geliştirilmesinde:

- Sağlık kuruluşunda multidisipliner bir hasta güvenliği komitesi kurulmalı ve hastane yöneticileri bu kurula dahil edilmelidir. Böylelikle hastane güvenliği kùltürünü geliştirme, gözlemleri ve çabaları denetlemek ve bütünleştirmek, uzmanlaşma, iyileştirme projelerini teşvik etmek ve kaynakları korumak için bir hasta güvenliği komitesi gereklidir.
- Sağlık çalışanlarını hasta güvenliği konusunda eğitmek ve daha güvenli bir hastane ortamı için güvenlik kùltürünün rolü hakkında farkındalık yaratmak.
- Bunlara ek olarak hasta güvenliği kùltürünün her üç yılda bir değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak her durumda zamanlama konusunda dikkatli olunmalıdır. Çünkü denetleme yapılan dönemlerde çalışan algısı yüksek olabilir. Güvenlik kùltürünün gelişiminde veya farklı güvenlik kùltürü boyutları incelendiğinde şu üç unsurun birleştirilmesi fayda sağlayabilir.
- Hasta güvenliğini ve yönetimini destekleyen süpervizörlerin beklentileri ve eylemleri ile cezalandırıcı olmayan bir güvenlik kùltürü yaratma ile birleştirilebilir.
- İletişimde şeffaflık; olay raporlamayı teşvik etme, geri bildirim sağlama ve kurumsal öğrenme, kapsamlı bir yaklaşımla bütünleştirilebilir.

- Birimler içinde ve birimler arası ekip çalışması, aktarmalara ve geçişlere odaklanan iyileştirme projeleriyle birleştirilebilir (Hellings vd., 2010:493).

McKenzie ve diğerleri (2019) tarafından yapılan ve sağlık kuruluşlarında 3 yıl süren nitel bir araştırmada hasta güvenliği kùltürü oluşturma ve geliştirmede tespit edilen bazı bulgular şunlardır:

- Katılımcılar, profesyonel olmayan davranışlarla başa çıkmak için yeterli müdahalenin yapılmadığını sürekli olarak tekrarladılar. ‘..çok büyük bir süpürge var ve çok büyük bir halı parçası var ve her şey bir halının altına süpürüldü’ .
- Güvenlik programlarının uygulanmasında yöneticilerin desteğinin çok önemli olduğu kabul edilmiştir. Bu destekte, yönetim rollerindeki liderlerden ve resmi otorite pozisyonlarına sahip olmayan ancak personel grupları üzerinde etkili olduğu düşünölen doğal liderlerin varlığı dikkat çekicidir.
- Liderler, güvenlik programında, özellikle yönetim rollerinde, davranış normlarını yeniden tanımlayarak ve mesleki hesap verebilirliği artırarak programın uygulanmasında etkili olmaktadır (McKenzie vd., 2019:698).



Tablo 3 Ulusal hasta güvenliği hastane hedefleri-2022

Hedefler	Yapılması Gerekenler
<b>Doğru Hasta Tanımlama</b>	Hastaları tanımlamak için en az ikili tanımlama yöntemi kullanılmalıdır. Örneğin, hastanın adı ve doğum tarihi birlikte kullanılmalı böylece her hastanın doğru ilacı ve tedaviyi aldığından emin olunmalıdır.
<b>Çalışan İletişiminin Güçlendirilmesi</b>	Hastalara ait önemli laboratuvar sonuçları doğru personele zamanında ulaştırılmalıdır.
<b>İlaçların Güvenli Kullanımı</b>	Her uygulamadan önce etiketlenmemiş ilaçlar (şırıngalarda, kaplarda ve tedavi arabalarındaki ilaçlar) sarf malzeme ve ilaç deposunda etiketlenmelidir. Özellikle kan sulandırıcı alan hastalara daha fazla itina gösterilmelidir. Bir hastanın ilaçları hakkında bilgileri doğru kaydedilmeli ve iletilmelidir. Hastaya alması gereken ilaçlar hakkında yazılı bilgi verilmeli, hastaya, doktora her ziyaretinde kullandığı güncel ilaçların listesini getirmesinin önemli olduğu bildirilmelidir.
<b>Güvenlik İkazlarının Kullanımı</b>	Tıbbi cihazlardaki alarmların duyulmasını ve bunlara yanıt verilmesini sağlamak için gerekli bakımlar zamanında yapılmalıdır.
<b>Enfeksiyonları Önleme</b>	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinden veya Dünya Sağlık Örgütü'nden el temizleme yönergelerinin kullanılması ve el temizliğini iyileştirmek için hedefler belirlenmelidir. El temizliğini iyileştirmek için belirlenen hedefler gerçekleştirilmelidir.
<b>Hasta Güvenliği Riskleri Belirlenmeli</b>	İntihar riskleri azaltılmalıdır.

<b>Ameliyat Hatalarının Önlenmesi</b>	Doğru ameliyatın doğru hastaya ve hastanın vücudundaki doğru yere yapıldığından emin olunmalıdır. Ameliyatın yapılacağı hastanın vücudunda doğru yeri işaretlenmelidir. Bir hata yapılmadığından emin olmak için işaretlenen bölge ameliyattan önce tekrar kontrol edilmelidir.
---------------------------------------	---

*Kaynak: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2022/simple\\_2022-hap-npsg-goals-101921.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2022/simple_2022-hap-npsg-goals-101921.pdf) (21.11.2021).*

The Joint Commission tarafından düzenli olarak her yıl yayınlanan ulusal hasta güvenliği hastane kuruluşları hedefleri Tablo 3'te gösterilmiştir. The Joint Commission hasta güvenliğini geliştirme hedeflerini; doğru hasta tanımlama, personel iletişiminin güçlendirilmesi, ilaçların güvenli kullanımı, güvenlik ikazlarının kullanımı, enfeksiyonları önleme, hasta güvenliği risklerini belirleme ve ameliyat hatalarının önlenmesi konularında belirlemiştir



# Hasta Bakım Kalitesi

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, ülkeleri, finansal riskten korunma ve kaliteli temel sağlık hizmetlerine erişim dahil olmak üzere Evrensel Sağlık Kapsamına ulaşmaya teşvik etmektedir. Bununla birlikte, çoğunlukla kaliteli bakım sağlanması, önemli bir zorluk olmaya devam etmekte ve yetersiz kalite, engellenebilir ölüm oranlarına, insanların acı çekmesine ve önemli ekonomik kayıplara sebebiyet vermektedir.

Hasta bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik büyük engeller olmakla birlikte, harekete geçme ihtiyacı yadsınamaz bir gerçektir. Birçok ülke sağlık sistemlerine kaliteli hasta bakımını dahil etmek için gayret göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) tarafından hazırlanan rapora göre, kaliteli sağlık hizmeti sunma; tüm sağlık sistemi seviyelerinde birden fazla paydaşın ortak gayret ve eylemlerine ihtiyaç duyduğunu vurgulamıştır. Kaliteli sağlık bakım hizmetlerinin sağlanması;

- iyi yönetim sistemi,
- sürekli desteklenen ve motive edilen vasıflı ve yetkin bir sağlık işgücü,

- kaliteli bakımı mümkün kılan ve teşvik eden finansman mekanizmaları,
- sürekli olarak izleyen ve daha iyi hasta bakım sağlamayı hedefleyen bilgi sistemleri,
- güvenli ve uygun şekilde düzenlenmiş ilaçlar, cihazlar ve teknolojiler,
- erişilebilir ve iyi donanımlı sağlık tesisleri gerektirmektedir ([https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_2)).

Düşük ve yetersiz hasta bakım kalitesinin sebep olduğu bazı olumsuz bulgular şunlardır:

- Düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl 5,7 ile 8,4 milyon ölüm, düşük kaliteli hasta bakımından kaynaklanmaktadır ve bu oran ilgili ülkelerdeki toplam ölümlerin %15'ine denk gelmektedir.
- Düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık bakımı ihtiyaç gerektiren hallerden kaynaklanan ölümlerin %60'ı, düşük kaliteli hasta bakım nedeniyle meydana gelirken, kalan ölümler sağlık sisteminin kullanılamamasından kaynaklanmaktadır.
- Yetersiz hasta bakım kalitesi, düşük ve orta gelirli ülkelerde üretkenlik kaybına ve her yıl 1,4 ile 1,6 trilyon ABD doları tutarında maliyete neden olmaktadır.
- Yüksek gelirli ülkelerde, hastanede bakım alırken her 10 hastadan 1'i zarar görmektedir ve hastanede yatan her 100 hastadan 7'si sağlık bakımından kaynaklı bir enfeksiyon kapma riskine sahiptir.
- Yüksek kaliteli sağlık sistemlerinin her yıl kardiyovasküler hastalıklardan 2,5 milyon ölümü, tüberkülozdan 900.000 ölümü, 1 milyon yenidoğan ölümünü ve tüm anne ölümlerinin yarısını önleyebileceği tahmin edilmektedir.

- Küresel olarak, kaliteli bakıma ulaşmak için gerekli yapılar yetersiz kalmaktadır. Her 8 sağlık tesisinden birinde su hizmeti, 5'te birinde sanitasyon hizmeti ve her 6'da birinde bakım noktalarında el hijyeni tertibatı bulunmamaktadır.
- Yaklaşık 1,8 milyar insan veya başka bir ifadeyle dünya nüfusunun %24'ü, kaliteli temel sağlık hizmetlerinden mahrum yaşamaktadır. Engellenebilir anne, çocuk ve yenidoğan ölümlerinin büyük bir kısmı, bu şartların yoksunluğundan ötürü gerçekleşmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>).

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesine ilişkin tüketici algılarının aşağıdaki nedenlerden ötürü günümüzde giderek daha önemli hale geldiği düşünülmektedir:

- Kalite, kalabalık bir pazarda rekabetten farklılaşmanın bir yolunu temsil eder.
- Sağlık hizmetlerini daha kaliteli olarak değerlendiren hastalar, aldıkları hizmetten daha fazla memnuniyet duymakta ve gelecekte aynı sağlık kuruluşundan aynı kalitede sağlık hizmetini alma potansiyeline sahiptirler.
- Hizmetleri daha kaliteli olarak değerlendiren hastaların bir sağlık hizmeti sağlayıcısını başkasına önerme olasılığı daha yüksektir.
- The Joint Commission gibi kurumlar artık sağlık kuruluşlarının akreditasyonunun bir koşulu olarak tüketici geri bildirimini talep etmektedir (Brand vd., 1997).

## 2.1. Hasta Bakım Kalitesi Kavramı

Dünya Sağlık Örgütüne göre hasta bakım kalitesi, bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin arzu edilen sağlık sonuçlarını alma ihtimalini artırma derecesidir. Kanıta dayalı profesyonel bilgiyi esas alır ve evrensel sağlık politikaları hedeflerine ulaşmak için kritik öneme sahiptir. Ülkelerin 'Herkes için Sağlık' hedefinde, has-

ta bakım ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde itina ile durulması zorunlu konulardan biridir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı birçok şekilde tanımlanabilir, ancak kaliteli sağlık hizmetlerinin şu şekilde olması gerektiği konusunda giderek artan bir kabul vardır:

- *Etkili olmalı*; kanıta dayalı sağlık hizmetleri sağlanmalı,
- *Güvenli olmalı*; hasta bakımının kişilere zarar vermemesi,
- *İnsan merkezli olmalı*; bireysel tercihlere, ihtiyaçlara ve değerlere yanıt veren bir hasta bakım sağlanmalıdır.

Kaliteli bir sağlık hizmetinin faydaları ancak sağlık hizmetinin;

- *Zamanındalık*; bekleme süresini kısaltma ve kimi zaman hasta hayatını olumsuz etkileyebilecek gecikmelerin önlenmesi,
- *Adil Olma*; cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyo-ekonomik durum faktörlerine göre kalitesi değişmeyen bakım sağlanması,
- *Bütünleşik Olma*; yaşam boyu sağlık hizmetlerinin tamamını kullanılabilir hale getiren hasta bakım sağlanması,
- *Verimlilik*; mevcut kaynaklardan en üst düzeyde fayda sağlanması ve israfın engellenmesi ile ancak mümkün olabilir ([https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)).

‘Kalite’ geleneksel olandan stratejik olanlara kadar farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü ve Amerikan Kalite Derneği kaliteyi, ‘bir bakım veya hizmetin belirli ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerinin ve özelliklerinin toplamı’ olarak tanımlar. Toplam kalite yönetimi kavramının babası olarak kabul edilen W. Edwards Deming, kaliteyi ‘müşterinin ihtiyaçlarını hedefleyen bir strateji’ olarak tanımlamıştır. Bu stratejik tanım uluslararası kabul görmüştür. Kalite konusunda bir diğer otorite olan Joseph M. Juran, kaliteyi ‘gereksinimlere uygunluk’ olarak ifade etmiştir (Aggarwal, 2019:180).

Donabedian'a (2005:692) göre kalitenin değerlendirilmesi için öncelikle tıbbi bakım kalitesinin ne anlama geldiğinin kavramsal ve operasyonel olarak tanımlanması gerekmektedir. Bundan dolayı hasta bakımının kalitesini tanımlamak oldukça zordur. Kalite; tıbbi bakımın ve parçası olduğu sağlık hizmetleri sisteminde mevcut olan değerlerin ve hedeflerin bir yansıması olduğu gibi neredeyse herkesin arzu ettiği her şeydir.

Tıp Enstitüsü, kaliteyi ` bireylere ve nüfusa yönelik sağlık hizmetlerinin arzu edilen sağlık sonuçlarını ne ölçüde artırdığı ve mevcut mesleki bilgilerle ne oranda tutarlı olduğu' olarak tanımlamıştır (Lohr, 1992).

Cerrahi branşlarda sağlık hizmetlerinde hasta bakım kalitesini tanımlamak zor olsa da hasta gereksinimleri ve cerrahların beklentilerinin ne düzeyde birbirlerini karşılandığı olarak ifade edilebilir. Hizmetin “kusursuz” olup olmadığına bakılmaksızın, hizmetin kullanıcısı, kalitenin ne olduğuna subjektif olarak karar vermektedir (Fiala, 2012:753).

Kuruluşlar ve sağlık sistemleri içinde kültür, daha geniş kültürel normlar, toplum beklentileri, sağlık sistemi liderliği, sağlık sistemi yapıları ve ağırları yasal ortam da dahil olmak üzere karmaşık bir dizi faktör tarafından belirlenir ve korunur. Anlaşılabilir bir şekilde, bu tür kültürler içindeki değişimi etkilemek bu nedenle yavaş ve zorlu bir süreç olabilir ayrıca kültürel değişimi tehdit olarak değerlendirenler buna karşı çıkabilir. Bir kalite kültürünün tanımlanmasında ve teşvik edilmesinde, mevcut durumun iyileştirilmesinde veya gerekli değerlerin sisteme entegre edilmesinde siyasi ve sağlık sistemi liderliği kilit bir rol oynamaktadır. Ayrıca bir hasta bakım kalite kültürünün geliştirilmesi ve uygulanması sürecinin tamamı, sağlık sistemi genelinde daha geniş kültürel değişimi destekleyerek, istenen kültürün açık bir ifadesini ve kurumsallaşmasına yardımcı olabilecek bir dizi eylem ile sağlanabilir (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>).



Hastaların sağlık hizmetlerinin sunumunda neyi önemsediklerine yönelik Picker Institute Europe tarafından yapılan bir çalışma, kalitenin kabul gören 8 yönünü şu şekilde ifade etmiştir.

- Kararlara katılım ve tercihlere sayđı,
- Öz bakım için açık, anlaşılır bilgi ve destek,
- Duygusal destek, empati ve sayđı,
- Güvenilir sağlık tavsiyelerine hızlı erişim,
- Etkili tedavi,
- Fiziksel ve çevresel ihtiyaçların karşılanması,
- Aile ve bakıcıların katılımı ve desteklenmesi,
- Hasta bakımının sürekliliği ve yumuşak geçişler (<http://www.pickereurope.org/our-mission-and-values.html>).

Donabedian (2005) yapıyı, tıbbi bakımın yapıldığı yerler ve her bir ürünün araçsallıkları olarak tanımlar. Ayrıca sistemin, servis sağlayıcının veya hastanın özelliklerini içermektedir. Süreç, bir yandan profesyoneller arasında, diğer yandan profesyoneller ve hastalar arasında gerçekleşen faaliyetler kümesini ifade eder. Teknik ve kişilerarası yönleri içermektedir. Çıktılar (Sonuçlar), bireylerin ve toplumun sağlığı ve refahı olarak ifade edilebilir. Ayrıca klinik çıktılar; yaşam kalitesini ve sağlanan bakımdan memnuniyeti içermektedir.

Donabedian'ın (2005:713) ilk kez 1966'da yayımlanan öncü eserinde üç faktör (yapı-süreç-sonuç) arasında ilişkiye dikkat çeker ve özellikle bu ilişkilerin tam olarak anlaşılmadığını belirtir. Bununla birlikte, yapının ve sürecin sonuç üzerinde bir etkisi olduğu kanıtlanmış ve daha sonraki çalışmalarda bunu desteklemiştir. Donabedian (1988:1745) iyi yapıların iyi süreç olasılığını artırdığını ve bunun da iyi sonuç olasılığını geliştirdiğini savunmaktadır. Bu nedenle, her faktörün bir sonraki faktör için gerekli bir koşul olduğu nedensel bir model oluşturmak mümkün olacaktır.

Kalite değerlendirme ve izleme süreci şu şekildedir:

Yapı → Süreç → Sonuç (Donabedian, 1980:83).

Bu model, hasta bakımının yapıldığı yerlerin yapısal özelliklerinin, bakım sürecini etkileyebileceğini, böylece kalitesinin düşeceğini veya artacağını ima eder. Bakım sürecindeki değişikliklerin de hastaların sağlığı üzerinde bir etkisi olacaktır. Donabedian, faktörler arasındaki nedensel bağların varlığını kabul etmekle birlikte geliştirdiği modelinin değişkenliğini de kabul etmektedir.

Sağlık kuruluşlarının kalitesini değerlendirmek ve karşılaştırmak için kullanılan ölçüler; yapı, süreç ve sonuç ölçüsü olarak sınıflandırılır. Donabedian modeli olarak bilinen bu sınıflandırma sistemi, adını onu formüle eden doktor ve araştırmacıdan almıştır (<https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>).

Sağlık kuruluşunun kalitesini değerlendirmek veya karşılaştırmak için şu ölçütlerden yararlanılabilir:

### ***Yapısal Ölçütler***

Yapısal ölçütler, hasta ve hasta yakınlarına bir sağlık hizmeti sağlayıcısının hangi düzey kalitede hasta bakım sağlama kapasitesine, sistemlerine ve süreçlerine sahip olduğu hakkında bir fikir verebilir. Sağlık kuruluşunda elektronik tıbbi kayıtların tutulup tutulmadığı veya ilaç takip sistemi kullanıp kullanmadığı, kurul onaylı doktorların sayısı ve ayakta veya yatan hasta oranları örnek göstergelerdir (<https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/understand/index.html>).

Kaynakların boyutunun bileşenleri; personel, ekipman ve binaları içermektedir. Bu hizmetlerin organize edilme şekilleri, örneğin çalışma saatlerini ve randevular için bir rezervasyon sisteminin varlığını veya başka bir şekilde kullanılmasını içermektedir. Bunların her ikisi de sağlık sisteminin yapısal unsurlarıdır. Sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri, bireylerin hasta bakım alabilmelerini sağlar. Tüm yapılarda, yüksek kaliteli bakım alma olasılığını artırabilme veya azaltabilme potansiyeli ile birlikte bakımla ilgili engeller mev-

cuttur. Bununla birlikte, sistem tabanlı bir bakım modeli içindeki yapısal özelliklerin süreçler ve sonuçlar üzerinde doğrudan bir etkisi olabilir, etkin bir muayene için gerekli ekipman veya becerilerin olmaması buna örnek gösterilebilir (Campbell vd., 2000:1612).

### *Süreç (Proces) Ölçütleri*

Süreç ölçütleri, bir sağlık hizmet sağlayıcısının sağlıklı veya tedavi ihtiyacı duyan insanlar için sağlığı korumak ya da iyileştirmek için aldığı önlem ve prosedürlerdir. Tipik olarak klinik uygulama için kabul edilen asgari işlemleri ifade etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri (mamografi, aşular vb.) alan kişilerin oranı, kan şekerleri test edilip kontrol edilen diyabetli kişilerin oranı örnek göstergelerdir. Süreç ölçütleri, tüketicileri belirli bir durum veya hastalıktan dolayı alacakları tıbbi bakım hakkında bilgilendirebilir ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir. Kamuya açık raporlama için kullanılan sağlık hizmeti kalitesi ölçütlerinin çoğu süreç ölçütleridir (<https://www.ahrq.gov>).

### *Sonuç Ölçütleri*

Sonuç ölçütleri; sağlık hizmetinin veya yapılan tıbbi müdahalenin, hastaların sağlık durumu üzerindeki etkisini yansıtır. Ameliyat sonucu ölen hastaların yüzdesi (cerrahi ölüm oranları) ve cerrahi komplikasyonların veya hastane kaynaklı enfeksiyonların oranı sonuç ölçütleridir.

Sonuç ölçütleri, kalitenin ölçülmesinde “altın standardı” temsil etmektedir. Çoğu sağlayıcının kontrolü dışında olan çok sayıda faktörün birleşiminden oluşmaktadır. Risk ayarlama yöntemleri (hasta sağlık durumu gibi bir popülasyondaki farklı özellikleri düzelten matematiksel modeller) bu faktörlerin hesaplamaya dahil edilmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, risk ayarlama bilimi halen gelişim aşamasındadır. Uzmanlar, sağlık hizmeti kalitesi hakkında yanıltıcı ve hatta yanlış bilgilerin raporlanmasını en aza indirmek için daha iyi risk ayarlama yöntemlerine ihtiyaç olduğunu düşünmektedirler (<https://www.ahrq.gov>).

## 2.2. Sağlık Hizmetleri Kalite Ölçümleri için Veri Kaynakları

Hangi kalite ölçümlerinin raporlanacağına karar verilmeden önce, ölçüm için ne tür verilere ihtiyaç duyulduğunun belirlenmesi gerekmektedir.

Tıbbi kayıtlar, hasta anketleri ve hasta hizmet faturaları veya bakımı yönetmek için kullanılan idari veri kaynakları gibi farklı kaynaklardan veriler toplanabilir. Bu kaynakların her birinin farklı birincil amaçları olabilir, bu nedenle kalite ölçümü ve raporlama amaçları için kullanıldıklarında avantaj ve dezavantajları mevcuttur.

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite ölçümleri için kullanılabilircek veri kaynakları; idari veriler, tıbbi hasta kayıtları, hasta memnuniyet anketleri, bireysel hasta yorumları, standartlaştırılmış klinik veriler gösterilebilir. Bu veri kaynakları ve bu kaynakların avantaj ve dezavantajları şunlardır:

### İdari Veriler

Hasta bakımı sağlama sürecinde veya bakım sonunda ödeme yapma sürecinde, kuruluşlar hizmet ettikleri hasta popülasyonunun özellikleri ile hizmet nitelikleri hakkında, genellikle bireysel kullanıcılar düzeyinde bir takım idari veriler üretmektedir. Bu veriler; kayıt kabul, taburculuk hizmetleri ve servis sağlayıcılardan elde edilmektedir. Ortak veri öğeleri arasında hizmet türü, birim sayısı (örneğin hizmet günleri), klinik hizmetler için teşhis ve prosedür kodları, hizmetin yeri ve faturalandırılan hasta hizmet tutarları ile geri ödeme tutarları yer almaktadır (<https://www.ahrq.gov/talkin-quality/measures/understand/index.html>).

İdari veriler, sağlık hizmeti sunumunun yönetilmesi, üyelerin sağlık sigortası planlarına kaydedilmesi ve hizmetler için geri ödeme yapılmasında kullanılabilir. İdari verilerin klinik içeriği yalnızca hastaların demografik özelliklerini, tanıları ve prosedür kodlarını içermesine rağmen, bu veriler genellikle sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmek için kullanılabilirler. İdari veriler

hazır verilerdir. Elde edilmesi ucuzdur, bilgisayar tarafından işlenebilir ve genel olarak büyük hasta popülasyonlarını kapsayabilirler. Küçük coğrafi bölgelerde şaşırtıcı uygulama varyasyonları elde edilebilir ve hasta bakımının sonuçlarıyla ilgili araştırmaları destekleyebilir. Birçok hastane istatistikleri (hasta ölüm oranlarını karşılaştıran) ve doktor profilleri (kaynak tüketimini karşılaştıran) idari verilerden elde edilir. Bununla birlikte, klinik bilgilerdeki eksiklikler ve faturalandırma özelindeki idari veriler kalite değerlendirmelerini güçleştirme potansiyeline de sahiptir. Bazı istisnalar dışında, idari verilerin hasta bakım süreçlerinin kalitesi, kusur veya komite hataları ile hasta bakımının uygunluğu hakkında sınırlı bilgi sağlar. Ayrıca idari verilerin doğruluğu ve eksiksizliği ile ilgili birtakım şüpheler bulunmaktadır. Mevcut idari veriler, kalitenin daha derinlemesine araştırılması gereken alanları ön plana çıkaran, tarama araçları olarak daha faydalı olma potansiyeline sahiptir. Elektronik klinik bilgilerin artan mevcudiyeti, gelecekte idari verilerin yapısını ve kullanım alanlarını değiştirebilir (Iezzoni, 1997:666).

### **İdari Verilerin Avantajları**

- Elektronik olarak mevcuttur.
- Tıbbi kayıt verilerini elde etmekten daha az maliyetlidir.
- Tedavi olan tüm hasta popülasyonu için kullanılabilir.
- Kodlama sistemleri ve uygulamaları her yerde genel geçer niteliktedir.

### **İdari Verilerin Dezavantajları**

- Sınırlı klinik bilgi mevcut olabilir.
- Birincil amaç faturalandırma olduğundan, kamuya açık raporlamanın doğruluğu tartışmalıdır.
- Eksik veriye sahip olabilir.
- Zamanında sunulamama riskine sahiptirler.

## **Tıbbi Hasta Kayıtları**

Tıbbi kayıt, bir hastanın tıbbi geçmişinin ve almış olduğu bakımın belgesidir. Elektronik tıbbi kayıtların ortaya çıkışı, hasta dosyalarının erişilebilirliğini artırmıştır. Elektronik tıbbi kayıt sistem ve uygulamalarının yaygınlaşması ile birlikte bu bilgilerin, kalite ölçümü ve raporlaması için kullanmada hem maliyet hem de veriye ulaşım kolaylığı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **Tıbbi Hasta Kayıtlarının Avantajları**

-Klinik hizmetlerin değerlendirilmesinde zengin içeriğe sahiptir.

-Sağlayıcılar tarafından güvenilir nitelikte olduğu kabul edilmektedir.

### **Tıbbi Hasta Kayıtlarının Dezavantajları**

-Hastalar, özellikle farklı bir kayıt formatı kullanılıyorsa, farklı kurumlardan hizmet aldığı anda bu verileri derlemek ve bunu sisteme entegre etmek için gereken ek maliyet, karmaşıklık ve süre.

-Pek çok veri kâğıt ortamda tutulmakta bu da uzman personelin bu bilgileri manuel olarak kayıt ve takip etmesi gerektiği anlamına gelmektedir.

## **Hasta Memnuniyet Anketleri**

Memnuniyet anketleri, hastaların almış olduğu sağlık hizmetleri deneyimi hakkında geri bildirimleri kapsamaktadır. Hasta memnuniyet anketlerine; alınan bakım, hizmet veya tedavi hakkındaki raporları ve bakımın sonuçlarına ilişkin algıları içermektedir. Anketler genel olarak bir hastadan posta, telefon veya internet yoluyla alınmaktadır.

### **Hasta Anketlerinin Avantajları**

-Hedef kitleden bir başka ifadeyle doğrudan hastadan alındığı için, elde edilmek istenen bilgiye kolaylıkla ulaşılabilir.

-Anket tasarımı ve yönetimi istenen bilgiyi elde etmede sürekli olarak yeniden dizayn edilebilir.

-Yöneticiler ve karar vericiler için hastaların istek, arzu ve ihtiyaçları daha iyi anlaşılabilir.

### **Hasta Anketlerinin Dezavantajları**

-Anketlerin oluşturulması, geliştirilmesi, uygulanması ve analiz edilmesinin oluşturduğu sabit bir maliyet vardır.

-Memnuniyet anketleri süreç yönetiminde başarısızlıklar bir başka ifadeyle anket soruları elde edilmek istenen veriyi sağlamada yetersiz ise, anket uygulama prosedürleri standartlaştırılmazsa, örneklem yanlılığı oluşmuşsa veya popülasyon yanıtlarda temsil edilmiyorsa (yanıt yanlılığı) yanıltıcı sonuçların alınmasına neden olabilirler.

### **Bireysel Hasta Yorumları:**

Genellikle anekdot bilgisi olarak adlandırılan bireysel hastalardan gelen yorumlar, dikkatle tasarlanmış araştırma çabalarından ziyade gayri resmi olarak toplanan sağlık hizmeti kalitesi hakkında her türlü bilgiyi içermektedir. Özel web siteleri; sağlık hizmeti tüketicilerinin sağlık planları, hastaneler ve en çok doktorlarla ilgili kişisel deneyimlerini, başkaları ile paylaşmalarına imkân sağlamaktadır. Günümüzde hasta deneyimlerinin yer aldığı bu anekdot bilgileri giderek daha yaygın hale gelmektedir.

### **Hasta Yorumlarının Avantajları**

-Tüketicilerin diğer insanların olumlu veya olumsuz sağlık deneyimlerini öğrenmesini sağlayabilir.

-Bilgiyi başkalarına iletmek ve insanların kararlarını ve davranışlarını etkilemek için etkili bir araç olabilir.

### **Hasta Yorumlarının Dezavantajları**

-Yorumlar sistematik olarak toplanmadığından sağlık hizmeti kalitesini tarafsız bir şekilde değerlendirmez.

-Hasta popülasyonunu temsil etmez. Örneğin, doktorların hasta derecelendirmelerini sunan birçok internet sitesi, genellikle

le doktor başına yalnızca birkaç incelemeden oluşmaktadır. Bir doktorun çok sayıda incelemesi olsa bile, incelemelerin yine de tüm hasta popülasyonunun yalnızca bir kısmını temsil etmesi muhtemeldir.

-İnsanların sağlık hizmetlerine ilişkin karar verme süreçlerinde gereğinden fazla etkisi olabilir.

### **Standartlaştırılmış Klinik Veriler**

ABD’de huzurevleri ve evde sağlık kurumları gibi belirli türdeki tesislerin, her hastanın durumu hakkında belirli zaman aralıklarında ayrıntılı rapor vermesi gerekmektedir. Asgari veri seti, bakım evleri için gerekli bilgiler ve Medicare tarafından sertifikalı evde sağlık kurumları için gerekli veriler olan sonuç ve değerlendirme bilgi seti, bu sağlayıcı türleri için kalite ölçümlerinde kullanılan verileri bünyesinde toplamaktadır.

### **Standartlaştırılmış Klinik Verilerin Avantajları**

- Mevcut veri kümelerinden yararlanır.
- Hasta bakımıyla birlikte tesis performansı hakkında bilgi sağlar.

### **Standartlaştırılmış Klinik Verilerin Dezavantajları**

- Hedeflenen tüm ilgi alanlarına yönelik veriyi sağlayamayabilir.
- Verilerin standardizasyon ihtiyacı mevcut olabilir.

Tüketicilerin gerçek seçimlerini yansıtan kalite ölçütlerini elde edebilmek için yüksek derecede veri geçerliliği ve güvenilirliği kritik öneme sahiptir. Hizmet sağlayıcılar ile sağlık performansı arasında karşılaştırmaların adil olduğundan ve sonuçların gerçek performansı temsil ettiğinden emin olmak için, standart tanımları ve prosedürleri kullanarak verileri dikkatli ve tutarlı bir şekilde toplamak önem arz etmektedir (<https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/understand/index.html>).



### 2.3. Hasta Bakım Kalitesinin Geliştirilmesi

Günümüzde hasta bakım kalitesini geliştirmek ve üst düzey hasta memnuniyeti sağlamak genel olarak tüm sağlık hizmeti kuruluşları için bir öncelik haline gelmiştir. Sağlık kurumlarında değişim ihtiyacına neden olan faktörler; kamuoyunda daha fazla farkındalık, daha nitelikli hasta bakımı için artan talep, daha sert rekabet düzeyi, daha fazla sağlık düzenlemesi, malpraktis davalarındaki artış ve hasta güvenliğine yönelik kaygı düzeyinde artış gösterilebilir. Hasta bakımının kalitesi temel olarak altyapı kalitesi, eğitim kalitesi, personelin yetkinliği ve operasyonel sistemlerin verimliliği ile belirlenir. Temel ihtiyaç ‘hasta odaklı’ bir sistemin benimsenmesidir. Sağlık hizmetlerinde mevcut sorunlar hem tıbbi hem de tıbbi olmayan faktörlerle ilgilidir ve her iki yönü de iyileştiren kapsamlı bir sistem uygulanmalıdır (Rao, 2002:1).

Hasta bakım kalitesinin artırılması için ele alınması gereken bazı konular şu şekildedir.

*Erişim*; hem hastanenin hem de sağlık profesyonellerinin erişilebilirliği ve bulunabilirliği, sağlık bakımına ihtiyaç duyan herkesi kapsama altına almalıdır.

*Bekleme süresi*; tüm sağlık hizmetleri için bekleme süreleri en aza indirilmelidir. Gelişmekte olan ÷lkelerin çoğunda, hizmetlere olan yüksek talep bekleme süresini artırmaktadır. Bununla birlikte, hasta memnuniyet düzeyleri ve diğer verilerin sürekli olarak gözden geçirilmesi ve sistemde olası aksaklıkların giderilmesi gerekmektedir.

*Bilgi*; hem tıbbi hem de idari düzeyde tüm prosedürler, hasta bilgileri ve talimatları çok net olmalıdır. İyi eğitim almış halkla ilişkiler uzmanları, hasta ve hastane personeli arasında etkili bir köprü vazifesi görebilir ve hastanın memnuniyet düzeyini artırarak hekimlerin işini kolaylaştırabilir.

*Yönetim*; hasta kabul ve taburculuk işlemleri ‘hasta dostu’ esasına göre oluşturulmalıdır. Örneğin yatan hastalar için hasta ya-

kınlarının uzun süren tedavi dönemlerinde konaklayabilecekleri misafirhanelerin yapılması hasta memnuniyet düzeyini artırabilir.

*İletişim*; hasta ve ailesi ile olası gecikmeler hakkında iletişim kurmak, hayal kırıklığı ve endişeyi engelleyebilecek bir önlemdir. Hasta hizmetinde memnuniyet düzeyini iyileştirmede özel bir hasta bakım kalitesi departmanının oluşturulmasının hastalar ve aileleri ile olan etkileşimi pozitif yönde geliştirebilir.

*Diğer hizmetler*; iletişim, yemek ve benzeri diğer hizmetler hem hastalar hem de yakınlarının erişimine açık olmalıdır (Rao, 2002:2).

Tıp Enstitüsü, hasta merkezli tıbbi bakımın, daha iyi sağlık bakımı sonuçları, artan yaşam kalitesi ile daha az ağrı ve komplikasyon ve daha hızlı fiziksel ve duygusal iyileşme üzerinde pozitif etkisi olduğunu tespit etmiştir (Smith vd., 2013).

Bir hasta bakım kalitesi ve akreditasyon kuruluşu olan Welkin Health, sağlık sisteminin ve sağlık kuruluşlarının hasta bakım kalitesini geliştirmede temel ilkeleri şu şekilde ifade etmektedir:

- *Saygı gösterilmeli*

Hastaların tedavi sonuçlarını etkileyen doğrudan veya dolaylı ihtiyaç ve istekleri bulunmaktadır. Bunlar; personelin tıbbi eğitim düzeyleri, mali kısıtlamalar, hizmete ulaşım imkanları ve bakıma erişim olarak gösterilebilir. Hastaların kaygılarını anlayışla karşılamak ve bunlarla ilgilenmek, hastalara değer verildiğinin ve saygı duyulduğunun göstergesi olan unsurlardır. Bu tür hasta bakım yaklaşımları, hastaların tedavi sürecine saygı duymalarını ve bakım planlarını izlemede bir başka deyişle hastaların tedavi sürecine dahil edilmesine yardımcı olabilir.

- *Hastaya değer verildiği ifade edilmeli*

Hastaları sağlığına kavuşturmaya yardımcı olabilmek için, ona değer verildiği özellikle göz teması ve hastaya ismi ile hitap etme gibi küçük jestler eşliğinde yapılmalı, tedavi sürecine pozitif

etki sağlayabilir. İdeal hasta bakımı, temel insan ihtiyaçlarını ele alır. Her bir hastaya ve her hastanın ailesine tercihleri, hedefleri ve beklentileri sorulmalıdır.

- *Hastaların bakıma erişimi etkinleştirilmeli*

Coğrafi bölgeler, etnik kökenler ve sosyal sınıflar arasında hasta popölasyonlarının sağlık bakımını geliştirmek için sağlık profesyonellerinin coğrafi bölge, etnik köken ve sosyal sınıflar düzeyinde ÷lke geneline dengeli bir şekilde dağıtılması gerekmektedir. Eğitim, sosyal konum, gelir ve yaşam düzeyleri gibi kalıcı ve uzun vadeli faktörler, hasta bakımını etkilemekte ve hastalıkları önleme veya azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Bu belirleyicileri göz önünde tutarak, tedavi süreçleri geliştirilmelidir. Bunu yapmak için sağlık bakımı ekip üyeleri, hastanın geçmiş tıbbi kayıtlarına kolaylıkla ulaşabileceği ve hataları önlemeye yardımcı olan ayrıca bakım planı ile entegre bir hasta bakım teknolojisini kullanmalıdır. Randevu planlamasını hızlı ve kolay hale getirmek önem arz etmektedir. Tedaviye gelen hastalar hiçbir şekilde bekletilmemeli, sağlık kuruluşuna ait randevu sistemi karmaşık yapıda olmadan kısa sürede işlemleri gerçekleştirecek sadelikte ve hızda dizayn edilmelidir. Randevu hizmetleri için geliştirilen hazır paket programlar, hastalara sadece randevu vermekle kalmamakta ayrıca hastalara karşılama ve teşekkür mesajları da göndermektedir. Bu tarz hasta bakımı yönetim yazılımları, her bir hastanın karar verme ve bakım planının uygulanmasına yardımcı olabilecek ihtiyaçlarını belirlemeye ve hasta bakımını sorunsuz bir şekilde yönetmeye yardımcı olabilir.

- *Hastaların aile üyeleri ve arkadaşları tedavi sürecine dahil edilmeli*

Tedavi süreci hastanın ailesinin ve sevdiklerinin destek ve katkıları ile geliştirilebilir. Aileyi merkeze alarak tedavi sürecini planlayan tıp uzmanları, hastaların ve bakıcılarının sağlık bakımına karar verme sürecine dahil edilmesine müsaade gösterir. Hasta merkezli bakım kavramı, hastalık oluşturabilen veya iyileşmeyi mümkün kılan ve daha geniş yaşam deneyimlerini ifade etmektedir. Bakım

planları daha işbirlikçi hale getirildikçe, tıp uzmanları hasta merkezli bakım iletişiminde daha yetkin hale gelmektedir. Tüm uzmanlık alanlarında sağlık hizmet sağlayıcıları, dinlemeyi, seçimi kolaylaştırmayı, bilgi paylaşmayı, güven oluşturmayı ve uyumluluğu teşvik etmektedir. Örneğin hizmet sağlayıcılar, bakım planlaması yaparken verilecek ilacın potansiyel yararlarını ve olumsuz etkilerini hastanın ailesine bildirerek, hasta tedavi sürecini geliştiren güven ortamını sağlamaktadır.

- *Hasta bakımı diğer hizmet sağlayıcılarla koordine edilmeli*

Tüm başarılı sağlık kuruluşları sağlık hizmeti sunumunda aynı temel ilkeleri takip etmektedir. Hastaya ait tıbbi veriler organizasyonun tüm seviyelerinde paylaşılmaktadır. Hastaya ait birinci basamak hizmetleri, acil bakım, uzun süreli bakım ve özel bakım hizmetleri ile beslenme, barınma, ulaşımın yanı sıra ruhsal ve davranışsal sağlık sorunlarını içeren tüm veriler tedavi sürecinde yol gösterici niteliktedir. Birinci basamak sağlık hizmeti planlayıcıları, bakım evleri, hastaneler, sosyal hizmet kurumları ve dini kurumlar hasta bakımını doğrudan etkilediğinden, hastaların ve her hastanın ailesinin bütünsel bakımını sağlamak için hepsinin iş birliği yapması gerekmektedir. Bunu etkili bir şekilde yapmak için sağlık hizmetleri sisteminde bu organizasyonu sağlayacak bakım yönetimi platformlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu platformlar ayrıca hasta bakımını takip ederek, fırsatları belirleyebilir, hastaların kendi tıbbi kayıtlarına erişmesini sağlayabilir, tıp uzmanlarıyla hasta iletişimini geliştirebilir ve bakım planına uyumu iyileştirebilirler.

- *Duygusal destek sağlanmalı*

Hasta deneyimini iyileştirmek için tüm alanlarındaki tıp uzmanları, en zor durumlarda bile hastalara duygusal destek sağlamalıdır. İdeal hasta bakımı psikolojik destek sağlamayı da gerektirir böylece her bir hastanın desteğe ne kadar açık olduğunu belirlemeye de yardımcı olabilir. Hastalarla ilgilenmek bir bilim ve sanattır. Sağlık çalışanlarının hasta ile kurduğu bağlantı, hastanın tedavi sürecini geliştirebilir.

- *Hastalar bakım planlarına dahil edilmeli*

Hastaların sağlık problemlerini, tedavi sürecindeki aksaklıkları ve eksiklikleri kolaylıkla dile getirebilecekleri, yeni fikirlere açık bir yaklaşım stili geliştirmek hasta merkezli bakım iletişimini geliştirerek hasta ve ailesinin kaygı düzeylerini azaltmaya, karşılıklı güven ortamının oluşmasına yardımcı olabilir. Hastaları mevcut sağlık durumları ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmek, ortak hareket etme algılarını geliştirebilir. Hastalara tıbbi modeller ve diyagramlar göstermek, onları daha fazla bilgi alacakları web sitelerine ve videolara yönlendirmek hastalıkların tedavi sürecine katkı sağlayabilir. Hastalarla iletişim kanalları açık tutulmalı sağlık kuruluşu ve tedavi protokolüne yönelik geri bildirimler alınmalıdır. Örneğin, onlara randevuları hakkında ne hissettiklerini sormak, anketler yapmak veya sistemdeki aksaklıkları düzeltmede neleri tavsiye ettiklerini belirlemek için hasta danışma komiteleri kurulmalıdır. Bu ve buna benzer geri bildirimler bakım ekibindeki her bir uzmanın gelişmesine yardımcı olabilir.

- *Hastaların fiziksel ihtiyaçları karşılanmalı*

Hastalar ağrı yönetimine veya günlük egzersizlerine yönelik sürekli rehberlik, hatırlatmalar ve motivasyona ihtiyaç duymaktadır. Birinci basamak, özel sektör, acil servis veya uzun süreli hasta bakımında, optimal hasta bakımı, hastaların fiziksel ihtiyaçlarının ve konforunun en üst düzeyde karşılanmasını gerektirmektedir. Hastaların teşhis ve bakımının verildiği hastaneler veya tıbbi klinikler çoğunlukla hastalar için rahatsız edici, tanıdık olmayan mekanlardır. Sağlık tesisinin ağrı yönetimi de dahil olmak üzere hasta merkezli bakım koordinasyonunu geliştirici nitelikte olması sağlanmalıdır. İdeal hasta bakımı, gerektiğinde zayıf veya endişeli hastalara yardım etmeyi, yatıştırıcı, onarıcı bir ortam yaratmayı ve hasta sonuçlarını geliştirmeye elverişli hale getirilmelidir. Hastalar aktif, iyi beslenmiş ve iyi dinlenmiş olduğunda, bakım planı uyumuna kanalize etmek için daha fazla enerjileri olabilir. Akıl sağlığına yönelik hasta bakımı, tıp uzmanlarının duygusal ihtiyaçları

karşılmasını gerektirir. Daha yaşlı hastaların uyum yeteneklerini etkileyen daha yüksek fiziksel ihtiyaçları olabilir. Her bir hasta, temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak için özel bir bakım planına ihtiyaç duymaktadır.

- *Hastalara ruhsal destek sağlanmalı*

Fiziksel travmalar ve kronik hastalıklar depresyon veya kaygı tetikleyebilir. Ayrıca işlev bozukluklarını tedavi etmek için kullanılan kimi ilaçların yan etkileri de beyin kimyasını bozabilir. Örneğin stres, ruh halini, sindirimi, bağışıklık tepkisini ve enerji harcamasını kontrol eden hipotalamik hipofiz adrenal eksenini uyarabilir. Parkinson hastalığı, tiroid bozuklukları veya beta bloker yan etkileri yaşayan hastalarda sıklıkla depresyona ait semptomlar gelişebilir. Bazı anti-depresanlar da kaygıya neden olabilir. Sağlık çalışanları hastalarla etkileşimde bu tür belirtileri takip etmeli ve gerektiğinde bir psikiyatri uzmanından destek alarak tedavi süreci geliştirilmelidir. Sağlık kuruluşunun hasta bakım yönetim sisteminde ruh sağlığı hizmetleri hasta bakımının iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca hasta bakımı için tasarlanmış bir yazılım programı, ruh sağlığı taraması, değerlendirmesi ve uzman tavsiyelerini sunarak sürece destek verebilir.

- *Hastaların ilaç yönetimine destek olunmalı*

İlaçların çok fazla potansiyel kontrendikasyonu olması ve bunun her hastayı farklı şekilde etkilemesinden ötürü, hastalara ilaç yönetimini öğretmek ve alternatif ağrı yönetimi seçenekleri sunmak önemlidir. Her hastaya ve her hastanın ailesine eksiksiz ve doğru bir ilaç listesi verilmelidir. Özel yeni nesil yazılımlar, hastaları aşırı doz, yetersiz doz veya eksik ilaç alma riskine sokabilecek davranışları belirlemeye yardımcı olabilir. Tüm bakım ekibi üyelerine ve hastaya reçeteye bağlı kalmanın önemi vurgulanmalıdır.

- *Hastalara kaliteli bir hasta bakım deneyimi yaşatılmalı*

Kaliteli bir hasta bakım deneyimi ancak sağlık kuruluşuna ait tüm temas noktalarına (sistemin tüm bileşenlerine) odaklanılma-

sı ile mümkün olabilir. Hastanın kuruluşa girişinden taburculuk aşamasına kadar süreç içerisinde karşılaştığı her sağlık profesyoneli ile hızlı, ılımlı ve hoş etkileşimler yaşamasını sağlayacak özen gösterilmelidir. Hasta bakımının sürekliliğiyle ilgili etkileşimler, kùltür ve hasta algıları, sağlık sektöründe giderek daha popüler hale gelen değere dayalı bakım modelleri için kritik öneme sahiptir.

- *Tüm kişi bakımı uygulanmalı*

Tüm kişi bakım modeli, bütünleştirici ayakta tedavi kliniklerinde, tıp merkezlerinde ve hastanelerde işlev bozukluğu ve ağrı yönetimini ele alan bir modeldir. Bu model geleneksel tıp kılavuzlarına entegre edilmekte ve çoğunlukla kronik ağrı, diyabet, obezite ve opioid krizinin tedavisinde yardımcı bakım hizmeti olarak verilmektedir. Disfonksiyonu tetikleyebilecek fiziksel, zihinsel, ruhsal ve çevresel faktörleri besleyen hasta bakımı, kronik duruma ve ağrı yönetimine daha etkili (daha ucuz) bir yol geliştirilebilir.

- *Bakım yönetimi teknolojiyle kolaylaştırılmalı*

İdeal hasta bakımı, hastaları sağlık durumlarını daha etkin bir şekilde yönetebilmeleri için gerekli faaliyetler sağlamalıdır. Ekipler arası bakım hizmetinin başarıyla uygulanması, hasta bakımını ve sağlayıcı iletişimini kolaylaştırmayı gerektirmelidir. Bakım yönetimi rutin tıbbi hizmetlere olan ihtiyacı azaltır ve hasta bakım sonuçlarını geliştirebilir. Tekrarı ortadan kaldırarak ve hastaların her seferinde bir mesajla yaşam kalitelerini iyileştirmelerini sağlayarak hasta bakım koordinasyonunu ve klinik tedaviyi daha kolay ve daha az stresli hale getirebilir. Hasta sonuçlarını iyileştirmek, daha fazla hastaya ulaşmak, sağlık ekibinin olası hasta yoğunluğundan kaynaklı tükenmişliğini engellemek, hasta bakım maliyetlerini düşürmek ayrıca hastalar için yaşam kalitesini iyileştirmede teknolojiyen yararlanılmalıdır (<https://welkinhealth.com/patient-centered-care/>).

## 2.4. Hasta Bakım Kalitesinin Boyutları

Hasta bakım kalitesi ve bakım kalitesini oluşturan boyutları farklı düzeylerde ele alarak açıklayan yazarlar hasta bakım kalitesinin boyutlarını şu şekilde ifade etmektedir.

Kaliteli sağlık hizmeti çok boyutlu bir kavramdır. Donabedian kaliteli sağlık hizmetinin üç bileşenini teknik kalite, kişilerarası kalite ve çalışma şartları olarak belirlemiştir. Teknik kalite, bakımın ulaşılabilir sağlık kazanımı üretmedeki etkinliği ile ilgilidir. Kişilerarası kalite, hastanın ihtiyaç ve tercihlerine uyum sağlama derecesini ifade eder. Çalışma koşulları ise, fiziksel çevrenin konforu ve hizmet sunumu organizasyonunun nitelikleri gibi özellikleri içerir. Donabedian daha sonra, hasta bakımı kalitesini değerlendirmek için bir model geliştirerek; yapılar, süreçler ve sonuçları belirlemiştir. Yapı, bakımın sağlandığı ayarların niteliklerini ifade eder. Kaynaklar, personel ve ekipman gibi unsurları içerir. Süreç, bakımın sağlanmasının tüm yönlerini kapsar ve sağlık profesyoneli ile hastalar arasındaki etkileşimle ilgilidir (Donabedian, 1980:84; Donabedian, 1988:1745).

Sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için profesyonel kalite, müşteri ve yönetim kalitesi olmak üzere üç boyuta dayalı bir sistem geliştirmiştir. Profesyonel kalite, profesyonel olarak değerlendirilen tüketici ihtiyaçlarının doğru teknikler ve prosedürler kullanılarak karşılanıp karşılanmadığına ilişkin profesyonellerin görüşlerine dayanmaktadır. Müşteri kalitesi, doğrudan yararlanıcıların hizmetlerden istediklerini aldıklarını hissedip hissetmedikleridir. Yönetim kalitesi ile hizmetlerin verimli bir şekilde sunulmasını sağlamaktır (Øvretveit, 1992).

Hasta bakımında kalite; teknik, sistemsel ve genel kalite olarak üç boyutta ele alınabilir. Teknik kalite, belirli bir alandaki işin profesyonel içeriği ile ilgilidir. Sistemsel kalite, çalışma alanları arasındaki sınırları aşan sistem ve süreçlerin kalitesini ifade eder. Genel kalite, kalitenin kişiler arası ilişkileri içeren yönlerini ifade eder (Joss ve Kogan, 1995).



Grönroos (1982) ise iki tür hizmet kalitesi boyutunu ele almıştır. Bunlar, teknik ve işlevsel kalitedir. Teknik kalite, temel hizmetin veya hizmetin sonucunun yerine getirilmesi ile ilgili iken, işlevsel kalite, hizmet sunum sürecini veya müşterinin hizmeti alma şeklini ifade eder.

Maxwell (1984:1470) hasta bakım kalitesini 6 boyut olarak ele almıştır. Bunlar; etkinlik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişim, eşitlik ve uygunluk olarak nitelendirilmiştir. Camilleri ve O'Callaghan (1998:129) ise hastane hizmetlerinin kalitesini ölçmek için yedi boyuttan yararlanmışır. Bunlar; profesyonel ve teknik bakım, kişisel hizmet, fiyat, çevre, hasta imkanları, erişilebilirlik ve beslenmedir.

Chakraborty ve diğerleri (2021) hasta bakım kalitesini 4 boyutta ele almıştır. Bunlar bireylerarası kalite, yönetsel kalite, teknik kalite ve çevresel kalitedir. Bu araştırmada Chakraborty ve diğerleri tarafından geliştirilen bu model ele alınmıştır. Hasta bakım kalitesinin boyutları şu şekilde ifade edilebilir.

### **2.4.1. Bireylerarası Kalite**

Bireylerarasında iletişim insanların birbirini anlaması ve yaşamlarına anlam katması için önemli öğelerden biridir. İnsan yaşamı, konuşma ve diğer bireylerle iletişime geçme faaliyeti ile başlar ve anlam kazanır. Bireyin diğer bireylerle kurduğu iletişimin türü ve niteliği bireyin kişiliğini, yaşam felsefesini ve hayata bakışını şekillendirir (Yiğiter vd., 2007:123).

Sosyal hayatta bireylerarası iletişim yöntemlerine başvurulmadan gerçekleştirilebilecek profesyonel bir iletişim biçimini düşünmek çok zordur. Olası iletişim kazalarını önlemek, var olan problemleri çözümlenmek ve sürekli bir etkileşim içinde yer almak için bireylerarası iletişim yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bu metotlar; kùltürden kùltüre değişse de en sade anlamıyla, bireyin iletişimde gülümsemesi, paylaşması ve ilişkide ön yargıyla hareket etmemesi gibi esas davranış kalıplarının, tüm toplumlarda ortak

norm ve değerler taşıdığı belirtilebilir. Bir başka ifadeyle, evrensel normlar olarak da nitelenebilecek bu esaslar, semavi dinler tarafından da sağlıklı insani ilişkiler için zorunlu olarak görülmüş ayrıca vaat edilen ebedi hayatta da başarı ve mutluluğun ön koşullarından biri olarak kabul edilmiştir (Geçer, 2018:39).

Granovetter (1973:1361) bireylerarası ilişki kalitesini, taraflar arasında memnuniyet ve bağlılığa yol açan ilişkilerin varlığı olarak tanımlarken bir ilişkinin gücünü ise zaman miktarının, duygusal yoğunluğun, karşılıklı güvenin ve bağı karakterize eden karşılıklı hizmetlerin birleşimi olarak ifade etmektedir.

Wensing ve diğerleri (1998:1575) genel uygulama bakımı için hasta öncelikleri hakkındaki literatürü gözden geçirmiş ve hem teknik hem de kişilerarası kalitenin hastalar için önemli olduğunu tespit etmişlerdir. Kişilerarası kalite hasta ile sağlık ekibi arasında geliştirilen ilişkiyi ve ikili etkileşimi yansıtır (Chakraborty vd., 2021:3).

Donabedian'a (1980:84) göre hasta bakımının kalitesi birbiriyle ilişkili en az iki bölüme ayrılabilir: Bunlar sağlık biliminin bilim ve teknolojisinin sağlık sorunlarının yönetimine uygulanması olarak tanımlanan teknik bakım ile kişilerarası süreçler, özellikle müşteri ve uygulayıcı arasındaki psiko-sosyal etkileşimdir. Bakım kalitesi, sağlanan bakımın riski artırmadan sağlık yararlarını ne ölçüde maksimize ettiği, hasta ve uygulayıcı tarafından paylaşılması gereken bir değerlendirme olarak tanımlanabilir. Kişilerarası ilişkideki kalite, sağlık mesleklerinin etik ilkeleriyle pekiştirilen sosyal olma durumu, kabul görmüş değerlere bağlılık derecesi ve bireysel hastaların beklentileri ile ölçülür.

Hasta bakım kalitesi ve sağlık çalışanı ile hasta etkileşimi odağında hasta perspektifinden değerlendirme yapıldığında, hasta bakımını alan kişinin bu deneyimden aldığı memnuniyet düzeyi önem taşımaktadır (Donabedian ve Bashshur, 2003).

Hasta bakım hizmetlerinin kısa zaman içerisinde yapıldığı sağlık kuruluşlarındaki (acil servisler, poliklinikler, akut tedavi mer-

kezleri) hasta- hemşire ilişkisinin aksine, bakım ve huzur evleri ile uzun dönemli tedavi merkezlerindeki hastalar ile hemşirelerin uzun süreye dayanan bir ilişkileri mevcuttur. Bakım ve huzur evi sakinlerinin bakım kalitesi hakkındaki algılarının belirlenmeye çalışıldığı bir araştırmada, sağlık çalışanı ile uzun süreli diyalog, hasta bakımındaki mahremiyet ve kişiliğe saygı gösterme gibi nitelikler hasta bakımının önemli kalite göstergeleri olarak dikkat çekicidir (Coughlan ve Ward, 2007:51).

Hasta-hemşire etkileşimi odağında kişilerarası ilişki, hemşirelerin mesleki yeterliliğinin bir parçası olarak kişilerarası beceriler ve kişi merkezli süreçlerin ön koşuludur ve kişi merkezli hasta bakımının da önemli bir bileşenini oluşturur (McCormack ve McCance, 2006:473).

Bireylerarası ilişkilerde yüksek kalitede etkileşim; daha kişisel, daha samimi, daha özel, sıklıkla etkileşimli ve çoğunlukla pozitif duygular barındırmaktadır. Ayrıca daha açık iletişime, karşılıklılığa, güvene, saygıya ve iş birliğine dayanır. Bireylerarası iletişimde kalite düzeyinin artması etkileşimde olanlara pozitif enerji sağlayarak tarafların birbirine destek olmasını sağlayabilir. Nispeten daha kısa süreli etkileşim hali; kişisellikten uzak, görevle ilgili hususlarda sınırlı düzeyde, şüpheye dayalı, resmi ve duygudan yoksun bir ilişki düzeyine sebebiyet verebilir (Bono ve Yoon, 2012:62).

Tüm toplumsal etkileşimler bireyler ve gruplar arasında iletişimi kapsadığına, iletişim olmadan kurumlar ve örgütler olamayacağına göre iletişim; örgütlerin ve kuruluşların olmazsa olmazlarından. Kurum veya örgüt içerisinde bireyler daha önceden tanımlanmış olan rollerine bürünerek, kurulu bir hiyerarşik düzende görevlerini yerine getirirken, birbirleriyle etkileşim halindedirler. Kurumsal veya örgütsel iletişim bireylerarasında gerçekleşen sözel veya sözel olmayan mesajların gönderilmesi ve alınması süreci olarak ifade edilebilir. Bireylerarasında gerçekleşen bu etkileşim o kurumun veya örgütün yapısına göre biçimlenir. Bireylerin gerçekleşen durum ve olaylara göre davranışları şekillenerek kurum veya

örgüt içerisinde neyi yapıp neyi yapamayacakları, bu etkileşime göre belirlenmektedir. Kurum veya örgütlerde bireylerarası iletişimde ast üst ilişkileri ve rol çatışmaları genel olarak görülmektedir (Yığiter vd., 2007:133).

#### 2.4.2. Teknik Kalite

Hizmet kalitesinin teknik ve işlevsel rolleri, hizmet endüstrisinin başarısı için etkili araçlardır. Sağlık sektöründe teknik kalitenin kullanımı, öncelikle prosedürlerin ve teşhislerin teknik doğruluğu temelinde ölçülür. Teknik kaliteyi ölçmek için çeşitli metotlar geliştirilmiştir ve bu metotlar sağlık hizmetleri endüstrisinde sıklıkla kullanılmaktadır (Grönroos, 1984:40).

Sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetinin teknik kalite boyutu ‘sağlık çalışanlarının asli görevlerini yapmada göstermiş oldukları mahareti’ ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle, bir hekimin hastalık teşhisi, tedavi yöntemleri, cerrahi girişimdeki becerileri, hemşirelerin hekim tarafından order edilen ilaçlara vakf olması veya bir sağlık teknisyeninin kan ve idrar testlerini iletmedeki uzmanlığı gösterilebilir. Ayrıca sağlık kuruluşunda hastalara ait ortalama yatış süresi, hastaların aynı şikâyetten ötürü hastaneye geri gelme oranı, hastane enfeksiyon düzeyleri sağlık kuruluşunun teknik kapasitesini ifade eden bazı niteliklerdir (Berwick, 1988:254).

Hasta bakım hizmetlerinde teknik kalite temel tanılama ve bu süreçteki hatasızlık düzeyini ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı denetim yaptığı sağlık kuruluşlarında sağlık bakım hizmetinin teknik niteliklerini kıstas olarak kabul etmektedir. Bunun nedeni sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin teknik kalite düzeyi diğer kalite ve performans ölçüm kıstaslarına göre daha objektif ve değerlendirmesi daha kolay olmasındandır. Hastaların ise sağlık kuruluşunun verdiği bakım hizmetini değerlendirmesinde daha sübjektif ve kişiden kişiye değişen öznel kıstaslardan yararlandıkları görülmektedir (Karafakıoğlu, 1998:115).

Teknik kalite genel olarak “endüstrinin bir teknik endüstri standardına göre ölçüldüğü işleri ‘doğru’ yapabilme derecesi” olarak tanımlanır. Üretilen bir ürün için kalite spesifikasyonunun hizmet eşdeğeri gibi düşünülebilir. Ameliyatta, örneğin, yaşımsal fonksiyonların geri dönüşü, mortalite, morbidite veya perioperatif komplikasyonların olmaması teknik kalitenin standartlarının klasik örnekleri olarak kabul edilmektedir (Ferguson vd., 1999).

Teknik kalite, hizmet sürecinin sonucunu veya bir müşterinin bir hizmet firmasıyla etkileşimi sonucunda ne aldığını açıklar (Donabedian, 1988:1746). Teknik kalite, bir servis sağlayıcının hizmet sunma konusundaki uzmanlığını, profesyonelliğini ve yetkinliğini yansıtır (Zifko-Baliga vd., 1997:31).

Dagger ve diğerleri (2007) teknik kaliteyi şu şekilde aktarmaktadır; teknik kalite, elde edilen sonuçları ve bir hizmet sağlayıcının teknik yeterliliğini içerir. Müşterilerin teknik kalite algılarını destekleyen iki ana tema vardır. Bunlar; uzmanlık ve sonuçtur. Hizmet sunumunun hem karmaşık hem de süregelen olduğu sağlık sektöründe bu temaların teknik kalitenin en belirgin göstergeleri olduğu kabul edilmektedir. Başka bir ifadeyle, müşteriler teknik kaliteyi servis sağlayıcı uzmanlığına ve birden fazla servis karşılaştırılmasında elde edilen sonuçlara göre değerlendirmektedir. İlk tema olarak kabul edilen uzmanlık, bir sağlayıcının yetkinliğini, bilgisini, niteliklerini veya becerisini yansıtır. Uzmanlık, bir servis sağlayıcının yüksek hizmet sunum standartlarına uyma yeteneğinin göstergesidir (Grönroos, 1990; McDougall ve Levasque, 1994; Ware vd., 1978). Dagger ve diğerleri (2007:128) tarafından aktarılan nitel araştırma türünde yapılan bir çalışmada; odak grup katılımcıları uzmanlık göstergesi olarak yetkinlik ve bilgi gibi faktörlerin niteliklerini ön plana çıkarmıştır. Teknik kalite algısının ikinci teması olan sonuç ise hizmet sürecinin sonucunu veya bir tüketicinin bir hizmet firmasıyla olan etkileşimlerinin bir sonucu olarak ne aldığını ifade eder. Sonucun ölçüsü tedavinin planlandığı gibi yapıp yapılmadığı ve hastaların klinikte verilen tedavi sonunda kendini iyi hissedip hissetmediği gibi sübjektif yorumlar, teknik servis kalite-

sinin bir yönü olarak sonucun göstergesini oluşturur. Bununla birlikte, sonuç temasının nihai bir sonuca (örneğin, tedaviye) değil, bir dizi hizmet karşılaştırılması üzerinde deneyimlenen tecrübelere bağlı olduğu bilinmelidir (Aharony ve Strasser, 1993).

### 2.4.3. Yönetmel Kalite

Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmek için; klinik çizelgeler, idari kayıtlar, hasta-sağlayıcı etkileşiminin doğrudan gözlemi, sonuç anketleri ve hasta memnuniyet anketleri olmak üzere çeşitli kaynaklardan yararlanılabilir (Brook ve McGlynn, 1996:966). Performans izleme sistemlerinin çoğu, verilerin elde olması ve düşük veri toplama maliyeti sebebiyle kalite değerlendirmede öncelikle idari işlemlere ait verilerden yararlanır (Kenkel, 1995:62). Ayrıca bu veriler, hasta memnuniyeti anketleri gibi doğrudan hastalardan elde edilen bilgilerle her geçen gün daha fazla kalite değerlendirme ve performans ölçümlerinde kullanılmaktadır. Memnuniyeti ölçmek, birincil veri toplamayı gerektirmesine ve dolayısıyla idari kayıt verilerini almaktan daha maliyetli ve zaman alıcı olmasına rağmen, karar vericiler memnuniyet anketlerini giderek sağlık hizmeti kalitesinin idari ölçümlerinin temel bir tamamlayıcısı olarak görmektedirler (Dickey, 1996:26).

İdari hizmetlere ait veriler ile hasta memnuniyeti anket verileri birlikte kullanılarak hasta bakımının hem sürecini hem de sonuçlarını değerlendirmede kullanılabilir. Örneğin, memnuniyet anketleri, verilen tedaviler hakkında bilgi sağlayarak bu tedavilerin ne oranda başarı sağladığı hakkında hasta bakış açısını öğrenmede yardımcı olabilir. Aynı şekilde idari hizmetlere ait veriler, örneğin bir süreç ölçüsü verisi olan ziyaret sayısı veya belirli bir dönemde yatarak tedavi olan hasta sayıları, ortak bir kalite değerlendirmede sonuç ölçütü olarak bilgi sağlayabilir (Druss, 1999:1053).

İdari hizmet unsurları, bir müşterinin bir hizmetin kullanımına değer katarken ana faaliyet veya hizmetin üretimini kolaylaştırır. Yönetim hizmeti unsurları, bir müşterinin aldığı hizmetin kulla-

nımına değer katarken bir taraftan da esas faaliyet hizmetlerinin verilmesini kolaylaştırmaktadır. Kolaylaştırıcı hizmetler, temel bir hizmetin sunulması ve tüketilmesi için esastır; destekleyici unsurlar ise hizmeti güçlendirir ancak esas hizmet sunumu için olmazsa olmaz değildir. Müşterilerin idari kalite algılarını belirleyen 3 unsur bulunmaktadır, bunlar; zamanındalık, operasyonel hizmetler ve destek unsurlarıdır. İlk olarak, zamanındalık unsurunu ele aldığımızda, ilgili faktörlerin istenilen sürede yerine getirmesi anlamına gelmektedir. Bunlar tıbbi hizmet alma düzenlemesinde yer alan faktörleri ifade etmektedir. Randevu listeleri, bekleme süresi, randevuları değiştirme kolaylığı ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi gibi işlemleri kapsamaktadır (Dagger vd., 2007:127). Brady ve Cronin (2001) tarafından yapılan nitel araştırma da odak grup katılımcıları, sıklıkla aldıkları hizmetin zamansallığından yakınmıştır; “iki buçuk saat beklemiş olmalıyım” ve “bu kurumda randevu saatlerine riayet edilmemektedir” şeklinde ifadeler ile verilen hizmetin zamansallığını ön plana çıkarmışlardır. Müşterilerin idari kalite algılarını belirleyen ikinci unsur ise operasyonel hizmetlerdir. Operasyon unsuru, kliniğin genel yönetimi, tıbbi bakımın koordinasyonu, organizasyonu ve entegrasyonu yoluyla esas hizmet üretiminin kolaylaştırılmasını ifade etmektedir. Parasuraman ve diğerlerinin (2005) yapmış olduğu çalışmada odak grup katılımcıları, operasyonel hizmet unsurlarından söz ederken; “İşler yönetici tarafından daha iyi organize edilebilirdi” ve “Klinik faaliyetlerde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu gerçekten etkileyici” türünde ifadeler ile operasyonel hizmet unsurlarını değerlendirmektedirler. Son boyut olan destek unsurları, esas hizmet düzeyine değer katan artırılmış bir hizmet ögesini ifade etmektedir. Parasuraman ve diğerlerine (2005) ait çalışmada sıklıkla, “Tüm hastaların erişimine açık olan çok kıymetli destek faaliyetleri sunuyorlar” yorumunda yansıtıldığı gibi, desteğin hizmetin önemli bir parçası olduğu görülmektedir (Aktaran Dagger vd., 2007:127-128).

Esas hizmet üretim faaliyetlerini kolaylaştıran ve destekleyen idari birimlerdeki faaliyetlerde hasta bakım kalitesini etkilemekte-

dir. Etkili bir yönetim için güçlü bir liderlik ve yönetim anlayışı gerekmektedir.

The George Washington Üniversitesi sağlık hizmetlerinde kalite ve başarı için 6 yönetim becerisini şu şekilde ifade etmektedir.

- *Gelişen sağlık hizmetleri sektörüyle birlikte yönetim becerileri de geliştirilmeli*

Sağlık hizmetleri sektörü, hasta sayısına odaklanan bir sektörden kaliteli hasta bakımını esas alan bir hizmet alanına dönüşmektedir. Sağlık yöneticilerinin bu endüstri değişimine uyum sağlamak için değişim yönetimi becerilerine sahip olması gerekmektedir. Bu hayati beceriler, işyeri süreçleri ve kültürlerindeki değişim ihtiyacını yönetmede ve bunu her düzeydeki sağlık çalışanlarına aktarabilmelerine yardımcı olacaktır.

- *Sağlık politikalarının uygulaması için mevzuata hâkim olunmalı*

Bir sağlık hizmeti yöneticisi için, modern sağlık sektöründe hizmet veren tüm kuruluşların faaliyetlerinde hukuk ve sağlık mevzuatı bilgisine vakıf olunması önem taşımaktadır. Tıbbi ve sağlık hizmetleri yöneticileri, sağlık düzenlemeleri ve yasalarındaki herhangi bir değişikliğe kurumunu tıbbi, idari ve mali yönden kolaylıkla adapte edebilmelidir. Bu ve benzeri politika ve mevzuat değişikliklerini, kurumlarında uygulamada ayrıca yeni politikaların ve kuralların sağlık kuruluşunda net bir şekilde anlaşılmasını sağlamada yöneticilerin hukuk ve sağlık mevzuatına hâkim olması gerekmektedir.

- *Analitik beceriler sağlık tesislerini daha iyi hale getirebilir*

Gerçek başarı için, bir yöneticinin statükoyu sürdürmesi yeterli değildir. Başarılı yöneticiler, mevcut operasyonları değerlendirmek ve iyileştirme alanları bulmak için analitik yeteneklerini sürece dahil ederek planlama yapmaktadır. Analitik becerilerin geliştirilmesi sağlık yöneticilerinin neden-sonuç diyagramları ve Pareto analizleri



gibi ortak kalite araçlarını sağlık hizmetleri süreçlerine entegre ederek, yol almada yardımcı olabilir.

- ***Problem çözme becerileri yöneticilerin engelleri aşmasına yardımcı olabilir***

Sağlık kuruluşlarının büyüklüğü ne olursa olsun, sağlık yöneticileri her gün problem çözme durumu ile karşı karşıya kalmakta ve problem çözme becerilerini kullanmaktadırlar. Bu yetenekler kimi zaman personel anlaşmazlıklarının çözümünde, kimi zaman bir sağlık kriziyle uğraşırken veya bütçeyi dengeleme de kullanılmaktadır.

Sağlık yöneticileri, organizasyonlarındaki zayıf alanları belirlemede şirket süreçlerini ve prosedürlerini değerlendirmede analitik becerileri kullandıktan sonra, tesisi düzeltmek ve iyileştirmek için problem çözme teknik bilgisinden yararlanmaktadırlar. Problem çözme, objektif kalma, yaratıcılığı harekete geçirme ve açık fikirli insanları destekleme gibi birçok yönü olan bir beceri türüdür. Tüm bunları doğru şekilde uygulamak, sağlık yöneticilerinin uzman problem çözücüler olmalarına yardımcı olabilir.

- ***Modern sağlık tesislerini birlikte yönetme yeteneği sağlanmalı***

Modern sağlık yöneticilerinin sadece problem çözme için doğru insanları belirlemeleri yeterli olmamaktadır. Ortak yönetim anlayışı, çağdaş sağlık hizmeti sektörünün önemli bir parçası haline gelmektedir. Başarılı yöneticiler, klinik liderler ve ön saflardaki çalışanlar dahil olmak üzere diğer tüm kilit personelle sorumluluğu paylaşmaya açık olmalıdır.

- ***Yöneticiler teknoloji becerilerini geliştirmeli***

Teknoloji becerileri, sağlık hizmetlerinde çalışan yöneticiler için giderek daha önemli hale gelmektedir. Çoğu hastane ve sağlık tesisi, özel kodlama ve faturalandırma yazılımlarıyla birlikte elektronik sağlık kayıtlarını kullanır. Mobil sağlık programları da yükseliş eğiliminde olduğu görölmektedir. Tıp alanında teknoloji geliştikçe sağlık yöneticilerinin bu teknolojik değişime kendini ve kurumunu

adapte etmesi de önemli hale gelmektedir (<https://healthcaremba.gwu.edu/blog/6-management-skills-that-are-important-for-success-in-health-care/>).

#### 2.4.4. Çevresel Kalite

Çevre, tüketici hizmet algılarını şekillendiren çevresel özelliklerin sentezidir (Gotlieb vd., 1994). Çevre ve somut unsurlar, müşterilerin çevre kalitesi algılarının altında yatan esas unsurlardır. Çevrenin maddi olmayan ilk unsuru, hizmet ortamının soyut yani arka plan özelliklerine yöneliktir. Bu unsurlar genellikle tüketicilerin farkındalık (bilinç) düzeyini yansıtır ve çevreyi pozitif yönde etkileyen unsurları ifade etmektedir. Dagger ve diğerleri (2007) tarafından aktarılan araştırmada katılımcıların hastanenin iklimlendirme sistemine yönelik şu ifadeleri hastanenin çevresel niteliklerinin önemini vurgulamaktadır; “Atmosfer hoş ve rahat” ve “ortamdaki hava hastane kokusuna sahip değil”. Çevresel kalitenin ikinci boyutu somut unsurlardır, hizmet ortamının farkındalığın ilk belirleyicisidir ve fiziksel öğeleri ön planda tutmaktadır. Somut unsurlar, çevre tasarımı, işlevi veya düzenini ve çevrede bulunan işaretler, semboller ve eserleri ifade etmektedir. Yine aynı çalışmada “Tüm mizanpajın çok iyi düşünülmüş olduğu fikrindeyim” ve “Renkler steril görünmüyor ama yine de temiz görünüyor” gibi yorumlar, çevredeki somut unsurların hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğini göstermektedir (Baker, 1986).

Hastane ortamı, Amerika Birleşik Devletleri’nde hastalar, aile üyeleri ve onlara sağlık hizmeti sunan hastane çalışanları dahil olmak üzere çok sayıda insanı etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, hastaların psikolojik durumlarının onların iyileşme sürecini etkileyebileceğini göstermektedir. Bir çalışmaya göre, stres altındaki hastaların yaralarının, stres altında olmayan hastaların yaralarına göre %24 daha uzun sürede iyileştiğini tespit etmiştir. Bu durum bu hastaların hastanede kalış sürelerini artırmıştır. Hastanede kalma süresinin azalması, artan hasta memnuniyeti ve azalan sağlık hizmetleri maliyetleri dahil olmak üzere çeşitli avantajlar taşıması

açısından önem taşımaktadır. Bazı bilim insanları, çevresel faktörlerin hastaların genel sağlık sonuçlarını etkilediğini ileri sürmüş ve ampirik bulgular bu hipotezi desteklemiştir ( Kiecolt-Glaser vd., 1995:1195; Jamshidi vd., 2020:251).

Hastaların fizyolojik durumları, ağrı, hastanede kalma süresi, uyku, stres, endişe, korku, hasta memnuniyeti ve etkileşim düzeylerini etkileyen çevresel faktörler şu şekildedir:

- Sağlık kuruluşunun genel durumu,
- Ünitenin yerleşimi,
- Zemin malzemesi,
- Oda özellikleri,
- Tıbbi ekipman görünürlüğü,
- Çevre düzenlemesi,
- Aydınlatma
- Ses ve gürültüdür (Jamshidi vd., 2020:252).

Alhmoud ve diğerleri (2021:4016-4017) tarafından aktarılan hastane ortamının çevresel özellikleri ve etkileri şunlardır:

*Aydınlatma:* Işık insanların psikolojisini ve fizyolojisini farklı şekillerde etkilemesinden dolayı, hastanenin hizmet alanlarının farklı şekilde aydınlatılması önerilmektedir. Örneğin, danışma ofisleri, muayene odaları ve resepsiyon, ameliyat ve diğer önemli faaliyet alanları en parlak ışık düzeyinde aydınlatılırken, servisler ve yoğun bakım üniteleri uyku düzeninden ötürü farklı düzeyde aydınlatılmalıdır.

*İç Mekân Hava Kalitesi ve Havalandırma Etkinliği:* Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonu ve diğer olumsuz etkenlerden korunabilmesi ve tedaviyi desteklemesi açısından hastanede temiz havanın sürekli girişi ve çıkışını sağlayacak bir iklimlendirme sistemi sağlanmalıdır. Bir yapı

inşa edilirken mümkün olan en iyi doğal aydınlatmayı sağlayacak yöne göre bina tasarlanmalı, ayrıca temiz ve kaliteli havayı alıp baya havayı dışarı atacak yeterli sayıda pencere ve kapı bulunmalıdır.

*Akustik Ses Düzeyi:* Kulağımız tarafından algılanan sesler bireyler üzerinde farklı etkilere neden olmaktadır. Bazıları rahatlatıcı etkiye sahip olabilirken, bazıları bir tür rahatsızlığa neden olabilir. Akustik ses düzeyleri terapötik ve can sıkıcı olabilir. Gürültü, istenmeyen ses olarak ifade edilir ve genellikle düzensiz bir şekilde kendini göstererek, hastane ortamında bireyleri olumsuz etkileyebilir. Sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişim ve etkileşimde, kişinin mesajı düşük düzeyde seslerle birbirine iletebilecek sessizlik ortamının sağlanması gerekmektedir.

*İklimlendirme Kalitesi:* Bir binanın içinde hissedilen sıcaklık ister sıcak ister soğuk olsun, bireyin işlevselliğinin azalmasına ve performansının düşmesine neden olabilir. Düşük üretim düzeyi aşırı sıcak hava ile bağlantılı olabilir. Uygulanacak herhangi bir tasarım planı, doğal havalandırmayla birlikte yapay havalandırma sisteminin kullanımına da elverişli olacak şekilde bir yapının inşası önemli hale getirmektedir.

*Gün Işığı ve Manzara:* Güzel bir bahçede dolaşmak, bir kanepeye uzanmak, çiçeklerden gelen hoş kokuları içe çekip doğanın tadı çıkarıldığında, yorgunluk ve stres vücuttan uzaklaştırılabilir. Hastane atmosferi için hayati bir öge olan manzaralara ve bahçeye erişimin, hastane servislerinde tedavi gören hastalar için stres/kaygı, ağrı kesici ilaç kullanımı, ağrı toleransı ve kalış süreleri üzerinde pozitif yönde bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Alhmoud vd., 2021:4016-4017).



# Yansıtıcı Düşünce ve Yansıtıcılık

Günümüzde bilgi giderek daha fazla erişilebilir hale gelirken bir taraftan da daha hızlı değişmektedir. Yeni dünya düzeni bireyleri sürekli olarak yeniden düşünmeye, yön değiştirmeye ve problem çözme stratejilerini geliştirmeye teşvik etmektedir. Bu nedenle, bireylerin alışlagelmiş faaliyetlerinden karmaşık işlere kadar yeni bilgileri uygulamak için yeni stratejiler geliştirmelerine yardımcı olmada, öğrenme sırasında yansıtıcı düşünmeyi teşvik etmek artık giderek daha önemli hale gelmektedir. Yansıtıcı düşünme, bireylerin yeni bir bilgiyi daha önceki bilgi, birikim ve algılamaya düzeyiyle ilişkilendirip, eleştirel ve şüpheli düşünme yaklaşımı ile harmanlayarak, yeni faaliyetlerde uygulamaları ayrıca kendi düşüncelerini anlama ve öğrenme stratejilerini geliştirmeye yardımcı olan bir düşünme ve öğrenme biçimi olarak ifade edilebilir (Dewey,1933:19).

### 3.1. Yansıtıcı Düşünce ve Yansıtıcılık Kavramları

Yansıtıcı düşünce, yansıtma kavramından doğmuş ve John Dewey tarafından ilk kez ortaya atılmıştır. Yansıtıcı düşünce kavramı onun amaçladığı sonuçlara ulaşmayı destekleyen bir bilgiyi, aktif, tutarlı ve dikkatli bir biçimde düşünme olarak ifade edilebilir. Yansıtıcı dü-

şünce süreci sistemli bir şekilde devam ettiğinde, problemlerin fark edilmesine ve çözülmesine yardımcı olmaktadır. Bundan dolayı yansıtıcı düşünce kişileri, olaylara ve hayata tek bir yönden bakmamayı sağlayarak hem tek yönlü bakış açısının olumsuz etkisinden kurtarmakta hem de bireysel gelişime katkı sunmaktadır (Dewey, 1933:9).

Yansıtıcı düşünme, bireyleri edindikleri tecrübeler yoluyla öğrenmeye, farkındalığı artırmaya, deneyimleri üzerinde düşünmeye, öğreniminden ötürü sorumluluk duymaya, hatalarını tespit edip düzeltebilmesine, olaylar karşısında eleştirel düşünmeye, araştırma ve karşılaştıkları problemleri çözüme yeteneklerini geliştirmeye yardımcı olmaktadır (Tok, 2008:560).

Yansıtıcı öğrenme, yaptığı iş ve faaliyetleri test etmeye, öğrenme tecrübesinden faydalanarak ders çıkarmaya, bir taraftan problemleri çözerken diğer yandan elde ettiği bu eğitsel bilgi ve becerileri mesleki yaşamında kullanabilmeye yardımcı olmaktadır. Gerçek bilgiye ulaşmanın giderek zorlaştığı günümüzde yansıtıcı düşünme bireylere, bilgiyi olduğu gibi alarak biriktiren bireyler yerine, aldığı bilgiyi nerede ve nasıl kullanacağını bilen, sorgulayan, edindiği tecrübe ile yeni bilgiler edinebilen ve karşılaştığı problemlere çözümler getirebilme yetisinin gelişimini sağlamaya yardımcı olmaktadır (Solakumur vd., 2017:298).

Moon (1999) öğrencilerin yansıtıcı düşünme yeteneğini geliştiren unsurları şu şekilde belirtmiştir:

- Yansıtıcı düşünme düzeylerini geliştirmek için sorulan sorulara yeterli süre tanıyarak cevap vermelerini beklemek, yansıtıcı düşünme düzeylerini artırabilir.
- Öğrenme ortamında duygusal destekleyici etkenlerin oluşturulmasında elde edilen sonuçları-tecrübeleri tekrar gözden geçirmeyi teşvik etmek.
- Mevcut bilgi düzeyi, öğrenme durumu, bilinenler, bilinmeyenler ile öğrenilmiş bilgiler hakkında süratli düşünme ve gözden geçirme yeteneklerinin gelişimini sağlamak.

- Öğrencilerin herhangi bir olay veya fikrin niçin ve hangi ispatlara dayalı olduğu hakkında eleştirel düşünme yeteneklerinin geliştirilmesi.
- Dünyaya yön veren icatların nasıl yapıldığını düşünmeye yardımcı olacak açıklamalar yapmak.
- Kısmen yapılandırılmış öğrenme ortamları oluşturarak öğrencilerin önem verdikleri fikirleri keşfetmeye yardımcı olmak.
- Farklı fikir ve bakış açılarını keşfedebilecek küçük grup etkinlikleri ve akran grubu çalışmalarını destekleyecek sosyal öğrenme koşullarını sağlamak.
- Başlangıçtan itibaren kat edilen gelişim düzeyini öğrencilere göstermek, kendi düşüncelerini geliştirecek nedenleri sergilemek, kimi durumda kendi konularının güçlü ve zayıf yönlerini gösterecek bir yansıtıcı günlük tutmaya teşvik etmek.

Yansıtıcı düşünme temelde eğitimle ilgili olgular hakkında fikir yürütme olarak ifade edilebilir. Yansıtıcı düşünce sorunları tanımlamayı ve düzenlemeyi, bireyin alternatifler arasında akılcı tercihler yapabilmesini, süreç içerisinde her türlü sonucu değerlendirme ve yapmış olduğu tercihlerin sorumluluğunu üstlenme yeteneği ile ilişkilidir (Taggart, 1996).

Öğrenciler yaşamlarında edindikleri tecrübelerden faydalanabilirler. Yansıtıcı düşünce, herhangi bir şey hakkındaki fikir veya bilgi hakkında etkili, süreklilik arz eden ve dikkat gerektirecek düşünme şeklidir. Yansıtıcı düşünce herhangi bir konuya şüpheli yaklaşmayı, veriler toplayarak kanıt sağlamayı, sistematik araştırma yapmayı sağlar. Yansıtıcı düşünce hakkında yapılan pek çok tanımlamada ortak nokta, herhangi bir konuda üst düzey düşünme ve öğrenme yetisini geliştirme olarak ifade edilebilir (Dewey, 1998).

Dewey (2001) kişilerde eğitim sürecinin doğrudan öğrenmeyi sağlamadığını, ancak yaratıcı problem çözme yoluyla dolay-



lı yoldan öğrenmenin sağlanabileceğini ileri sürmektedir. Kişiler yaşam boyu sürecek eğitim ihtiyacını, yaşam boyu karşılaşacakları sorunları çözebilmek için alternatif çözüm yollarının da geliştirilmesi gerekmektedir. Problem çözmek amacıyla eğitim verilmelidir. Problem çözmek için bireyin kendisinin de uzun bir gelişim sürecine tabi olmasından ötürü, eğitim yaşam boyu süren bir çaba gerektirmektedir.

Bireyde yansıtıcı düşünme oluşumunun aşamaları ve özellikleri şunlardır (Shook, 2003):

- Birey, karşılaştığı yeni durumun özelliklerinin bütünüyle belirli olmaması ve tamamlanmamış olması sebebiyle her şeyin birbirine karıştığı bu yeni hal karşısında şüphe ve kafa karışıklığına sahiptir.
- Önsüzleri bu ele alınan unsurların sonuçları etkileyen bir yöne meyilli olduğunu öngören tecrübesinden dolayı bir yorum yapmasını sağlar.
- Ortaya çıkan bu problemin ne olduğunu tanımlanması, açıklanması ve bütün kazanımların dikkatli bir etüdü, kişinin kendi tarafından yapılır. Bu süreç kişinin inceleme, araştırma, sorgulama ve analiz aşamalarını oluşturur.
- Kişi süreli bir hipotez yardımıyla savını daha geliştirmek için bu hipotez üzerinde çalışmaya devam eder.
- Süreli olan hipotez, olayların belirli ilişkiler karşısında uygulanmasını sağlayan eylem planına geçer ve öngörüsü daha önce yapılmış durumu ortaya çıkarmak için denemeler ve ölçümler yapılarak süreç tamamlanır.

Kişilerde yansıtıcı düşünme niteliklerini geliştirici bir ortam yaratılabilmesi için, yansıtıcı düşünceyi geliştiren yaklaşımların kullanılması ve buna uygun faaliyetler düzenlenmelidir. Ayrıca verilecek eğitim programlarının özellikleri de buna göre dizayn edilerek sağlanmalıdır. Yansıtıcı düşünme niteliklerini kazanmış bir eğitimcide; öğretim sürecini sürekli olarak değerlendirme, düşünme ve düşün-

celerini yansıtma, açık ve ileri görüşlü olma, öğrencilerin ihtiyaçlarına karşı kendini sorumlu hissetme, çalışma alanına karşı ilgili ve mesleki düzeyde sürekli yenilenen ve gelişen bir bakış açısı özelliği bulunur (Norton, 1997:405-406).

Yansıtıcı düşünmeyi Dewey (2012) herhangi bir konunun aktif, sürekli ve dikkatli bir şekilde düşünülmesi olarak ifade etmektedir. Dewey ayrıca yansıtıcı düşünme yetisi esasına dayalı bir eğitimin, kişide kazandıracağı beceri ile problemleri kolaylıkla çözebileceğini belirtmiş ve yansıtıcı düşünmenin neyi ifade ettiğini dört boyutta ele almıştır. Bunlar;

- Yansıtıcı düşüncede oluşan fikirler ardışık, birbiriyle etkileşimli, net ve birbirinin tamamlayıcısıdır.
- Yansıtıcı düşünme yalnız beş duyu ile tespit edilen olaylara dayalı olmayıp, aynı zamanda sezgiyi de esas almaktadır.
- Yansıtıcı düşünme esası bireylerin fikirleri ve bulgularına dayalıdır. Zaman içerisinde kişinin bu düşünceleri kabul veya reddetmesi durumu oluşabilir.
- Sorunları çözme aşamaları bir çalışma yapılırken esas alınacak aşamaları da yansıtır (Dewey, 2012).

Yansıtıcı düşünmek için, öncelikle esas düşünme yeteneklerini geliştirici bir ortama ihtiyaç vardır. Yansıtma, hedef temeli olan ve kişilerin çaba sarf etmesi gereken bir düşünme halini ifade etmektedir (Wakefield, 1996:59).

Yansıtıcı düşünme; bir sorunla karşılaşıldığında kişinin bu sorunla ilişkili problemi giderebilmek için, duygu, düşünce ve bilgisini ve bunların tümünün birbirlerini destekleyecek şekilde sıralı ve tutarlı olarak belirlenmesi, ortaya çıkan sonuçları en akılcı şekilde kabul ya da reddetme süreci olarak ifade edilebilir (Boyd ve Fales, 1983:99).

Yansıtıcı faaliyetler tüm profesyonellerin gelişimde önemli bir yer tutmaktadır. Bireylerin öğrenmeleri deneyimle elde edilmesine

rağmen bu durum daha fazla tecrübemin daha çok öğrenme yaratacağı anlamına gelmemektedir. Bir eğitimcinin yirmi senelik öğretme uğraşı onun öğretme faaliyetinde yirmi senelik öğrenmesine denk olmayabilir. Bazı durumlara karşı geliştirdiğimiz reaksiyonlar yansıtmayı geliştirecek düzeyde olmayabilir. Bundan ötürü sadece deneyimlere odaklanılmamalı profesyonel kariyer sürecinde sürekli olarak gelişimi destekleyen yansıtıcı düşünmeyi bir alışkanlık, bir yaşam felsefesi haline getirecek yöntemler geliştirilmelidir (Beaty, 1997).

Yansıtıcı faaliyetlerin faydaları şu şekilde ifade edilebilir:

- Görevlerine yeni başlayan veya yeni görevler edinen eğitimcilerle yol gösterme,
- Deneyimli eğitimcilerle sürekli öğrenme fırsatını verme,
- Teoride öğrenilenlerin pratikte uygulamasında aracı olma,
- Olaylara tek taraflı yaklaşmamayı sağlama,
- Faydalı bir çatışma ortamı yaratarak üretkenliği artırma,
- Gerektiğinde hemen harekete geçebilecek bilgiyi sağlama,
- İç içe geçen biçimlendirici değerlendirme olanağı sağlama,
- Kültürel düzeyde gelişim sağlama,
- Bireysel rol ve kimlik anlayışını oluşturma,
- Tek ve toplu düzeyde faaliyetler oluşturma,
- İşyerinde görev yapanlar arasında bağ oluşturma ve güçlendirme,
- Profesyonelliği güçlendirme ve bireyin ifade düzeyini geliştirme,
- Dışsal baskıları azaltma olarak gösterilebilir (York-Barr vd., 2005:15).

Yansıtıcı düşünceyi geliştirme sürecinde, öğrencilerin günlük tutması, grup tartışmaları etkinliği, eylem araştırma ödevleri, du-

rumsal faaliyetler ve mikro düzeyde öğretim uygulamaları gibi pek çok yöntemin birbirlerini destekleyecek şekilde kullanılması gerekmektedir. (Hatton ve Smith, 1995:41).

Yansıtıcı düşünce bireyde sorgulama ve öz eleştiri yapma gibi nitelikleri içermektedir. Bir eğitmenin öz eleştiri yapmayı günlük olarak yapması gereken işlerin başında gelmektedir. Eğitmeni böylece kendi öğrenme ve öğretme sürecinin güçlü ve zayıf yanlarını bilerek sistematik bir düşünce oluşturacaktır. Buda önceliklerin belirlenmesi, ders planlama, değerlendirme faaliyetlerinde hangi ölçütlerin belirleneceğini sağlayacaktır (Kitson ve Merry, 2002).

Yansıtıcı düşünme, bir deneyim veya eylemin daha geniş bağlamı, anlamı ve içerimlerinin dikkate alınmasını kapsamaktadır. Başka bir deyişle, yansıtma sadece yaptığınız veya yapmayı planladığınız şeyi not etmek anlamına gelmez. Yaptığınız veya yapmayı planladığınız şeyin neden önemli olduğunu düşünmek anlamına gelir; bir şeyi daha iyi anlamınıza yardımcı olmak için yazmak anlamına gelir; duyguları, hisleri, tepkileri ve bilgileri keşfetmek anlamına gelir ayrıca sadece “ne” yerine “ne olmuş”u keşfetmek anlamına gelmektedir (Branch ve Paranjape, 2002:1186).

Öğrenmek için sadece bir deneyime sahip olmak yeterli değildir. Bu deneyim üzerinde düşünülmez ise çabucak unutulabilir veya öğrenme potansiyeli kaybolabilir. Bu yansımadan ortaya çıkan duygu ve düşüncelerden genellemeler veya kavramlar üretilebilir ve genellemeler yeni durumların etkili bir şekilde ele alınmasını sağlayabilir (Gibbs, 1998:49).

Düşünme becerileri, eğitimde öğrenme stiline uyum sağlamada ilk aşama olarak öğrenciler için bir öncelik olmalıdır. Yeni öğrencilerin düşünme becerilerinin, onları tanıyarak ve onlara sadece ne diye sormak yerine neden ve nasıl diye düşünmeye teşvik eden bir öğrenme stratejisi vererek, mümkün olduğunca erken keskinleştirilmesi gerekmektedir. Neden ve nasıl düşünme süreci, öğrencilerin eleştirel düşünmeyi, bilgiyi anlamlı bir şekilde elde etmeyi ve bilgiyi sadece bilmek, analiz etmek ve gerçek yaşam durumlarına

sentezlemek yerine uygulamayı öğrenmesine neden olur, böylece öğrenciler birlikte çalışabilirler ve anlayıp anlamadıklarını değerlendirebilirler. Üzerinde durulması gereken en önemli husus, öğrencilerin öğrendiklerini günlük yaşam pratiğine içselleştirebilmeleridir (Aryani vd., 2017:19).

Yansıtıcı öğrenme, çeşitli yansıtıcı düşünme düzeyleriyle karakterizedir. Bunlar:

- *Raporlama düzeyi*; durumu, olguları, belirtileri veya sorunları tanımlama becerisine sahip olmakla ilgilidir.
- *Yanıt verme düzeyi*; sorunlara karşı duygusal bir yanıt geliştirme becerisine sahip olmakla ilgilidir.
- *İlişkilendirme düzeyi*; çeşitli olay ve olguları, nesnel olan gerçekliği veya semptomlarını esas alan teorilerle ilişkilendirme becerisine sahip olmakla ilgilidir.
- *Akıl yürütme düzeyi*; problem çözmenin metodolojik kavramlarına uygun olarak olgulara ve benzetmelere dayalı bir olayı sistematik olarak açıklayabilme becerisine sahip olmakla ilgilidir.
- *Yeniden yapılanma düzeyi*; teorik bir bakış açısı ve deneyime dayalı bir problemi çözmeye eylem planları geliştirme becerisine sahip olmakla ilgilidir (Bain vd., 2002; Aryani vd., 2017:20).

Yansıtıcı uygulama, yaşam boyu öğrenmeyi benimseyen sağlık çalışanları için önemli bir strateji olarak görülmektedir. Sağlık hizmetinin sürekli değişen bağlamı ve tıbbi bilginin sürekli gelişmesi nedeniyle, sağlık profesyonellerinin uzmanlığına yüksek düzeyde ihtiyaç vardır. Bu karmaşık ve sürekli değişen ortam nedeniyle, sağlık uzmanları bir yansıtıcı uygulama programından yararlanabilirler (Hendricks vd., 1996:98).

Bir sağlık profesyonelinin yansıtıcı uygulama yapmasının birkaç nedeni olabilir, bireylerin hasta bakımıyla ilgili güdülerini, algıla-

rını, tutumlarını, değerlerini ve duygularını daha iyi anlayabilmek, mevcut düşüncelere, duygulara ve eylemlere meydan okumak için yeni bir bakış açısı geliştirmek ve bakım uygulamalarının sonuçlarına nasıl farklı şekilde yaklaşılabileceğini keşfetmek gösterilebilir (Price, 2004).

Düşünme eylemi, özerk, nitelikli ve kendi kendini yöneten profesyonellerin gelişimine olumlu katkı sağlamanın yanında daha etkili sağlık ekipleri geliştirmenin bir yolu olarak görülebilir (Ghaye, 2005). Yansıtıcı uygulamaya dahil olmak, bakımın kalitesinin artması, kişisel ve profesyonel büyümenin teşvik edilmesi ve teori ile uygulama arasındaki boşluğun kapatılması ile ilişkilidir (Jasper, 2013).

Yansıtma ve yansıtma uygulamasının önemi literatürde sıklıkla araştırılmaktadır. Aslında, yansıtıcı kapasite birçokları tarafından mesleki yeterliliğin temel bir özelliği olarak kabul edilir. Eğitimciler, yansıtıcı uygulamanın ortaya çıkışının, öğrencilerin eğitimleri boyunca öğrenmenin ayrılmaz bir parçası olarak profesyonelce düşünme ve hareket etme ihtiyacını kabul eden, teori ve pratiği en baştan entegre eden bir değişimin parçası olduğunu iddia ederler. Yansımayı teşvik eden faaliyetler artık lisans, lisansüstü ve sürekli tıp eğitime ve çeşitli sağlık mesleklerine dahil edilmektedir. Bu müfredat müdahalelerini ve yeniliklerini destekleyecek ve bilgilendirecek kanıtlar büyük ölçüde teorik kalmaktadır. Ayrıca, literatür çeşitli alanlara dağılmıştır ve hangi yaklaşımların etkililiği veya etkisi olabileceği belirsizdir (Mann vd., 2009).

Yansıtıcı uygulamaların fayda ve kısıtlılıkları şu şekilde ifade edilebilir.

Yansıtıcı uygulamanın faydaları şunları içerir:

- Bir tecrübe veya durumdan ötürü öğrenmede gelişim,
- Derinlemesine öğrenme teşviki,
- Kişisel ve profesyonel güçlü yönlerin geliştirilmesi için gereken alanların belirlenmesi,

- Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- Yeni bilgi ve becerilerin kazanılması,
- Kendi inançlarını, tutumlarını ve değerlerini daha iyi anlama,
- Kendi kendine motivasyon ve kendi kendine öğrenmenin teşvik edilmesi,
- Geri bildirim kaynağı olarak hareket edebilmesi,
- Kişisel ve klinik güvenin iyileştirilmesi.

Yansıtıcı uygulamanın sınırlılıkları şunları içerir:

- Tüm uygulayıcılar yansıtıcı süreci anlamayabilirler.
- Kendi pratiğini sorgulamaktan ve değerlendirmekten rahatsızlık duyabilirler.
- Zaman alıcı olabilir.
- Birey, hangi durumlar/deneyimler üzerine düşüneceği konusunda kafa karışıklığı yaşayabilir.
- Klinik sorunları çözmeye de yeterli olmayabilir (Davies, 2012:10).

### **3.2. Yansıtma Modelleri**

Literatürde yansıtma, yansıtıcı düşünce ve yansıtma uygulamaları ile ilgili pek çok tanımlama mevcut olup bu konu ile ilişkili bazı tanımlamalar şu şekilde ifade edilebilir.

Herhangi bir inancın veya varsayılan bilgi biçiminin, onu destekleyen temeller ve sonuçlar ışığında aktif, ısrarlı ve dikkatli bir şekilde ele alınma biçimi olarak ifade edilebilir (Dewey, 1933:9).

Bireylerin yeni anlayışlar, fikirler, davranışlar kazanması için tecrübelerini keşfetmeye çıktığı entelektüel ve duygusal faaliyetler bütünüdür (Boud vd., 2013:19).

Bir deneyimin tetiklediği, benlik açısından anlam yaratan, değişen ve kavramsal olarak netleştiren içsel bir araştırma ve keşfetme süreci olarak ifade edilebilir (Boyd ve Fales, 1983:100).

White ve diğerleri (2006:12) yansıtıcı uygulamaları farklı tanımlamalar, kullanımlar, varsayımlar, türler, sayısı ve amaçları değişse de genel olarak şöyle ifade etmektedir.

a) Eylem veya tecrübeye dayalı varsayımları (birçok farklı tür ve seviyede) inceleyen bir süreç (bilişsel, duygusal ve deneyimsel),

b) Bu varsayımların birçok kökene (kişisel, duygusal, sosyal, kültürel, tarihi, politik) bağlı olması,

c) Bunları ilgili koşula, amaca vb. durumlara bağlı olarak gözden geçirilmesi ve yeniden değerlendirilmesi kriteri,

d) Bu yeniden değerlendirmeye dayalı kavram ve uygulamaların tekrarıdır.

Yansıtmanın doğru ve tek bir yolu olmamakla birlikte bazı yansıtıcı düşünme modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller öncelikle, bir deneyim veya durumu yansıtma yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Her model biraz farklı bir yaklaşım benimsemekle birlikte benzer aşamaları kapsamaktadır. Aradaki temel fark, dahil edilen adımların sayısı ve yazarların yaklaşım düzeyleri olarak ifade edilebilir (<https://pharmacycouncil.org.nz>).

Yansıtıcılık asıl etkisini, bir dizi deneyim için yansıtma sürecini sürekli tekrarladığımızda ortaya çıkarmaktadır. Birçok yansıtıcı model döngüselidir. Bir deneyim sonrası onun üzerinde düşünme ve gelecekteki deneyimlerle besleyebileceğimiz öğrenme ve eylemleri belirleriz. Bu nedenle, bireysel bir yansıtma döngüsü devam eden bir yansıtma sürecine dönüştürebilir, yansıtma döngüsünden her geçildiğinde öğrenme ve elde edilebilecek değerler artırılabilir (<https://www.ed.ac.uk/reflection/reflectors-toolkit/goals-objectives-habits>).

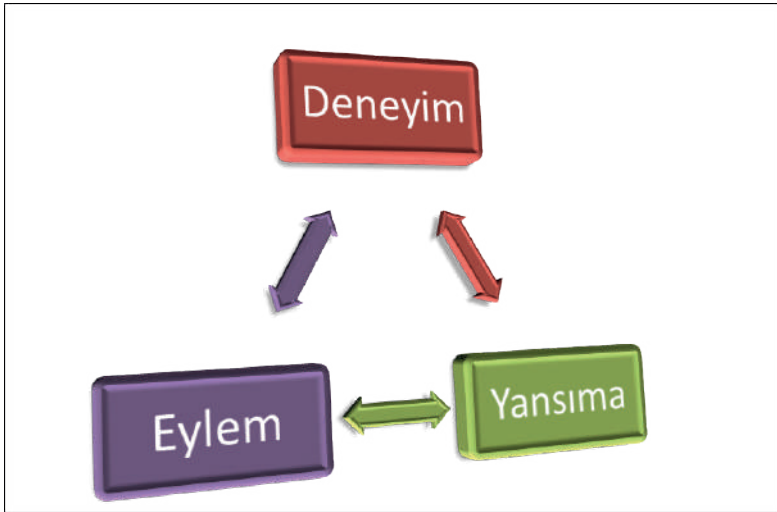


Yansıtma da sıklıkla kullanılan Era Modeli, Driscoll's What Modeli, Kolb'un Deneyimsel Öğrenme Döngüsü ve Gibbs'in Yansıtıcı Döngüsü aşağıda açıklanmaktadır.

### 3.1.1. Era Modeli

En basit yansıtıcı düşünme modellerinden biridir ve deneyim (tecrübe), yansıtma ve eylem (harekete geçme) olarak birbirini sürekli olarak takip eden bir döngüden oluşmaktadır (<https://libguides.cam.ac.uk/reflectivepracticetoolkit/models>).

Bu en yaygın yansıtma biçimi, sessizce ve kişisel düşüncelerde, olanları hatırlayarak yapılmaktadır. Bazen bazı düşünceler zihni meşgul edebilir, ancak bu durum kişiye tam olarak neler olup bittiğini açıklayamamakta ve böylelikle zamanla üzerinde düşünülmediğinden süreç sonunda unutulmaktadır. Uygulamada ayrıntıları yakalamak ve özellikle duyguları ele alırken, bunları bir günlük olarak yazmak bu modelde önemlidir (Jasper, 2013).



Şekil 1. Era döngüsü (Jasper, 2013)

- Deneyim
- Yansıtma
- Eylem (Harekete Geçme)'den oluşan Era modelinin işleyişi şu şekildedir.

Era Döngüsü, eski veya tamamen yeni bir deneyimle döngüye başlanacağını varsaymaktadır. Yaşanan bu tecrübe olumlu ya da olumsuz ayrıca bizimle ya da tamamen başka bir şeyle ilgili olabilmektedir. Daha sonra yaşanan bu deneyim üzerinde düşünme safhasına geçilmektedir. Bu deneyim hakkındaki düşüncelere yansıtıcılığı ekleyerek aslında neler olduğuyla ilgili duyguları gözden geçirmeye ve daha sonra bu deneyim ışığında hangi adımların atılması gerektiğine karar verilmektedir. Karar aşamasından sonra harekete geçme safhasına geçilmektedir. Bir deneyimin sonucu olarak yaptıklarımız, kendi duygularımıza ve ona giden deneyimlerimize bağlı olarak farklı olacaktır. Bu eylem başka bir deneyimle sonuçlanacak ve döngü devam edecektir (deBraga vd., 2019:9; Sewell, 2017:21; <https://libguides.cam.ac.uk/reflectivepracticetoolkit/models>).

### 3.1.2. Driscoll's What Modeli

1990'ların ortalarında Driscoll tarafından başka bir basit model olarak geliştirilmiştir. Driscoll, 3 what's modelini 1970'lerde Terry Borton tarafından sorulan temel sorulara dayandırmıştır (Driscoll, 2007).

- Ne?
- Ne olmuş?
- Şimdi ne olacak?

Birey kendine bu üç basit soruyu sorarak, deneyimlerini analiz etmeye ve onlardan öğrenmeye başlayabilir. Öncelikle, onu bağlama oturtmak için durumun veya deneyimin ne olduğunu tanımlamalıdır. Bu bireye neyle uğraştığı hakkında net bir fikir verebilir. Daha

sonra ‘ne olmuş?’ diye sorarak birey yaşadığı deneyim üzerine düşünmelidir. Son aşama ise bu yansıma sonucunda yapılacak eylem üzerinde düşünmeyi içermektedir. ‘Davranışı değiştirecek miyiz? Yeni bir şey deneyecek miyiz? veya olduğumuz gibi devam edecek miyiz?’ şeklinde soruları birey kendine sormaktadır. Yansıma sonucunda hiçbir değişiklik olmayabileceği ve her şeyin gerektiği gibi yapıldığı hissini duymakta önem arz etmektedir. Bu sonuçta en az diğerleri kadar kabul edilebilir niteliktedir (Driscoll, 2007; Sewell, 2017:40; deBraga vd., 2019:9; <https://pharmacycouncil.org.nz/wp-content/uploads/2021/03/Written-reflection-guidance.pdf>).

Driscoll (2007), yansıma sürecini tamamlamak için hızlı sorular ekleme yoluyla oluşturduğu döngü ile Driscoll’s what modelini geliştirmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Driscoll’s what modeli (Driscoll, 2007)

Model çok temel üç adım içermektedir. Bunlar NE? (Ne olduğunu anlatılmalı), NE OLMUŞ? (Olay analiz edilmeli) ve ŞİMDİ NE OLACAK? (Öğrenilenlere dayanarak gelecekteki uygulamalar tahmin edilmeli). Her adımı, farklı stratejiler ve farklı yaklaşımlar

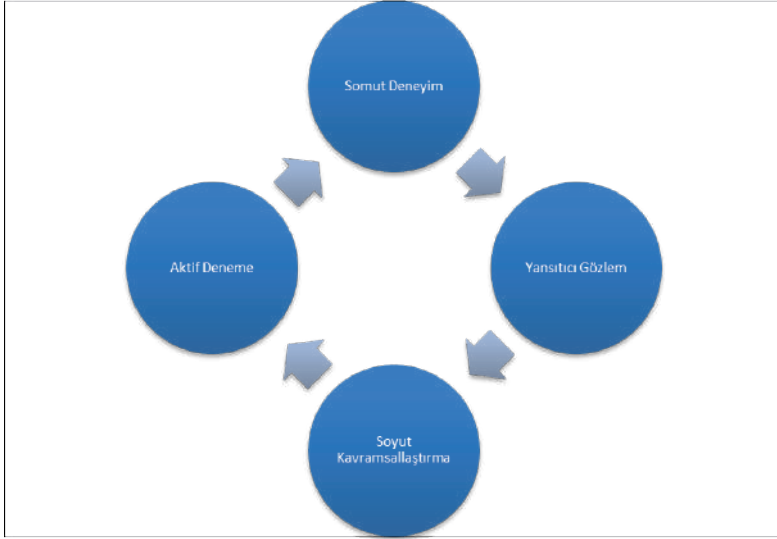
gerektiren bu modelde 1.adımda “Ne?” sorusu kişiyi; yaşadığı tecrübe ve olayları eleştiri süzgecinden geçirmeden olduğu gibi yani mümkün olduğunca nesnel olarak hatırlamaya sevk eder. 2.adımda ise; “Öyleyse ne?”, sorusu ile kişinin düşünsel gezintisinde yavaşlamasını ve önemli şeyleri veya anları aramaya başlamasını ister. Burada amaç, kişiye neler olup bittiğine ışık tutmaya yardımcı olan kavramları belirlemeye yardımcı olması sağlanır. Örneğin bir yazma kursunda, bir öğrenci logos, pathos ve ethos gibi ikna ile ilgili farklı retorik terimleri öğrenebilir. Tecrübeyi bu terimlerden herhangi birine göre incelemek bir tür analizdir. Son olarak, 3.adımda, “Şimdi ne olacak?”, sorusu ile kişinin yansıtmaya başlaması teşvik edilerek, tecrübe ile elde ettiği yeni bilgi veya uygulamayı gelecekte kullanması sağlanmaktadır (deBraga vd., 2019:9).

### 3.1.3. Kolb’un Deneyimsel Öğrenme Döngüsü

Kolb’un deneyimsel öğrenme döngüsü modeli (1984) yansıtıcılık düzeyini bir adım daha ileri götürerek, bireylerin gerçek deneyimler yoluyla anlayış geliştirme ve nasıl öğrendiğiyle ilgili teorilerin kavramsal perspektife oturmasını sağlamıştır. Model dört temel aşamayı içerir:

- Somut deneyim
- Yansıtıcı gözlem
- Soyut kavramsallaştırma
- Aktif deneme

Kolb öğrenmede; yansıtıcı gözlem yeteneği, soyut kavramsallaştırma, somut deneyim ve aktif denemeden oluşan 4 farklı tür yeteneğe ihtiyaç duyulduğunu ileri sürmektedir. Bu 4 tür yetenek, bilişsel gelişim ve öğrenmenin 2 ana boyutunun zıt unsurlarını (somut/soyut ile aktif/yansıtıcılık) temsil etmektedir. Herhangi bir birey, bu boyutların belirli bölümlerinde güce sahip olacak ve etkili olmaları için döngünün tümünde çalışma yeteneklerini geliştirmesi gerekecektir (Kolb ve Fry, 1975:35).



Şekil 3. Kolb'un deneyimsel öğrenme döngüsü (Kolb, 1984)

Model, yaşanan bir tecrübe ile yansıtma sürecinin başladığını varsaymaktadır. Bu deneyim bireyler için ilk kez karşılaşmış bir durum olduğu gibi daha önceki bir tecrübesini de kapsayabilmektedir. Modelde bir sonraki aşama, deneyim üzerinde düşünmemizi ve onunla ilgili ilk defa hissedilen his veya çıkarılan sonucun not edilmesini içermektedir. Modele göre bu aşama sonucunda bireyde yeni fikirler gelişmeye başlamaktadır. Beklenmeyen bir şey olduğunda bunun hangi sebepten kaynaklanmış olabileceğini bulmaya çalışmak buna örnek gösterilebilir. Bu modele ait son aşama ise, yeni fikirlerimizi farklı durumlara uyarlamamızı bir başka ifade ile yansıtmayı uygulamaya dönüştürmeyi içerir. Elde edilen bu sonuç öğrenmenin deneyimlerimizin ve yansımalarımızın doğrudan bir sonucu olduğunu göstermektedir. Bu model, çocukların sıcak ve soğuk gibi temel kavramları öğrenirken yaşadığı tecrübeyle benzerlik göstermektedir. Çocukların sıcak bir zemine bilinçsizce dokunmasıyla gerçekleştirdiği acı deneyim, onların gelecekte sıcak nesnelere karşı dikkatli davranmayı öğrendiği

öğrenme süreci bu modele örnek gösterilebilir (Sewell, 2017:22; Kolb, 1984; deBraga vd., 2019:4; <https://pharmacycouncil.org.nz/wp-content/uploads/2021/03/Written-reflection-guidance.pdf>).

Kolb modeli, tecrübelerimizin öğrenme sürecinde oynadığı önemli rolü vurgulayan deneyimsel bir öğrenme şeklidir. Bu deneyimsel yaklaşım özelliği onu öğrenme sürecinin diğer bilişsel teorilerlerinden ayırmaktadır (Kolb, 1976:23). Bu modelin özü, öğrenme döngüsünün basit bir ifadesi olarak, tecrübenin kavramlara nasıl dönüştürüldüğü ve bunlarında yeni deneyimlerin seçimine kılavuzluk ettiğidir. Bireyin somut tecrübesi, gözlem ve yansımanın temelini oluşturur, bu gözlemler eylemler için yeni çıkarımlar yapabileceği bir teoriye özümсенir ve bu çıkarım veya hipotezler yeni deneyimin şekillenmesini sağlar (Boud vd., 2013:12).

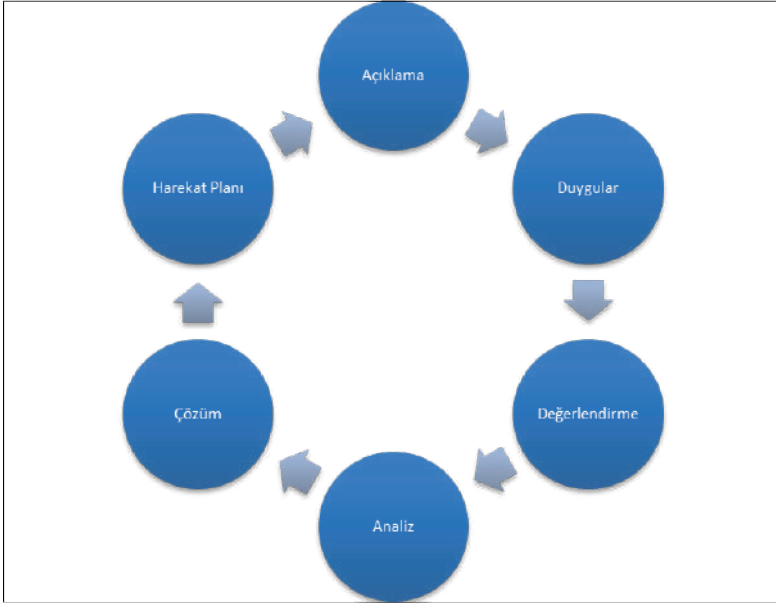
### 3.1.4. Gibbs'in Yansıtıcılık Döngüsü

Yansıtıcılığın bu modeli, diğer üç modelin esasları üzerine kurulu ancak döngüye daha fazla aşama eklemektedir. Bu model, yansıtmanın daha karmaşık modellerinden birini oluşturmaktadır. Gibbs'in yansıtıcılık döngüsü altı aşamadan oluşur:

- Açıklama
- Duygular
- Değerlendirme
- Analiz
- Çözüm
- Hareket planı'dır.

Diğer modellerde olduğu gibi Gibbs modelinde de bireyin bir tecrübe yaşaması ile döngü başlamaktadır. Model bireyi hem deneyim esnasında hem de sonrasında yaşadığı tecrübe ile ilgili hislere odaklanmaya teşvik etmektedir. Modelde bir sonraki adım, deneyimin değerlendirilmesini içermekte ve bireyden yaşadığı bu tecrübe

sonucunda iyi ya da kötü olan şeyleri belirlemesi istenmektedir. Bu değeriendirme süreci durumu analiz etmek ve anlamlandırmaya çalışmak olarak ifade edilebilir. Yapılan bu analiz, bireyin farklı bir sonuca ulaşmak için (eğer varsa) başka ne gibi eylemlerde bulunabileceğine dair ipuçları sağlamaktadır. Modelin son aşaması ise, bireyin ilerleyen dönemlerde benzer durumlarla karşılaştığında uygulamaya koyabileceği bir hareket planını oluşturmayı içermektedir (Gibbs, 1998:51; Sewell, 2017:23; deBraga vd., 2019:9; <https://pharmacycouncil.org.nz/wp-content/uploads/2021/03/Written-reflection-guidance.pdf>).



Şekil 4. Gibbs'in yansıtıcılık döngüsü (Gibbs, 1998)

Johns (1994:115) yansıtıcı uygulamanın son derece zor bir şey süreç olduğunu ve bu nedenle uygulayıcılara girişimlerinde rehberlik eden ve destekleyen ayrıntılı bir modele sahip olmanın gerekli olduğunu ileri sürmüştür. Hemşirelik uygulamalarında, uy-

gülayıcının kendi tecrübesine göre düzenlenmiş ve yansımayı kolaylaştırmak için tasarlanmış sorulardan oluşan, yapılandırılmış bir yansıma prosedürü geliştirmiştir. Bu yansıma modelinde, sorular uygulayıcılara, uygulamalarını daha derin bir şekilde anlamalarını sağlamak amacıyla eylemleri, düşünceleri ve duyguları incelemelerine rehberlik etmektedir. Bu model aynı zamanda uygulayıcıları eylemlerinin sonuçlarını ve hangi alternatif eylemlerin daha olumlu sonuçlar verebileceğini düşünmesini sağlamaktadır. Johns, uygulayıcılara yapılandırılmış yansıma prosedürünü körü körüne takip etmemeleri konusunda uyarmakta ve kullanıcıları modeli en iyi gördükleri şekilde kendilerine uyarlamaları ve geliştirmeleri gerektiğini önermektedir.

Gibbs (1998:50) kendine ait modeli şu şekilde açıklamaktadır. ‘Yeterli zamanınız varsa, mantıklı bir şekilde bir adımdan diğerine geçmeye çalışmalısınız. Öğrenciler genellikle bir aşamadan diğerine sorunsuz bir şekilde geçmekte zorlanırlar ve bu nedenle, geçişleri olumlu bir şekilde işaretlemek için her aşamada süreci ve dikkat odağını değiştirmek faydalı olabilir. Örneğin, nota dayalı açıklamalar bireysel olarak yapılabilir, raporlama duyguları çiftler halinde ele alınabilir, analiz tartışması dörtlü olarak yapılabilir, genel sonuçlar bir bütün grup içinden çıkarılabilir, belirli sonuçlar tek başına üzerinde çalışılabilir ve posterlerde gösterilebilir veya bireysel olarak tanımlanan kişisel eylem planlarında gösterilebilir. Onları son bir ‘turda’ tüm gruba bildirmeden önce, grup liderinin, grubun sürecin hangi aşaması üzerinde çalışması gerektiği konusunda açıkça bildirilmesi tavsiye edilmelidir. Ayrıca ekip liderinin ‘Bu deneyimlerle ilgili duygular üzerinde biraz zaman harcadık. Bunları geride bırakalım ve harekete geçelim. Bu deneyimleri değerlendirmeye devam edin. Onlarda neyin iyi neyin kötü olduğunu tespit edecektir. Duygularınızı yeniden tanımlamaya çalışmayın, ancak deneyimi değerlendirmeye çalışın’ şeklinde sürece müdahale etmesi gerektiği önerilmektedir.

Gibbs modeli, uygulayıcılara bir olayı tanımlamayı ve daha sonra bu olayla ilgili düşünce ve duygularını tekrar gözden geçirmeye



teşvik eder. Uygulayıcılar yaşadıkları bu deneyimle ilişkili pozitif veya negatif düşüncelerini değerlendirirler, ardından mevcut araştırma ve teorik önermeleri dikkate alarak bir analiz yapar ve nihai olarak, uygulayıcılar gelecekteki benzer durumlarda nasıl tepki vereceklerini buna göre dizayn ederler. Gibbs modeli, kritik olayları, bu deneyimlerin sonuçlarını, olayların teorik yorumlarını ve bu yansımaların gelecekteki eylem planlarına katkısını gözden geçirmede yararlanılmaktadır (Devonport ve Lane, 2009:169-170).

Wilding (2008) çalışmasında Gibbs'in yansıtıcılık modelinin hemşirelik öğrencilerinin uygulamaları üzerinde eleştirel düşüncelerine, yansıtma döngüsünden yararlanılarak hemşirelik uygulamalarına katkı sağladığını ayrıca Gibbs'in bu modelinin değişen durumlarda kullanılarak kişisel gelişime katkı sağladığını ileri sürmüş ve bu yansıtıcılık modelinin dünya çapında hemşirelik öğrencileri için bir öğrenme aracı olarak önermektedir.

## Hasta Güvenliği Kültürü ve Yansıtıcılığın Hasta Bakım Kalitesine Etkisi Bir Araştırma

Kitabın bu bölümünde araştırmanın konusu ve problemine, araştırmanın amacı ve önemine, araştırmanın yöntemine ve geliştirilen hipotezlere yer verilmiştir. Ayrıca araştırmaya ait analizlere, analizlere ilişkin elde edilen bulgulara ve elde edilen bulgular ışığında tartışmaya yer verilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Öncelikle çalışma verilerinin geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerini belirlemek için hasta güvenliği kültürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılık ölçeklerine ilişkin keşfedici faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılacak veri setinin çarpıklık ve basıklık analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait katılım düzeyleri ve sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa ait algı düzeyleri tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında araştırmacılar tarafından ileri sürülen hipotezler; oluşturulan araştırma modelleri kullanılarak, Hayes (2013) tarafından

geliştirilen model 4 aracılık yöntemi seçilerek, process makro ile sınınmış ve elde edilen bulgular tartışılmıştır.

### **A. Araştırmanın Konusu ve Problemi**

Günümüzde tüm sektörlerde değişimi yakalamak ve yapılabilir-se bu değişimde başarılı olmak işletmeler için bir elzem haline gelmiştir. Sağlık kuruluşları; bir taraftan hastalıkların teşhis ve tedavi protokollerini, gelişen teknoloji ile entegre bir şekilde uygulamaya çalışırken diğer taraftan da organizasyon yapısını, insan gücünü ve diğer pek çok etmeni de değişime adapte olacak şekilde geliştirme çabası içindedir. Bu geliştirme ve adaptasyon çabaları arasında hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık alanında yapılan veya herhangi bir sebepten ötürü ihtiyaç halinde yapılamayan her bir işlem, girişim, hizmet ve bakım, insan yaşamını doğrudan etkilemektedir. Bundan ötürü bu sektördeki her bir unsur ve bileşen eşit düzeyde önemlidir.

Hasta güvenliği kùltürünün tarihsel gelişiminde en fazla farkındalık yaratan olay, Institute of Medicine tarafından 1999 yılında yayımlanan ‘To Err is Human:Building a Safer Health System’ adlı rapor olmuştur (Ulrich ve Kear, 2014:447; Reid ve Catchpole, 2011:210). Raporda iki büyük araştırmadan elde edilen tahminlere göre, her yıl 44.000 ile 98.000 hasta önlenebilecek tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde yaşamlarını yitirmektedir. Rapor ayrıca hastanelerde önlenebilir tıbbi hataların, o yıl içerisinde gerçekleşen motorlu araç kazaları, meme kanseri ve AIDS gibi nedenlerden ötürü yaşanan ölümlerden daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Rapora göre, tıbbi hatalar, planlanan bir eylemin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda tipik olarak ortaya çıkan tıbbi hata ve kusurlar arasında istenmeyen ilaç endikasyonları, hatalı kan transfüzyonları, cerrahi yaralanmalar ile hatalı bölge ameliyatları, intiharlar, kısıtlamaya bağlı yaralanmalar veya ölümler, düşmeler, yanıklar, basınç ülserleri ve hasta bilgilerinin hatalı kayıt altına

alınması yer almaktadır. Tıbbi hatalardan kaynaklı oluşan maliyetler de raporda yer almıştır. Buna göre, ÷lke çapındaki hastanelerde her yıl ortalama 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında maddi kayıp olduğu (hataların gerektirdiği ek bakım masrafları, gelir kaybı ve ev halkı verimliliği ve sakatlıklar dahil) iddia edilmiştir. Bu maliyetlere ek olarak meydana gelen tıbbi hata ve kusurlar sağlık sistemine duyulan güveni azaltmakta hem hastalarda hem de sağlık profesyonellerinde memnuniyet düzeyini düşürmektedir. Tıbbi hatalar sonucu, hastaların hastanede kalma süresi uzamaktadır. Sağlık çalışanları, mümkün olan en iyi bakımı sağlayamadıkları için motivasyon kaybı ve hayal kırıklığı yaşamaktadır. Tüm bu maliyetlere çalışan verimliliğinin kaybı, çocukların okula devamlılığının azalması ve nüfusun genel sağlık durumuna negatif etkisi dahil edilebilir (Kohn vd., 2000:1-2).

Hasta bakım kalitesini geliştirmek ve hasta memnuniyetini üst düzeye çıkarmak için genel olarak tüm sağlık hizmet kuruluşları için bir öncelik haline gelmiştir. Sağlık kurumlarında değişim ihtiyacına neden olan faktörler; kamuoyunda daha fazla farkındalık, daha iyi bakım için artan talep, daha sert rekabet düzeyi, daha fazla sağlık düzenlemesi, malpraktis davalarındaki artış ve hasta güvenliğine yönelik kaygı düzeyinde artış gösterilebilir. Sağlık hizmetlerinde mevcut sorunlar hem tıbbi hem de tıbbi olmayan faktörlerle ilgilidir ve her iki yönü de iyileştiren kapsamlı bir sistem uygulanmalıdır (Rao, 2002:1).

Institute of Medicine hasta güvenliği ile hasta bakım kalitesi arasında yakın ve örtüşen bir ilişki olduğunu öne sürmekte ve hasta güvenliğini sağlık kalitesinin ayrılmaz boyutlarından biri olarak kabul etmektedir. Hasta güvenliğinin tam olarak sağlanamadığı veya düşük standartlarda verildiği yerlerde hasta bakım kalitesinin de düşük standartlarda olacağı iddia edilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kùltürünün artması ve hasta bakım kalitesinin geliştirilmesinin benzer teori ve araçlara dayandığı öne sür÷lmektedir (Gupta vd., 2019:5).

Bu çalışmanın konusunu; insan sağlığını ve yaşamını doğrudan etkileyen unsurlardan biri olan, hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesi ilişkisi ile bu ilişkide sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarının etkisinin var olup olmadığının belirlenmesi oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde, yansıtıcılığın aracılık rolü var mıdır? temel problemi- ne cevap aranmaktadır. Araştırmada ayrıca;

- Hasta güvenliği kùltürünün değişkenleri olan; takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşulları; hasta bakım kalitesinin boyutlarını oluşturan bireylerarası kalite, teknik kalite, yönetsel kalite ve çevresel kaliteyi etkiler mi?
- Takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşulları sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısını etkiler mi?
- Sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısı; hasta bakım kalitesinin bireylerarası kalite, teknik kalite, yönetsel kalite ve çevresel kalite düzeylerini etkiler mi?
- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kùltürüne yönelik algılarında demografik özelliklerine göre anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?
- Sağlık çalışanlarının hasta bakım kalitesine yönelik algılarında demografik özelliklerine göre bir farklılaşma var mıdır?
- Sağlık çalışanlarının yansıtmaya yönelik algılarında demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılaşma var mıdır?

problemleri çalışmanın sorularını oluşturmaktadır.

## **B. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu araştırmada genel olarak hasta güvenliği kùltürünün değişkenleri olan; takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşullarının hasta bakım kalitesi faktörlerini oluşturan; bireylerarası kalite, teknik kalite, yönetsel kalite ve çevresel kalite düzeylerine etkisinde yansıtıcılık boyutunun aracılık rolünün olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada hasta güvenliği kùltürü boyutlarının hem yansıtıcılığa hem de hasta bakım kalitesi boyutlarına etkisini ile yansıtıcılığın hasta bakım kalitesi boyutlarına etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre hasta güvenliği kùltürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa yönelik algı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Hasta güvenliğinin ve hasta bakım kalitesinin insan sağlığına/yaşamına doğrudan etkisinin olması hem hasta güvenliği kùltürünü hem de hasta bakım kalitesini artırma/geliştirme yollarının araştırılmasını da önemli hale getirmektedir. Bu çalışmada hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinin olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Literatürde hasta güvenliği kùltürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa dair ayrı ayrı ele alınmış pek çok çalışma olmakla birlikte, bu değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi çoğunlukla hasta güvenliği kùltürü-hasta bakım kalitesinin etkileşimi odağında olduğu görölmektedir. Hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü konusunun ulusal düzeyde hiç araştırılmadığı hatta uluslararası literatürde benzer konuda çok az sayıda çalışma olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma;

- Hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmamasının belirlenmesi hususunda Türkiye’de yapılmış ilk çalışma olması açaşından,
- Araştırma sonucunda böyle bir rolün varlığının tespit edilmesi ile bu etkileşimin hem bu konuda farkındalık oluşturması

hem de konunun daha iyi anlaşılmasını sağlamaya yönelik çalışmalara önyak olması yönünden,

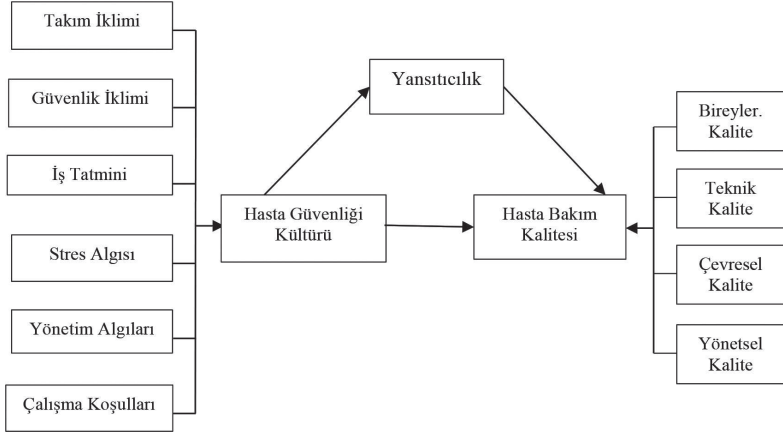
- Ayrıca bu alanda olası gelişimin; hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesini artırarak insan sağlığını/yaşamını olumlu düzeyde etkileme potansiyeli taşıması açısından, önem taşımaktadır.

### **C. Araştırmanın Yöntemi**

Bu çalışmanın esas konusunu hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığının belirlenmesi oluşturmaktadır. Araştırmanın yöntemi bölümünde sırası ile araştırmanın modeli, çalışmanın evreni ve örnekleme, veri toplama tekniği ve araştırmada kullanılan ölçekler ele alınmıştır.

#### *Araştırmanın Modeli*

Sağlık sektöründe yapılan bu çalışma; mevcut olan bilgi birikimlerimizi geliştirme perspektifinde temel nitelikte, çalışmanın tüm değişkenleri arasında nedensel ilişkilerin olup olmadığını ortaya çıkaran yönü ile açıklayıcı, çalışma yöntemi bakımından nicel ve nedensel tarama türünde, zaman yönüyle çalışmanın belirli bir dönemde bir defa yapılmasından ötürü kesitsel bir araştırma değildir. Bu çalışmanın amacına bağlı olarak alan yazından elde edilen bilgi birikim ile çalışmanın değişkenleri ile ilgili yapılan ilişkisel çıkarımlar sonucunda analogik bir metot yürütülerek aşağdaki araştırma modeli kurgulanmıştır.



*Şekil 5. Araştırmanın modeli*

Araştırmada hasta güvenliği kültürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı Şekil 5’de gösterilen araştırma modeli ile incelenecektir. Bununla birlikte hasta güvenliği kültürünü oluşturan takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşullarının hem yansıtıcılığa hem de hasta bakım kalitesi boyutları olan bireylerarası kalite, teknik kalite, çevresel kalite ve yönetsel kaliteye doğrudan ve yansıtıcılık aracılığı ile etkisi araştırılacaktır.

### *Çalışmanın Evreni ve Örneklemi*

Evren, araştırma verilerinin toplanacağı ve araştırmadan elde edilen sonuçların genelleştirilmesi için kullanılan birimler toplamı şeklinde tanımlanabilir (Field,2009: 34) Evren tanımlaması genel evren ve çalışma evreni şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. Genel evren, araştırma verilerinin elde edildiği canlı veya cansız varlıklardan oluşan tüm öğeleri kapsamaktadır. Evren olarak belirlenen birimi kapsayan tüm öğelere (insan, bina, eşya vb.) erişilmesi ile genelleme yapabilmek ve tamamıyla güvenli bir sonuca ulaşmak çoğunlukla olanaksızdır. Bundan ötürü çalışma evreni kavramları ortaya çıkmıştır. Çalışma evreni araştırma verilerine ulaşılabilir ol-



ması nedeniyle somut bir olgudur. Çalışmada direkt gözlenen veya seçimi yapılan grupla ilgili yapılan gözlemler vasıtasıyla hakkında fikir ortaya konulabilen evren olarak ifade edilebilir (Gravetter ve Forzano, 2012). Sosyal bilimler alanında yapılacak araştırma sonuçlarının genelleştirilmesi için evrendeki ana kütleli oluşturan deneklerin tümüne ulaşmanın çoğunlukla mümkün olmayacağı belirtilmiştir. Ana kütleli tümüne ulaşmak yüksek maliyetli ve zaman alıcı olmakla birlikte araştırma yapılan toplumun ahlaki engellerine de takılabilmektedir. Bundan ötürü araştırma sonuçlarının genelleştirilmesi için ana kütleli örneklem almak daha rasyonel kabul edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2016:179).

*Tablo 4 Türkiye sağlık insan gücü (2020)*

Ünvan	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	44.967	17.013	25.891	87.871
Hekim	62.225	20.275	4.177	86.677
Diş Hekimi	11.525	4.875	17.842	34.242
Hemşire + Ebe	205.000	34.255	36.197	275.452
Diğer Sağlık Çalışanı	398.556	59.690	177.398	635.644
<b>Toplam</b>	<b>722.273</b>	<b>136.108</b>	<b>261.505</b>	<b>1.119.886</b>

*Kaynak: <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/39387/0/2021planbutcesumumupdf.pdf>*

Bu çalışmanın evrenini Türkiye’de kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan tüm hekim, hemşire, hastane yöneticisi, hastabakıcı ve diğer sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Türkiye’de çalışma evrenini oluşturan sağlık meslek gruplarının kamu ve özel sektörde çalışan sayısı 1.119.886 kişidir. Çalışmada evreni oluşturan 1.119.886 kişinin tamamına ulaşmak mümkün olmadığı için ana kütleli temsil edebilecek sayıda örneklem alma yoluna gidilmiştir.

Araştırmalarda evrenin örneklem büyüklüğünü belirlemek için farklı formüller geliştirilmiştir (Kılıç, 2012:142). Örneklem

belirlenmesinde evreni temsil niteliğine sahip bir örneklem seçilmesi gerekmektedir. Bu da örneklemin niteliksel olarak bağlı olduğu evreni temsil etmesi yani o evrenin özelliklerini taşımasıyla ile gerçekleşebilir. Niteliksel olarak uygun olmayan yani çalışma evrenini temsil etmeyen örneklemin büyüklüğü ne kadar artırılırsa artırılsın bu çalışma örnekleminde elde edilecek sonuçlara güven sorunu yaşanabilir (Morton vd., 1996:74). Örneklem seçime bağlı bir yanlılık yani örnekleminde niteliksel bir sorun olmadıkça, örneklem sayısının artması yani örnek büyüklüğünün artması, ait olduğu evreni temsil niteliğini artırabilir. Yani örneklem hacmi arttıkça örneklemin normal dağılıma yaklaştığı istatistiksel olarak kabul edilmektedir (Kılıç, 2012:142; Gegez, 2010:222). Araştırmada örneklem büyüklüğünün artması; maliyet ve zaman gibi temininde sıkıntı yaşanabilecek kaynakların da fazladan kullanılmasına sebep olacaktır. Bundan ötürü araştırmacının çalışma için gerekli optimal örnek büyüklüğünü belirlemesi gerekmektedir.

Çalışmada örneklem büyüklüğünü belirleyen önemli unsurlardan biri örnekleme hatasıdır. Örnekleme hatası, evren ile örneklem sonucu elde edilen verilerin ortalaması arasında ne kadarlık farkın kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu ifade eden değerdir. Örnekleme hatası değeri küçüldükçe, bir anlamda, çalışma evrenine ait verilere yakın sonuçlar tahmin edilmek istendikçe gereksinim duyulacak örneklem büyüklüğü sayısı da artacaktır. Örnek vermek gerekirse %1 örneklem hatası öngörülerek hesaplanan örneklemin büyüklüğü ile %5 örneklem hatası öngörülen örneklemden daha büyüktür. Akademik çalışmalarda kabul edilen anlamlılık düzeyi genellikle %1 veya %5 olarak seçilmektedir (Kılıç, 2012:142). Bu çalışmada örnekleme hatası/standart sapma %5 olarak kabul edilmiştir.

Çalışma örneklemini belirlemek için aşağıda verilen formül aracılığı ile hesaplama yapılmıştır (Kılıç, 2012:142).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Formüldeki semboller bu çalışma için düzenlendiğinde;  $N$  Türkiye’de çalışan toplam hekim, hemşire, hastane yöneticisi, hastabakıcı ve diğer sağlık çalışanı sayısı,  $n$  çalışmada evrenden örnekleme alınacak birey sayısı,  $p$  araştırmada incelenecek olayın görülüş sıklığı,  $q$  araştırma da incelenecek olayın görülmemiş sıklığı,  $t$  belirli serbestlik düzeyinde ve belirlenen yanılma düzeyinde  $t$  tablosunda bulunan teorik değer,  $d$  olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen standart sapma olarak simgelenmiştir (Kılıç, 2012:142; Yalman vd., 2021:1132).

Bu araştırmada; evren ( $N$ ) Türkiye’de çalışan toplam hekim, hemşire, hastane yöneticisi, hastabakıcı ve diğer sağlık çalışanı sayısı 1.119.886 olarak belirlenmiştir. Diğer parametreler;  $p = 0,5$ ,  $q = 0,5$  ve  $d=0,05$  alınmıştır. Örneklem büyüklüğü  $n$  ’nin tespiti için serbestlik derecesi sonsuz alınarak  $\alpha = 0,05$  değeri için  $t$  değeri 1,96 değeri belirlenmiştir. Belirlenen değerler ile araştırma için örneklem sayısı şu şekilde hesaplanmıştır.

$$\text{Örneklem Sayısı (n)} = \frac{1.119.886 * 3,8416 * 0,5 * 0,5}{0,0025 (1.119.886 - 1) + 3,8416 * 0,5 * 0,5} = 384$$

Araştırma için hesaplanan optimal örneklem büyüklüğü sayısı 384 kişi olarak belirlenmesine rağmen çok sayıda değişkenin olduğu durumlarda temsil oranının büyük olması değişkenler arasında örnekleme hatasının birikimli etkisini azaltacağı ve güvenilirlik düzeyini artıracacağı için örneklem sayısı artırılmış ve online olarak uygulanan ankete 718 kişinin katılımı sağlanmıştır.

Araştırmada örneklem sayısı kadar önemli kurallardan biri de örneklemin tamamen rastgele oluşturulmuş olmasıdır. Rastgele örnekleme yöntemi ile her bir sağlık çalışanının araştırma anketine katılabilme şansı eşit düzeyde olması sağlanmaya çalışılmıştır.

Rastgele örnekleme yöntemi ile elde edilen veriler, tüm hedef popülasyonun vereceği cevapları temsil etme imkanını artırmaktadır (Houston, 2017:16-17). Bu çalışmada özel ve kamu kurumlarında farklı meslek gruplarından (hekim, hemşire, hastane yöneticisi, hastabakıcı ve diğer sağlık çalışanı) kolayda örneklem yöntemi ile rastgele gruplar oluşturulmuş ve bu grupların temsili için yeterli sayıda veriye ulaşılmıştır.

### *Veri Toplama Tekniği*

Araştırmaya ait veriler 20 Ağustos 2021- 01 Ekim 2021 tarihleri arasında Türkiye genelinde özel ve kamuya ait sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarından anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma konusu ile ilgili literatür çalışmalarının ışığında oluşturulan anket formu, Covid 19 pandemisi sebebiyle sanal platforma uygun hale getirilerek kurumların e-posta adresleri, sağlık profesyonellerine ait sosyal iletişim ağlarında oluşturulan sağlık meslek grupları ve bireysel girişimler vasıtasıyla sağlık çalışanlarına ulaşılarak uygulanmıştır.

Elde edilen veriler, istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada elde edilen verilere, ölçekleri oluşturan faktörlerin yapı geçerliliklerini belirleyebilmek için faktör analizleri ve güvenilirlik testleri yapılmıştır. Çalışmada faktör analizleri yapılmadan önce ve sonra, ölçek temelinde ve ölçeklerin faktörleri temelinde ayrı ayrı testler yapılmıştır. Sağlık çalışanlarından elde edilen veri setinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığı ölçek temelinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örnekleme yeterliliği ile Bartlett küresellik testleri yapılarak belirlenmiştir. Faktör analizinde faktörleştirme tekniği olarak, temel bileşenler analizi ve rotation tekniği olarak da dik döndürme yaklaşımlarından varimax uygulanmıştır. Sağlık çalışanlarından elde edilen ölçeklere sırası ile açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Araştırmada geliştirilen hipotezlerin test edilebilmesi amacıyla bağımsız değişkenler t ve anova testleri ile process macro analizleri yapılmıştır.

### *Araştırmada Kullanılan ÖLçekler*

Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçekler, alan yazında geçerliliği ve güvenilirliği ispat edilmiş ölçeklerdir. Araştırmada hasta güvenliği kùltürü ölçeği, hasta bakım kalitesi ölçeği ve yansıtma ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesi ölçeklerinin orijinal dilinin İngilizce olması sebebiyle ölçeklerin dilimize uyarlanması yapılmıştır. Bunun için öncelikle bu iki ölçek; araştırmacılar tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen bu ölçekler Yabancı Diller Yüksekokulu'nda görevli iki dil bilimci tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Böylece anlam ve bağlam farklılıkları araştırmacılar ve iki dil bilimcinin birlikte çalışması ile giderilmiştir. Elde edilen ölçekler daha sonra araştırmacılar ve bir akademisyen tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve ters çevirme işlemlerinden sonra ölçeklerin Türkçeye uyarlanması tamamlanmıştır.

Hasta güvenliği kùltürü değişkeni için Kaya ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye versiyonu olarak geliştirilen, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçek kullanılmıştır. Kaya ve diğerleri tarafından geliştirilen hasta güvenliği kùltürü ölçeği; takım iklimi (6 ifade), güvenlik iklimi (7 ifade), iş tatmini (5 ifade), stres algısı (4 ifade), yönetim algıları (4 ifade) ve çalışma koşulları (4 ifade) olmak üzere 6 boyutlu ve toplam 30 ifadeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğe uygulanan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum iyiliği indeksleri, ölçeğin iyi uyum değerleri aldığını göstermiştir. Ayrıca ölçeğin güvenilirlik değerleri, takım iklimi boyutunda  $\alpha=0.75$ , güvenlik iklimi boyutunda  $\alpha=0.73$ ; iş tatmini boyutunda  $\alpha=0.77$ ; stres algısı boyutunda  $\alpha=0.71$ ; yönetim algıları boyutunda  $\alpha=0.66$  ve çalışma koşulları boyutunda  $\alpha=0.68$  olarak tespit edilmiştir (Kaya vd., 2010:574).

Hasta bakım kalitesi değişkeni için Chakraborty ve diğerleri (2021) tarafından geliştirilen ve geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçek kullanılmıştır. Chakraborty ve diğerleri tarafından ge-

liştirilen hasta bakım kalitesi ölçeği; bireylerarası kalite (4 ifade), teknik kalite (4 ifade), çevresel kalite (4 ifade) ve yönetsel kalite (4 ifade) olmak üzere 4 boyutlu ve toplam 16 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik analiz sonuçları, bireylerarası kalite boyutunda  $\alpha=0.92$ ; teknik kalite boyutunda  $\alpha=0.95$ ; çevresel kalite boyutunda  $\alpha=0.88$  ve yönetsel kalite boyutunda  $\alpha=0.80$  olarak tespit edilmiştir (Chakraborty vd., 2021:8).

Yansıtma değişkeni için Kember ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen ve geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçek kullanılmıştır. Kember ve diğerleri tarafından geliştirilen yansıtma ölçeği 4 ifadeden oluşmaktadır. Yansıtma boyutuna ait güvenilirlik test sonucunun  $\alpha=0.63$  olduğu görülmüştür (Kember vd., 2000:387). Bu ölçeğin Türkçeye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Çiğdem ve Kurt (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yansıtma boyutu güvenilirlik analiz sonucu  $\alpha=0.80$  olduğu görülmüştür. Faktör analizi ölçüm sonuçları Türkçe ölçek ile orijinal ölçeğin benzer bir yapıda olduğunu göstermektedir (Çiğdem ve Kurt 2012:485).

Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre cinsiyet, coğrafi bölge, çalışma sektörü (kamu-özel), meslek, çalışılan pozisyon (ekip üyesi-sorumlusu) ve mesleki kıdem değişkenlerine yönelik ifadeler yer almaktadır. İkinci bölümde ise yansıtma, hasta güvenliği kültürü ve hasta bakım kalitesine yönelik ifadeler bulunmaktadır. İkinci bölümde ölçek ifadelerine sağlık çalışanlarının katılım düzeylerini belirlemede 5'li Likert yöntemi kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarından her bir ifadeye, 1=Kesinlikle Katılmıyorum 2=Katılmıyorum 3=Kısmen 4=Katılıyorum ve 5=Kesinlikle Katılıyorum seçeneklerinden birini kullanarak yanıtlanması istenmiştir.

Bu çalışmada kullanılan anket formlarının uygulaması Gaziantep Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan

20.08.2021 tarih ve E-39083294-050.99-76955 sayılı yazı ile etik kurul onayı alındıktan sonra yapılmıştır.

#### **D. Sayıltılar**

Sağlık sektöründe yapılan bu çalışmada,

- i. Araştırmada incelenen değişkenlerin dışında kalan ve kontrol edilemeyen diğer değişkenlerin, bu çalışmaya katılan tüm sağlık meslek gruplarını aynı düzeyde etkilediği,
- ii. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin, sınanmak istenen özellikleri tam ve doğru olarak ölçtüğü,
- iii. Sağlık sektöründe farklı meslek gruplarına üye çalışanların ölçekteki ifadeleri tam ve doğru anladığı ve içtenlikle yanıtladıkları,
- iv. Bu çalışma kapsamında araştırma örnekleminin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

#### **E. Hipotezler**

Araştırmalarda geliştirilen hipotezler, bilimsel bir metotla olaylar ve değişkenler arasında ilişkiler kurma ve bunları bir sebebe bağlamak için tasarlanan ve geçerli sayılan önermeler olarak tanımlanabilir. Ortaya atılan ve doğruluğu test edilen hipotezlerin kabul edilmesi ya da reddedilmesi aynı önem düzeyine sahiptir. Bundan ötürü araştırmacılar tarafından belirlenen hipotezler, fikirler ile kavramların ölçülmesine imkân vermektedir. Hipotezlerin araştırmacılar tarafından açık ve net olarak ifade edilmesi ve ölçülebilir olması gerekir (Lorcu, 2015: 8). Bu çalışmada ilgili literatür çerçevesinde araştırma modeli oluşturulmuş ve bu çerçevede hipotezler belirlenmiştir. Aşağıda bu kapsamda test edilecek hipotezler verilmiştir.

Günümüzün sağlık profesyonelleri, karmaşık ve değişen sağlık sistemlerinde işlevsel olmalı, bilgi ve becerilerini sürekli yenilemeli ve güncellemeli, karmaşık hasta ve sağlık sorunlarını çözmeli-

dir. Bu yeteneklere sahip profesyonelleri yetiştirmek ve hazırlamak da buna bağlı olarak karmaşıktır (Mann vd., 2009). Tıp alanında yansıtma, hastanın bakımı ve güvenliğini tehlikeye atabilecek bilinçli olmayan alışkanlık yapma riskini azaltmak için sağlık çalışanının hasta bakım uygulaması (deneyimi) hakkında eleştirel ve bilinçli düşünme eylemi olarak ifade edilmekte ve sağlık profesyonelinin yansıtıcı kapasitesi, yetkin mesleki uygulamanın temel bir özelliği olarak görölmektedir (Mamede ve Schmidt, 2004; Wald ve Reis, 2010).

Sağlık profesyonellerinin yansıtıcı uygulamaya katılması, dönüşümsel ve sürekli öğrenmenin oluşmasına zemin hazırlar. Yansıtıcı uygulama çalışanın kendini tanınmasına; yansıtıma dayalı eğitim ise, sağlık çalışanlarının sezgisel düşünme yeteneğini geliştirmesine yardımcı olabilir. Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik önleme ve müdahale politikalarının uygulanmasında sıfır tolerans anahtar kelime olmalı ayrıca yöneticiler ve personel bu süreçte birlikte çalışmalıdır (Rowell, 2005). Sağlık çalışanları arasında meslektaş dayanışması ve ekip çalışması teşvik edilmeli, çalışma ortamına odaklanılarak, uyumsuzluk yaratan öğeler en aza indirgenmelidir. Çalışanlar önemsendiklerini veya kendilerine değer verildiğini hissetmezlerse, bu durum işyerinde yatay şiddet olarak kendini gösterebilir. Bazı uzmanlar rol modellemenin “güçlü bir öğretim aracı” olduğunu ileri sürerek, hemşirelik ekip liderlerinin çalışanlarına etkin bir şekilde ilgi göstermeleri durumunda kalıcı pozitif davranış değişikliklerinin ortaya çıkabileceğini iddia etmektedir (Judkins ve Eldridge, 2001). Sonuç olarak hastalara zarar verebilecek ve hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek davranışları ortadan kaldırma ve değişimi teşvik etmede gösterilen itinanın sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine de gösterilmesi gerekmektedir.

Güvenlik kùltürünü teşvik etmek tüm sağlık profesyonellerinin temel sorumluluğudur. Güvenlik kùltürünün temel bileşenleri, adalet ve adaletin suçlamadan daha baskın olduğu açık bir kùltür yapısı ve bir öğrenme kùltürünü içerir. Dünya Sağlık Örgütü güvenlik kontrol listesinin uygulanmasının yanı sıra güvenlik brifing-



leri ve bilgilendirmeler yoluyla bir güvenlik kùltürünün geliştiri-  
lebileceğini ileri sürmektedir. Hasta güvenliğine yönelik suçlama  
kùltürü, ancak kuruluşların yansıtıcı uygulama ve öğrenme yoluyla  
gelişimi ile en aza indirilebilir (Mahajan, 2011).

Günümüzde hasta güvenliğine dair olumsuz olayların özellikle  
tıbbi hataların hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri üzerin-  
deki duygusal etkisi daha fazla araştırılmaktadır. Hastaların ya-  
şadığı fiziksel ve duygusal travmanın hataya sebebiyet verdiği ve  
sağlık çalışanları üzerinde olumsuz duygusal etki bıraktığına dair  
bulgular saptanmıştır (Sirriyeh vd., 2010; Mazor vd., 2009). Sağ-  
lık çalışanları, tıbbi hata yaptıktan sonra duygusal sıkıntı, özellikle  
utanç, suçluluk, korku, panik, çok ve aşağılanma duygusu yaşadık-  
larını bildirmiştir. Yaşanan bu duygusal travma sağlık çalışanının  
kişisel yaşamına da etki etmekte ve onun bireylerarası çatışma ve  
uyku bozukluğu gibi daha fazla psikolojik sorun yaşamasına ne-  
den olmaktadır (Sirriyeh vd., 2010; Harrison vd., 2014). Çalış-  
ma ortamında güvensizlik, çalışanlar arasında iyi niyette azalma ve  
hastalardan uzaklaşmaya neden olabilir (Scott vd., 2009). Sağlık  
çalışanlarının bu duygu durumunun hasta güvenliğini, yansıtma-  
yı, sağlık çalışanlarının mesleki eğitim uygulamalarını ve sürekli  
mesleki gelişim düzeylerini etkileyebilir (Croskerry, 2013). Sağlık  
çalışanlarının bu duygusal durumlarının dikkate alınması ve tartış-  
ılması, hasta güvenliği üzerinde pozitif etki sağlayacak bir çalış-  
ma kùltürü yaratmada kritik öneme sahiptir. Sağlık kuruluşlarında  
sağlık profesyonellerinin yaşadığı bu duygusal durumların hasta  
güvenliğine etkisini ve pozitif bir güvenlik kùltürü oluşurmada  
yansıtıcı uygulama girişimlerinin önemi gün geçtikçe daha fazla  
anlaşılmaya başlanmıştır (Sirriyeh vd., 2010).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğine yönelik eğitim ve top-  
lantıların, sağlık çalışanları arasında öğrenmeyi teşvik etme ve ku-  
rumda suçlama kùltürünün yerine sistem yaklaşımını benimseme-  
de önemlidir. Bu aynı zamanda, hasta güvenliğine yönelik hataları  
tanıma ve önlenabilir olayların sayısını azaltmada, klinik yönetişim  
sistemlerini geliştirmektedir. Bu güvenlik eğitim ve toplantıları,

hasta güvenliği olaylarının yapısal olarak gözden geçirilmesini sağlar ve dolayısıyla hasta bakım kalitesini artırır. Ayrıca, hastalarla ilk kez karşılaşacak tecrübesiz hekimler arasında yansıtıcı düşünme alışkanlığını geliştirmekte ve hasta güvenlik kùltüründeki değişikliklerin takibini kolaylaştırmaktadır (Singh vd.,2019).

Yansıtıcı klinik uygulama pratiğinin hasta güvenliği ile etkileşimi incelenmiş ve klinik uygulamayı doğrudan denetleyen ve yansıtıcı uygulamayı kolaylaştıran bir hemşire/süpervisör çalışanının, hasta güvenliğine dair basınç ülseri riski ve hastane güvenlik zafiyetlerini önemli ölçüde azalttığına dair bulgular elde edilmiştir (Burritt vd., 2007).

Yansıtıcılık ve hasta güvenliği kùltürü etkileşimi temelinde, hasta güvenliği kùltürünün sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarına ve yansıtma uygulamalarına etkisini incelemek amacıyla aşağdaki hipotezler test edilecektir.

H<sub>1</sub>: Hasta güvenliği kùltürü yansıtıcılığı pozitif etkiler.

H<sub>1a</sub>: Takım iklimi yansıtıcılığı pozitif etkiler.

H<sub>1b</sub>: Güvenlik iklimi yansıtıcılığı pozitif etkiler.

H<sub>1c</sub>: İş tatmini yansıtıcılığı pozitif etkiler.

H<sub>1d</sub>: Stres algısı yansıtıcılığı negatif etkiler.

H<sub>1e</sub>: Yönetim algısı yansıtıcılığı pozitif etkiler.

H<sub>1f</sub>: Çalışma koşulları yansıtıcılığı pozitif etkiler.

Sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği kùltürü, sadece hastaları ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini etkilemekle kalmamakta ayrıca sağlık hizmeti sunucularını ve sunulan sağlık hizmetlerinin klinik, ekonomik ve organizasyonel yönlerini de etkilemektedir. Hasta güvenliği kùltürü, yüksek kaliteli bir sistemin temel bileşenidir. Hasta güvenliği kùltürünün özellikle hastanelerde güçlendirilmesi; hastane enfeksiyonlarının azalmasına ve çalışanların mesleki tükenmişlik düzeylerine olumlu etki ettiğine dair kanıtlar mevcuttur

( Fan vd., 2016; Fujita vd., 2019; Mossburg ve Dennison Himmelfarb, 2018).

Sağlık sektörü gibi oldukça karmaşık ve belirsiz bir ortamda hizmet sürecindeki kusurlar ve tedavi hataları kaçınılmaz olabilir. Bu tür hata ve aksaklıklar sağlık hizmeti alımında ya da hizmet sunum sürecinde ortaya çıkmaktadır. Bir taraftan hizmet kusuru ve hatası, müşterilerin sağlık kuruluşunu değiştirme davranışını etkileyebilirken diğer yandan bakım kalitesine yönelik memnuniyetsizliğe neden olabilir (Cheng vd., 2019; Cesarotti ve Spada, 2009).

Hastayı merkezine alan bir sağlık bakımı; hasta güvenliği, kalite ve hizmet kültürünün birleşiminden oluşan bir yapıya ihtiyaç duymaktadır. Bu durum sağlık kuruluşlarının, hasta güvenliğine odaklanmasına, kalite iyileştirme çabalarının uygulanabilmesi için güvenlik yaklaşımlarını geliştirilmesine ve güçlü bir altyapı kurulmasını elzem hale getirmektedir (Kohn vd., 2000; Birkmeyer vd., 2004).

Stock ve McFadden (2017) çalışmasında hasta güvenliği kültürünün hasta güvenliği, süreç kalitesi ve hasta memnuniyeti ile pozitif yönlü bir etkileşiminin olduğunu belirlemiştir. Ford ve diğerleri (2016) ile Altındış (2009) çalışmalarında, hastanelerin elektronik sağlık kayıt sistemlerini benimseme nitelikleri ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişkiyi tespit etmiştir. Elde edilen bu bulguya göre akıllı kullanım programı ile hastanelerin hasta bakım kalitesinde artış, tıbbi hatalarda azalma, gereksiz maliyetlerden kaçınma ve hasta güvenliği kültürünü destekleyecek bir elektronik sağlık kayıt sisteminin benimsemesinin önemli olduğu ileri sürülmüştür.

Zineldin ve diğerleri (2014) hekim hasta ilişkisinde artış eğiliminde olan tıbbi hataların azaltılması ve bir sağlık kuruluşunun eksikliklerini belirlemeyi amaçladığı çalışmalarında, hata yapma olasılığı olan sağlık çalışanını suçlayan bir sistem yerine, sistemi mümkün olduğu kadar hataya sıfır toleranslı ve hataya karşı güvenli olmaya doğru yönelten bir sağlık bakım sistemine ihtiyaç olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca araştırmacılar; takım çalışma-

sı uygulamasının, bütünsel bakış ve farklı yeterliliklerin entegrasyonuna, bilgi sistemlerinin desteklenmesine, hasta bakımıyla ilgili yeni kanıtların toplanmasına ve sürekli kalite iyileştirme çabalarına destek sağlayacağını öne sürmüştür.

Hastanelerde hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için açık ve teşvik edici bir kùltürün varlığı gereklidir. Ayrıca hasta güvenliği kùltürünün çalışanlar tarafından benimsenmesi ancak hastane yönetiminin desteği ile mümkün olabilir (Hellings vd., 2010:489).

Hasta güvenlik kùltürü hastane güvenlik sistemini etkilemekte birlikte, pozitif hasta güvenliği kùltürüne sahip bir sağlık kuruluğu tıbbi hataları azaltabilir, hatalardan ders çıkaran bir kùltür yaratabilir, hastalarına daha güvenli ve kaliteli hasta bakım sağlama güvencesi verebilir (Lee vd., 2019; Wagner vd., 2013; Zuniga vd., 2013). Bu nedenle, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kùltürünü geliştirmek için hasta güvenlik kùltürünün durmaksızın gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi çok önemlidir (Allen vd., 2010; Lee vd., 2017).

Alan yazında var olan bu bilgiler odağında, hasta güvenliği kùltürü boyutlarının hasta bakım kalitesi boyutları üzerindeki temel etkisini incelemek amacıyla bu çalışmada oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

**H<sub>2</sub>**: Hasta güvenliği kùltürü hasta bakım kalitesini pozitif etkiler.

**H<sub>2a1</sub>**: Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireyle-rarası kaliteyi pozitif etkiler.

**H<sub>2a2</sub>**: Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.

**H<sub>2a3</sub>**: Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.

**H<sub>2a4</sub>**: Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2b1</sub>: Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2ab2</sub>: Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2b3</sub>: Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2b4</sub>: Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2c1</sub>: İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2c2</sub>: İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2c3</sub>: İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2c4</sub>: İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2d1</sub>: Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi negatif etkiler.

H<sub>2d2</sub>: Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi negatif etkiler.

H<sub>2d3</sub>: Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi negatif etkiler.

H<sub>2d4</sub>: Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi negatif etkiler.

H<sub>2e1</sub>: Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2e2</sub>: Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2e3</sub>: Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetimsel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2e4</sub>: Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2f1</sub>: Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2f2</sub>: Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2f3</sub>: Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.

H<sub>2f4</sub>: Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.

Bireyin bir düşünce, deneyim veya eylem hakkında eleştirel olarak düşünmesini ifade eden yansıtıcı uygulama, artan öz-farkındalık ve mesleki yeterliliğe de etki etmektedir (Epstein ve Hundert, 2002). Bir hekimin kendi duygularını, değerlerini, önyargılarını ve ilişki kurma yöntemlerini anlaması; onun hastalara nasıl tepki verdiğini ve tedavi sürecinde aldığı klinik kararları etkiler (Novack vd., 1997; Longhurst 1988; Meier vd., 2001). Yansıtıcılık, hekimlerin tıbbi daha etkili bir şekilde uygulamalarını, stresi daha sağlıklı bir şekilde yönetmelerini, hastalarıyla daha fazla terapötik ilişkiler geliştirmelerini ve çalışmalarında daha derin anlamlar bulmalarını sağlayabilir (Horowitz vd., 2003; Novack vd., 1999). Yansıtıcı uygulama aynı zamanda mesleki yeterliliğin gelişimi için de etkili sonuçlara sahiptir. Hekimler deneyim kazandıkça, genellikle örtük bilgiye (sezgisel, örüntü tanıma) göre hareket ederler (Epstein ve Hundert, 2002). Yalnız sezgisel bilgiye güvenmek, hekimlerin önceden var olan bir yapıya uymayan verileri veya sonuçları görmezden gelmelerine yol açabilir (Schon, 1983). Bu durum, bireyin hastalığı iyileştirilmeye çalışılırken tıbbi hata yapılmasına neden olabilir. Yansıtıcı uygulama, yeni bağlamlarda bilginin edinilmesi

ve uygulanması için daha dinamik bir çerçeve sağlamaktadır (Mamede ve Schmidt, 2004; Schon, 1983; Epstein, 1999).

Bilgi, beceri ve profesyonellik, profesyonel hasta bakımında temel unsurlardır. Profesyonellik ve mesleki yeterliliğin uygunluğu, son yıllarda tıp eğitiminde artan bir ilgi görmektedir. Bu yeterlilik düzeyinin olmaması hasta bakımının kalitesini düşürebilmektedir (Cruess ve Cruess, 2012; Bahaziq ve Crosby, 2011). Mesleki gelişimde dönüştürücü öğrenmenin iki ana unsuru, eleştirel yansıtma ve başkalarıyla diyalektik veya yansıtıcı söyleme katılarak en iyi yansıtıcı yargının doğrulanmasına izin vermektir (Birden vd., 2014). Bu iki ana unsur, olumlu rol modellerin rehberliğinde, gerçek ortamlardaki deneyimlere dayandıklarında, öğrenme sürecinde oldukça etkilidir (Birden vd., 2014; McLeod vd., 2015).

Yansıtma, tıp eğitiminde geri bildirim etkili kullanımını geliştirmekle ilişkilendirilmiştir. Tanısal doğrulamayı geliştirdiğine dair bulgular da mevcuttur. Tıp eğitiminde yansıtıcı yazma becerisi; yansıtıcı kapasitenin gelişimini sağlamakta ve böylelikle hastaların hastalık deneyimlerini derinlemesine anlayarak daha fazla empati yapmasını ve uygulayıcıların kişisel gelişimine katkı sağlamaktadır (Wald ve Reis, 2010).

Yansıtıcılık, hasta bakım uygulamasını geliştiren ve çalışanların klinik bilgisini artıran özelliklere sahip, kişinin eylemlerini ve deneyimlerini inceleme yeteneği olarak ifade edilebilir. Yansıtıcı uygulama, öğrencilik düzeyinden sahada uygulayıcı hemşire olma düzeyine kadar tüm hemşirelik safhalarını etkilemektedir. Yansıtıcı uygulama, hemşirelik müfredatının önemli bir bileşenidir. Yansıtıcı uygulama kaliteli bir hasta bakımı için gerekli becerileri inceler ve teorik bilgiyi pratiğe dönüştürmede rehberlik etmektedir (Enuku ve Evawoma-Enuku, 2015).

Hemşirelik bakımı, hassas durumlarda hastalar ve hasta yakınları ile etkileşimi içerir. Bu nedenle öğrencilerin eğitimlerinin amaçları doğrultusunda dikkatli, yansıtıcı ve özenli bir şekilde hemşirelik bakımını verebilmeleri için ‘öz farkındalık’ ve ‘önce kendini

tanıma' hayati önem taşımaktadır. Yansıtıcı düşünme becerilerinin, kendini anlamının ve mesleki deneyimle başa çıkmanın geliştirilmesi için bir araç niteliğindedir (Allan ve Driscoll, 2014; Lasater ve Nielsen, 2009; Oermann ve Gaberson, 2016). Yansıtma, öz farkındalık, öz izleme ve öz düzenlemenin gelişimi için kişinin kendi inanç ve tutumlarının eleştirel olarak incelenmesini içermektedir (Mann vd., 2009).

Yansıtıcı uygulamaların hemşirelik öğrencilerinin stres ve kaygı düzeylerini azalttığına dair bulgular tespit edilmiştir (Ganzer ve Zauderer, 2013). Ayrıca yansıtmanın hemşirelerin klinik yeterliliğini geliştirdiği görülmüştür (Pai vd., 2017). Bununla birlikte yansıtıcı uygulamaların hasta bakımının hemşirelerde yaratmış olduğu duygusal yükü dağıtmada bir araç olarak kullanıldığı bulgulanmıştır (Rees, 2013).

Elektronik sağlık kaydı hasta güvenliğini artırmada, bakım kalitesini değerlendirmede, verimliliği en üst düzeye çıkarmada ve personel ihtiyaçlarını ölçmede yararlı veriler sağlayan bir belgeleme aracıdır. Hemşirelerin elektronik sağlık kayıtlarını benimseme ve uygulamasında yansıtma modellerinin kullanımının pozitif etki sağladığı bulgulanmıştır (Lavin vd., 2015).

Bu çalışmada da yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesi etkileşimi odağında, sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algı düzeylerinin ve yansıtma uygulamalarının hasta bakım kalitesine etkisini araştırmak amacıyla oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

**H<sub>3</sub>**: Yansıtıcılık hasta bakım kalitesini pozitif etkiler.

**H<sub>3a</sub>**: Yansıtıcılık bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.

**H<sub>3b</sub>**: Yansıtıcılık teknik kaliteyi pozitif etkiler.

**H<sub>3c</sub>**: Yansıtıcılık yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.

**H<sub>3d</sub>**: Yansıtıcılık çevresel kaliteyi pozitif etkiler.

Literatürde hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesi etkileşiminde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarının aracılık veya



düzenleyicilik rollerine yönelik ulusal-uluslararası herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Araştırmanın esas çalışma konusunu oluşturan hasta güvenliği kùltürü boyutlarının hasta bakım kalitesi boyutlarına etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığının araştırılması amacıyla oluşturulan hipotezler Şu Şekildedir:

H<sub>4</sub>: Hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4a1</sub>: Takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4a2</sub>: Güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4a3</sub>: İş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4a4</sub>: Stres algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4a5</sub>: Yönetim algılarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4a6</sub>: Çalışma koşullarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4b1</sub>: Takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4b2</sub>: Güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4b3</sub>: İş tatmininin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4b4</sub>: Stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4b5</sub>: Yönetim algılarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4b6</sub>: Çalışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4c1</sub>: Takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4c2</sub>: Güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4c3</sub>: İş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4c4</sub>: Stres algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4c5</sub>: Yönetim algılarının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4c6</sub>: Çalışma koşullarının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4d1</sub>: Takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4d2</sub>: Güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4d3</sub>: İş tatmininin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4d4</sub>: Stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4d5</sub>: Yönetim algılarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

H<sub>4d6</sub>: Çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.

Yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği ile ilişkili çalışmalarda katılımcıların eğitim değişkenine göre ifadelere katılım-

larında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilen çalışmalar bulunmaktadır (Çakmakçı Çetinkaya, 2004; Prates vd., 2021:119).

Literatürde kamu ve özel sektöre ait sağlık hizmet kurumlarında hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit eden çalışmalar mevcuttur (Maun vd., 2013; Comondore vd., 2009; Eggleston vd., 2008; Kraska vd., 2016; Andersson vd., 2021). Ayrıca özel sektöre ait sağlık hizmet kalite algısının kamu sektöründen daha yüksek olduğu sonucunu elde eden çalışmalarda mevcuttur (Glenngård, 2012; Maun vd., 2013; Andersson vd., 2021).

Hasta güvenliği kùltürü algısına ilişkin değerlendirmeler yalnızca doktorları ve hemşireleri değil, hasta bakımıyla dolaylı olarak ilgili diğer profesyonelleri de kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Sağlık çalışanları ile idari personellerin hasta güvenliği kùltürü algıları arasında istatistiksel farklılıkların tespit edildiği çalışmalar mevcuttur. Örneğin Hannah ve diğerleri (2008) ile Prates ve diğerleri (2021:118) çalışmalarında; sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algılarının diğer idari personellere göre daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Ayrıca her iki grubun, kurumun güvenlik politikalarına yönelik yüksek düzeyde pozitif algıya sahip olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında bu benzerliğin hastanenin organizasyon genelinde tüm hastane çalışanları için güvenlik kùltürüne verdiği önemden kaynakladığı düşünölmektedir. Bundan ötürü hasta güvenliği konusundaki tüm çalışmalara sadece sağlık profesyonelleri değil diğer idari personel, güvenlik, sekreter, temizlik personeli ve dolaylı olarak bakımla ilgili çalışanların da dahil edilmesi gerekmektedir.

Bölükbaşı (2019) araştırmasında hekim ve hemşirelerdeki iş tatmini ile hasta güvenliği kùltürü algı farklılıklarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada; hekim ve hemşirelerin iş tatminlerinin cinsiyet, eğitim durumu, unvan ve meslek gruplarına göre, hasta güvenliği kùltürü algılarının ise tüm demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini tespit etmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş tatmini ile hasta güvenliği kùltürü

algılarında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu saptamıştır. Liukka ve diğerleri (2021) hasta güvenliği kùltürünün ve olay raporlamasının farklı sağlık meslek mensupları arasında uzun dönemli ve akut bakım düzeyleri açısından herhangi bir farklılık taşıyıp taşımadığını tespit etmeyi amaçladıkları çalışmalarında; yönetici pozisyonunda görev yapanların, hasta güvenliği kùltürü algı düzeylerinin diğer meslek mensuplarına göre en üst düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir.

Prates ve diğerleri (2021) ile Bodur ve Filiz (2009:350) alışmalarında mesleki kıdem düzeyi düşük olanların hasta güvenliği algılarının kıdemli çalışanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Mesleki deneyim düzeylerindeki bu farklılığın sebebinin, sağlık profesyonellerin mesleki deneyimi arttıça, hasta güvenliğinin ciddi bir sorun olmadığına dair daha fazla algı oluşturdukları şeklinde değerlendirilebilir. Elde edilen bu bulgu; daha deneyimli sağlık profesyonelleri arasında hasta güvenliği kùltürü ve önemi-ne yönelik daha yoğun bir şekilde teşvik edilme ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Çalışma ortamında kadın çalışanların stresi daha fazla algıladıklarına yönelik tespitler mevcuttur (Huang vd., 2021:1561; Eskin vd., 2013:137; Kamer, 2018:127; Yıldız, 2017:47; Erdoğan, 2021:226). Bununla birlikte Taylor ve Pandian'ın (2013) hasta güvenliği kùltürü stres algılama boyutuna yönelik diğer çalışmalarda uyumsuz sonuçlara dair bulgular elde ettiği ve araştırmalarda stres algılama boyutu ifadelerinin hasta güvenliği kùltürünü tam olarak yansıtmadığı, bu boyutun diğer boyutlarla ilişkisinde düzensizlik tespit edildiği, aslında ölçek boyutundan beklenenin, sağlık çalışanlarının oldukça stresli bir ortamda çalışmalarının, hastalarına zarar verebilecek olumsuz koşullara sokabileceği konusundaki anlayışlarını ölçmeyi amaçladığı belirtilerek, stres algılama boyutunun hasta güvenliği kùltürü ölçeğinden çıkarılması gerektiği önerisinde bulunmuştur.

Alan yazında var olan bu bilgiler temelinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kùltürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılık algı düzeylerini incelemek amacıyla bu çalışmada test edilecek hipotezler şu şekildedir:

$H_5$ : Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5a}$ : Sağlık alışanlarının cinsiyete göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5b}$ : Sağlık alışanlarının yařa göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5c}$ : Sağlık alışanlarının eğitim düzeylerine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5d}$ : Sağlık alışanlarının coğrafi bölgelere göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5e}$ : Sağlık alışanlarının çalışma sektörüne göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5f}$ : Sağlık alışanlarının mesleklerine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5g}$ : Sağlık alışanlarının mesleki pozisyonlarına göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

$H_{5g}$ : Sağlık alışanlarının mesleki kademelerine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.

## **E. Sınırlılıklar**

Sağlık sektöründe yapılan bu çalışmanın sınırlılıkları:

- i. Çalışma; araştırma konusu, kuramsal çerçevede öne sürülen bilgilerle ve ulaşılabilen yazınla sınırlıdır.
- ii. Çalışmanın evreni kamu ve özel sektörde hizmet veren tüm sağlık kuruluşları ve bunların bulunduğu Türkiye'nin 81 ili ile sınırlıdır.
- iii. Araştırma evreni sağlık sektörü ile sınırlıdır.
- iv. Çalışmanın verileri ve elde edilen bulguları, 20 Ağustos-01 Ekim 2021 tarihleri arasında Türkiye'de bulunan özel ve kamu kuruluşlarında çalışan sağlık personelinden elde edilen verilerle sınırlıdır.
- v. Araştırma farklı sektörde çalışanlara uygulandığında farklı sonuçlar alınabilir.
- vi. Bu çalışma, hasta güvenliği kùltürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılık boyutunun birbirleriyle olan etkileşimleri ile sınırlıdır.

### **4.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri**

Bilimsel araştırmalarda kavramların birbiriyle olan ilişkilerini açıklamak için, sosyal bilimlerde kavramları doğrudan ölçmek mümkün olmadığından, bu kavramları tanımlayan davranış ve tutumlar, ifadelere dönüştürülerek ölçekler oluşturulur (Sipahi vd., 2006:18). Oluşturulan bu ölçeklerle analiz yapılmadan önce faktör analizleri yapılır. Faktör analizi; çalışmacı tarafından oluşturulan araştırma modellerinde, gözlemlenen pek çok değişken içerisinden gruplandırılmış esas değişkenleri veya faktörleri belirleyerek değişken sayısını azaltmak için yapılır. Bir başka deyişle faktör, değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerinin ölçülmesi neticesinde benzer özellik gösterenleri birbiri ile ilişkili değişken serisinde gruplandırır, böylece birbirleriyle ilişkili olan değişkenleri bir araya getirerek, bu de-

điřkenleri kavramsal olarak anlamlı olan daha az sayıda faktör ile açıklar (Khine, 2013:78).

Araştırmada önemsiz sayılabilecek pek çok değişkene odaklanmak yerine esas faktörlere yönelmek daha rasyoneldir bundan dolayı faktör analizi yaparak değişkenleri anlamlı kategorilere ayırmak araştırmacılara kolaylık sağlayacaktır (Yong ve Pearce, 2013:80). Faktör analizi yapmanın bir diğer yararı boyutlar arası ilişkiler esas alınarak verilerin daha anlamlı ve özet bir biçimde sunulmasını sağlar (Kurtuluş, 2010).

Ölçeği oluşturan ifadelerin veya maddelerin belirli boyutlar altında toplanması için önce açımlayıcı faktör analizi daha sonra doğrulayıcı faktör analizi yapılır (Seçer, 2017:153; Büyüköztürk, 2018:177; Ural ve Kılıç, 2018:78). Açımlayıcı faktör analizi, bilinmeyen örtük değişkenler ile gözlemlenen değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisini ortaya çıkarmaya yardımcı olmaktadır (Çokluk vd., 2016:186). Bir başka deyişle açımlayıcı faktör analiziyle ölçülmek istenen değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkileri ve değişkenlerin kaç boyut altında kümeleneceği belirlenir. Faktör analizi ise, açımlayıcı faktör analizi ile değişkenler arasında tespit edilen ilişkiler ve oluşturulan yapının test edilerek doğrulanıp doğrulamadığını inceler (Seçer, 2017: 153).

Faktör yükü, çalışmada her bir değişkenden elde edilen faktörler ile korelasyonunu belirleyen değerdir (Ural ve Kılıç, 2018:71). Faktör analizlerinde bir faktörün tek başına açıkladığı varyans, özdeğer kavramı ile ifade edilmektedir. Her bir boyutun özdeğer oranının 1 ve üzerinde olması gerekmektedir. Ayrıca faktör analizinde toplam açıklanan varyans oranının açıklanmayan varyanstan yüksek olması gerekir (Kurtuluş, 2010; Seçer, 2017:164).

Araştırmanın faktör analizinde elde edilmiş faktör yüklerinin karesi açıklanan varyans değerini göstermektedir. Faktör yükleri ile açıkladığı varyans değeri ilişkisi şu şekilde ifade edilmektedir (Çokluk vd., 2016:194).

- i. Faktör yükü 0.71 düzeyinde ise, açıklanan varyans %50'dir ve bu değer mükemmel düzeyi belirtmekte,
- ii. Faktör yükü 0.63 düzeyinde ise, açıklanan varyans %40'dır ve bu değer çok iyi düzeyi belirtmekte,
- iii. Faktör yükü 0.55 düzeyinde ise, açıklanan varyans %30'dur ve bu değer iyi düzeyi ifade etmektedir (Çokluk vd., 2016:194).

#### **4.1.1. Ölçeklere Ait Keşfedici Faktör Analizleri**

Ölçeklere ait keşfedici faktör analizi; araştırmacılar tarafından yeni oluşturulmuş model, yapı ya da başka bir dilden tercüme edilmiş bir ölçeğin değişkenlerini temsil eden ölçek ifadelerinin, altında yatan faktör yapısını belirlemeyi ve keşfetmeyi amaçlamaktadır (Yaşlıoğlu, 2017:75).

Araştırmada öncelikle faktör analizi yapılmadan önce eldeki verilerin faktör analizi için uygunluğunun tespit edilmesi gerekir. Veri uygunluğunu belirlemede farklı yöntem kullanılır. Bu yöntemler; KMO ve Bartlett Küresellik testidir. KMO testi ile araştırma verilerinin faktör analizinde örnekleme yeterliliğine sahip olup olmadığı ölçülmektedir. Ölçüm sonucunda KMO değerinin yüksek olması, ölçekteki değişkenlerin diğer değişkenler tarafından en üst seviyede tahmin edilebileceğini gösterir (Çokluk vd., 2016:207). Çalışmada örneklem yeterliliğini ölçmek için kullanılan KMO düzeyi; 0 ile 1 arasında değer almakta ve KMO değerinin en az 0.50'den yüksek olması beklenmektedir. Ayrıca araştırma verisinin KMO değerinin kabul edilebilir değer olarak 0.70'in üzerinde olması beklenilmektedir (Orhunbilge, 2010:448).

Faktör analizi yapılabilmesi için ön şartlardan biri de değişkenler arasında belirli bir korelasyon bulunmasıdır. Değişkenler arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için Bartlett Küresellik testinden yararlanılır. Bartlett küresellik testinin anlamlılık değerinin 0.05 ve bu değer altında olması beklenilmektedir (Kalaycı, 2006:321-322).



Bu çalışmada hasta güvenliği kültürü ve hasta bakım kalitesi ölçeklerinin yapı geçerliliğini tespit etmek için keşfedici faktör analizi ile birlikte veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığını test etmek amacıyla KMO ‘Örnekleme Yeterliliğinin Ölçümü Testi’ ve ‘Bartlett’in (Bartlett’s Test of Sphericity) Küresellik Testi’ yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının katılımı ile gerçekleşen bu çalışmada örneklem 384 olarak hesaplanmış ve toplam 718 kişiye anket uygulaması yapılmıştır. Hasta güvenliği kültürü KMO ve Bartlett testi analiz sonuçları Tablo 5’de görülmektedir. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin KMO testi sonucunda örneklem yeterlilik değerinin 0.964 olduğu ve tespit edilen bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için mükemmel olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya ait Bartlett küresellik test sonucunun ( $\chi^2=10832.098 \sim df=351 \sim p=0.000$ ) anlamlı olduğu ve değişkenler arasında yüksek korelasyonun mevcut olduğu görülmüş, maddeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir.

*Tablo 5 Hasta güvenliği kültürü ölçeği KMO ve Bartlett testi analizleri*

KMO ve Bartlett Testi		
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Örnekleme Yeterliliğinin Ölçümü		0.964
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	10832.098
	Serbestlik Derecesi (df)	351
	Anlamlılık (p / Sig.)	0.000

Ölçeğin toplam açıklanan varyans oranına bakıldığında ölçeğin toplam varyansın % 68.810’unu açıkladığı görülmüştür. Buna göre çalışmanın veri seti faktör analizi için uygun değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin faktör desenini belirlemek amacıyla temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemi olarak dik döndürme yöntemlerinden varimax seçimi yapılmıştır. Analiz sonucunda toplam 30 maddeden oluşan hasta güvenliği kültürü ölçe-

ğinde faktör yük değeri düşük veya binişik 7 madde belirlenmiştir. Keşfedici faktör analizlerinde faktör yüklerinin 0.32 ve üzerinde olması genel kabul görmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2016:312). Buna göre keşfedici faktör analizi neticesinde ilgili faktörlere yüklenemeyen; ‘Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark etsem de dile getirmem zordur.’, ‘Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.’, ‘Bu birimde ekip üyelerinin tümü uyum içerisinde çalışır.’, ‘Bu birimde hataları tartışmak zordur.’, ‘Hasta güvenliği ile ilgili bir problem olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendiririm.’, ‘Bu birimde, hatalardan doğruyu öğrenmeyi kolaylaştıran bir çalışma kùltürü vardır.’ ve ‘Bu birimdeki çalışanların moralleri yüksektir.’ ifadeleri ilgili faktörlere yüklenemediği için analizden çıkarılmıştır. Keşfedici faktör analizi sonucunda özgün ölçekte olduğu gibi hasta güvenliği kùltürü ölçęğinin 6 boyutlu yapısı doğrulanmıştır. Takım iklimi boyutu faktör yükleri, 0.474 ile 0.707 aralığında; güvenlik iklimi boyutu faktör yükleri, 0.517 ile 0.568 aralığında; iş tatmini iklimi boyutu faktör yükleri, 0.472 ile 0.700 aralığında; stres algısı faktör yükleri, 0.769 ile 0.825 aralığında; yönetim algıları faktör yükleri, 0.665 ile 0.793 aralığında ve çalışma koşulları faktör yükleri 0.694 ile 0.796 aralığında değerler aldığı görölmüştür. Hasta güvenliği kùltürü ölçęđi toplam varyansın %68.810’unu açıkladığı tespit edilmiştir.

*Tablo 6 Hasta güvenliği kùltürü ölçeği döndürölmüş bileşenler matrisi analizi*

İFADELER	Faktör Yük Değerleri					
	A	B	C	D	E	F
1. Bu birimde çalışanların fikirlerine değer verilir.	.707					
2. Bu birimde görüş farklılıkları, hasta yararı dikkate alınarak (kimin haklı olduğundan ziyade hastalar için neyin iyi olduğu gibi) çözölmür.	.604					
3. Hastalara bakım hizmeti verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	.474					
4. Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.		.542				
5. Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde sorgulanır.		.517				
6. Performansım hakkında geri bildirimler alırım.		.568				
7. Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun kanalları bilirim.		.550				
8. İşimi severim.			.700			
9. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.			.472			
10. Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.			.596			
11. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.			.508			
12. Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.				.773		
13. İş yüküm arttıkça performansım düşer.				.825		

14.Yorgun olduğumda, işimdeki etkinliğim azalır.				.807		
15.Stres ve kaygı verici ortamlar, hata yapma olasılığımı artırır.				.769		
16.Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.				.665		
17.Hastane yönetimi, hasta güvenliği ile ilgili konularda hiç taviz vermez.				.700		
18.Bu birimdeki personeller, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.				.793		
19.Hastanede işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.				.758		
20.Bu hastane, yeni personel yetiştirme konusunda gerçekten iyi bir iş çıkarıyor.						.787
21.Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.						.694
22.Bu hastane, doktor ve diğer çalışanların problemleri ile yapıcı bir şekilde ilgilenir.						.796
23.Bu birimde stajyerler yeterli şekilde desteklenir.						.728

*A= Takım İklimi, B= Güvenlik İklimi, C= İş Tatmini, D=Stres Algısı, E= Yönetim Algıları, F=Çalışma Koşulları*

Hasta güvenliği kültürü ölçeğine yapılan keşfedici faktör analizi sonucu elde edilen döndürülmüş bileşenler matrisi Tablo 6'da görülmektedir.

Hasta bakım kalitesi ölçeğine ait KMO ve Bartlett analiz sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7 Hasta bakım kalitesi ölçeğinin KMO ve Bartlett testi analizleri**

<b>KMO ve Bartlett Testi</b>		
Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü		0.970
Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	7690.154
	Serbestlik Derecesi (df)	136
	Anlamlılık (p / Sig.)	0.000

Hasta bakım kalitesi ölçeğinin KMO testi sonucunda örneklem yeterlilik değerinin 0.970 olduğu ve tespit edilen bu değer için örneklem büyüklüğünün faktör analizi için mükemmel olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğe ait Bartlett küresellik test sonucunun ( $\chi^2=7690.154 \sim df=136, p=0.000$ ) anlamlı olduğu ve değişkenler arasında yüksek korelasyonun varlığı ve maddeler arasındaki korelasyon ilişkilerinin faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür. Buna göre ölçeğin veri seti, faktör analizi için uygun değerlendirilmiştir. Hasta bakım kalitesi ölçeğinin faktör desenini belirlemek amacıyla temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemi olarak dik döndürme yöntemlerinden varimax seçimi yapılmıştır.

Hasta bakım kalitesi ölçeği döndürülmüş bileşenler matrisi analizi Tablo 8'de gösterilmiştir. Keşfedici faktör analizi sonucunda toplam 16 maddeden oluşan hasta bakım kalitesi ölçeğinde faktör yük değeri 0.32'den düşük 3 madde tespit edilmiştir. Keşfedici faktör analizi sonucunda kalite ölçeğine ait ilgili faktörlere yüklenemeyen; 'Sağlık ekibi, hastaları sadece sayılardan ibaret değil birey olarak ele alır.', 'Hastanede, uygun bir aydınlatma ortamı vardır.' ve 'Hastane iç hizmet birimleri (örneğin patoloji), gayet iyi çalışmaktadır.' ifadeleri ilgili faktörlere yüklenemediği için analizden çıkarılmıştır. Keşfedici faktör analizi sonucunda özgün ölçekte olduğu gibi hasta bakım kalitesi ölçeğinin 4 boyutlu yapısı doğrulanmıştır. Bireylerarası kalite boyutu faktör yükleri, 0.604 ile 0.687 aralığında; teknik kalite boyutu faktör yükleri, 0.499 ile 0.715 aralığında; çevresel kalite boyutu faktör yükleri, 0.690 ile 0.727 aralığında ve

yönetmelik kalite boyutu faktör yükleri, 0.547 ile 0.691 aralığında değerler aldığı tespit edilmiştir. Hasta bakım kalitesi ölçeği toplam varyansın %72.768'ini açıkladığı görülmüştür.

**Tablo 8 Hasta bakım kalitesi ölçeği döndürülmüş bileşenler matrisi analizi**

İFADELER	Faktör Yük Değerleri			
	A	B	C	D
1.Sağlık ekibi, hastaları aktif bir şekilde dinler.	.604			
2.Sağlık ekibi, hastalarla özenle ilgilenir.	.617			
3.Sağlık ekibi, hasta ve yakınlarının sorularına cevap vermede isteklidir.	.687			
4.Bu hastanede, tedavi için gerekli en iyi tıbbi bakım sunulur.		.691		
5.Bu hastanede sağlık ekibi, iyi eğitilmiş ve kalifiyedir.		.499		
6.Bu hastanede sağlık çalışanları, işlerinde çok yeteneklidir.		.715		
7.Bu hastanede sağlık çalışanları, vazifelerini muazzam bir şekilde yerine getirir.		.554		
8.Hasta odalarında, sıcaklık ideal düzeydedir.			.690	
9.Hasta yatağı ve mobilyaları, rahat ve konforludur.			.727	
10.Hastanenin iç dizaynı, estetik açıdan hoştur.			.690	
11.Tıbbi kayıt ve belgelerde (örneğin faturalandırma) hata yapılmaz.				.547
12.Bu hastane, hastalara çeşitli sosyal destek hizmetleri de sunmaktadır.				.605
13.Bu hastane iyi yönetilmektedir.				.691

*A=Bireylerarası Kalite, B= Teknik Kalite, C= Çevresel Kalite, D=Yönetmelik Kalite*

Tablo 9’da yansıtıcılık ölçeğinin KMO ve Bartlett küresellik test sonuçları gösterilmiştir.

*Tablo 9 Yansıtıcılık ölçeğinin KMO ve Bartlett testi analizleri*

KMO ve Bartlett Testi		
Yansıtıcılık Ölçeği Örneklem Yeterliliğinin Ölçümü		0.804
Yansıtıcılık Ölçeği Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare ( $\chi^2$ )	1072.703
	Serbestlik Derecesi (df)	6
	Anlamlılık (p / Sig.)	0.000

Yansıtıcılık ölçeğinin KMO testi sonucunda örneklem yeterlilik değerinin 0.804 olduğu ve tespit edilen bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için iyi uyum değerine sahip olduğu görülmüştür. Bartlett küresellik test sonucu ( $\chi^2=1072.703 \sim df=6$ ,  $p=0.000$ ) anlamlı bulunmuş ve ölçeğe faktör analizi yapılmıştır. Yansıtıcı düşünce ölçeğinin faktör desenini belirlemek için temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemi olarak dik döndürme yöntemlerinden varimax seçimi yapılarak analiz gerçekleştirilmiştir.

*Tablo 10 Yansıtıcılık ölçeği döndürülmüş bileşenler matrisi analizi*

İFADELER	Faktör Yük Değerleri
	Yansıtıcılık
1.Bazen başkalarının bir şeyi nasıl yaptığını sorgularım ve daha iyi bir yol bulmaya çalışırım.	.803
2.Yaptığım işi ve bu işi yapmanın alternatif yollarını düşünmeyi severim.	.844
3.Yaptığım işi geliştirip geliştiremeyeceğimi görmek için genellikle eylemlerimi değerlendiririm.	.811
4.Deneyimlerimi sık sık değerlendiririm, böylece ondan bir şeyler öğrenebilir ve bir sonraki işteki performansımı geliştirebilirim.	.813

Yansıtıcılık ölçeği faktörleştirme işlemi sonucunda 4 maddeden tek boyutlu bir yapı tespit edilmiştir. Yansıtıcılık ölçeği faktör yüklerinin 0.803 ve 0.844 aralığında olduğu görülmüştür. Ölçek toplam varyansın %66.902'sini açıkladığı tespit edilmiştir.

#### **4.1.2. Ölçeklere Ait Doğrulayıcı Faktör Analizleri**

Araştırmada keşfedici faktör analizi ile boyutları tespit edilen yansıtıcı düşünce, hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesi ölçekleri ile oluşturulan modeli test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılacaktır. Doğrulayıcı faktör analizi araştırmacılar tarafından daha önce geliştirilmiş veya kuramsal bir temele oturtulmuş ölçek ve yapıların doğrulanması amacıyla yapılan bir ölçümdür (Gürbüz ve şahin, 2016:310).

Bir başka ifadeyle; doğrulayıcı faktör analizi, araştırmacılarca gözlemlenmiş değişkenleri ve bu değişkenler arasındaki korelasyon ile daha önceden saptanmış bir hipotezi veya bir modeli test eden, kullanılacak olan ölçeklerin faktörün yapıya uygunluğunu ve oluşturulan modeli açıklamada yeterli olup olmadığını test eden bir tekniktir (Yaşhoğlu, 2017:75; Büyüköztürk, 2018:134).

Yapılan çalışmalarda nihai amaç, en iyi uyum gösteren sonuçları tespit etmektir. Araştırma modelinin uygunluğunu ölçmek amacıyla farklı uyum indeksleri bulunmaktadır (Erkorkmaz vd., 2013:213). Çalışmanın model belirleme sürecinde elde edilen yapının kovaryans matrisi ile ölçülen değişkenler arasında gözlenen kovaryans matrisi arasında ne oranda benzerlik olduğunu belirlemek için ölçüm yapılır (Khine, 2013:14; Çokluk vd., 2016:267). Uyum iyiliği, araştırmada tahmini kovaryans matrisiyle çalışmacı tarafından gözlenen matris arasındaki örtüşme değeri olarak ifade edilmektedir (Raykov ve Marcoulides, 2006: 27).

Bu araştırmada açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen yapının geçerliliğini ölçmek amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizinde, uyum iyiliği testi için RMSEA, CMIN/df, GFI ve TLI değerleri ölçüt olarak kullanılmıştır. Bu ölçütler;



**RMSEA** (Root Mean Square Error of Approximation) *değeri*; araştırmanın örnekleminde gözlenen değişkenler arasındaki kovaryans ile oluşturulan modelde belirtilen parametreler arasındaki fark değeridir, bir başka ifadeyle hatanın derecesi esasında geliştirilmiş mutlak uyum indeksi olarak ifade edilebilir (Kaya, 2014:36). Hataların ortalama karekökü olan RMSEA değerinin 0.05'ten küçük olması iyi uyum değerine sahip olduğunu; 0.08 değerinden küçük olması ise kabul edilebilir bir değer olduğunu göstermektedir (Scherhelleh vd., 2003:29).

**CMIN/df** (*ki-kare uyum*) *değeri*; oluşturulan modelin bütününe uygunluğunu test etmek için kullanılan indekslerden biridir ve tam uyum için model ile araştırma verisi arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını analiz eder (Tabachnick vd., 2007:488). Araştırma verisi ile modeli arasında uyum değeri mükemmel ise ki-kare değerinin 0 veya 0'a yakın olduğu ayrıca istatistiksel olarak anlamlılığın olmaması arzu edilir (Çokluk vd., 2016:267).

**GFI** (*Goodness of Fit Index*) *değeri*; esas olarak uyum değerinin araştırmanın örneklem büyüklüğünden farklı değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir ve uyum iyiliği indeksi ve modelin örneklemdaki varyans-kovaryans matrisini hangi düzeyde ölçtüğünü göstermektedir. GFI değerlerinin 0.95'in üzerinde olması iyi uyum değerine sahip olduğunu; 0.90'ın üzerinde olması ise kabul edilebilir bir değer olduğunu göstermektedir (Hooper vd., 2008:54; Çapık, 2014:200).

**CFI** (*Comparative Fit Index*) *değeri*; araştırmada örtük değişkenler arasında korelasyonun olmadığını varsayımı ile bağımsız modelin kovaryans matrisi ile varsayılan modelin kovaryansının karşılaştırması ile oluşturulan uyum indeksidir ve örnek büyüklüğünü de hesaba katmaktadır (Kaya, 2014:36). Değerler 1'e yaklaştıkça modelin uygunluğu artmaktadır. CFI değerlerinin 0.97'in üzerinde olması iyi uyum değerine sahip olduğunu; 0.95'in üzerinde olması ise kabul edilebilir bir değer olduğunu göstermektedir (Yaşlıoğlu, 2017:81).

**TLI (Tucker-Lewis Index) - NNFI (Non-Normed Fit Index);** ölçüm yapılan verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine karşı oldukça duyarlı bir ölçümdür (Gürbüz ve Şahin, 2016:338). Değerin 0.95'in üzerinde olması modelin iyi uyum değerine sahip olduğunu; 0.90'ın üzerinde olması ise kabul edilebilir bir değeri ifade etmektedir (Meydan ve Şeşen, 2015:33).

**Tablo 11 Doğrulayıcı faktör analizi kabul edilebilir ve iyi uyum değerleri**

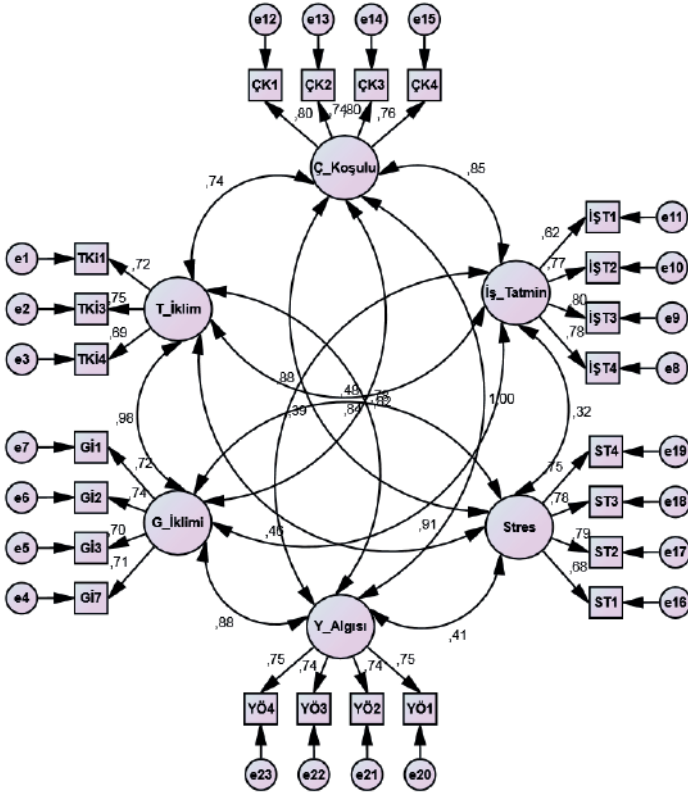
Değerler	Kabul Edilebilir Değer	İyi Uyum Değer
RMSEA	$\leq 0.080$	$\leq 0.050$
CMIN/df	$\leq 5$	$\leq 3$
GFI	$> 0.900$	$> 0.950$
CFI	$> 0.950$	$> 0.970$
TLI	$> 0.900$	$> 0.950$

**Kaynak:** Schermelleh-Engel, Moosbrugger, ve Müller; 2003:38.

Bu araştırmada keşfedici faktör analizinde elde edilen faktör yapılarının doğrulayıcı faktör analiziyle ölçümünde Tablo 11'de belirtilen kabul edilebilir ve iyi uyum değerlerine göre değerlendirme yapılmıştır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen path grafiği Şekil 6'da gösterilmiştir.

Şekil 6'da hasta güvenliği kültürü ölçeği doğrulayıcı faktör analize göre boyutlara ait faktör yüklerinin, takım iklimi boyutu için 0.69 – 0.72 aralığında; güvenlik iklimi boyutu için 0.70 – 0.74 aralığında; iş tatmini boyutunda 0.62 – 0.80 aralığında; stres algısı boyutu için 0.68 – 0.79; yönetim algıları boyutunda 0.74 – 0.75 aralığında ve çalışma koşulları boyutunda 0.74 – 0.80 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Analizde model iyileştirme için maddelerin hata terimleri arasında modifikasyon yapılmamıştır.



CMIN=428,554;DF=215;CMIN/DF=1,993;p=.000;RMSEA=.037;CFI=.977;GFI=.951;TLI=.972

Şekil 6. Hasta güvenliği kültürü ölçeği doğrulayıcı faktör analizi

Hasta güvenliği kültürü ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği değerleri Tablo 12'de gösterilmiştir. Buna göre ölçeğin tüm sonuçlarının iyi uyum değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 12 Hasta güvenliği kültürü ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği değerleri**

	X <sup>2</sup>	Df	CMIN/df	GFI	CFI	TLI	RMSEA
<b>Uyum Değerleri</b>	<b>428.554</b>	<b>215</b>	<b>1.993</b>	<b>0.951</b>	<b>0.977</b>	<b>0.972</b>	<b>0.037</b>
Kabul Edilebilir			≤ 5	> ,900	> ,950	> 900	≤ ,080
İyi Uyum Değerleri			≤ 3	> ,950	> ,970	> ,950	≤ ,050

Hasta bakım kalitesi ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği değerleri Tablo 13’de gösterilmiştir.

**Tablo 13 Hasta bakım kalitesi ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği değerleri**

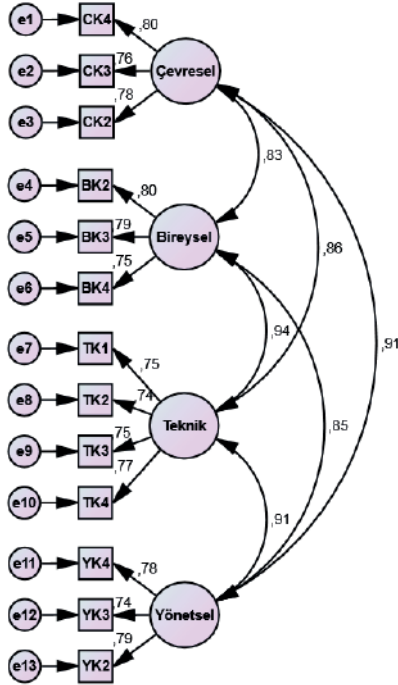
	X <sup>2</sup>	Df	CMIN/df	GFI	CFI	TLI	RMSEA
<b>Uyum Değerleri</b>	<b>155.414</b>	<b>59</b>	<b>2.634</b>	<b>0.966</b>	<b>0.983</b>	<b>0.972</b>	<b>0.048</b>
Kabul Edilebilir			≤ 5	> ,900	> ,950	> 900	≤ ,080
İyi Uyum Değerleri			≤ 3	> ,950	> ,970	> ,950	≤ ,050

Ölçeğin ve ölçek boyutlarına ait analiz neticesinde elde edilen tüm ölçütlerin (CMIN/df, GFI, CFI, TLI ve RMSEA) iyi uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Hasta bakım kalitesi ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen path grafiği Şekil 7’de gösterilmiştir.

Araştırmada hasta bakım kalitesi ölçeği doğrulayıcı faktör analize göre boyutlara ait faktör yüklerinin, bireylerarası kalite boyutu için 0.75 – 0.80 aralığında; teknik kalite boyutu için 0.74 – 0.77 aralığında; yönetsel kalite boyutunda 0.74 – 0.79 aralığında ve

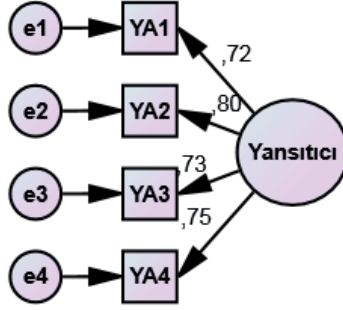
çevresel kalite boyutu için 0.76 – 0.80 aralığında olduğu görülmüştür. Faktör analizinde model iyileştirme için maddelerin hata terimleri arasında modifikasyon yapılmamıştır.



CMIN=155,414;DF=59;CMIN/DF=2,634;p=.000;RMSEA=.048;CFI=.983;GFI=.966;TLI=.977

Şekil 7. Hasta bakım kalitesi ölçeği doğrulayıcı faktör analizi

Yansıtıcılık boyutuna ait doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen path grafiği Şekil 8'de gösterilmiştir.



Şekil 8. Yansıtıcılık boyutu doğrulayıcı faktör analizi

Yansıtıcılık ölçeği doğrulayıcı faktör analizine göre tek boyuta ait faktör yükü 0.72 ile 0.80 aralığında olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.1.3. Ölçeklere Ait Güvenilirlik Analizleri

Bilimsel bir çalışmada elde edilen verilerin istenilen amaçlara uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla güvenilirlik ve geçerlilik analizi yapılır. Araştırmacı tarafından bir ölçme aracı olarak geliştirilen ölçeklerin geçerliliğinin ve güvenilirliğinin tespit edilmesi gerekmektedir. Hem geçerlilik hem de güvenilirlik analizi birbirinden ayrılmaz niteliktedir (Ural ve Kılıç, 2018: 69). Ancak güvenilirlik analizi bir değişkenin, ölçeğin ifadelerini ne kadar etkilediği ile ilişkili iken, geçerlilik analizi ölçeğin isteneni ne kadar iyi ölçtüğü ile ilgilidir (Alan, 2011: 131).

Güvenilirlik analizi araştırmacı tarafından yapılan her ölçüm için gerekirken, güvenilirliği test edilmiş ölçümler ve yorumlar gelecekte yapılacak diğer çalışmalar için örnek teşkil edecektir (Kalaycı, 2006:403). Bilimsel çalışmalarda güvenilirlik zorunlu ancak tek başına yeterli bir koşul olmamakla beraber sonraki çalışmalar için temel oluşturması açısından önem arz etmektedir. Bir ölçüm

işleminin güvenilirliği 3 şekilde yapılabilir (Kalaycı, 2006:405; Alpar, 2013:848). Bunlar:

**Süreklilik;** Benzer koşullar altında ve belirli bir zaman aralığında önce ve sonra yapılan ölçümlerin korelasyon katsayısı güvenilirlik ölçütünü sağlar. Bir çalışma ölçeğinin farklı zaman dilimlerinde yapılan test sonuçlarının benzer, tutarlı ve dengeli olması beklenir.

**Bağımsız Gözlemciler ile Uyum;** birden fazla araştırmacının, birbirinden bağımsız şekilde, aynı şeyi ölçmeye çalıştıkları durumlarda yapılan bir güvenilirlik ölçütüdür. Bu ölçüt; özellikle güvenilirlik testlerinin uygulanmasının zor olduğu durumlarda, ölçümün güvenilirliğini tahmin etmeye yarayan bir yöntemdir.

**İç Tutarlılık;** her bir ölçme aracı, belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız birimlerden oluşmakta ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayılmaktadır. İç tutarlılığı ölçmede kullanılan çeşitli hesaplama ve istatistik yöntemler vardır İkiye bölünmüş model yönteminde anketteki ifadeler yansız bir şekilde iki gruba ayrılarak, bu gruplar arasındaki ilişkinin ölçümü yapılmaktadır. İki grup arasında yüksek bir ilişki varsa bu o ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Diğer iç tutarlılık yöntemi ise Cronbach's Alpha tekniğidir. Bu yöntemde ölçekteki ifadeler arasındaki benzerliği ortaya koyan ve 0 ile 1 aralığında değer alan Cronbach's Alpha katsayısı yer alır (Kalaycı, 2006:405; Alpar, 2013:848). Cronbach's Alpha katsayısı aşağıdaki gibi yorumlanabilir

- $0.00 < C. \text{ Alpha} < 0.40$  arası değerde ölçek güvenilir değil,
- $0.40 < C. \text{ Alpha} < 0.60$  arası değerde ölçek güvenilirliği düşük,
- $0.60 < C. \text{ Alpha} < 0.80$  arası değerde ölçek güvenilir,
- $0.80 < C. \text{ Alpha} < 1.00$  arası değerde ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilebilir (Özdamar, 2002).

**Tablo 14** Araştırmada kullanılan ölçeklere ait güvenilirlik analizi

Boyutlar	Cronbach's Alpha Katsayısı	İfade Sayısı
Yansıtıcılık	0.835	4
Takım İklimi	0.765	3
Güvenlik İklimi	0.811	4
İş Tatmini	0.831	4
Stres Algısı	0.834	4
Yönetim Algısı	0.829	4
Çalışma Koşulları	0.857	4
Bireylerarası Kalite	0.824	3
Teknik Kalite	0.805	4
Çevresel Kalite	0.824	3
Yönetmel Kalite	0.815	3

Sağlık sektöründe yapılan bu çalışmaya ait güvenilirlik analiz sonuçları Tablo 14'te gösterilmiştir. Tablo 14'te ölçüğe ait 11 boyutun Cronbach's Alpha katsayıları ve madde sayıları yer almaktadır. Sadece takım iklimi boyutu ( $\alpha = 0.765$ ) güvenilir düzeyde olup, diğer 10 boyuta ait değerler ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduğu göstermektedir.

#### 4.1.4. Ölçeklere Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Çalışmada değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerini ve birbirlerine etkilerini belirleyebilmek için istatistiksel analiz öncesi eldeki verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine bakılması gerekmektedir. Sağlık sektöründe yapılan bu çalışma kapsamında elde edilen verilerin analizinde hangi testlerin uygulanacağına karar verebilmek amacıyla çalışma verilerinin dağılımına bakılmıştır. Bu kapsamda elde edilen verilerin analizinde parametrik test yöntemlerinin kullanılabilmesi için gereken varsayımların başında verilerin normal dağılım göstermesi gelmektedir (Güven, 2014:173). Bu



amaçla öncelikle verilerin normal dağılıma sahip olup olmadıklarını tespit edebilmek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır.

*Tablo 15 Çalışmada kullanılan ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri*

Değişkenler (Ölçekler)	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Yansıtıcılık	-1.113	1.401
Takım İklimi	-0.663	-0.108
Güvenlik İklimi	-0.651	0.073
İş Tatmini	-0.661	-0.043
Stres Algısı	-0.682	-1.220
Yönetim Algısı	-0.679	-0.062
Çalışma Koşulları	-0.622	-0.324
Bireylerarası Kalite	-0.778	0.176
Teknik Kalite	-0.646	-0.089
Çevresel Kalite	-0.743	0.046
Yönetimsel Kalite	-0.569	-0.344

Çalışmada kullanılan ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 15'te görülmektedir. Araştırmalarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin + 1.5 ve - 1.5 arasında normal dağılım gösterdiği (Tabachnick ve Fidell, 2013) kabul edilmekle beraber -2 ve +2 değerleri arası da verinin normal veya normale yakın olduğuna göstermektedir (George ve Mallery, 2010). Bu çalışmada değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal veya normale yakın olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırma verilerinin analizlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

#### **4.2. Sağlık Çalışanlarının Araştırma Ölçeklerine Ait İfadelere Katılım Düzeyleri**

Araştırmada kullanılan ölçeklerdeki ifadelerle sağlık çalışanlarının verdiği cevaplara göre katılım ortalamaları, verilen cevapla-

rın oranları, ölçekte en yüksek ve en düşük katılım sağlanan ifadeler tespit edilmiştir. Sağlık alışanlarının araştırma ölçeklerine ait ifadelere katılım düzeyini sunmaktaki amaç, ölçeklerdeki yer alan pek çok ifadeye, katılımcıların hangi önem sırasını verdiğini ayrıca hangi ifadelere ne oranda katılıp, katılmadıklarını belirlemektir. Bu amaçla hasta güvenliği kùltürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılık ölçeklerine verilen cevapların ortalamaları ayrı ayrı gösterilmiştir.

Yansıtıcılık ölçeğine ait 4 ifadenin 3.91 ile 4.00 arasında ortalama değer aldığı ve genel olarak sağlık çalışanlarının ölçek ifadelerine yönelik katılımlarının yüksek olduğu gör÷lmektedir. Öleğe ait ‘Yaptığım işi ve bu işi yapmanın alternatif yollarını düşünmeyi severim.’ ifadesi ( $x=4.00 - ss=1.042$ ) ile ‘Deneyimlerimi sık sık değerlendiririm, böylece ondan bir şeyler öğrenebilir ve bir sonraki işteki performansımı geliştirebilirim.’ ifadesi ( $x=3.94 - ss=1.039$ ) en yüksek ortalama katılım değerlerini almıştır.

Sağlık alışanlarının yansıtıcılık ölçeğine ait ifadelere katılım düzeyleri Tablo 16’da gösterilmiştir.

**Tablo 16 Sağlık çalışanlarının yansıtıcılık boyutu ölçeğine ait ifadelere katılım düzeyleri**

Yansıtıcılık Boyutu Ölçeği	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		Ortalama	Standart Sapma
	f	%							
1. Bazen başkalarının bir şeyi nasıl yaptığını sorgularım ve daha iyi bir yol bulmaya çalışırım.	23	3.2	40	144	277	234	32.6	3.91	1.016
2. Yaptığım işi ve bu işi yapmanın alternatif yollarını düşünmeyi severim.	22	3.1	50	106	264	276	38.4	4.00	1.042
3. Yaptığım işi geliştirip geliştiremeyeceğimi görmek için genellikle eylemlerimi değerlendiririm.	22	3.1	48	143	249	256	35.7	3.93	1.046
4. Deneyimlerimi sık sık değerlendiririm, böylece ondan bir şeyler öğrenebilir ve bir sonraki işteki performansımı geliştirebilirim.	22	3.1	49	130	264	253	35.2	3.94	1.039

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait ifadelere katılım düzeyleri Tablo 17’de gösterilmiştir. Araştırmada hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait ifadelere sağlık çalışanlarının 3.41 ve 3.99 aralığında ortalama değer ile katılım gösterdikleri görülmüştür. Hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait ‘İşimi severim.’ ifadesi ( $x=3.99 - ss=1007$ ); ‘Bu birimde görüş farklılıkları, hasta yararı dikkate alınarak (kimin haklı olduğundan ziyade hastalar

için neyin iyi olduğu gibi) çözülür.’ ifadesi ( $x=3.70 - ss=1075$ ) ve ‘Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.’ ifadesi ( $x=3.70 - ss=1120$ ) en yüksek ortalama değeri almıştır. Sağlık çalışanlarının ‘iş tatmini’ boyutuna ait 2 ifadeye en yüksek düzeyde ortalama katılım göstermesi dikkat çekicidir. Araştırma ölçeğine ait ‘Bu birimdeki personeller, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.’ ifadesi ( $x=3.41 - ss=1274$ ) en düşük katılım ortalamasına sahiptir. Bu ortalama katılım değeri, sağlık çalışanlarının birimlerindeki çalışan sayısının tedavi gören hasta sayısını karşılayacak düzeyde olmadığını düşündüğü şeklinde yorumlanabilir.

**Tablo 17 Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait ifadelere katılım düzeyleri**

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		Ortalama	Standart Sapma			
	f	%				f	%					
1. Bu birimde çalışanların fikirlerine değer verilir.	37	5.2	82	11.4	171	23.8	230	32.0	198	27.6	3.65	1.147
2. Bu birimde görüş farklılıkları, hasta yararı dikkate alınarak (kimin haklı olduğundan ziyade hastalar için neyin iyi olduğu gibi) çözülür.	29	4.0	67	9.3	175	24.4	261	36.4	186	25.9	3.70	1.075
3. Hastalara bakım hizmeti verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	30	4.2	74	10.3	145	20.2	254	35.4	215	29.9	3.76	1.112

4.Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.	f %	34 4.7	69 9.6	169 23.5	261 36.4	185 25.8	3.68	1.099
5.Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde sorgulanır.	f %	33 4.6	80 11.1	153 21.3	256 35.7	196 27.3	3.69	1.121
6.Performansım hakkında geri bildirimler alırım.	f %	35 4.9	67 9.3	199 27.7	237 33.0	180 25.1	3.64	1.101
7. Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun kanalları bilirim.	f %	30 4.2	77 10.7	158 22.0	271 37.7	182 25.3	3.69	1.089
8.İşimi severim.	f %	19 2.6	44 6.1	121 16.9	274 38.2	260 36.2	3.99	1.007
9. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	f %	33 4.6	73 10.2	172 24.0	237 33.0	203 28.3	3.70	1.120
10.Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.	f %	50 7.0	87 12.1	163 22.7	229 31.9	189 26.3	3.58	1.196
11.Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	f %	41 5.7	72 10.0	172 24.0	235 32.7	198 27.6	3.66	1.148
12.Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	f %	58 8.1	96 13.4	179 24.9	234 32.6	151 21.0	3.45	1.192
13.İş yüküm arttıkça performansım düşer.	f %	52 7.2	79 11.0	157 21.9	229 31.9	201 28.0	3.62	1.204
14.Yorgun olduğumda, işimdeki etkinliğim azalır.	f %	54 7.5	88 12.3	169 23.5	241 33.6	166 23.1	3.52	1.187
15.Stres ve kaygı verici ortamlar, hata yapma olasılığımı artırır.	f %	51 7.1	67 9.3	165 23.0	234 32.6	201 28.0	3.65	1.184

16.Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmeme destekler.	f %	40 5.6	71 9.9	186 25.9	253 35.2	168 23.4	3.61	1.113
17.Hastane yönetimi, hasta güvenliği ile ilgili konularda hiç taviz vermez.	f %	32 4.5	68 9.5	190 26.5	254 35.4	174 24.2	3.65	1.081
18.Bu birimdeki personeller, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	f %	87 12.1	79 11.0	158 22.0	239 33.3	155 21.6	3.41	1.274
19.Hastanede işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	f %	42 5.8	67 9.3	170 23.7	260 36.2	179 24.9	3.65	1.124
20.Bu hastane, yeni personel yetiştirme konusunda gerçekten iyi bir iş çıkarıyor.	f %	38 5.3	99 13.8	164 22.8	259 36.1	158 22.0	3.55	1.132
21.Tam ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	f %	50 7.0	82 11.4	172 24.0	254 35.4	160 22.3	3.54	1.158
22.Bu hastane, doktor ve diğer çalışanların problemleri ile yapıcı bir şekilde ilgilenir.	f %	53 7.4	85 11.8	173 24.1	259 36.1	148 20.6	3.50	1.159
23.Bu birimde stajyerler yeterli şekilde desteklenir.	f %	37 5.2	80 11.1	171 23.8	268 37.3	162 22.6	3.61	1.105

Sağlık çalışanlarının hasta bakım kalitesi ölçeğine ait ifadelere katılım düzeyleri Tablo 18’de gösterilmiştir.

**Tablo 18 Sağlık çalışanlarının hasta bakım kalitesi ölçeğine ait ifadelere katılım düzeyleri**

Hasta Bakım Kalitesi Ölçeği		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ortalama	Standart Sapma
1.Sağlık ekibi, hastaları aktif bir şekilde dinler.	f %	31 4.3	67 9.3	138 19.2	281 39.1	201 28.0	3.77	1.087
2.Sağlık ekibi, hastalarla özenle ilgilenir.	f %	28 3.9	69 9.6	163 22.7	260 36.2	198 27.6	3.73	1.082
3.Sağlık ekibi, hasta ve yakınlarının sorularına cevap vermede isteklidir.	f %	36 5.0	77 10.7	189 23.5	257 35.8	179 24.9	3.64	1.115
4.Bu hastanede, tedavi için gerekli en iyi tıbbi bakım sunulur.	f %	30 4.2	70 9.7	181 25.2	266 37.0	171 23.8	3.66	1.170
5.Bu hastanede sağlık ekibi, iyi eğitilmiş ve kalifiyedir.	f %	31 4.3	63 8.8	175 24.4	269 37.5	180 25.1	3.70	1.070
6.Bu hastanede sağlık çalışanları, işlerinde çok yeteneklidir.	f %	21 2.9	69 9.6	173 24.1	278 38.7	177 24.7	3.72	1.030
7.Bu hastanede sağlık çalışanları, vazifelerini muazzam bir şekilde yerine getirir.	f %	25 3.5	76 10.6	183 25.5	270 37.6	164 22.8	3.65	1.050
8.Hasta odalarında, sıcaklık ideal düzeydedir.	f %	35 4.9	61 8.5	157 21.9	265 36.9	200 27.9	3.74	1.100
9.Hasta yatağı ve mobilyaları, rahat ve konforludur.	f %	35 4.9	77 10.7	168 23.4	253 35.2	185 25.8	3.66	1.116
10.Hastanenin iç dizaynı, estetik açıdan hoştur.	f %	58 8.1	83 11.6	177 24.7	241 33.6	159 22.1	3.50	1.187

11.Tıbbi kayıt ve belgelerde (örneğin faturalandırma) hata yapılmaz.	f %	43 6.0	96 13.4	177 24.7	235 32.7	167 23.3	3.53	1.158
12.Bu hastane, hastalara çeşitli sosyal destek hizmetleri de sunmaktadır.	f %	45 6.3	91 12.7	171 23.8	244 34.0	167 23.3	3.55	1.159
13.Bu hastane iyi yönetilmektedir.	f %	59 8.2	77 10.7	169 23.5	233 32.5	180 25.1	3.55	1.207

Sağlık çalışanlarının hasta bakım kalitesi ölçeğine ait ifadelerle ortalama katılım düzeylerinin 3.50 ile 3.77 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Ölçekteki ifadelerle ortalama katılım değerlerinin birbirine çok yakın olduğu görülmüştür. Ölçekte bireylerarası kalite boyutuna ait ‘Sağlık ekibi, hastaları aktif bir şekilde dinler.’ ifadesi ( $x=3.77 - 1087$ ) ve ‘Sağlık ekibi, hastalarla özenle ilgilenir.’ ifadesi ( $x=3.73 - ss=1082$ ) en yüksek ortalama katılım değerini almıştır.

#### 4.2.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bilgiler

Çalışmada katılımcıların demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma sektörü, meslek, mesleki kıdem, mesleki pozisyon, coğrafi bölge ve katılım sağlanan şehir) ait frekans dökümleri sırasıyla verilmiş ve yüzdelere göre değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların yaşlarına ilişkin bilgiler Tablo 19’da verilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %14.2’si 18 – 25 yaş arasında, %37.5’i 26-40 yaş arası, %33.1’i 41-50 yaş arası ve %15,2’si 51 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların %84.8’i 51 yaş ve altındaki sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.



*Tablo 19 Katılımcıların yaş değişkenine ilişkin bilgiler*

Yaş	Frekans(f)	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
18-25 yaş arası	102	14.2	14.2
26-40 yaş	269	37.5	51.7
41-50 yaş	238	33.1	84.8
51 yaş ve üzeri	109	15.2	100.0
Toplam	718	100.0	

Katılımcılara ait cinsiyet değişkenine ait veriler Tablo 20’de görülmektedir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %54.6’sı kadın ve % 45.4 ‘ü erkektir. Cinsiyete dayalı bu bilgiler ışığında araştırmaya her 2 gruptan birbirine yakın düzeyde katılım sağlandığı görülmektedir.

*Tablo 20 Katılımcıların cinsiyet değişkenine ilişkin bilgiler*

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	392	54.6
Erkek	326	45.4
Toplam	718	100.0

*Tablo 21 Katılımcıların eğitim düzeyine ilişkin bilgiler*

Eğitim Düzeyleri	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Lise	91	12.7	12.7
Ön Lisans	141	19.6	32.3
Lisans	363	50.6	82.9
Lisans Üstü	123	17.1	100.0
Toplam	718	100.0	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyine ait bilgiler Tablo 21’de görülmektedir. Sağlık sektörü uzmanlaşmanın dolayısıyla eğitim düzeyinin yüksek olduğu çalışma alanlarındandır (Somunoğlu vd., 2013). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %12.7 ‘si lise mezunu, %19.6 ‘sı ön lisans mezunu, %50.6’sı lisans mezunu ve % 17.1’i lisansüstü mezundur. Çalışmaya katılanların %87.3 ‘ü bir yüksek öğretim kurumundan mezundur. Araştırmaya katılanların eğitim düzeylerinin sağlık sektörü ortalamasına yakın olduğu görülmektedir.

*Tablo 22 Katılımcıların çalışma sektörüne ilişkin bilgiler*

Sektör Türü	Frekans	Yüzde
Kamu	407	56.7
Özel	311	43.3
Toplam	718	100.0

Sağlık çalışanlarının çalışma sektörüne ait bilgiler Tablo 22’de gösterilmiştir. 2020 yılı itibariyle Türkiye’de kamu ve özel sektörde çalışan toplam sağlık personeli sayısı 1.119.886’dır. Özel sektörde çalışan sayısı toplam 261.505 kişi, kamu sektöründe ise 858.381 ‘dir (Tablo 1). Araştırmaya kamu sektöründen 407 sağlık çalışanı, özel sektörden 311 çalışan katılım sağlamıştır. Çalışmaya katılım düzeyinde sektör türüne göre gruplar arasında fark, Türkiye ortalamasından daha düşük olduğu görülmektedir.

*Tablo 23 Katılımcıların meslek değişkenine ilişkin bilgiler*

Görev/Unvan	Frekans(f)	Yüzde (%)
Hastane Yöneticisi	52	7.2
Hekim	120	16.7
Hemşire	297	41.4
Hastabakıcı	60	8.4
Diğer Sağlık Çalışanı	189	26.3
Toplam	718	100,0

Katılımcılara ait meslek değişkenine ilişkin bilgiler Tablo 23'te gösterilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %7.2'si hastane yöneticisi, %16.7'si hekim, %41.4'ü hemşire, %8.4'ü hasta bakıcı ve % 26.3'ü diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırmaya 297 hemşire katılmış olup %41.4 oranla en fazla katılım sağlayan meslek grubunu oluşturmaktadır.

*Tablo 24 Katılımcıların mesleki kıdem değişkenine ilişkin bulgular*

Mesleki Kıdem	Frekans(f)	Yüzde (%)	Kümülatif Top. (%)
0-3 yıl arası	113	15.7	15.7
4-7 yıl arası	261	36.4	52.1
8-11 yıl arası	184	25.6	77.7
12-15 yıl arası	103	14.3	92.1
16 yıl ve üzeri	57	7.9	100.0
Toplam	718	100,0	

Çalışmaya katılanlara ait mesleki kıdem düzeyleri Tablo 24'te sunulmuştur. Sağlık çalışanlarının mesleki kıdemlerine yönelik bilgileri incelendiğinde; % 15.7'si 0-3 yıllık mesleki deneyime, %36.4'ü 4-7 yıllık mesleki deneyime, %25.6'sı 8-11 yıllık mesleki deneyime, % 14.3'ü 12 – 15 yıllık mesleki deneyime ve %7.9'u 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu görülmüştür. Ankete katılanların 47.9'u 8 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahiptir.

*Tablo 25 Katılımcılara ait mesleki pozisyon değişkenine ilişkin bilgiler*

Mesleki Pozisyon	Frekans(f)	Yüzde (%)
Ekip Üyesi	532	74.1
Ekip Sorumlusu	186	25.9
Toplam	718	100,0

Sağlık çalışanlarının mesleki pozisyonuna ait veriler Tablo 25’te görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların %74.1’i çalıştığı kurumlarda ekip üyesi olarak görev yapmakta, % 25.9’u sağlık ekiplerinde sorumlu olarak çalışmaktadır.

*Tablo 26 Katılımcılara ait coğrafi bölge değişkenine ilişkin bilgiler*

Coğrafi Bölge	Frekans(f)	Yüzde (%)
Marmara	155	21.6
Ege	58	8.1
Akdeniz	108	15.0
İç Anadolu	77	10.7
Karadeniz	73	10.2
Doğu Anadolu	123	17.1
Güneydoğu	124	17.3
Toplam	718	100,0

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının görev yaptıkları coğrafi bölgelere ait bilgiler Tablo 26’da gösterilmiştir. Araştırmaya Türkiye’nin 7 coğrafi bölgesinden de katılım sağlanmıştır. Çalışmaya iştirak eden sağlık çalışanlarının %21,6’sı Marmara Bölgesinden, %8.1’i Ege Bölgesinden, %15’i Akdeniz Bölgesinden, %10.7’si İç Anadolu Bölgesinden, %10.2’si Karadeniz Bölgesinden, %17.1’i Doğu Anadolu Bölgesinden ve % 17.3’ü Güneydoğu Anadolu Bölgesinden katılım sağlamıştır. Araştırmaya katılanların coğrafi bölgelere göre dağılımları birbirine yakın düzeyde gerçekleşmiştir.

**Tablo 27 Katılımcıların görev yaptıkları Őehirlerle ait bilgiler**

Şehirler	Frekans(f)	Yüzde (%)
ADANA	25	3.5
ADİYAMAN	7	1.0
AğRI	10	1.4
ANKARA	33	4.6
ANTALYA	22	3.1
ARTVİN	4	.6
AYDIN	4	.6
BALIKESİR	3	.4
BİNGÖL	3	.4
BİTLİS	10	1.4
BOLU	5	.7
BURSA	23	3.2
ÇANAKKALE	5	.7
DİYARBAKIR	7	1.0
EDİRNE	2	.3
ELAZIğ	17	2.4
ERZİNCAN	4	.6
ERZURUM	6	.8
ESKİŞEHİR	3	.4
GAZİANTEP	84	11.7
HAKKARİ	6	.8
HATAY	23	3.2
MERSİN	33	4.6
İSTANBUL	104	14.5
İZMİR	30	4.2
KARS	5	.7
KASTAMONU	5	.7

Şehirler (Tablo Devamı)	Frekans(f)	Yüzde (%)
KAYSERİ	6	.8
KIRŞEHİR	5	.7
KOCAELİ	4	.6
KONYA	16	2.2
KÜTAHYA	4	.6
MALATYA	18	2.5
MANİSA	5	.7
KAHRAMANMARAŞ	7	1.0
MARDİN	8	1.1
MUGLA	6	.8
MUŞ	6	.8
ORDU	6	.8
RİZE	15	2.1
SAKARYA	9	1.3
SAMSUN	10	1.4
SİNOP	4	.6
SİVAS	9	1.3
TOKAT	5	.7
TRABZON	18	2.5
TUNCELİ	6	.8
ŞANLIURFA	7	1.0
VAN	31	4.3
YOZGAT	5	.7
ZONGULDAK	4	.6
BATMAN	3	.4
İĞDIR	5	.7
YALOVA	5	.7
KİLİS	8	1.1
Toplam	718	100.0

Katılımcıların görev yaptıkları Őehirlerle göre dağılımları Tablo 27’de gösterilmiştir. Araştırmaya Tùrkiye’nin 7 coğrafi bölgesinden ve 55 Őehirden katılım sağlanmıştır. Çalışmaya İstanbul ilinde görev yapan sağlık çalışanları 104 kişi ile en fazla katılımı sağlamıştır. Gaziantep ilinden 84, Ankara ve Mersin ilinden 33, Van ilinden 31 ve İzmir’den 30 sağlık çalışanı bu araştırmaya katılmıŐtır.

#### **4.2.2. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklere Göre Hasta Güvenliği Kùltürü, Hasta Bakım Kalitesi ve Yansıtıcılığa Ait Algı Düzeylerinin Analizi**

Çalışmada sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre yansıtıcılık, hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesi ölçeklerinde yer alan ifadelere katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olup olmadığını tespit etmek amacıyla analizler yapılmıştır. Bu araştırmada çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiş ve analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Analize katılacak grup sayısı 2 olanlara (cinsiyet, mesleki pozisyon ve çalışma sektörü) bağımsız örneklem t testi, grup sayısı 2’nin üzerinde olanlara (yaş, eğitim düzeyi, coğrafi bölge, meslek ve mesleki kıdem) ise tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre algı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma tespit edilen değişkenler ve boyutlar tablolarda gösterilmiştir. Anlamlı düzeyde farklılaşma göstermeyen değişken (yaş grupları) ve boyutlar tablolarda gösterilmemiŐtir.

Sağlık çalışanlarının yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği kùltürü ölçeklerine katılım düzeylerinde cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Yapılan analizde çalışma koşulları ve teknik kalite verileri dışında kalan diğer boyutların homojen dağıldığı gör÷lmüştür. Analiz sonucunda yansıtıcı düşünce ( $t=-0.925 \sim p=0.355$ ), takım iklimi ( $t=-0.387$

$\sim p=0.699$ ), güvenlik iklimi ( $t=-0.570 \sim p=0.569$ ), iş tatmini ( $t=-1.864 \sim p=0.063$ ), yönetim algısı ( $t=-0.647 \sim p=0.518$ ), çalışma koşulları ( $t=-0.143 \sim p=0.887$ ), bireylerarası kalite ( $t=-0.233 \sim p=0.816$ ), teknik kalite ( $t=-1.517 \sim p=0.130$ ), çevresel kalite ( $t=-1.638 \sim p=0.102$ ) ve yönetsel kalite ( $t=-0.406 \sim p=0.685$ ) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

*Tablo 28 Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi analizi*

Cinsiyet		N (Sayı)	X (Ort.)	Ss ( $\pm$ )	Sh	t	p
Stres Algısı	Kadın	392	3.44	0.988	0.049	-3.55	0.00
	Erkek	326	3.70	0.939	0.052		

Tablo 28'de katılımcıların cinsiyet değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi analiz sonucu görülmektedir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının stres algısı boyutuna yönelik ölçek ifadelerine katılım düzeyinde kadın ve erkek çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ( $p<0.05$ ). Kadın ve erkek katılımcılar arasındaki farklılığın yönünü görebilmek için değişkenlerin ortalama değerlerine bakılmıştır. Ortalama değerler incelendiğinde erkek sağlık çalışanlarının ( $X=3.70$ ) kadınlara ( $X=3.44$ ) oranla stres algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre  $H_{5a}$  *sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre hasta güvenliği kültürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.* hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği kültürüne yönelik ölçek ifadelerine katılım düzeylerinde farklılık olup olmadığı



ğını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz neticesinde 4 kategoriye ayrılmış yaş gruplarının ifadelerine katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Analiz sonucunda yansıtıcılık (Grup(lar) arası /içi K.O. =0.961/0.917 ~  $f=1.340$  ~  $p=0.260$ ), takım iklimi (K.O= 0.793/0.841 ~  $f=0.943$  ~  $p=0.420$ ), güvenlik iklimi (K.O= 0.672/0.777 ~  $f=0.865$  ~  $p=0.459$ ), iş tatmini (K.O= 0.941/0.832 ~  $f=1.131$  ~  $p=0.336$ ), stres algısı (K.O= 1.169/0.949 ~  $f=1.232$  ~  $p=0.297$ ), yönetim algısı (K.O= 1.630/0.872 ~  $f=1.869$  ~  $p=0.133$ ), çalışma koşulları (K.O= 1.757/0.904 ~  $f=1.943$  ~  $p=0.121$ ), bireylerarası kalite (K.O= 1.574/0.885 ~  $f=1.779$  ~  $p=0.150$ ), teknik kalite (K.O= 0.324/0.756 ~  $f=0.429$  ~  $p=0.732$ ), çevresel kalite (K.O= 0.748/0.955 ~  $f=0.784$  ~  $p=0.503$ ) ve yönetsel kalite (K.O= 1.449/1.006 ~  $f=1.440$  ~  $p=0.230$ ) sonuçları elde edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre  $H_{5b}$ : *Sağlık çalışanlarının yaş değişkenine göre hasta güvenliği kültürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.* hipotezi reddedilmiştir.

Sağlık sektörü uzmanlaşmanın üst düzeyde görüldüğü çalışma alanlarındandır (Somunoğlu vd., 2013). Sağlık sektöründe yapılan bu çalışmada her meslek grubundaki katılımcıların (hekim, hemşire, hastane yöneticisi, diğer sağlık çalışanı ve hastabakıcı) eğitim düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının anket ifadelerine katılımları dikkate alındığında eğitim düzeylerine göre bir farklılık olup olmadığının tespiti için analiz yapılmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri değişkenine ilişkin tek yönlü varyans analizi sonucu Tablo 29'da görülmektedir. Tek yönlü varyans testine göre, yansıtıcılık ve yönetsel kalite boyutlarına ait ifadeler katılım düzeylerinde istatistiksel olarak farklılaşma tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Diğer boyutlarda anlamlı düzeyde bir farklılaşma görülmemiş olup analiz neticesinde, takım iklimi (Grup(lar) arası /içi K.O. =2.063/0.836 ~  $f=2.468$  ~  $p=0.061$ ), güvenlik iklimi (K.O= 0.706/0.777 ~  $f=0.908$  ~  $p=0.436$ ), iş tatmini

(K.O= 1.503/0.830 ~ f=1.810 ~ p=0.144), stres algısı (K.O= 0.596/0.951 ~ f=0.627 ~ p=0.598), yönetim algısı (K.O= 0.636/0.876 ~ f=0.726 ~ p=0.537), çalışma koşulları (K.O= 1.824/0.904 ~ f=2.018 ~ p=0.110), bireylerarası kalite (K.O= 1.700/0.884 ~ f=1.922 ~ p=0.125), teknik kalite (K.O= 1.496/0.751 ~ f=1.991 ~ p=0.114) ve çevresel kalite (K.O= 1.721/0.951 ~ f=1.810 ~ p=0.144) sonuçları tespit edilmiştir.

**Tablo 29 Katılımcıların eğitim düzeyleri değişkenine ilişkin tek yönlü varyans analizi**

Cinsiyet		KarelerT.	df	Kareler Ort.	f	p	Farklılık
Yansıtıcılık	Gruplar Arası	6.941	3	2.314	3.251	0.021	2 - 4*
	Grup İçi	508.166	714	0.712			
	Toplam	515.107	717				
Yöneltsel Kalite	Gruplar Arası	8.419	3	2.806	2.804	0.039	1 - 4*
	Grup İçi	714.486	714	1.001			
	Toplam	722.905	717				

\*Anlamlılık  $p < 0.05$ , 1 =Lise Mezunlu, 2 =Ön lisans, 3=Lisans, 4 =Lisansüstü

Yansıtıcılık ve yönetsel kalite boyutlarına ait ifadelere katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma görülmüş olup anlamlı farklılaşmanın hangi eğitim düzeylerinde olduğunu belirlemek için post/hoc analizlerinden Tukey testi yapılmıştır. Buna göre yansıtıcılık ölçeğine katılım düzeyinde ön lisans mezunları ile lisansüstü mezunları arasında bir farklılık tespit edilmiştir. Ön lisans mezunlarının yansıtıcılık boyutu ( $x=3.845 \sim s.s.=0.924$ ) ifadelerine katılım düzeyleri lisansüstü mezunlarından ( $x=4.150 \sim s.s.=0.855$ ) daha düşük olduğu görülmüştür. Buna

göre lisansüstü mezunlarının yansıtıcılık algı düzeyleri ön lisans mezunlarından daha yüksektir. Yönetmelik boyutuna ait ifadelerle katılım düzeyi incelendiğinde lise mezunlarının ( $x=3.747 \sim s.s.=0.963$ ) lisansüstü mezunlarından ( $x=3.387 \sim s.s.=1.004$ ) daha yüksek düzeyde ifadelerle katılım sağladıkları tespit edilmiştir. Buna göre lise mezunu sağlık çalışanları kurumlarının esas hizmetlerini destekleyici nitelikte olan yardımcı idari hizmetler ile kurumun yönetmelik işleyişini lisansüstü eğitim almış çalışanlardan daha başarılı bulmaktadır. Elde edilen bu bulgulara göre *'H<sub>0</sub>: Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri değişkenine göre hasta güvenliği kültürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.'* hipotezi kabul edilmiştir.

Bu araştırmaya Türkiye'nin 7 coğrafi bölgesinde görev yapan sağlık çalışanları katılım sağlanmıştır. Yansıtıcılık, hasta güvenliği kültürü ve hasta bakım kalitesi ölçeklerine ait ifadelerle katılım düzeylerinde farklılaşma olup olmadığının tespiti için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Çalışmada coğrafi bölge değişkenine ait tek yönlü varyans analiz sonucu Tablo 30'da görülmektedir. Analiz neticesinde ölçek boyutlarına ait ifadelerle katılımda coğrafi bölge düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Anlamlı farklılaşmanın hangi coğrafi bölgelerde çalışan katılımcılar arasında olduğunu belirlemek için post/hoc analizlerinden Tukey testi yapılmıştır. Analiz sonucunda yansıtıcılık boyutundaki ifadelerle Güneydoğu Anadolu Bölgesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ( $x=4.302 \sim s.s.=0.676$ ) diğer bölgelerde görev yapan sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde katılım sağladıkları tespit edilmiştir. Buna göre Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki illerde görevli sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algı düzeyi diğer 6 coğrafi bölgelerde görev yapanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Katılımcıların takım iklimi ölçeklerine yönelik ifadelerle katılım düzeyi incelendiğinde Karadeniz Bölgesinde görevli sağlık çalışanları ( $x=3.420 \sim s.s.=1.116$ ) Marmara, Ege ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalışan sağlık çalışanlarından, sağlık kuruluşlarındaki ekiplerin uyumunun ve performansının daha dü-

şük olduğunu düşünmektedirler. Güvenlik ikliminde hangi gruplar arasında farklılık olduğu incelendiğinde, Güneydoğu Anadolu bölgesindeki katılımcıların ( $x=3.909 \sim s.s.=0.840$ ) Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesindeki katılımcılara göre çalıştıkları sağlık kuruluşunun güvenlik politikalarını daha başarılı buldukları görölmüştür. Stres Algısı ölçeğine yönelik ifadeler incelendiğinde Marmara Bölgesinde çalışanların ( $x=3.879 \sim s.s.=0.710$ ) Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesinde görevli sağlık çalışanlarından daha fazla stres algıladıkları tespit edilmiştir. Ayrıca stres algısında Ege Bölgesindeki katılımcılar ( $x=3.616 \sim s.s.=0.792$ ) İç Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki katılımcılara göre stresi daha fazla algıladıkları görölmüştür.

Tablo 30 Coğrafi bölge değişkenine ilişkin tek yönlü varyans analizi

Coğrafi Bölgeler		KarelerT.	df	K.Ort.	f	p	Anl. Farklılık
Yansıtıcılık	Gruplar Arası	21.206	6	3.534	5.088	.000	7-1,2,3,4,5,6
	Grup İçi	493.902	711	.695			
	Toplam	515.107	717				
Takım İklimi	Gruplar Arası	17.412	6	2.902	3.524	.002	1 – 5 2 – 5 7 – 5
	Grup İçi	585.501	711	.823			
	Toplam	602.912	717				
Güvenlik İklimi	Gruplar Arası	18.149	6	3.025	3.993	.001	3 – 7 4 – 7 5 – 7
	Grup İçi	538.619	711	.758			
	Toplam	556.768	717				
Stres Algısı	Gruplar Arası	57.681	6	9.614	10.967	.000	1 – 3, 4, 5 2 – 4, 5 3 – 4, 5, 7
	Grup İçi	623.248	711	.877			
	Toplam	680.930	717				
Yönetim Algıları	Gruplar Arası	13.851	6	2.308	2.674	.014	1 – 6,7
	Grup İçi	613.780	711	.863			
	Toplam	627.630	717				
Çalışma Koşulları	Gruplar Arası	19.247	6	3.208	3.611	.002	1 – 3, 6, 7
	Grup İçi	631.705	711	.888			
	Toplam	650.952	717				
Yönetmel Kalite	Gruplar Arası	14.584	6	2.431	2.440	.024	1 – 7
	Grup İçi	708.321	711	.996			
	Toplam	722.905	717				

1 =Marmara, 2 =Ege, 3=Akdeniz, 4 =İç Anadolu, 5=Karadeniz, 6=Doğu Anadolu, 7= Güneydoğu

Stres algısına yönelik gruplar arasında bir başka farklılığa göre; Akdeniz Bölgesindeki sağlık çalışanlarının ( $x=3.481 \sim s.s.=0.968$ ) İç Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki katılımcılardan stresi daha fazla algıladıkları ancak ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde görevli çalışanlardan ise daha düşük düzeyde stres algıladıkları tespit edilmiştir. Marmara bölgesinin ( $x=3.812 \sim s.s.=0.714$ ) yönetim algıları ifadelerine katılım düzeyi Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden daha yüksektir. Buna göre Marmara bölgesinde görev yapan sağlık çalışanları sağlık kuruluşunun yönetim işleyiş ve organizasyonunu Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde görev yapanlara göre daha başarılı bulmaktadır. Çalışma koşulları ifadelerine Marmara Bölgesinde ( $x=3.833 \sim s.s.=0.718$ ) görevli sağlık çalışanlarının katılımları Akdeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalışanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre sağlık kuruluşunun çalışma koşullarını Marmara Bölgesinde görev yapan sağlık alışanları Akdeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışanlara göre daha başarılı olduğunu düşünmektedir. Yönetmel kalite algısına yönelik ifadelerle katılım düzeyini incelediğinde Marmara Bölgesi alışanları ( $x=3.806 \sim s.s.=0.819$ ) Güneydoğu Anadolu Bölgesi çalışanlarına göre kurumlarının daha iyi yönetildiğini ve yardımcı idari hizmet birimlerinin işleyişinin daha başarılı olduğunu düşünmektedirler. Analiz sonucunda iş tatmini, bireylerarası kalite, teknik kalite ve çevresel kalite boyutlarında anlamlı düzeyde bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Bu bulgulara göre *'H5: Sağlık alışanlarının coğrafi bölgeler değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.'* hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 31 Çalışma sektörü değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi analizi

Çalışma Sektör		N (Sayı)	X (Ort.)	Ss ( $\pm$ )	Sh	t	p
Yansıtıcılık	Kamu	407	4.1038	.78890	.03910	5.701	0.00
	Özel	311	3.7476	.87999	.04990		
Takım İklimi	Kamu	407	3.8305	.89420	.04432	4.092	0.00
	Özel	311	3.5509	.92370	.05238		
Güvenlik İklimi	Kamu	407	3.7813	.84247	.04176	3.540	0.00
	Özel	311	3.5482	.91409	.05183		
Stres Algısı	Kamu	407	3.7377	.88944	.04409	5.622	0.00
	Özel	311	3.3336	1.03324	.05859		
Bireylerarası Kalite	Kamu	407	3.8067	.88365	.04380	2.833	0.05
	Özel	311	3.6066	1.00392	.05693		
Teknik Kalite	Kamu	407	3.7580	.84739	.04200	2.490	0.013
	Özel	311	3.5957	.88871	.05039		

Çalışmada yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği kültürü ölçeklerine katılım düzeylerinde çalışma sektörü değişkenine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz neticesinde istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılaşma gösteren boyutlar tabloda gösterilmiştir. Kamu ve özel sektörden katılımcılar arasında farklılığın yönünü tespit edebilmek için değişkenlerin ortalama değerlerine bakılmıştır. Buna göre kamu sektöründe görev yapan sağlık çalışanlarının yansıtıcılık, takım iklimi, güvenlik iklimi, stres algısı, bireylerarası kalite ve teknik kalite boyutlarındaki ifadelerle katılım düzeyleri özel sektörde çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bir başka ifade ile kamu sektöründe görevli sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısı özel sektöre göre daha yüksektir. Ayrıca kamu çalışanları kurumlarındaki takım iklim düzeyini ve kurumun güvenlik ile ilgili politi-

calarını özel sektörde çalışanlara göre daha iyi düzeyde olduğunu düşünmektedir. Kamu çalışanları hem ekiplerinin hasta ile bireylerarası ilişki düzeyini hem de kurumda verilen sağlık hizmetinin niceliğini özel sektöre göre daha başarılı bulurken daha fazla stres algıladıkları tespit edilmiştir. Çalışma sektörü değişkenine göre yapılan analizde ayrıca; iş tatmini ( $t=-0.933 \sim p=0.351$ ), yönetim algıları ( $t=-0.890 \sim p=0.374$ ), çalışma koşulları ( $t=-0.228 \sim p=0.819$ ), çevresel kalite ( $t=0.962 \sim p=0.337$ ) ve yönetsel kalite ( $t=0.399 \sim p=0.690$ ) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Bu analiz sonuçlarına göre *'H5d: Sağlık çalışanlarının çalışma sektörü değişkenine göre hasta güvenliği kültürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.'* hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 32'de meslek değişkenine ait tek yönlü varyans analiz sonuçları görülmektedir. Buna göre sağlık kurumlarında farklı meslek gruplarına mensup çalışanların; yansıtıcılık, hasta güvenliği kültürü ve hasta bakım kalitesine ait ifadelerle katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Anlamlı farklılaşmanın hangi meslek gruplarında olduğunu belirlemek için post/hoc analizlerinden Tukey testi yapılmıştır. Yapılan analiz neticesinde güvenlik iklimi boyutundaki ifadeleri hastane yöneticilerinin ( $x=4.024 \sim s.s.=0.901$ ) hekimlerden daha yüksek düzeyde onayladıkları görülmüştür. Buna göre hastane yöneticileri kendi kurumlarının güvenlik politika ve uygulamalarını hekimlerden daha başarılı bulmaktadırlar. Hastane yöneticilerinin iş tatmini boyutu ifadelerine katılım düzeyi ( $x=4.000 \sim s.s.=0.949$ ) hekimlerden daha yüksektir. Bir başka ifade ile hastane yöneticileri işlerini ve çalıştıkları kurumu hekimlere göre daha fazla sevdiğini görmektedir. Yönetim algıları boyutunda ise, hastane yöneticilerinin ifadelerle katılım düzeyi ( $x=3.956 \sim s.s.=0.839$ ) diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre yöneticiler hastanenin yönetimini ve güvenlik hizmetlerinin yürütülmesini diğer çalışanlara göre daha başarılı olduğunu düşünmektedirler.



Yönetim algıları boyutu ifadelerine katılımı bir başka farklılık ise, hekimlerin katılımında olduğu tespit edilmiştir. Buna göre hekimler ( $x=3.264 \sim s.s.=1.061$ ) hastanenin yönetim düzeyini hemşire ve hasta bakıcılardan daha az düzeyde başarılı bulmaktadırlar.

*Tablo 32 Meslek değişkenine ilişkin tek yönlü varyans analizi*

Meslek		KarelerT.	df	K.Ort.	F	P	Anl. Farklılık
Güvenlik İklimi	Gruplar Arası	12.017	4	3.004	3.932	.004	1 - 2
	Grup İçi	544.751	713	.764			
	Toplam	556.768	717				
İş Tatmini	Gruplar Arası	10.678	4	2.669	3.245	.012	1 - 2
	Grup İçi	586.489	713	.823			
	Toplam	597.166	717				
Yönetim Algıları	Gruplar Arası	22.244	4	5.561	6.550	.000	1 - 5 2 - 3, 4
	Grup İçi	605.386	713	.849			
	Toplam	627.630	717				
Çalışma Koşulları	Gruplar Arası	14.610	4	3.653	4.093	.003	1 - 2, 5
	Grup İçi	636.341	713	.892			
	Toplam	650.952	717				
Çevresel Kalite	Gruplar Arası	12.896	4	3.224	3.425	.009	1 - 2
	Grup İçi	671.097	713	.941			
	Toplam	683.993	717				
Yönetsel Kalite	Gruplar Arası	14.427	4	3.607	3.630	.006	1 - 2
	Grup İçi	708.478	713	.994			
	Toplam	722.905	717				

*1=Hastane Yöneticisi, 2=Hekim, 3=Hemşire, 4=Hastabakıcı, 5=Diğer Sağlık Çalışanı*

Çalışma koşullarına yönelik ifadelerle katılım düzeyleri incelendiğinde hastane yöneticilerinin ( $x=3.889 \sim s.s.=0.925$ ) hekim ve

diğer sağlık çalışanına göre daha yüksek katılım sağlamıştır. Buna göre hastane yöneticileri kendi kuruluşlarının sunmuş olduğu çalışma koşullarını hekim ve diğer sağlık çalışanlarından daha iyi olduğunu düşünmektedir. Hastane yöneticileri hastanenin çevresel kalite (aydınlatma, iklimlendirme, çevresel düzenleme vb.) düzeyini ( $x=3.980 \sim s.s.=0.828$ ) hekimlerden daha başarılı bulmaktadırlar. Analiz sonucunda hastane yöneticilerinin kurumun yönetsel kalite düzeyini ( $x=3.846 \sim s.s.=0.922$ ) hekimlerden daha iyi olduğunu düşündüğu tespit edilmiştir. Çalışmada meslek değişkenine göre yansıtıcılık, takım iklimi, stres algısı, bireylerarası kalite ve teknik kalite boyutlarında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Elde edilen bulgulara göre **'H5e: Sağlık alışanlarının meslek değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.'** hipotezi kabul edilmiştir.

Ekip üyesi ve ekip sorumlusu değişkenine göre sağlık çalışanlarının çalışmanın ifadelerine katılım düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olup olmadığının belirlenmesi için bağımsız değişkenler t testi yapılmıştır. Tablo 23'te mesleki pozisyon değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonucu görülmektedir. Takım iklimi ve stres algısı boyutlarında çalışma pozisyonu değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre ekip sorumlularının hem takım iklimi boyutu hem de stres algısı boyutu ifadelerine katılım düzeyleri ekip üyelerinden daha yüksektir. Buna göre ekip sorumluları hastanede birlikte çalıştıkları takımların içerisindeki uyumu ve çalışanların birbirine olan destek düzeyini ekip üyelerine göre daha başarılı bulmaktadırlar. Mesleki pozisyona göre anlamlı düzeyde çıkan diğer farklılık ise stres algılarıdır. Ekip sorumluları sağlık kuruluşunda yapmış oldukları işlerde ekip üyelerine göre stresi daha fazla yaşadıklarını düşünmektedirler. Mesleki pozisyon değişkenine göre yansıtıcılık ( $t=-0.290 \sim p=0.772$ ), güvenlik iklimi ( $t=-1.398 \sim p=0.163$ ), iş tatmini ( $t=-0.224 \sim p=0.823$ ), yönetim algısı ( $t=-0.344 \sim p=0.731$ ), çalışma koşulları ( $t=-0.739 \sim p=0.460$ ), bireylerarası kalite ( $t=-1.333 \sim p=0.183$ ), teknik ka-

lite ( $t=-1.235 \sim p=0.217$ ), çevresel kalite ( $t=0.260 \sim p=0.979$ ) ve yönetsel kalite ( $t=-0.362 \sim p=0.718$ ) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Elde edilen bu bulgulara göre '**H5f: Sağlık çalışanlarının mesleki pozisyon değişkenine göre hasta güvenliği kültürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.**' hipotezi kabul edilmiştir.

*Tablo 33 Mesleki pozisyon değişkenine göre bağımsız örneklem t-testi analizi*

Çalışma Pozisyonu		N (Sayı)	X (Ort.)	Ss ( $\pm$ )	Sh	t	p
Takım İklimi	Ekip Üyesi	532	3.6629	.91784	.03979	-2.303	0.22
	Ekip Sorumlusu	186	3.8423	.90390	.06628		
Stres Algısı	Ekip Üyesi	532	3.4873	1.00209	.04345	-3.532	0.00
	Ekip Sorumlusu	186	3.7782	.85752	.06288		

Sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe değişkenine ait tek yönlü varyans analiz sonucu Tablo 34'te görülmektedir.

Tablo 34 Mesleki kıdem değişkenine ilişkin tek yönlü varyans analizi

Mesleki Kıdem		KarelerT.	df	K.Ort.	f	p	Anl. Farklılık
Stres Algısı	Gruplar Arası	10.276	4	2.569	2.731	.028	1 - 5
	Grup İçi	670.654	713	.941			
	Toplam	680.930	717				
Yönetim Algıları	Gruplar Arası	12.855	4	3.214	3.727	.005	5 - 1, 2, 3
	Grup İçi	614.775	713	.862			
	Toplam	627.630	717				
Çalışma Koşulları	Gruplar Arası	17.278	4	4.319	4.860	.001	5 - 1, 2, 3 2 - 4
	Grup İçi	633.674	713	.889			
	Toplam	650.952	717				

1=0-3 yıl, 2=4-7 yıl, 3= 8-11 yıl, 4= 12-15 yıl ve 5= 16 yıl ve üzeri kıdem

Sağlık çalışanlarının mesleki kıdem değişkenine göre yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta bakım kültürü ölççeklerine ait ifadelere katılım düzeylerinde stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşulları boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Farklılığın hangi boyutlar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz neticesinde; stres algısı boyutunda 0-3 yıl kıdemi olan çalışanların ( $x=3.376 \sim s.s.=1.091$ ) 16 yıl ve üzeri çalışanlardan stresi daha fazla algıladıkları tespit edilmiştir. Bir başka deyişle kıdem arttıkça iş yerinde duyulan stres algısında azalma yaşanmaktadır. Yönetim algıları boyutuna yönelik ifadele-re 16 yıl ve üzerinde kıdemi olan sağlık çalışanlarının ( $x=3.316 \sim s.s.=1.085$ ) 0-3yıl, 4-7 yıl ve 8-11 yıl arasında kıdeme sahip olanlardan daha düşük düzeyde katılım sağladıkları tespit edilmiştir. Buna göre sağlık kuruluşunda görev yapan en tecrübeli sağlık çalışanları kurumun yönetsel işleyiş ve organizasyonunu kıdemi daha az olanlardan başarısız bulmaktadır. Çalışma koşulları boyutunda ise 16 yıl ve üzerinde kıdemi olanların ( $x=3.144 \sim s.s.=1.050$ )

sırasıyla 0-3 yıl, 4-7 yıl ve 8-11 yıl arasında kıdeme sahip olanlardan düşük düzeyde katılım sağlamıştır. En kıdemli sağlık çalışanları kıdemi daha az olanlara göre sağlık kuruluşunun çalışma koşullarını yeterli düzeyde görmemektedir. Ayrıca yine çalışma koşulları boyutu incelendiğinde 4-7 yıl kıdemi olanların ( $x=3.673 \sim s.s.=0.848$ ) 12-15 yıl kıdemi olan çalışanlardan kurumun çalışma şartlarının istatistiksel olarak daha iyi düzeyde olduğunu düşünmektedir. Analiz neticesinde; katılımcıların ölçek ifadelerine katılım düzeyleri arasında mesleki kıdem değişkenine göre diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Buna göre  *$H_{5f}$ : Sağlık çalışanlarının mesleki kıdem değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.* hipotezi kabul edilmiştir.

#### 4.3. Araştırma Modellerinin Process Makro ile Analizi

Bu çalışmada genel olarak hasta güvenliği kùltürüne ait 6 bağımsız değişkenin (takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algısı, çalışma koşulları) ve hasta bakım kalitesine ait 4 bağımlı değişkenle (bireylerarası kalite, teknik kalite, çevresel kalite, yönetsel kalite) ilişkisini ve yansıtıcılık değişkeninin bu ilişkide aracılık rolü ile doğrudan etkisi incelenmiştir. Bu amaçla çalışmada 24 araştırma modeli geliştirilerek 4 temel hipotez ile 58 alt hipotez test edilmiştir.

Aracı değişken, araştırmada bağımlı değişken ve bağımsız değişken etkileşiminde, ilişkinin tanımlanmasını sağlayan müdahaleci (mediatör) değişken olarak ifade edilebilir (Hayes, 2013:92). Baron ve Kenny, bir araştırmada aracı değişkenli bir model oluşturulabilmesi için, bazı koşulların oluşması gerektiğini bildirir. Bu koşullar; bağımsız değişkenin (hasta güvenliği kùltürü) bağımlı değişken (hasta bakım kalitesi) üzerinde bir etkisinin olması, bağımsız değişkenin (hasta güvenliği kùltürü) aracı değişken (yansıtıcılık) üzerinde etkisi olması, oluşturulan modelde tüm değişkenler birlikte analiz edildiğinde yani aracı değişken (yansıtıcılık) modele

dahil edildiğinde bağımsız değişkenin (hasta güvenliği kùltürü) bağımlı değişken (hasta bakım kalitesi) üzerindeki etki düzeyinde bir değişiklik oluşurken, aracı değişkenin de (yansıtıcılık) bağımlı değişken üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturması beklenmektedir (Baron ve Kenny, 1986:1176).

Analiz sonucunda elde edilen aracılık düzeyi incelendiğinde; güçlü bir aracılık etkisinden söz edebilmek için bağımsız değişkene (hasta güvenliği kùltürü) ait önceden olan etkinin ortadan kalkması gerekmektedir. Bu durum tam aracılık etkisi olarak ifade edilmektedir. Kısmı aracılık etkisi olarak ifade edilen durum ise; önceden var olan bağımsız değişken (hasta güvenliği kùltürü) etkisinde anlamlı düzeyde bir azalma oluşması halidir. Kısmı aracılık etkisi söz konusu olduğunda aracı etkinin yanında başka faktörlerin var olabileceğinden bahsedilebilir (Baron ve Kenny, 1986:1176).

Bu çalışmada hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla bootstrap metodunu esas alan regresyon analizi yapılmıştır. Bootstrap yöntemi, araştırma veri setindeki gözlem datalarını tekrar ederek, birbirlerinden değişik yeni bir veri seti meydana getirir ve oluşan bu yeni veri setinde analizler yapılır. Bu metod ile birlikte dağılım düzeylerinde oluşabilecek yanlılık ve çarpıklıklar onarılarak güvenilirlik düzeyi artırılır (Gürbüz, 2019:56). Bootstrap metodu ile yapılan aracılık testlerinde, hipotezlerin kabul edilebilmesi için analiz sonuçlarının %95 güven aralığındaki değerlerin sıfır (0) içermemesi gerekmektedir (Gürbüz, 2019:65; MacKinnon vd., 2004:102).

Bu çalışmada oluşturulan 24 araştırma modeli, Hayes'in (2013) geliştirdiği Model 4 ile process makro analizi kullanılarak test edilmiştir (<http://www.processmacro.org/download.htm>). Yapılan analizlerde, Bootstrap tekniği ile 5000 adet yeniden örnekleme ve hipotezlerin kabul edilebilmesi için %95 güven aralığı sečenekleri tercih edilmiştir.

**Tablo 35 Takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model1)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95%ULCI	
<b>Takım İklimi=&gt; B.Kalite</b>	0.6499	0.0297	0.000	0.5915	0.7083	
R <sup>2</sup> =0.4000, F= (477.381), p<0.00						
<b>Takım İklimi=&gt; Yansıtıcı</b>	0.5561	0.0276	0.000	0.5020	0.6103	
R <sup>2</sup> =0.3620, F= (406.260), p<0.00						
<b>Takım=&gt; Yan =&gt;B. Kal</b>	0.1931	0.0397	0.000	0.1152	0.2710	
<b>Yan=&gt;B.Kal</b>	<b>Takım=&gt;B. Kal</b>	0.5425	0.0367	0.000	0.4705	0.6145
R <sup>2</sup> =0.4193, F= (258.108), p<0.00						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 36 Model 1 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6499	0.0297	0.5915	0.7083
Direkt Etki	0.5425	0.0367	0.4705	0.6145
Endirekt Etki	0.1074	0.0299	0.0536	0.1712

*Not:Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırmada ileri sürülen hipotezlerin sınanması ve çalışmanın ana konusunu oluşturan takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını test etmek için araştırma modeli 1 tablosu incelenmiş ve Baron ve Kenny'in aracılık şartlarının gerçekleştiği tespit edilmiştir. Aracılık etkisinin 1. şartı olan bağımsız değişken (Takım İklimi) ile aracı değişken (Yansıtıcılık) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin olması koşulu karşılanmıştır ( $\beta=0.5561$ ,  $F=406.260$ ,  $p<0.00$ ). Bu etki, takım

ikliminin yansıtıcılık boyutu üzerindeki değişimin ( $R^2=0.3620$ ) %36'sını açıklamaktadır. Buna göre ' $H_{1a}$ : *Takım iklimi yansıtıcılığı pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Aracılık etkisinde, bağımsız değişkenin (Takım İklimi) bağımlı değişken (Bireylerarası Kalite) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmalı koşulu sağlanmaktadır ( $\beta=0.6499$ ,  $F=477.381$ ,  $p<0.00$ ). Ayrıca bu etki, takım ikliminin bireylerarası kalite boyutu üzerindeki değişimin ( $R^2=0.4000$ ) %40'ını açıklamaktadır. Elde edilen bu sonuca göre ' $H_{2a1}$ : *Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Aracılık etkisinin 3.koşulu olan, bağımsız değişken (takım iklimi) ile aracı değişkenin (yansıtıcılık) modele dahil edilerek bağımlı değişken (bireylerarası kalite) üzerinde etkisi açıklanmaya çalışılmıştır. Buna göre; model bir bütün halinde uygulandığında yansıtıcılığın bireylerarası kalite boyutunu ( $\beta=0.1931$ ) ve takım ikliminin de bireylerarası kaliteyi ( $\beta=0.5425$ ) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ( $F= (258.108, p<0.00)$ ) düzeyde etkilediği görülmüştür. Buna göre, ' $H_{3a}$ : *Yansıtıcılık bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Aracılık etkisinin olup olmadığının tespitinde, 2.adımdaki anlamlı etkinin anlamsız etkiye (tam aracılık) veya anlamlı etki düzeyinin azalması (kısmı aracılık) aracı etkinin varlığı hususunda bizlere ipucu vermektedir. Araştırma modeli 1 etki düzeyleri tablosu incelendiğinde, eğer aracı değişken olmasaydı takım iklimi boyutunun bireylerarası kalite boyutuna doğrudan etkisi  $\beta=0.6499$ 'luk olacaktı. Aracı değişken modele dahil edildiğinde  $\beta=0.6499$ 'luk doğrudan etkinin  $\beta=0.5425$ 'e düştüğü görülmüştür (LLCI=0.4705- ULCI=06145). Hayes (2013:108)'e göre; bir etki düzeyinin anlamlı olup olmadığını belirlemek için herhangi bir p değerini kullanmak yerine aralık içerisinde 0 (sıfır) sayısının bulunmadığı bir güven aralığı tercih edilmelidir. Buna göre araştırma modeli 1'de güven aralıkları tüm etki düzeylerinde (LLCI ve ULCI) sıfır değerini içermediği için anlamlıdır. Etki katsayısının 0.6499'dan 0.5425'e düşmesi ile takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.1074$ ) rolü taşıdığı



tespit edilmiş olup, bu aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre  $H_{4a1}$ : *Takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır* hipotezi kabul edilmiştir.

*Tablo 37 Güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model2)*

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95%ULCI	
Güvenlik => B.Kalite	0.7702	0.0277	0.000	0.7158	0.8246	
R <sup>2</sup> =0.5189, F= 772.330, p < 0.000						
Güvenlik => Yansıtıcı	0.5781	0.0287	0.000	0.5217	0.6345	
R <sup>2</sup> =0.3612, F= 404.835, p < 0.000						
Güv=> Yan=>B.Kal	Yan =>B. Kal	0.1017	0.0359	0.000	0.0312	0.1721
	Güv => B.Kal	0.7115	0.0345	0.000	0.6437	0.7792
R <sup>2</sup> =0.5243, F= 393.973, p < 0.000						

*Not:Bootstrap Yöntemi sayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

*Tablo 38 Model 2 etki düzeyleri*

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7702	0.0277	0.8246	0.7204
Direkt Etki	0.7115	0.0258	0.0094	0.1095
Endirekt Etki	0.0588	0.0242	0.0086	0.1027

*Not:Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırmada ileri sürülen hipotezlerin test edilmesi ve esas araştırma konusu olan güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucu model 2’de gösterilmiştir. Model 2 incelendiğinde, güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.7702$  düzeyin-

de anlamlı ( $F= 772.330$ ,  $p < 0.00$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin ( $R^2=0.5189$ ) %52 varyansı açıkladığı görülmektedir. Bu bulguya göre ' $H_{2b1}$  *Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Güvenlik iklimi yansıtıcılığı istatistiksel olarak anlamlı ( $F=404.835$ ,  $p<0.00$ ) ve pozitif ( $\beta=0.5781$ ) olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu etki yansıtıcılık boyutundaki bu değişimin ( $R^2=0.3612$ ) %36'sını açıklamaktadır. Buna göre; ' $H_{1b}$  *Güvenlik iklimi yansıtıcılığı pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Aracı etkinin olup olmadığının tespiti için model bir bütün olarak uygulandığında; yansıtıcılık bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.1017$  değerinde anlamlı düzeyde etkilediği görülmektedir. Aynı şekilde güvenlik iklimi bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.7115$  düzeyinde etkilemektedir. Oluşturulan bu model istatistiksel olarak anlamlı ( $F=393.973$ ,  $p<0.00$ ) ayrıca toplam etki bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5243$ ) %52'sini açıklamaktadır. Model 2 bir bütün olarak uygulandığında etki katsayısının  $\beta=0.7702$ 'den  $\beta=0.7115$ 'e düşerek güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık ( $\beta=0.0588$ ,  $LLCI=0.0086$ - $ULCI=0.1027$ ) rolü taşıdığı bulunmuştur. Buna göre; ' $H4a2$ : *Güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 39 İş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 3)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	p	95% LLCI	95% ULCI	
İş Tatmini => B.Kalite	0.7077	0.0281	0.000	0.6526	0.7629	
R <sup>2</sup> =0.4699, F= 634.734, p < 0.000						
İş Tatmini => Yansıtıcı	0.4994	0.0293	0.000	0.4420	0.5569	
R <sup>2</sup> =0.2891, F= 291.239, p < 0.000						
İş T. =>Yan=>B.Kal	Yan=> B.Kal	0.1919	0.0352	0.000	0.1229	0.2610
	İş T.=> B.Kal	0.6119	0.0247	0.000	0.0479	0.1448
R <sup>2</sup> =0.4911, F= 345.140, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 40 Model 3 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7077	0.0281	0.6526	0.7629
Direkt Etki	0.6119	0.0327	0.5477	0.6760
Endirekt Etki	0.0959	0.0247	0.0479	0.1448

*Not:Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırmanın asıl çalışma konusu olan iş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinin olup olmadığının ve ileri sürülen hipotezlerin test edilmesi için oluşturulan model, değişkenlerin (bağımlı, bağımsız ve aracı) birbirleriyle ayrı ayrı ve toplu etkileşimi Tablo 39'da gösterilmiştir. İş tatmini bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.7077$  düzeyinde pozitif olarak etkilemektedir. Bu etkileşim bireylerarası kalitede değişimin (R<sup>2</sup>=0.4699) %47'sini açık-

lamaktadır. Bu bulguya göre  $H_{2el}$ : *İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi kabul edilmiştir. İş tatmini ayrıca yansıtıcılığı  $\beta=0.4994$  düzeyinde pozitif olarak etkilemektedir ve bu etkileşim yansıtıcılık boyutundaki değişimin ( $R^2=0.2891$ ) %29'unu açıklamaktadır. Bu sonuca göre  $H_{1c}$ : *İş tatmini yansıtıcılığı pozitif etkiler* hipotezi kabul edilmiştir. Model 3 yani bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenin tümünün birbirleriyle etkileşimi incelendiğinde; yansıtıcılığın bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.1919$  düzeyinde ayrıca iş tatmininin bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.6119$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Toplu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4911$ ) %49'unu açıklamaktadır. Model 3 uygulandığında etki katsayısının  $\beta=0.7077$ 'den  $\beta=0.6119$ 'a kadar düştüğü görülmüş olup, etki düzeyinde görülen bu azalma, iş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0959$ , LLCI=0.0479-ULCI=0.1448) rolü taşıdığını göstermektedir. Elde edilen bu bulgular ışığında  $H4a3$ : *İş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi kabul edilmiştir.

*Tablo 41 Stres algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 4)*

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	p	95% LLCI	95% ULCI	
Stres Algısı => B.Kalite	0.3552	0.336	0.000	0.2892	0.4212	
$R^2=0.1350$ , $F= 111.698$ , $p < 0.000$						
Stres Algısı => Yansıtıcı	0.2591	0.0310	0.000	0.1981	0.3200	
$R^2=0.0887$ , $F= 69.701$ , $p < 0.000$						
Stres=> Yan=>B.Kal	Yan=> B.Kal	0.4559	0.0366	0.000	0.3941	0.5377
	Stres=> B.Kal	0.2345	0.0318	0.000	0.1720	0.2969
$R^2=0.2950$ , $F= 149.616$ , $p < 0.000$						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Tablo 42 Model 4 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.3552	0.336	0.2892	0.4212
Direkt Etki	0.2345	0.0318	0.1720	0.2969
Endirekt Etki	0.1207	0.0221	0.0802	0.1707

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Çalışmada ileri sürülen hipotezlerin sınanması ve esas araştırma konusu olan stres algısı boyutunun bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek için model 4 oluşturularak analiz edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 41 ve 42’de gösterilmiştir. Öncelikle stres algısının bireylerarası kaliteye etkilediği ( $\beta=0.3552$ ) ve bu etki düzeyinin pozitif ve anlamlı olduğu görülmektedir ( $F= 111.698, p < 0.000$ ). Bu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.1350$ ) %14’ünü açıklamakta ve bireylerarası değişimin %86’lık kısmında başka değişkenlerin etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre ***H<sub>2a1</sub>: ‘Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi negatif etkiler.’ hipotezi reddedilmiştir.*** Analizde stres algısının yansıtıcılığı pozitif olarak etkilediği ( $\beta=0.3552$ ) ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $F=69.701, p < 0.000$ ). Bu etki bireylerarası kalitede değişimin sadece ( $R^2=0.0887$ ) %9’luk kısmını açıklamaktadır. Buna göre ***H<sub>1d</sub>: ‘Stres algısı yansıtıcılığı negatif etkiler.’ hipotezi reddedilmiştir.*** Model 4 veri seti analizinde bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenlerin tümünün birbirleriyle etkileşimi incelendiğinde; yansıtıcılığın bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.4559$  düzeyinde ayrıca stres algısının bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.2345$  düzeyinde etkilediği görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı ( $F= 149.616, p < 0.000$ ) olan bu toplu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.2950$ ) %30’unu açıklamaktadır. Çalışmanın esas konusunu tespit etmek için Model 4 veri seti toplu uygulandığında etki katsayısının  $\beta=0.3552$ ’den  $\beta=0.2345$ ’e düştüğü ve stres algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın

kısmi aracılık ( $\beta=0.1207$ , LLCI=0.0802-ULCI=0.1707) rolü taşıdığı bulunmuştur. Buna bulguya göre; ' $H_{4a4}$ : *Stres algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' hipotezi kabul edilmiştir.

*Tablo 43 Yönetim algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model5)*

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Yönetim Algısı => B.Kalite	0.7172	0.264	0.000	0.6653	0.7690	
R <sup>2</sup> =0.5071, F= 736.771, p < 0.000						
Yönetim Algısı => Yansıtıcı	0.3527	0.0312	0.000	0.2914	0.4139	
R <sup>2</sup> =0.1515, F= 127.880, p < 0.000						
Yönetim=> Yan=>B.Kal	Yan=> B.Kal	0.2806	0.0299	0.000	0.2219	0.3392
	Yön=> B.Kal	0.6182	0.0271	0.000	0.5650	0.6714
R <sup>2</sup> =0.5612, F= 457.208, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

*Tablo 44 Model 5 etki düzeyleri*

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7172	0.264	0.6653	0.7690
Direkt Etki	0.6182	0.0271	0.5650	0.6714
Endirekt Etki	0.0989	0.0175	0.0676	0.1354

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Yönetim algısı boyutunun bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinin olup olmadığı ve çalışmanın hipotezlerinin test edilmesi için oluşturulan Model 5'e ait sonuçlar Tablo 43 ve 44'te gösterilmiştir. Yönetim algısının bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.7172$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmektedir. Bu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5071$ ) %51'ini açıklamaktadır. Tespit edilen bu sonuca göre ' **$H_{2e1}$ : Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.**' hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca yönetim algısının yansıtıcılık boyutunu  $\beta=0.3527$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu etkide yansıtıcılıktaki değişimin ( $R^2=0.1515$ ) % 15'i açıklanmaktadır. Bu sonuca göre ' **$H_{1e}$ : Yönetim algısı yansıtıcılığı pozitif etkiler.**' hipotezi desteklenmiştir. Model 5'te tüm değişkenler veri setine dahil edildiğinde; yansıtıcılığın bireylerarası kaliteyi pozitif olarak etkilediği ( $\beta=0.2806$ ), ayrıca yönetim algısının da bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.6182$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bu toplu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5612$ ) %56'nı açıklamaktadır. Aracılık rolünün tespiti için oluşturulan Model 5 değişkenleri toplu etkileşime dahil edildiğinde etki katsayısının  $\beta=0.7172$ 'den  $\beta=0.6182$ 'ye düştüğü görülmüş olup, buna göre yönetim algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0989$ , LLCI=0.0676-ULCI=0.1354) rolü taşıdığı tespit edilmiştir. Buna göre; ' **$H_{4a5}$ : Yönetim algularının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.**' hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 45 Çalışma koşullarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 6)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Çalışma Koşulları => B.Kalite	0.7357	0.247	0.000	0.6872	0.7842	
R <sup>2</sup> =0.5535, F= 887.5941, p < 0.000						
Çalışma Koşulları => Yansıtıcı	0.3127	0.0311	0.000	0.2516	0.3738	
R <sup>2</sup> =0.1236, F= 100.953, p < 0.000						
Ç.Koşul= >Yan=>B.Kal	Yan=>B. Kal	0.2915	0.0276	0.000	0.2373	0.3457
	Ç.Koş>= >B.Kal	0.6445	0.0245	0.000	0.5963	0.6927
R <sup>2</sup> =0.6138, F= 568.119, p < 0.000						

*Not: Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 46 Model 6 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7357	0.247	0.6872	0.7842
Direkt Etki	0.6445	0.0245	0.5963	0.6927
Endirekt Etki	0.0912	0.0166	0.0611	0.1254

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırma modeli 6 veri seti ile çalışma koşullarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı ve çalışmanın hipotezleri sınanacaktır. Öncelikle yansıtıcılık boyutu veri setine dahil edilmeden çalışma koşulları boyutunun bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.7357$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bu etki bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5535$ )



%55 'ini açıklamaktadır. Bu bulguya göre ' $H_{2f1}$ : *Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi desteklenmiştir. Çalışma koşulları ile yansıtıcılık boyutları arasındaki doğrudan ilişkide; çalışma koşullarının yansıtıcılığı  $\beta=0.3127$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu etkinin yansıtıcılıktaki değişimin ( $R^2=0.1236$ ) %12 'ini açıkladığı görülmektedir. Elde edilen bu sonuca göre ' $H_{1f}$ : *Çalışma koşulları yansıtıcılığı pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Çalışmanın esas konusunu oluşturan aracılık etkisinin olup olmadığını test etmek için Model 6'ya ait veri setine tüm değişkenler dahil edilerek analiz yapılmıştır. Toplu etkileşimde yansıtıcılık bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.2915$  düzeyinde ve çalışma koşulları ise bireylerarası kaliteyi  $\beta=0.6445$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bu toplu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.6138$ ) %61'ini açıklamaktadır. Model 6 uygulandığında etki katsayısının  $\beta=0.7357$ 'den  $\beta=0.6445$ 'e düştüğü görülmüş ve çalışma koşullarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0912$ , LLCI=0.0611-ULCI=0.1254) rolü olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya göre ' $H_{4a6}$ : *Çalışma koşullarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 47 Takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılık aracılık rolü (Model 7)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
<b>Takım İklimi =&gt; Teknik Kalite</b>	0.6014	0.274	0.000	0.5477	0.6551	
R <sup>2</sup> =0.4030, F= 483.381, p < 0.000						
<b>Takım İklimi =&gt; Yansıtıcı</b>	0.5561	0.0276	0.000	0.5020	0.6103	
R <sup>2</sup> =0.3620, F= 406.260, p < 0.000						
<b>Takım=&gt; Yan=&gt; Tek.K</b>	0.1306	0.0368	0.000	0.0584	0.2027	
<b>Yan=&gt;Tek.K</b>	<b>T a k ı m =</b> <b>&gt;Tek.K</b>	0.5288	0.0340	0.000	0.4621	0.5955
R <sup>2</sup> =0.4134, F= 251.926, p < 0.000						

*Not: Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 48 Model 7 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6014	0.274	0.5477	0.6551
Direkt Etki	0.5288	0.0340	0.4621	0.5955
Endirekt Etki	0.0726	0.0264	0.0232	0.1280

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırmanın bu aşamasında bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlerle etkileşiminde oluşturulan modellerin veri setinden bireylerarası kalite boyutu çıkarılarak teknik kalite bağımlı değişkeni veri setine dahil edilmiştir. Araştırmanın esas konusunu oluşturan takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı ve hipotezleri test etmek için model 7 veri seti oluşturulmuştur. Yapılan analizde takım ikliminin teknik kaliteyi

$\beta=0.6014$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bu etki teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4030$ ) %40'ını açıklamaktadır. Böylece ' $H_{2a2}$ : *Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi desteklenmiştir. Takım ikliminin yansıtıcılığı  $\beta=0.5561$  düzeyinde etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $F= 406.260$ ,  $p < 0.000$ ). Bu pozitif etki yansıtıcılıktaki değişimin ( $R^2=0.3620$ ) %36'sını açıklamaktadır. Aracılık etkisinin olup olmadığını test etmek için model 7'ye ait veri setine diğer değişkenler dahil edilerek analiz devam edilmiştir. Toplu etkileşimde yansıtıcılığın teknik kaliteyi  $\beta=0.1306$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Elde edilen bu bulguya göre ' $H_{3b}$ : *Yansıtıcılık teknik kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca takım iklimi teknik kaliteyi  $\beta=0.5288$  düzeyinde pozitif olarak etkilemektedir. Bu toplu etkileşim teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4134$ ) %41'ini açıklamaktadır. Etki katsayısının  $\beta=0.6014$ 'den  $\beta=0.5288$ 'e düştüğü görülmüş olup, bu bulguya göre takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0726$ , LL-CI=0.0232-ULCI=0.1280) rolü olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; ' $H_{4b1}$ : *Takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' hipotezi desteklenmiştir.

**Tablo 49 Güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 8)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Güvenlik İklimi => Teknik Kalite	0.7041	0.2580	0.000	0.6535	0.7547	
R <sup>2</sup> =0.5102, F= 745.682, p < 0.000						
Güvenlik İklimi => Yansıtıcı	0.5781	0.0287	0.000	0.5217	0.6345	
R <sup>2</sup> =0.3612, F= 404.8354, p < 0.000						
Güvenlik= >Yan=>Tek.K	Yan=> Tek.K	0.0545	0.0335	0.104	-0.0112	0.1203
	Güv=> Tek.K	0.6726	0.0322	0.000	0.6093	0.7358
R <sup>2</sup> =0.5120, F= 375.025, p < 0.000						

*Not: Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 50 Model 8 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7041	0.2580	0.6535	0.7547
Direkt Etki	0.6726	0.0322	0.6093	0.7358
Endirekt Etki	0.0315	0.0226	-0.0136	0.0762

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırma modeli 8 veri seti ile hem araştırmanın hipotezleri hem de çalışmanın esas konusu olan güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı sına-nacaktır. Tablo 49 incelendiğinde güvenlik ikliminin teknik kaliteyi pozitif ( $\beta=0.6014$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F= 745.682, p <0.000). Bu etki, teknik kalitedeki değişimin (R<sup>2</sup>=0.5102) %51'ini açıkla-

maktadır. Elde edilen bu bulguya göre ' $H_{2b2}$ : **Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.**' hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca güvenlik ikliminin yansıtıcılığı pozitif ( $\beta=0.5781$ ) etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $F= 404.8354$ ,  $p < 0.000$ ). Güvenlik ikliminin bu etkisi, yansıtıcılık boyutundaki değişimin ( $R^2=0.3612$ ) %36'sını açıklamaktadır. Veri setine bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler dahil edilerek yapılan analizde, yansıtıcılığın teknik kaliteyi ( $\beta=0.0545$ ) etkilediği ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p =104$ ) tespit edilmiştir. Güvenlik ikliminin teknik kaliteyi pozitif ( $\beta=0.6726$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.000$ ) olduğu görülmüştür. Model 8 etki düzeyleri incelediğinde endirekt etki düzeyinin sıfır (0) değeri aldığı bu nedenle güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığı tespit edilmiştir ( $\beta=0.315$ ,  $LLCI=-0.0136$ - $ULCI=0.0762$ ). Buna göre; ' $H_{4b2}$ : **Güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.**' hipotezi reddedilmiştir.

*Tablo 51 İş tatmininin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 9)*

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
İş Tatmini =>Teknik Kalite	0.6700	0.253	0.000	0.6204	0.7196	
$R^2=0.4955$ , $F= 703.247$ , $p < 0.000$						
İş Tatmini => Yansıtıcı	0.4994	0.0293	0.000	0.4420	0.5569	
$R^2=0.2891$ , $F= 291.239$ , $p < 0.000$						
İş Tat=> Yan=>Tek.K	Yan=> Tek.K	0.1222	0.0320	0.001	0.0594	0.1849
	İş T=> Tek.K	0.6090	0.0297	0.000	0.5507	0.6673
$R^2=0.5056$ , $F= 365.610$ , $p < 0.000$						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Tablo 52 Model 9 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6700	0.253	0.6204	0.7196
Direkt Etki	0.6090	0.0297	0.5507	0.6673
Endirekt Etki	0.0610	0.0222	0.0176	0.1055

Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.

İş tatmininin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını ve geliştirilen hipotezleri test etmek için model 9 veri seti oluşturularak analizler yapılmıştır. Tablo 51 incelendiğinde iş tatmininin teknik kaliteyi pozitif olarak anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür ( $\beta=0.6700$ ,  $F=703.247$ ,  $p<0.000$ ). İş tatmininin bu etkisi teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4955$ ) %50'ini açıklamaktadır. Bu bulguya göre,  $H_{2c2}$ : *İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi kabul edilmiştir. Analizde iş tatmin düzeyinin yansıtıcılığı  $\beta=0.4994$  düzeyinde etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $F=291.239$ ,  $p<0.000$ ). Aracılık rolünün var olup olmadığını belirlemek için oluşturulan model 9 veri setindeki tüm değişkenler analize dahil edilmiştir. Toplu etkileşimde, yansıtıcılığın teknik kaliteye  $\beta=0.1222$  düzeyinde etki ettiği ayrıca iş tatmininin teknik kaliteye  $\beta=0.6090$  düzeyinde etki ettiği tespit edilmiştir. Bu toplu etkileşim teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5056$ ) %51'ini açıklamaktadır. Model 9 etki düzeyleri incelendiğinde; etki katsayısının  $\beta=0.6700$ 'den  $\beta=0.6090$ 'a düştüğü görülmüştür. Çalışanların iş tatmin düzeyinin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0610$ , LLCI=0.0176-ULCI=0.1055) rolü olduğu görülmüştür. Buna göre;  $H_{4b3}$ : *İş tatmininin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi desteklenmiştir.

**Tablo 53 Stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 10)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
<b>Stres Algısı =&gt; Teknik Kalite</b>	0.3116	0.0312	0.000	0.2503	0.3729	
R <sup>2</sup> =0.1222, F= 99.680, p < 0.000						
<b>Stres Algısı =&gt; Yansıtıcı</b>	0.2591	0.0310	0.000	0.1981	0.3200	
R <sup>2</sup> =0.0887, F= 69.701, p < 0.000						
<b>Stres=&gt; Yan=&gt;Tek.K</b>	<b>Yan=&gt; Tek.K</b>	0.4039	0.0345	0.001	0.3362	0.4715
	<b>Stres=&gt; Tek.K</b>	0.2070	0.0300	0.000	0.1481	0.2658
R <sup>2</sup> =0.2637, F= 128.059 p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 54 Model 10 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.3116	0.0312	0.2503	0.3729
Direkt Etki	0.2070	0.0300	0.1481	0.2658
Endirekt Etki	0.1046	0.0201	0.0674	0.1449

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Çalışmanın esas konusunu oluşturan stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek ve öne sürülen hipotezlerin sınanabilmesi için model 10 veri seti oluşturularak analizler yapılmıştır. Tablo 53 analiz edildiğinde stres algısının teknik kaliteyi  $\beta=0.3116$  düzeyinde pozitif ve anlamlı bir şekilde etkilediği görülmektedir (F= 99.680, p < 0.000). Stres algısının bu etkisi teknik kalitedeki değişimin sadece (R<sup>2</sup>=0.1222) %12'sini açıklamaktadır. Bu sonuca göre;  $H_{2d2}$ : *Stres algısı hasta bakım*

**kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi negatif etkiler.’ hipotezi reddedilmiştir.** Analize devam edildiğinde stres algısının yansıtıcılığı pozitif olarak etkilediği ( $\beta=0.2591$ ) ve oluşan bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $F=69.701$ ,  $p < 0.000$ ). Bu etki yansıtıcılık boyutundaki değişimin ( $R^2=0.0887$ ) %9’unu açıklamaktadır. Model 10 veri analizinde bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenlerin tümünün birbirleriyle etkileşimi incelendiğinde; yansıtıcılığın teknik kaliteyi  $\beta=0.4039$  düzeyinde ayrıca stres algısının teknik kaliteyi  $\beta=0.2070$  düzeyinde etkilediği görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı ( $F= 128.059$   $p < 0.000$ ) olan bu toplu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin ( $R^2=0.2637$ ) %26’sını açıklamaktadır. Model 10 veri analizinde etki katsayısının  $\beta=0.3116$ ’dan  $\beta=0.2070$ ’e düştüğü görülmektedir. Elde edilen bu sonuca göre çalışanların stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık ( $\beta=0.1046$ , LLCI=0.0674-ULCI=0.1449) rolü taşıdığı tespit edilmiştir. **Hipotez; ‘ $H_{4b}$ : Stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.’ kabul edilmiştir.**

*Tablo 55 Yönetim algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 11)*

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Yönetim Algısı=> Teknik Kalite	0.6552	0.0246	0.000	0.6069	0.7035	
$R^2=0.4980$ , $F= 710.320$ , $p < 0.000$						
Yönetim Algısı=> Yansıtıcı	0.3527	0.0312	0.000	0.2914	0.4139	
$R^2=0.1515$ , $F= 127.880$ , $p < 0.000$						
Yön=> Yan=>Tek.K	Yan=> Tek.K	0.2277	0.0282	0.000	0.1723	0.2831
	Yön=> Tek.K	0.5749	0.0256	0.000	0.5247	0.6251
$R^2=0.5399$ , $F= 419.512$ , $p < 0.000$						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*



Tablo 56 Model 11 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6552	0.0246	0.6069	0.7035
Direkt Etki	0.5749	0.0256	0.5247	0.6251
Endirekt Etki	0.0803	0.0162	0.0508	0.1148

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırma hipotezlerinin sınanması ve çalışmanın esas konusu olan yönetim algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını tespit etmek için Model 11 veri seti oluşturularak incelenmiştir. Model 11’de öncelikle değişkenlerin birbirleriyle olan etkileşimi analiz edilmiştir. Yönetim algısı ile teknik kalite arasında pozitif yönlü ( $\beta=0.6552$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $F= 710.320$ ,  $p < 0.000$ ) bir etkinin varlığı tespit edilmiştir. Bu etki düzeyi, teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4980$ ) %50’ini açıklamaktadır. Bu bulgu  $H_{2e2}$ : **Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.’ hipotezini desteklemektedir.** Yönetim algısı ile yansıtıcılık boyutu arasındaki etkileşim incelendiğinde; yönetim algısının yansıtıcılığı pozitif yönlü ( $\beta=0.3527$ ) ve anlamlı ( $F= 127.880$ ,  $p < 0.000$ ) düzeyde etkilediği görülmüştür. Model 11 ile oluşturulan veri setindeki tüm değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi analize dahil edilmiştir. Buna göre; yansıtıcılık teknik kaliteyi  $\beta=0.2277$  düzeyinde pozitif olarak etkilemekte, ayrıca yönetim algısı da teknik kaliteye  $\beta=0.5749$  düzeyinde pozitif etki etmektedir. Toplu etkileşimdeki etki düzeyleri teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5399$ ) %54’ünü açıklamaktadır. Model 11 veri setindeki bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler analize dahil edildiğinde etki katsayısının  $\beta=0.6552$ ’den  $\beta=0.5749$ ’a düştüğü görülmüştür. Bu sonuca göre yönetim algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık ( $\beta=0.0803$ , LLCI=0.0508-ULCI=0.1448) rolü taşıdığı bulgulanmıştır. Buna göre;  $H_{4b5}$ : **Yönetim algularının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır. hipotezi desteklenmiştir.**

**Tablo 57 Çalışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 12)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Çalışma Koşulları=> Teknik Kalite	0.6478	0.0240	0.000	0.6008	0.6949	
R <sup>2</sup> =0.5050, F= 730.380, p < 0.000						
Çalışma Koşulları=> Yansıtıcı	0.3127	0.0311	0.000	0.2516	0.3738	
R <sup>2</sup> =0.1236, F= 100.953, p < 0.000						
Çal=> Yan=>Tek.K	Yan=> Tek.K	0.2496	0.0273	0.000	0.1961	0.3031
	Çal=> Tek.K	0.5698	0.0242	0.000	0.5222	0.6174
R <sup>2</sup> =0.5570, F= 449.417, p < 0.000						

*Not: Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 58 Model 12 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6478	0.0240	0.6008	0.6949
Direkt Etki	0.5698	0.0242	0.5222	0.6174
Endirekt Etki	0.0781	0.0153	0.0507	0.1107

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırma modeli 12'de çalışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını belirlemek ayrıca çalışmanın hipotezlerini test etmek için veri seti oluşturulmuş ve elde edilen sonuçlar Tablo 57 ve 58'de gösterilmiştir. Analizde çalışma koşullarının teknik kalite ile etkileşimi incelendiğinde, çalışma koşulları bağımsız değişkeninin teknik kalite bağımlı değişkenini  $\beta=0.6478$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür.

Etki teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5050$ ) %51'ini açıklamaktadır. Bu bulguya göre  $H_{22}$ : *Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi kabul edilmiştir. Çalışma koşulları bağımsız değişkeninin aracı değişken olan yansıtıcılığı  $\beta=0.3127$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Model 12 veri setindeki bağımsız, bağımlı ve aracı değişkenlerin tümü birlikte analize dahil edildiğinde, yansıtıcılığın teknik kaliteyi  $\beta=0.2496$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ayrıca çalışma koşullarının da teknik kaliteyi  $\beta=0.5698$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Toplu etkileşim teknik kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5570$ ) %56'sını açıklamaktadır. Model 12 etki düzeyleri incelendiğinde etki katsayısının  $\beta =0.6478$ 'den  $\beta =0.5698$ 'e düştüğü görülmektedir. Etki katsayısındaki bu azalma çalışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık etkisinin ( $\beta=0.0781$ , LLCI=0.0508-ULCI=0.1448) olduğunu göstermektedir. Buna sonuca göre;  $H_{46}$ : *Çalışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 59 Takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 13)

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Takım İklimi => Çevresel Kalite	0.5308	0.0345	0.000	0.4631	0.5986	
$R^2=0.2484$ , $F= 236.620$ , $p < 0.000$						
Takım İklimi=> Yansıtıcı	0.5561	0.0276	0.000	0.5020	0.6103	
$R^2=0.3620$ , $F= 406.262$ , $p < 0.000$						
Takım=> Yan=>Çev.K	Yan=> Çev.K	0.1458	0.0465	0.000	0.545	0.2370
	Takım=> Çev.K	0.4498	0.0429	0.000	0.3655	0.5341
$R^2=0.2586$ , $F= 124.693$ , $p < 0.000$						

Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.

Tablo 60 Model 13 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.5308	0.0345	0.4631	0.5986
Direkt Etki	0.4498	0.0429	0.3655	0.5341
Endirekt Etki	0.0811	0.0327	0.0188	0.1477

Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.

Araştırmada oluşturulan modellerin veri setinden teknik kalite çıkarılarak yerine çevresel kalite bağımlı değişkeni dahil edilmiştir. Çalışmanın esas konusu olan takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını tespit etmek ve geliştirilen hipotezleri sınamak için Model 13 veri seti oluşturularak analiz edilmiştir. Model 13’de öncelikle değişkenlerin birbirleriyle olan doğrudan etkileşimi incelenmiştir. Analiz neticesine göre takım iklimi ile çevresel kalite arasında pozitif yönlü ( $\beta=0.5308$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $F= 236.620$ ,  $p < 0.000$ ) bir etkinin varlığı tespit edilmiştir. Bu etki düzeyi, çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.2484$ ) %25’ini açıklamaktadır. Elde edilen bulguya göre  $H_{2n4}$ : **Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.’ hipotezi kabul edilmiştir.** Takım iklimi ile yansıtıcılık boyutu arasındaki etkileşim incelendiğinde; takım ikliminin yansıtıcılığı pozitif yönlü ( $\beta=0.5561$ ) ve anlamlı ( $F= 406.262$ ,  $p < 0.000$ ) olarak etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmada oluşturulan veri setindeki tüm değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi analize dahil edilmiştir. Buna göre; yansıtıcılık, çevresel kaliteyi  $\beta=0.1458$  düzeyinde pozitif olarak etkilemektedir. Elde edilen bu sonuca göre;  $H_{3d}$ : **Yansıtıcılık çevresel kaliteyi pozitif etkiler.’hipotezi kabul edilmiştir.** Ayrıca takım iklimi, çevresel kaliteyi  $\beta=0.4498$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Toplu etkileşimdeki etki düzeyleri çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.2586$ ) %26’ını açıklamaktadır. Model 13 veri setindeki bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler analize birlikte dahil edildiğinde etki katsayısının  $\beta=0.5308$ ’den  $\beta=0.4498$ ’e düştüğü

görülmüştür. Bu sonuca göre takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0811$ , LLCI=0.0188-ULCI=0.1477) rolü taşıdığı tespit edilmiştir. Buna göre;  $H_{4d1}$ : *Takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi kabul edilmiştir.

*Tablo 61 Güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 14)*

Yollar (=>)		$\beta$ (Etki)	SH	p	95% LLCI	95% ULCI
Güvenlik İklimi => Çevresel Kalite		0.6946	0.0323	0.000	0.6312	0.7580
R <sup>2</sup> =0.3927, F= 462.996, p < 0.000						
Güvenlik İklimi => Yansıtıcı		0.5781	0.287	0.000	0.5217	0.6345
R <sup>2</sup> =0.3612, F= 404.835, p < 0.000						
Güv=> Yan=>Çev.K	Yan => Çev.K	0.0071	0.0420	0.8657	-0.754	0.896
	Güv=> Çev.K	0.6905	0.0404	0.000	0.6111	0.7698
R <sup>2</sup> =0.3927, F= 231.1965, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

*Tablo 62 Model 14 etki düzeyleri*

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6946	0.0323	0.6312	0.7698
Direkt Etki	0.6905	0.0404	0.6111	0.7698
Endirekt Etki	0.0041	0.0298	-0.492	0.566

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını tespit etmek ve çalışmanın hipotezlerini test etmek için model 14 veri seti oluşturulmuş ve analiz edilmiştir. Öncelikle güvenlik ikliminin çevresel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir şekilde etkilediği görülmüştür ( $\beta=0.6946$ ,  $F=462.996$ ,  $p < 0.000$ ). Bu etki çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.3927$ ) %39'unu açıklamaktadır. Elde edilen bu sonuca göre; ' $H_{2b4}$ : *Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler*' hipotezi kabul edilmiştir. Güvenlik ikliminin yansıtıcılığı  $\beta=0.5781$  düzeyinde etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $F=404.835$ ,  $p < 0.000$ ). Aracılık etkisinin var olup olmadığını belirlemek için oluşturulan model 14 veri setindeki tüm değişkenler analize dahil edilmiştir. Toplu etkileşimde, yansıtıcılığın çevresel kaliteyi  $\beta=0.0071$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ancak etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0.8657$ ). Güvenlik ikliminin çevresel kaliteyi  $\beta=0.6905$  düzeyinde etkilediği görülmüştür. Model 14 etki düzeyleri incelendiğinde; etki katsayısının  $\beta=0.6946$ 'dan  $\beta=0.6905$ 'e düştüğü görülmüştür. Endirekt etki düzeyi incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, güven aralığında sıfır (0) değerinin bulunduğu böylelikle güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığı tespit edilmiştir. ( $\beta=0.0041$ ,  $LLCI=-0.492$ - $ULCI=0.566$ ). Elde edilen bu bulguya göre; ' $H_{4a2}$ : *Güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır*' hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 63 İş tatmininin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 15)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
İş Tatmini => Çevresel Kalite	0.7131	0.0298	0.000	0.6546	0.7717	
R <sup>2</sup> =0.4440, F= 571.743, p < 0.000						
İş Tatmini => Yansıtıcı	0.4994	0.0293	0.000	0.4420	0.5569	
R <sup>2</sup> =0.2891, F= 291.239, p < 0.000						
İş T=> Yan=>Çev.K	Yan=> Çev.K	0.361	0.0381	0.3438	-0.0387	0.1109
	İş T=> Çev.K	0.6951	0.0354	0.000	0.6256	0.7646
R <sup>2</sup> =0.4447, F= 286.279, p < 0.000						

*Not: Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 64 Model 15 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7131	0.0298	0.6546	0.7717
Direkt Etki	0.6951	0.0354	0.6256	0.7646
Endirekt Etki	0.0180	0.0264	-0.0341	0.0708

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Bu çalışmanın esas konusunu oluşturan iş tatmininin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını ve ileri sürülen hipotezleri test etmek için model 15 veri seti analiz edilmiştir. İş tatmininin çevresel kaliteyi pozitif ( $\beta=0.7131$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F= 571.743, p < 0.000). Bu etki, çevresel kalitedeki değişimin (R<sup>2</sup>=0.4440) %44'ünü açıklamaktadır. Buna göre;  $H_{2c4}$  : *İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi*

**pozitif etkiler.’ hipotezi desteklenmiştir.** İş tatmininin yansıtıcılığı pozitif ( $\beta=0.4994$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $F= 291.239$ ,  $p < 0.000$ ). İş tatmininin bu etkisi, yansıtıcılık boyutundaki değişimin ( $R^2=0.2891$ ) %29’unu açıklamaktadır. Veri setine bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler dahil edilerek yapılan toplu etkileşimde, yansıtıcılık boyutunun çevresel kaliteyi ( $\beta=0.0361$ ) etkilediği ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p = 3438$ ) tespit edilmiştir. İş tatmininin çevresel kaliteyi pozitif ( $\beta=0.6951$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.000$ ) olduğu tespit edilmiştir. Tablo 64’te gösterilen model 15 veri seti toplu etkileşiminde etki düzeyleri incelediğinde endirekt etki düzeyinin sıfır (0) değeri aldığı ve bu durumda iş tatmininin çevresel kaliteye etkisinde, yansıtıcılığın aracılık rolünden söz edilemeyeceği görülmüştür ( $\beta=0.180$ ,  $LLCI=-0.0341$ - $ULCI=0.0708$ ). Buna göre;  $H_{4d3}$ : **İş tatmininin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.’ hipotezi kabul edilmemiştir.**

**Tablo 65 Stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 16)**

Yollar (=>)		$\beta$ (Etki)	SH	p	95% LLCI	95% ULCI
Stres Algısı => Çevresel Kalite		0.3082	0.0356	0.000	0.2383	0.3782
R <sup>2</sup> =0.0946, F= 74.790, p < 0.000						
Stres Algısı => Yansıtıcı		0.2591	0.0310	0.000	0.1981	0.3200
R <sup>2</sup> =0.0887, F= 69.701, p < 0.000						
Stres=> Yan=>Çev.K	Yan => Çev.K	0.3654	0.0407	0.000	0.2854	0.4453
	Stres=> Çev.K	0.2136	0.0354	0.000	0.1440	0.2831
R <sup>2</sup> =0.1862, F= 81.798, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*



Tablo 66 Model 16 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.3082	0.0356	0.2383	0.3782
Direkt Etki	0.2136	0.0354	0.1440	0.2831
Endirekt Etki	0.0947	0.0202	0.0578	0.1381

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırma hipotezlerinin sınanması ve stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını tespit etmek için model 16 veri seti oluşturularak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda öncelikle model 16'da yer alan değişkenlerin birbirleriyle olan doğrudan etkileşimleri incelenmiştir. Stres algısının çevresel kaliteyi pozitif yönlü ( $\beta=0.3082$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $F= 74.790$ ,  $p < 0.000$ ) düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Bu etki düzeyi, çevresel kalitedeki değişimin sadece ( $R^2=0.0946$ ) %9'unu açıklamaktadır. Bu bulguya göre; ' $H_{244}$ : *Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi negatif etkiler.*' hipotezi reddedilmiştir. Stres algısı ile yansıtıcılık boyutu arasındaki etkileşim incelendiğinde; stres algısının yansıtıcılığı pozitif yönlü ( $\beta=0.2591$ ) ve anlamlı ( $F= 69.701$ ,  $p < 0.000$ ) olarak etkilediği tespit edilmiştir. Model 16 ile oluşturulan veri setindeki tüm değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi analize dahil edilmiştir. Buna göre; yansıtıcılık boyutu çevresel kaliteyi  $\beta=0.3654$  düzeyinde pozitif olarak etkilemekte, ayrıca stres algısı da çevresel kaliteyi  $\beta=0.2136$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Toplu etkileşimdeki etki düzeyleri çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.1862$ ) %19'unu açıklamaktadır. Model 16 veri setindeki bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler analize dahil edildiğinde etki katsayısının  $\beta=0.3082$ 'den  $\beta=0.2136$ 'ya düştüğü görülmüştür. Elde edilen bu sonuca göre stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık ( $\beta=0.0947$ , LLCI=0.0578-ULCI=0.1381) rolü taşıdığı tespit edilmiştir. Çalışmanın hipotezi olan; ' $H_{444}$ : *Stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' kabul edilmiştir.

**Tablo 67** Yönetim algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 17)

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Yönetim Algısı => Çevresel Kalite	0.7019	0.0289	0.000	0.6452	0.7586	
R <sup>2</sup> =0.4521, F= 590.810, p < 0.000						
Yönetim Algısı=> Yansıtıcı	0.3527	0.0312	0.000	0.2914	0.4139	
R <sup>2</sup> =0.1515, F= 127.880, p < 0.000						
Yön=> Yan=>Çev.K	Yan=> Çev.K	0.1614	0.0341	0.000	0.0944	0.2283
	Yön=> Çev.K	0.6450	0.0309	0.000	0.5844	0.7057
R <sup>2</sup> =0.4687, F= 315.426, p < 0.000						

*Not: Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 68** Model 17 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7019	0.0289	0.6452	0.7586
Direkt Etki	0.6450	0.0309	0.5844	0.7057
Endirekt Etki	0.0569	0.0170	0.0243	0.0910

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırma modeli 17 veri seti oluşturularak hem yönetim algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını test etmek hem de araştırmacılar tarafından ileri sürülen diğer hipotezlerin sınanması için analizler yapılmıştır. Yönetim algısının çevresel kalite ile etkileşimi incelendiğinde yönetim algısı bağımlı değişkeninin çevresel kalite bağımlı değişkenini  $\beta=0.7019$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bu etki çevresel ka-

litedeki değişimin ( $R^2=0.4521$ ) %45'ini açıklamaktadır. Elde edilen bu bulguya göre; ' $H_{2e4}$ : *Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Yönetim algısı bağımsız değişkeninin aracı değişken olan yansıtıcılık boyutunu  $\beta=0.3527$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Model 17 veri setindeki bağımsız, bağımlı ve aracı değişkenlerin tümü birlikte analize dahil edildiğinde, yansıtıcılık boyutunun çevresel kaliteyi  $\beta=0.1614$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ayrıca yönetim algısının da çevresel kaliteyi  $\beta=0.6450$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Toplu etkileşim çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4687$ ) %47'ini açıklamaktadır. Etki düzeyleri incelendiğinde etki katsayısının  $\beta =0.7019$ 'dan  $\beta =0.6450$ 'ye düştüğü görülmektedir. Etki katsayısındaki bu azalma yönetim algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolünün ( $\beta=0.0569$ , LLCI=0.0243-ULCI=0.0910) olduğunu göstermektedir. Buna göre ' $H_{4e5}$ : *Yönetim algularının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' hipotezi kabul edilmiştir.

*Tablo 69 Çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 18)*

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
Çalışma Koşulları=> Çevresel Kalite	0.6846	0.0285	0.000	0.6286	0.7406	
$R^2=0.4460$ , $F= 576.437$ , $p < 0.000$						
Çalışma Koşulları=>Yansıtıcı	0.3127	0.0311	0.000	0.2516	0.3738	
$R^2=0.1236$ , $F= 100.953$ , $p < 0.000$						
Ç. Koş=> Yan=>Çev.K	Yan= >Çev.K	0.1917	0.0335	0.000	0.1259	0.2575
	Ç. Koş= >Çev.K	0.6246	0.0298	0.000	0.5561	0.6831
$R^2=0.4703$ , $F= 317.360$ , $p < 0.000$						

*Not: Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Tablo 70 Model 18 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6846	0.0285	0.6286	0.7406
Direkt Etki	0.6246	0.0298	0.5561	0.6831
Endirekt Etki	0.0599	0.0156	0.0314	0.0922

Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.

Çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını ve hipotezlerin sınanması amacıyla model 18 veri seti oluşturularak analiz yapılmıştır. Öncelikle değişkenlerin birbirleriyle olan doğrudan etkileşimi incelenmiştir. Çalışma koşulları ile çevresel kalite arasında pozitif yönlü ( $\beta=0.6846$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $F= 576.437$ ,  $p < 0.000$ ) bir etkinin varlığı tespit edilmiştir. Bu etki düzeyi, çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4460$ ) %45'ini açıklamaktadır. Çalışma kapsamında ileri sürülen ' $H_{2f4}$ : Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi desteklenmiştir. Çalışma koşulları ile yansıtıcılık boyutu arasındaki etkileşim incelendiğinde; çalışma koşullarının yansıtıcılık boyutunu pozitif yönlü ( $\beta=0.3217$ ) ve anlamlı ( $F= 100.953$ ,  $p < 0.000$ ) olarak etkilediği tespit edilmiştir. Oluşturulan veri setindeki tüm değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi analize dahil edilmiş, yansıtıcılık boyutunun çevresel kaliteyi  $\beta=0.6246$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ve çalışma koşullarının çevresel kaliteyi  $\beta=0.2136$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Toplu etkileşimdeki etki düzeyleri çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4703$ ) %47'sini açıklamaktadır. Model 18 veri setindeki bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler analize dahil edildiğinde etki katsayısının  $\beta=0.6846$ 'dan  $\beta=0.6246$ 'ya düştüğü görülmüştür. Buna göre çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0599$ , LLCI=0.0314-ULCI=0.0922) rolü taşıdığı tespit edilmiştir. Buna göre; ' $H_{4d6}$ : Çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.' hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 71 Takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yanıtsıcılığın aracılık rolü (Model 19)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
<b>Takım İklimi =&gt; Yönetsel Kalite</b>	0.6011	0.0342	0.000	0.5339	0.6682	
R <sup>2</sup> =0.3013, F=308.788, p < 0.000						
<b>Takım İklimi =&gt; Yanıtsıcı</b>	0.5561	0.0276	0.000	0.5020	0.6103	
R <sup>2</sup> =0.3620, F= 406.260, p < 0.000						
<b>Takım=&gt;Yan=&gt;Yön.K</b>	<b>Yan=&gt;Yön.K</b>	0.031	0.0464	0.9466	-0.879	0.0941
	<b>Takım=&gt;Yön.K</b>	0.5993	0.0429	0.000	0.5152	0.6835
R <sup>2</sup> =0.3013, F= 154.181, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 72 Model 19 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.6011	0.0342	0.5339	0.6682
Direkt Etki	0.5993	0.0429	0.5152	0.6835
Endirekt Etki	0.0017	0.0277	-0.0507	0.0565

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Çalışmada oluşturulan modellerin veri setinden çevresel kalite boyutu çıkarılmış yerine yönetsel kalite bağımlı değişkeni dahil edilerek analizlere devam edilmiştir. Araştırmanın esas konusu olan takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yanıtsıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı ve öne sürülen hipotezlerin test edilmesi için model 19 veri seti incelenmiş ve takım ikliminin yönetsel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir

( $\beta=0.6011$ ,  $F=308.788$ ,  $p < 0.000$ ). Bu etki yönetsel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.3013$ ) %30'unu açıklamaktadır. Bu sonuca göre;  $H_{2a3}$ : **Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi desteklenmiştir.** Takım ikliminin yansıtıcılık boyutunu  $\beta=0.5561$  düzeyinde etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $F=406.260$ ,  $p < 0.000$ ). Aracılık etkisinin var olup olmadığını belirlemek için oluşturulan model 19 veri setindeki tüm değişkenler analize dahil edilmiştir. Toplu etkileşimde, yansıtıcılığın yönetsel kaliteyi  $\beta=0.0031$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ancak etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0.9466$ ). Buna göre,  $H_{3c}$ : **Yansıtıcılık yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi reddedilmiştir.** Takım ikliminin yönetsel kaliteyi  $\beta=0.5993$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür. Model 19 etki düzeyleri incelendiğinde; etki katsayısının  $\beta=0.6011$ 'den  $\beta=0.5993$ 'e düştüğü görülmüştür. Endirekt etki düzeyi incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, güven aralığında sıfır (0) değerinin bulunduğu tespit edilmiştir. ( $\beta=0.0017$ ,  $LLCI=-0.0507$ - $ULCI=0.0565$ ). Buna göre takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü tespit edilememiştir. Elde edilen bu bulguya göre;  $H_{4c1}$ : **Takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.' hipotezi reddedilmiştir.**

**Tablo 73 Güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 20)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI	
<b>Güvenlik İklimi=&gt; Yönetsel Kalite</b>	0.7245	0.0329	0.000	0.6599	0.7890	
R <sup>2</sup> =0.4042, F=485.784, p < 0.000						
<b>Güvenlik İklimi=&gt; Yansıtıcı</b>	0.5781	0.0287	0.000	0.5217	0.6345	
R <sup>2</sup> =0.3612, F= 404.835, p < 0.000						
<b>Güv=&gt; Yan=&gt;Yön.K</b>	<b>Yan=&gt; Yön.K</b>	-0.930	0.0426	0.0295	-0.1767	-0.0093
	<b>Güv=&gt; Yön.K</b>	0.5993	0.0429	0.000	0.5152	0.6835
R <sup>2</sup> =0.4082, F= 246.546, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 74 Model 20 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7245	0.0329	0.6599	0.7890
Direkt Etki	0.7782	0.0410	0.6977	0.8588
Endirekt Etki	-0.0538	0.0273	-0.1090	-0.0011

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı ve hipotezlerin sınanması için oluşturulan model 20'de değişkenlerin (bağımlı, bağımsız ve aracı) birbirleriyle ayrı ayrı ve toplu etkileşimi Tablo 73 ve 74'te gösterilmiştir. Analiz sonucunda; güvenlik iklimi yönetsel kaliteyi  $\beta=0.7245$  düzeyinde pozitif olarak etkilemektedir. Bu etki yönetsel kalite-deki değişimin (R<sup>2</sup>=0.4042) %40'ını açıklamaktadır. Elde edilen

bu bulguya göre öne sürülen  $H_{2b3}$ : *Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi desteklenmiştir. Güvenlik iklimi ayrıca yansıtıcılık boyutunu  $\beta=0.5781$  düzeyinde pozitif olarak etkilemektedir. Model 20'deki bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenlerin tümünün birbirleriyle etkileşimi incelendiğinde; yansıtıcılık boyutunun yönetsel kaliteyi  $\beta=-0.0930$  düzeyinde negatif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Güvenlik ikliminin ise yönetsel kaliteyi  $\beta=0.5993$  düzeyinde etkilediği tespit edilmiştir. Toplu etkileşim yönetsel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4082$ ) %41'ini açıklamaktadır. Model 20 uygulandığında etki katsayısının  $\beta=0.7245$ 'den  $\beta=0.7782$ 'a yükseldiği görülmüştür. Bu sonuca göre güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü bulgulanmıştır ( $\beta=-0.0538$ , LLCI=-0.01090-ULCI=-0.0011). Buna göre;  $H_{4c2}$ : *Güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi desteklenmiştir.

Tablo 75 İş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 21)

Yollar (=>)		$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI
İş Tatmini => Yönetsel Kalite		0.7580	0.0298	0.000	0.6994	0.8165
R <sup>2</sup> =0.4746, F=646.692, p < 0.000						
İş Tatmini=> Yansıtıcı		0.4994	0.0293	0.000	0.4420	0.5569
R <sup>2</sup> =0.2891, F= 291.239, p < 0.000						
İş T=>Yan =>Yön.K	Yan=> Yön.K	-0.641	0.0380	0.0920	-0.1388	0.0105
	İş T=> Yön.K	0.7900	0.0353	0.000	0.7207	0.8593
R <sup>2</sup> =0.4767, F= 325.604, p < 0.000						

Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.



Tablo 76 Model 21 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.7580	0.0298	0.6994	0.8165
Direkt Etki	0.7900	0.0353	0.7207	0.8593
Endirekt Etki	-0.0320	0.0208	-0.0784	0.0125

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırma modeli 21 veri seti oluşturularak çalışmanın esas konusu olan iş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı ve öne sürülen diğer hipotezler test edilmiştir. Yapılan analizde, iş tatmininin yönetsel kaliteyi pozitif ( $\beta=0.7580$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=646.692$ ,  $p < 0.000$ ). Bu etki düzeyi, yönetsel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.4746$ ) %47'ini açıklamaktadır. Elde edilen bu sonuca göre, ileri sürülen ' $H_{2c3}$ : İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi kabul edilmiştir. İş tatmininin yansıtıcılık boyutunu pozitif ( $\beta=0.4994$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $F= 291.239$ ,  $p < 0.000$ ). Bu etki düzeyi, yansıtıcılık boyutundaki değişimin ( $R^2=0.2891$ ) %29'unu açıklamaktadır. Toplu etkileşim incelendiğinde, yansıtıcılık boyutunun yönetsel kaliteyi negatif düzeyde ( $\beta=-0.0641$ ) etkilediği ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p = 0920$ ) tespit edilmiştir. İş tatmininin yönetsel kaliteyi pozitif ( $\beta=0.7900$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.000$ ) olduğu görülmüştür. Tablo 76'da etki düzeyleri incelediğinde endirekt etki düzeyinin sıfır (0) değeri aldığı ve iş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılık boyutunun aracılık rolünün olmadığı tespit edilmiştir ( $\beta=-0.0320$ , LLCI=-0.074-ULCI=0.00125). Buna göre; ' $H_{4c3}$ : İş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.' hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 77 Stres algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 22)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	p	95% LLCI	95% ULCI	
Stres Algısı > Yönetsel Kalite	0.2611	0.0372	0.000	0.1880	0.3343	
R <sup>2</sup> =0.0642, F=49.142, p < 0.000						
Stres Algısı=> Yansıtıcı	0.2591	0.0310	0.000	0.1981	0.3200	
R <sup>2</sup> =0.0887, F= 69.701, p < 0.000						
Stres=> Yan=>Yön.K	Yan=> Yön.K	0.3334	0.0431	0.000	0.2487	0.4181
	Stres=> Yön.K	0.1748	0.0375	0.000	0.1011	0.2484
R <sup>2</sup> =0.1364, F= 56.464. p < 0.000						

**Tablo 78 Model 22 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.2611	0.0372	0.1880	0.3343
Direkt Etki	0.1748	0.0375	0.1011	0.2484
Endirekt Etki	0.0864	0.0190	0.0506	0.1248

**Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır**

Çalışmada ileri sürülen hipotezlerin sınanması ve araştırmanın esas konusu olan stres algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını test etmek için model 22 veri seti oluşturularak analiz edilmiştir. Öncelikle değişkenlerin birbirleriyle olan doğrudan etkileşimi incelenmiştir Stres algısı ile yönetsel kalite arasında pozitif yönlü ( $\beta=0.2611$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $F=49.142$ ,  $p < 0.000$ ) bir etkinin olduğu görülmüştür. Bu etki düzeyi, çevresel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.0642$ ) %6 gibi çok düşük bir oranını açıklamaktadır. Elde edilen bu bulguya göre;  $H_{2d3}$ : *Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan*

**yönetmel kaliteyi negatif etkiler.’ hipotezi reddedilmiştir.** Stres algısı ile yansıtıcılık arasındaki etkileşim incelendiğinde; stres algısının yansıtıcılık boyutunu pozitif yönlü ( $\beta=0.2591$ ) ve anlamlı ( $F= 69.701$ ,  $p < 0.000$ ) düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Oluşturulan veri setindeki tüm değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi analize dahil edilmiş, yansıtıcılığın yönetmel kaliteyi  $\beta=0.3334$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ayrıca stres algısının yönetmel kaliteyi  $\beta=0.1748$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Toplu etkileşimdeki etki düzeyleri yönetmel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.1364$ ) %14’ünü açıklamaktadır. Model 22 ‘deki veri setinde bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler analize dahil edildiğinde etki katsayısının  $\beta=0.2611$ ’den  $\beta=0.1748$ ’e düştüğü görülmüştür. Buna göre stres algısının yönetmel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0864$ , LLCI=0.0506-ULCI=0.1248) rolünün olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuca göre; **‘ $H_{4c4}$ : Stres algısının yönetmel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.’ hipotezi kabul edilmiştir.**

**Tablo 79 Yönetim algısının yönetmel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 23)**

Yollar (=>)		$\beta$ (Etki)	SH	P	95% LLCI	95% ULCI
Yönetim Algısı=> Yönetmel Kalite		0.8232	0.0257	0.000	0.7727	0.8737
R <sup>2</sup> =0.5884, F=1023.448, p < 0.000						
Yönetim Algısı=> Yansıtıcı		0.3527	0.0312	0.000	0.2914	0.4139
R <sup>2</sup> =0.1515, F= 127.880 p < 0.000						
Yön=>Yan =>Yön.K	Yan=> Yön.K	0.0466	0.0308	0.1312	-0.0139	0.1070
	Yön=> Yön.K	0.8068	0.0279	0.000	0.7520	0.8616
R <sup>2</sup> =0.5897, F= 513.783, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Tablo 80 Model 23 etki düzeyleri

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.8232	0.0257	0.7727	0.8737
Direkt Etki	0.8068	0.0279	0.7520	0.8616
Endirekt Etki	0.0164	0.0127	-0.0087	0.0417

Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.

Yönetim algısı boyutunun yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün var olup olmadığını ve öne sürülen hipotezlerin sınanması için model 23 veri seti oluşturularak analiz yapılmıştır. Öncelikle değişkenler arasında doğrudan ilişki incelendiğinde yönetim algısının yönetsel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir ( $\beta=0.8232$ ,  $F=1023.448$ ,  $p < 0.000$ ). Bu etki yönetsel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5884$ ) %59'luk kısmını açıklamaktadır. İleri sürülen  $H_{2e3}$ : **Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler** hipotezi kabul edilmiştir. Yönetim algısının yansıtıcılığı  $\beta=0.3527$  düzeyinde etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $F= 127.880$   $p < 0.000$ ). Aracılık rolünün olup olmadığını tespit etmek için oluşturulan model 23 veri setindeki tüm değişkenler analize dahil edilmiştir. Toplu etkileşimde, yansıtıcılık boyutu yönetsel kaliteyi  $\beta=0.0466$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p=0.9466$ ) görülmüştür. Yönetim algısının yönetsel kaliteyi  $\beta=0.8068$  düzeyinde etkilediği görülmüştür. Tablo 80'de model 23 etki düzeyleri incelendiğinde; etki katsayısının  $\beta=0.8232$ 'den  $\beta=0.8068$ 'e düştüğü görülmüştür ancak endirekt etki düzeyi incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, güven aralığında sıfır (0) değerinin bulunduğu tespit edilmiştir. ( $\beta=0.0164$ ,  $LLCI=-0.0087$ - $ULCI=0.0417$ ). Böylelikle yönetim algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığı görülmüştür. Buna göre;  $H_{4d5}$ : **Yönetim algularının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır** hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 81 Çalışma koşullarının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü (Model 24)**

Yollar (=>)	$\beta$ (Etki)	SH	p	95% LLCI	95% ULCI	
Çalışma Koşulları=> Yönetsel Kalite	0.8025	0.0255	0.000	0.7524	0.8526	
R <sup>2</sup> =0.5799, F=988.551, p < 0.000						
Çalışma Koşulları => Yansıtıcı	0.3127	0.0311	0.000	0.2516	0.3738	
R <sup>2</sup> =0.1236, F= 100.953, p < 0.000						
Ç.Koş=> Yan=>Yön.K	Yan=> Yön.K	0.0868	0.0305	0.000	0.0269	0.1467
	Ç.Koş=> Yön.K	0.7754	0.0271	0.000	0.7221	0.8286
R <sup>2</sup> =0.5847, F= 503.233, p < 0.000						

*Not:Bootstrap metodu katsayısı 5000, güven düzeyi %95, standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

**Tablo 82 Model 24 etki düzeyleri**

Bölüm	Etki	Boot SH	Boot LLCI	Boot ULCI
Toplam Etki	0.8025	0.0255	0.7524	0.8526
Direkt Etki	0.7754	0.0271	0.7221	0.8286
Endirekt Etki	0.0272	0.0112	0.0062	0.0505

*Not: Standardize edilmemiş  $\beta$  katsayıları raporlanmıştır.*

Araştırmanın esas çalışma konusunu oluşturan çalışma koşullarının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığını test etmek ve öne sürülen hipotezleri sınamak için model 24 veri seti oluşturularak, veriler analiz edilmiştir. Analiz sonucunda çalışma koşulları ile yönetsel kalite arasında pozitif ( $\beta=0.8025$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı (F=988.551, p < 0.000)

bir etkinin olduğu görülmüştür. Bu etki düzeyi, yönetsel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5799$ ) %58'ini açıklamaktadır. Araştırmada öne sürülen  $H_{2\beta}$ : *Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi desteklenmiştir.* Çalışma koşulları ile yansıtıcılık boyutu arasındaki etkileşim incelendiğinde; çalışma koşullarının yansıtıcılık boyutunu pozitif ( $\beta=0.3127$ ) ve anlamlı ( $F=100.953$ ,  $p < 0.000$ ) olarak etkilediği görülmüştür. Model 24 veri setindeki tüm değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi analize dahil edilmiş ve yansıtıcılık boyutunun yönetsel kaliteyi  $\beta=0.0868$  düzeyinde pozitif olarak etkilediği ayrıca çalışma koşullarının yönetsel kaliteyi  $\beta=0.7754$  düzeyinde etkilediği tespit edilmiştir. Toplu etkileşimdeki bu etki düzeyleri yönetsel kalitedeki değişimin ( $R^2=0.5847$ ) %58'ini açıklamaktadır. Bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler analize birlikte dahil edildiğinde, etki katsayısının  $\beta=0.8025$ 'ten  $\beta=0.7754$ 'e düştüğü görülmüştür. Buna göre yönetim algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık ( $\beta=0.0272$ , LLCI=0.0062-ULCI=0.0505) rolü olduğu tespit edilmiştir. Böylelikle çalışmanın esas konusunu oluşturan  $H_{4c6}$ : *Çalışma koşullarının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.' hipotezi kabul edilmiştir.*

Bu çalışmada araştırmacılar tarafından ileri sürülen 5 temel ve 66 alt hipotez sınanmıştır. Yapılan analizler sonucunda iddia edilen 5 temel hipotez kabul edilmiştir. Çalışmada 53 alt hipotez desteklenirken 13 alt hipotez ise reddedilmiştir.

#### 4.4. Bulgular ve Tartışma

Bu çalışmada genel olarak hasta güvenliği kültürünün değişkenleri olan; takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşullarının hasta bakım kalitesi değişkenleri; bireylerarası kalite, teknik kalite, yönetsel kalite ve çevresel kalite düzeylerine etkisinde yansıtıcılık boyutunun aracılık rolünün olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada hasta güvenliği kültürü boyutlarının hem yansıtıcılığa hem de hasta bakım kalitesi boyutlarına etkisini ile yansıtıcılığın hasta bakım kalitesi

boyutlarına etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Bu çalışmada ayrıca sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa yönelik algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada oluşturulan araştırma modelleri veri setleri ile yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda gösterilmiştir.

Araştırmada öne sürülen hipotezlerin sınanması ve çalışmanın ana konusunu oluşturan takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı analiz edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; takım iklimi yansıtıcılığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir. Bu etki, takım ikliminin yansıtıcılık boyutu üzerindeki değişimin %36'sını açıklamaktadır. Elde edilen bu bulguya göre ' $H_{1a}$ : *Takım iklimi yansıtıcılığı pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre sağlık kuruluşunda takım ahenginin, çalışanların birbirleriyle uyumunun, yardımlaşmanın ve ekip üyelerinin birbirlerine olan desteğinin, sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algı düzeylerini geliştirerek onların deneyim, gözlem ve öz değerlendirme yöntemi ile öğrenme ve kendilerini geliştirmesine katkı sağlayabileceği görülmüştür. Elde edilen diğer bulguya göre takım iklimi bireylerarası kaliteyi olumlu düzeyde etkilemekte olup ayrıca bu etki, takım ikliminin bireylerarası kalite boyutu üzerindeki değişimin %40'ını açıklamaktadır. Bu bulguya göre; ' $H_{2a1}$ : *Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Yansıtıcılık boyutunda olduğu gibi sağlık çalışanlarının oluşturdukları ekiplerdeki uyum, koordinasyon ve yardımlaşma, sağlık çalışanlarının bireylerarası iletişim gücünü artırabilir, böylelikle onların hem diğer çalışanlarla hem de hastalarla iletişim düzeyini geliştirebilir. Sonuç olarak nihai amaç olan hasta hizmet kalitesi artabilir buda kişilerin sağlığını pozitif olarak etkileyebilir. Tüm değişkenlerin birlikte etkileşimi değerlendirildiğinde; yansıtıcılığın bireylerarası kalite boyutunu pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği görülmüştür. Buna göre, ' $H_{3a}$ : *Yansıtıcılık bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Yansıtıcılığın;

gözlem, öz değerlendirme ve çözüm için alternatif yol arama, kişisel deneyim üzerine odaklanma ve bundan kaynaklı performans geliştirme gibi özetlenebilecek olumlu özelliklerinin sağlık çalışanlarının bireylerarası iletişimini de etkileyebileceği gör÷lmüştür. Bu çalışmanın ana konusunu oluşturan takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolünün olduğu tespit edilmiş olup bu aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre  $H_{4a1}$ : *Takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır* ‘ hipotezi kabul edilmiştir. Takım ikliminin hem yansıtıcılığı hem de bireylerarası kaliteyi olumlu düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Yansıtıcılığın takım iklimi ile bireylerarası kaliteye etkisinde kısmi aracılık rolünün olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgulara göre sağlık çalışanlarının görev yaptıkları ekiplerdeki ahenk, bütünlük ve yardımlaşma gibi pozitif iklim düzeyi, çalışanların yansıtıcılık algı düzeylerinin de geliştirilmesi ile daha da artarak bireylerarası kaliteyi daha da geliştirebilir. Böylelikle hem hasta güvenliği kùltüründe hem de hasta bakım kalitesindeki bu pozitif gelişim kar topu etkisi yaratarak nihai amaç olan hastaların sağlığına kavuşmasına olumlu düzeyde katkı sağlayacaktır. Literatürde, takım iklimine ilişkin pozitif personel algılarının, hastane içindeki olumsuz güvenlik olaylarının görülme sıklığını azaltmakta, daha düşük düzeyde personel tükenmişliği, hatalı girişimsel işlemlerin azalmasına ve bundan kaynaklı ölüm oranlarında azalma tespit edilmiştir (Zaheer vd., 2018:3; Spence Laschinger ve Leiter, 2006:259; Mardon vd., 2010:226; Berlin ve Carlström, 2008:569; Kohn vd., 2000; Bowers vd., 2011:148). Ayrıca kliniklerde yapılan ampirik araştırmalar, çalışanların liderlik algılarının önce takım çalışmasının kalitesini doğrudan etkilediğini, daha sonra ekip çalışması yoluyla güvenlik sonuçlarını geliştirdiğini ileri sürmektedir (Spence Laschinger ve Leiter, 2006:260; Bowers vd., 2011:150). Wilding (2008) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin uygulamaları üzerinde eleştirel düşünmelerinin, yansıtma döngüsünden yararlanmanın, hemşirelik uygulamalarına katkı sağladığına ayrıca Gibbs’in modelinin değişen durumlar-



da kullanılarak kişisel gelişime katkı sağladığını ileri sürmüştü ve bu yansıtıcılık modelini dünya çapında hemşirelik öğrencileri için bir öğrenme aracı olarak önermiştir.

Güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteyi pozitif ve anlamlı olarak etkilediği ve bu etkinin bireylerarası kalitedeki değişimin %52'lik kısmını açıkladığı görülmüştür. Bu bulguya göre ' **$H_{2b1}$  Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.**' hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre sağlık kuruluşunun olumlu düzeydeki güvenlik iklimi ve politikalarının unsurları olan tıbbi hataların ele alınma, pozitif çalışma kültürü, hatalara bilimsel ve öğretici şekilde yaklaşma pratiğinin sağlık çalışanlarının bireylerarası kalite düzeyini pozitif olarak etkileyebileceği bulgulanmıştır. Bu çalışmada güvenlik iklimi yansıtıcılığı istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu etki yansıtıcılık boyutundaki bu değişimin %36'sını açıklamaktadır. Buna göre; ' **$H_{1b}$  Güvenlik iklimi yansıtıcılığı pozitif etkiler.**' hipotezi kabul edilmiştir. Bu bulguya göre sağlık kuruluşunun güvenlik organizasyonunda, kültüründe ve uyumunda olumlu gelişme aynı şekilde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarını da geliştirebilir. Güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü taşıdığı bulgulanmıştır. Buna göre; ' **$H4a2$ : Güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.**' hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık kuruluşunun güvenlik kültürünün sağlık çalışanlarının bireylerarası iletişim düzeyine olumlu etkisi, sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısının geliştirilmesi ile daha da artabilir. Bir başka ifade ile kuruluşun güvenlik iklimi düzeyinde her 1 birimlik artış, çalışanların bireylerarası kalite düzeyini artırabilir. Eğer bu etkileşimde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısını da geliştirdiğimizde bireylerarası iletişim düzeyi daha fazla gelişebilir. Lee ve diğerleri (2015) takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres tanıma ve çalışma koşullarının başlıca güçlü yönler olduğunu ve daha iyi bir hasta güvenliği kültürü sağlamak için bu alt boyutlara daha fazla önem verilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir.

Çalışanların iş tatmin düzeyi bireylerarası kaliteyi pozitif olarak etkilemektedir. Bu etkileşim bireylerarası kalitede değişimin %47'sini açıklamaktadır. Bu bulguya göre  $H_{2c1}$ : ***İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*** hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık çalışanlarının işlerini ve işyerlerini sevmeleri ile kendilerini kurumlarının bir parçası olarak görmeleri şeklinde özetleyebileceğimiz iş tatmin düzeyi çalışanların bireylerarası iletişimini geliştirebileceği görülmektedir. İş tatmini ayrıca yansıtıcılığı da pozitif olarak etkilemektedir ve bu etkileşim yansıtıcılık boyutundaki değişimin %29'unu açıklamaktadır. Bu sonuca göre  $H_{1c}$ : ***İş tatmini yansıtıcılığı pozitif etkiler*** hipotezi kabul edilmiştir. Bu bulguya göre çalışanın yaptığı işe ve kuruma olan sevgisi çalışanın yansıtıcılık algısının da gelişimine destek olabilir. Araştırmada ayrıca çalışanların iş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü taşıdığı bulgulanmıştır. Buna göre;  $H4a3$ : ***İş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*** hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık çalışanının iş tatmin düzeyinin olumlu etkisi eğer çalışanın yansıtıcılık algısı da geliştirilirse daha artabilir ve bu artış bireylerarası iletişim düzeyine daha fazla katkı sağlayabilir. Çalışanların güçlendirilmesi, iş birliği ve koordinasyonu, çalışanların maaşları ve yönetim liderliği, çalışanların iş tatmini düzeyi ile pozitif ilişkilidir (Chang vd., 2010:1311). Hemşireler arasında iş tatmini hemşirelik performansının önemli bir göstergesidir. Çalışanları destekleyici bir çalışma ortamı algılayan hemşirelerin genellikle organizasyona yüksek düzeyde bağlılık gösterdiğini ve kaliteli hemşirelik bakımı sağladığı ileri sürülmüştür (Tanaka vd., 2011:14). Ayrıca çalışma ortamının mesleki bağlılığın ve iş değerlerinin, çalışanların iş tatminini arttırmaya yardımcı olabileceği görülmüştür (Caricati vd., 2014:901).

Stres genel olarak çalışanlar ve hastalar üzerinde ayrıca çalışma ortamında olumsuz etkilerinin olduğu düşünülen bir olgudur. Çalışmada stres algısının bireylerarası kaliteyi etkilediği ve bu etki düzeyinin pozitif olduğu görülmektedir. Bu etkileşim bireylerara-

sı kalitedeki değişimin %14'ünü açıklamakta ve bireylerarası kalitede değişimin %86'lık kısmında başka değişkenlerin etkisinin olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre  $H_{2d1}$ : *Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi negatif etkiler.* hipotezi reddedilmiştir. Analizde stres algısının yansıtıcılığı pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu etki bireylerarası kalitede değişimin sadece %9'luk küçük bir kısmını açıklamaktadır. Buna göre  $H_{1d}$ : *Stres algısı yansıtıcılığı negatif etkiler.* hipotezi reddedilmiştir. Araştırmada elde edilen bir başka bulgu stres algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü taşıdığıdır. Buna bulguya göre;  $H_{4a4}$ : *Stres algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi kabul edilmiştir. Çalışmada stres algısına dair bulgular, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının stres algısına yönelik ifadeleri tam olarak anlamadığı şeklinde yorumlanabilir. Stres algılama ile ilgili ortaya çıkan bu durum araştırıldığında Taylor ve Pandian'ın (2013) hasta güvenliği kültürü stres algılama boyutuna yönelik diğer çalışmalarda da uyumsuz sonuçlara dair bulgular elde ettiği ve araştırmalarda stres algılama boyutu ifadelerinin hasta güvenliği kültürünü tam olarak yansıtmadığı, bu boyutun diğer boyutlarla ilişkisinde düzensizlik tespit edildiği, aslında ölçek boyutundan beklenenin, sağlık çalışanlarının oldukça stresli bir ortamda çalışmalarının, onları hastalarına zarar verebilecek olumsuz koşullara sokabileceği konusundaki anlayışlarını ölçmeyi amaçladığı belirtilerek, stres algılama boyutunun hasta güvenliği kültürü ölçeğinden çıkarılması gerektiği tavsiyesinde bulunmuştur.

Çalışmada yönetim algısının bireylerarası kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve bu etkileşim bireylerarası kalitedeki değişimin %51'ini açıkladığı görülmüştür. Tespit edilen bu sonuca göre  $H_{2e1}$ : *Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık kurumunun hasta güvenliği politikası ve güvenlik hususunda taviz vermemesi, mevcut iş yükünü dengeli bir şekilde karşılayabilecek yeter sayıda

çalışanın varlığı ve işe yarar bilginin hızlı ve güvenilir şekilde doğru çalışana iletilmesi olarak özetlenebilecek yönetim algılarının sağlık çalışanlarının bireylerarası kalite düzeyini olumlu olarak etkileyebileceği görülmüştür. Çalışmada ayrıca yönetim algısının yansıtıcılık boyutunu pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Bu etkide yansıtıcılıktaki değişimin %15'i açıklanmaktadır. Bu sonuca göre ' **$H_{1e}$ : Yönetim algısı yansıtıcılığı pozitif etkiler.**' hipotezi desteklenmiştir. Bu bulguya göre sağlık kuruluşunun güvenlik hizmetlerine yönelik olumlu politikalarının ve uygulamalarının, sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısını da geliştirebileceği anlaşılmaktadır. Yönetim algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü taşıdığı tespit edilmiştir ve ' **$H_{4n5}$ : Yönetim algılarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.**' hipotezi kabul edilmiştir. Kurumun hasta güvenliği kùltürüne yönelik yönetim algıları düzeyinde gerçekleşecek her bir pozitif gelişim sağlık çalışanının yansıtıcılığının da devreye girmesi ile daha da artarak kişilerarası iletişimini geliştirebilir. Böylelikle hem hasta hem de meslekdaşı ile daha iyi bir iletişim kuran sağlık çalışanı daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilir.

Goh ve diğerleri (2013) sağlık yöneticilerinin öğrenen organizasyon kavramını düşünmeye ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetlerinde, ekipler arasında iş birliği düzeyini öğrenme ve geliştirmeyi teşvik etmeyi önerdiği çalışmalarında; sağlık yöneticileri tarafından desteklenen bir hasta güvenliği kùltürünün, işbirlikçi öğrenmeyi teşvik eden, suçlama kùltürünün yerini alan, hasta güvenliğine öncelik veren ve ciddi hataları önceden tespit eden kişileri ödüllendiren bir organizasyon kùltürü içermesi gerektiği çıkarımında bulunmuşlardır. Avery ve diğerleri (2021) çalışmalarında sağlık kuruluşunda pozitif bir kalite ve risk yönetiminin; kalite ve güvenlik kùltürü yaratan, destekleyen, kalite ile güvenlik düzeyini daha geniş çalışma alanlarına yayan bir yapıyı içermesi gerektiğini ileri sürmüştür. Ayrıca sağlık kuruluşlarının kalite ve güvenlik düzeyinin gelişiminde en kritik rolün sağlık yöneticilerine ait olduğunu belirtmiştir. Hellings ve diğerleri (2010) çalışmalarında

hastanelerde hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için açık ve teşvik edici bir kültürün gerekli olduğunu öne sürmüş ve hasta güvenliği kültürünün benimsenmesinin hastane yönetiminin desteği ile mümkün olabileceği çıkarımında bulunmuşlardır.

Araştırmada sağlık kuruluşunun çalışma koşullarının bireylerarası kaliteyi pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bu etki bireylerarası kalitedeki değişimin %55 'ini açıklamaktadır. Bu bulguya göre ' $H_{2f1}$ : *Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan bireylerarası kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi desteklenmiştir. Bu bulguya göre sağlık kuruluşunun personel istihdamı ve yetiştirme yeteneği, hastaların tanı ve tedavisine yönelik her türlü tıbbi ve teknolojik imkanların rutin olarak sağlanması, eğitim gören stajyerlere sunulan olumlu imkanlar şeklinde özetlenebilecek çalışma koşullarının sağlık çalışanlarının bireylerarası kalite düzeyini geliştirebileceğini göstermektedir. Diğer bir bulgu, çalışma koşullarının yansıtıcılığı pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin yansıtıcılıktaki değişimin %12 'sini açıkladığıdır. Böylelikle ' $H_{1f}$ : *Çalışma koşulları yansıtıcılığı pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık kuruluşunun çalışma şartlarındaki olumlu gelişimin sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısını olumlu düzeyde etkileyebileceği görülmüştür. Ayrıca çalışma koşullarının bireylerarası kaliteyi etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya göre ' $H_{4a6}$ : *Çalışma koşullarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık kuruluşunun çalışma şartlarının hem bireylerarası iletişim kalitesini hem de yansıtıcılığı pozitif olarak etkileyebileceği görülmüştür. Bununla birlikte sağlık kuruluşunun çalışma koşullarının sağlık çalışanlarının bireylerarası kalite düzeyine etkisinde bireylerin yansıtıcılığının da bu ilişkiye dahil edilmesiyle daha gelişebileceği bulgulanmıştır. Çalışma koşullarının hasta güvenliğini nasıl ve ne düzeyde etkilediği ile ilgili bir analitik çerçeve geliştirildiğinde, çalışanların kişisel özellikleri ve organizasyonun sabit yapısal özellikleri (coğrafi konum, yönetmelikler ve mevzuat) gibi dış faktörleri tanımlayan öncül şartlar, çalışma koşullarının hasta güvenliği

üzzerindeki etkisini artırma veya azaltma derecesine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışma koşulları, iş kalitesini artıran veya iş kalitesini düşüren etmenlerdir ve çalışma koşulları hasta güvenliğini etkileyerek bir anlamda hasta sonuçlarını da etkileyebilme potansiyeline sahiptir (Hickam vd., 2003). Sağlık çalışanları, çalışma saatlerini renk, görsel ve işitsel uyaranlar, iklimlendirme düzeyi ve estetik dahil olmak üzere birçok fiziksel özelliğe sahip insan yapımı bir çalışma ortamında geçirmektedirler. Çevresel çalışma koşullarına ilişkin araştırmalar çeşitli endüstriyel ortamlarda yürütülmüştür ve birçok rapor hem sağlık hizmetlerinde hem de ofis ortamlarında işyeri tasarımının önemli olduğu konusunu ön plana çıkarmıştır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hususunda bir takım önerilerde yapılabilir. Bu öneriler; işçilerin verimliliğini ve ruh hallerini iyileştirmek için çeşitli aydınlatma ve renk tekniklerini içermektedir. Diğer çevresel faktörler ise sağlık çalışanlarının ve hastaların konforu için savunulan iç mekân bitkilerinin sağlanması, temiz hava, kontrollü sıcaklıklar ve pencerelerin varlığıdır. Pencereler, ışığı alma, havalandırma, içeriği ve dışarıyı görme imkânı ve estetik faydalar sağlamak gibi çeşitli işlevleri yerine getirmektedir (Allan vd., 1992:242; Birdsong ve Leibrock, 1990:40; Hickam vd., 2003:47).

Bu çalışmada takım ikliminin teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin teknik kalitedeki değişimin %40'ını açıkladığı görülmüştür. Bundan dolayı  $H_{2n2}$ : **Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi desteklenmiştir.** Sağlık kuruluşunda sağlık çalışanlarının oluşturduğu ekiplerdeki uyum, koordinasyon, yardımlaşma ve olumlu ekip ikliminin sağlık kuruluşunun ve sağlık ekiplerinin yetenek, uzmanlaşma, üst düzey hizmet sunma potansiyeli gösteren teknik kalite boyutunu pozitif olarak etkileyebileceği görülmüştür. Çalışmada yansıtıcılığın teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulguya göre  $H_{3b}$ : **Yansıtıcılık teknik kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi kabul edilmiştir.** Sağlık çalışanlarının yansıtıcılıklarının, hem sağlık ekibinin hem de sağlık kuruluşunun tek-

nik kalitesi olarak ifade edilebilecek; kuruluşun en iyi tıbbi bakımı verebilmesi, sağlık çalışanlarının iyi eğitilmiş, yetenekli ve işlerinde yetkin olma düzeyini pozitif olarak etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğu tespit edilmiştir. Buna göre;  **$H_{4b1}$ : 'Takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.' hipotezi desteklenmiştir.** Sağlık ekiplerinin pozitif iklim düzeyi sağlık kuruluşunun teknik kalitesini olumlu düzeyde etkileyebilir. Takım ikliminin bu olumlu etkisi sağlık çalışanlarının yansıtıcılığının da geliştirilmesi ile daha artarak teknik kalite düzeyini daha da yukarı çıkarabilir. Literatürde örgüt kültürünün yansıtıcı uygulamayı destekleyen ve teşvik eden bir yapıda olması gerektiğine dair tespitler mevcuttur (Brosche, 2007; Vittner, 2009). Sağlık hizmetlerinde kalite, yüksek motivasyona sahip, güçlü ve kendi kendine yetebilen sağlık takımları ile ancak sağlanabilir (Öğüt ve Kaya, 2011). Ercan (2019) hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki niteliklerin hasta güvenliği kültürü algı düzeyine etkisinin olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerde hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için hemşirelerin ekip çalışması tutumlarının geliştirilmesi ile iş tatmin düzeylerinin artırılması gerektiği, bulgularını tespit etmiştir. Olsen (2018) çalışmasında hastanedeki mevcut sosyal ilişkilerin, bireylerarası ilişki düzeyinin ve örgütsel faktörlerin hem çalışanların güvenlik davranışını hem de hastaların güvenlik algısını etkilediğini öne sürmüştür.

Çalışmada güvenlik ikliminin teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüş olup, bu etki, teknik kalitedeki değişimin %51'ini açıklamaktadır. Elde edilen bu bulguya göre  **$H_{2b2}$ : 'Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.' hipotezi kabul edilmiştir.** Sağlık kuruluşunun güvenlik politikası ve uygulamaları kurumun ve çalışanların teknik kalitesini olumlu olarak etkileyebilir. Bir başka ifadeyle sağlık kurumunun güvenlik iklim düzeyindeki her birimlik olumlu etki, kurumun teknik kalite düze-



yinin gelişimine katkı sağlayabilir. Araştırmada güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre;  $H_{4b2}$ : *Güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi reddedilmiştir. Bağımsız değişken olan güvenlik ikliminin bağımlı değişken teknik kaliteye etkisinde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algı düzeylerinin istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Araştırmada iş tatmininin teknik kaliteyi pozitif olarak anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür. İş tatmininin bu etkisi teknik kalitedeki değişimin %50'sini açıklamaktadır. Bu sonuca göre,  $H_{2c2}$ : *İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen bu bulguya göre sağlık çalışanlarının mesleki doyumunu, iş yerine olan sevgisi, moral ve motivasyonunun yüksek olması ve çalıştığı sağlık kuruluşundan duyduğu memnuniyet hem sağlık kuruluşunun hem de sağlık çalışanlarının teknik kalite düzeyini pozitif olarak etkileyerek geliştirebilir. Araştırmada çalışanların iş tatmin düzeyinin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğu görülmüştür. Öne sürölen  $H_{4b3}$ : *İş tatmininin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi desteklenmiştir. Bu bulguya göre, sağlık çalışanlarının iş memnuniyet düzeyinin olumlu etkisi çalışanların yansıtıcılık yeteneklerinin de artırılması ile daha da gelişerek teknik kaliteyi daha fazla artırabilir. Alinyazında iş tatmininin hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesini pozitif olarak etkilediğini tespit eden çalışmalar mevcuttur (Saari ve Judge, 2004; Locke, 1976; Chang vd., 2010; Tanaka vd., 2011; Liu vd., 2019; Bölükbaşı, 2019; Ercan, 2019). Araştırmada bulunan sonuçlar literatür ile uyumludur. Buna göre sağlık çalışanlarının iş tatmininde olumlu yönde bir değişim çalışanların yansıtıcılık düzeylerindeki olumlu gelişim ile birlikte bireylerarası kalite düzeyini geliştirebilir.

Çalışmada stres algısının teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve stres algısının bu etkisi teknik kalitedeki değişimin sadece %12'sini açıkladığı görülmüştür. Bu sonuca göre;  $H_{2d2}$ : *Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi negatif etkiler.*



**hipotezi reddedilmiştir.** Analize devam edildiğinde etki katsayısının  $\beta=0.3116$ 'dan  $\beta=0.2070$ 'e düştüğü görülmektedir ve elde edilen bu sonuca göre çalışanların stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü taşıdığı tespit edilmiştir. Hipotez;  $H_{4b4}$ : *Stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* kabul edilmiştir. Araştırma da stres algısına yönelik beklentinin dışında sonuçlar elde edilmesine ve stres algısına yönelik diğer çalışmalarda da (Taylor ve Pandian, 2013) rasyonel olmayan sonuçlar elde edilmesine rağmen stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olduğu tespiti önemlidir. Böylelikle çalışanların stres algısının teknik kaliteye etkisinde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarının da stresin olumsuz etkisini artırabileceği veya azaltabileceği bulgulanmıştır. Sağlık kurumlarında iş yeri stresinin ana nedeni olarak çalışma koşulları olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. İş yerinde strese temelde iş yükü fazlalığı, çevresel ortam (örneğin gürültülü ofisler, pencerelerin olmaması, küçük odalar ve sıcaklığın konfor için çok düşük veya çok yüksek olduğu alanlar), uzun çalışma saatleri, ağır iş yükleri ve personel yetersizliği gibi etkenler gösterilebilir (Bhui vd., 2016:320; Michie, 2002:78).

Yönetim algısı ile teknik kalite arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin varlığı tespit edilmiş ve bu etki düzeyinin, teknik kalitedeki değişimin %50'sini açıkladığı görülmüştür. Bu bulgu  $H_{2e2}$ : *Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezini desteklemektedir. Sağlık kuruluşunun hasta güvenliğine yönelik yönetim yaklaşımlarının ve uygulamalarının kurumun ve çalışanların teknik kalite düzeyini etkileyebileceği böylelikle güvenlik yönetim yaklaşımında her bir birimlik olumlu gelişimin teknik kalite düzeyini artırabileceği belirlenmiştir. Çalışmanın bir diğer bulgusu ise, yönetim algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü taşıdığıdır. Buna göre;  $H_{4b5}$ : *Yönetim algularının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi desteklenmiştir. Elde edilen sonuca göre sağlık kuruluşunun hasta güven-

liđi politika ve uygulamalarında meydana gelecek her bir birimlik değişim sağlık çalışanlarının yansıtıcılıklarının da bu etkiye dahil edilmesiyle daha da artarak teknik kaliteyi daha da geliştirebilecektir. Hasta güvenliği kùltürüne yönelik, yönetimin güvenlik politikaları ve uygulamalarının ne oranda başarılı bulunduğuna ve çalışanlar tarafından ne kadar benimsendiğine dair yapılan çalışmalar, bu alanda yönetim yaklaşımlarının pek başarılı bulunmadığını ortaya çıkarmıştır (Alves vd., 2020; Kolankiewicz vd., 2020 ; Marinho vd., 2014 ; Carvalho ve Cassiani, 2012) . Etkili bir yönetim politikası ve yaklaşımının, hasta güvenliği kùltürünün geliştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için temel bir faktör olarak kabul eden çalışmalar mevcuttur (Prates vd., 2021; Dombrádi vd., 2021).

Analizde alışma koşullarının teknik kalite ile etkileşimi incelendiğinde sağlık kurumunun çalışma koşullarının teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin teknik kalitedeki değişimin %51'ini açıkladığı gör÷lmüştür. Bu bulguya göre ***H<sub>2P</sub>: Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan teknik kaliteyi pozitif etkiler.*** hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık kuruluşunun alışma Şartlarında ki değişimin teknik kalite boyutunu da etkileyebileceğinin bulgulandığı bu sonuca göre, olumlu düzeyde gerçekleşecek çalışma koşullarındaki değişimin teknik kaliteyi artırabileceği gör÷lmüştür. Ayrıca alışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolünün olduğunu tespit edilerek, öne sür÷len ***H<sub>4b</sub>: Çalışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*** hipotezi desteklenmiştir. Bu bulguya göre, sağlık kuruluşunun alışma Şartlarındaki olumlu bir gelişim, çalışanların yansıtıcılık algılarının da artırılması ile teknik kaliteyi daha fazla geliştirebilir. Çalışma Őartlarından kaynaklanan olumsuz durum sağlık çalışanlarının hastaya gerekli kalite ve yetkinlikte hasta bakım uygulamasını yapamamasına, ayrıca hem hastaya hem de sağlık hizmetine potansiyel olarak zarar verebilecek düzeyde bir çalışan tükenmişliğine sebebiyet verebilir (Ballut vd., 2018 ).

Araştırmada takım iklimi ile çevresel kalite arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin varlığı tespit edilmiştir. Bu etki, çevresel kalitedeki değişimin %25'ini açıklamaktadır. Elde edilen bu bulguya göre ' $H_{2a4}$ : *Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık alışanlarının oluşturduğu takımlardaki olumlu iklim, koordinasyon, ahenk ve yardımlaşma, sağlık kuruluşunun çevresel kalite algı düzeyini de geliştirebilir. Elde edilen bir başka bulguya göre, çalışanların yansıtıcılık algısı çevresel kaliteyi pozitif olarak etkileyebildiğidir. Buna göre ileri sürölen ' $H_{3d}$ : *Yansıtıcılık çevresel kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık alışanlarının yansıtıcılık algı düzeylerinde gelişim, sağlık kuruluşunun çevresel kalite algısını da olumlu düzeyde etkileyebilir. Böylelikle çevresel kalite düzeyi de geliştirilerek hastalara verilen sağlık hizmetinin başarısı artırılabilir. Takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü taşıdığı tespit edilmiştir. Bu bulgu ' $H_{4d1}$ : *Takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.*' hipotezini desteklemektedir. Sağlık kuruluşunda sağlık ekiplerindeki uyum ve pozitif ortam, kurumun çevresel kalite algısını olumlu düzeyde etkileyebilir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısı takım iklimi ile çevresel kalite etkileşimine dahil edilebilirse, kurumun çevresel kalitesinde daha fazla gelişim görölebilir. Kanerva ve Kivinen (2017) alışmalarında yönetici hemşireler tarafından yürütölen hasta güvenliği geliştirme süreçlerini analiz etmiş ve katılımcılığın, iş geliştirme sürecinde iş birliğini arttırdığı ve yöneticilere hastane sisteminin bir parçası olarak, hasta güvenliği ve bu sistemin geliştirilmesindeki rolü hakkında fikir verdiği öne sürölmüştür.

Sağlık kuruluşunun güvenlik iklimi, çevresel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir şekilde etkilemekte ayrıca bu etki çevresel kalitedeki değişimin %39'unu açıklamaktadır. Elde edilen bu sonuca göre; ' $H_{2b4}$ : *Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.*' hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre hasta güvenliğine yönelik sağlık kuruluşunun yaklaşımı, bu alanda hata-

ya ve ihmale taviz vermemesi gibi nitelikler barındıran kurumun güvenlik iklim düzeyi çevresel kalite algısını olumlu şekilde etkileyebilir. Çalışmada elde edilen diğer bulgu ise güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığıdır. Bu bulguya göre; ' $H_{4d2}$ : **Güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.**' hipotezi reddedilmiştir. Güvenlik iklimi çevresel kalite düzeyini doğrudan etkilese de bu ilişkide sağlık çalışanlarının yansıtıcılıklarındaki değişim istatistiksel olarak anlamsızdır. Çevresel faktörlerin hastaların genel sağlık sonuçlarını etkilediği ileri sürülmüş ve ampirik bulgular bu hipotezi desteklemiştir. Araştırmalardan elde edilen bulgular, hastaların psikolojik durumlarının onların iyileşme sürecini etkileyebileceğini göstermektedir. Stres altındaki hastaların yaralarının, stres altında olmayan hastaların yaralarına göre %24 daha uzun sürede iyileştiği tespit edilmiştir. Hastanede kalma süresinin azalması, artan hasta memnuniyeti ve azalan sağlık hizmetleri maliyetleri dahil olmak üzere çeşitli avantajlar taşınması açısından önem taşımaktadır (Kiecolt-Glaser vd., 1995:1195; Jamshidi vd., 2020:251).

İş tatmininin çevresel kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu etki, çevresel kalitedeki değişimin %44'ünü açıklamaktadır. Buna göre; ' $H_{2c4}$ : **İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.**' hipotezi desteklenmiştir. Sağlık kuruluşunda iş tatmin düzeyinin yüksek olması kurumun çevresel kalite algısını da pozitif olarak geliştirebilir. Buna göre işini ve kurumunu seven çalışan, çevresel kaliteyi artırarak hasta bakım kalitesinin gelişmesine yardımcı olabilir. Çalışmada sağlık çalışanının iş tatmin düzeyinin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinden söz edilemeyeceği görülmüştür. İleri sürülen ' $H_{4d3}$ : **İş tatmininin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.**' hipotezi kabul edilmemiştir. Bir başka ifade ile iş tatmin düzeyi çevresel kaliteyi etkilerken, çalışanların yansıtıcılık algı düzeylerindeki değişim bu etkileşime istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etki etmemektedir. Sağlık kuruluşları, bir taraftan çalışanları işe alma ve

elde tutmak için önemli miktarda yatırım yaparken, diğer taraftan çalışan memnuniyetsizliği ile başa çıkmak zorundadır (Parveen vd., 2017; van de Klundert, 2018; Nantsupawat vd., 2017). Kaliteli sağlık hizmetleri sunmak için motive olmuş bir işgücünün çok önemli olduğu bulgulanmıştır ( Moses ve Sharma, 2020 ; Sharma ve Dhar, 2016 ; Bassett vd., 1997) Çalışanların iş tatmininin; sağlık bakım maliyetlerine ve verimlilik düzeylerine etki ettiğini tespit eden çalışmalar mevcuttur (Luoma, 2006; Nikic vd., 2008; Iliffe ve Manthorpe, 2019). Ayrıca, iş tatmininin, çalışanın elde tutulması ve hasta memnuniyet düzeyi üzerinde doğrudan bir etkisi söz konusudur (Lu vd., 2016; Szecsenyi, 2011). Hemşireler tarafından bildirilen sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hemşirelerde daha yüksek düzeyde tükenmişlik yarattığı, daha düşük iş tatminine neden olduğu, hasta güvenliği ve bununla ilişkili tıbbi hataların daha fazla görülmesi ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hemşire tükenmişliğinin, daha düşük düzeyde hasta güvenliği ve daha fazla olumsuz olay yaşanması ile doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür. Hemşirelerin yüksek düzeyli iş tatminlerinin, hasta güvenliği ile yüksek düzeyde etkileşimi olduğu tespit edilmiştir (Liu vd., 2019:558).

Stres algısının çevresel kaliteyi pozitif etkilediği tespit edilmiş ve bu etki düzeyi, çevresel kalitedeki değişimin %9'unu açıkladığı görülmüştür. Bu bulguya göre; *H<sub>2d4</sub>: Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi negatif etkiler.* hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen diğer bir bulgu, stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü taşıdığıdır. Çalışmanın hipotezi olan; *H<sub>4d4</sub>: Stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* kabul edilmiştir.

Yönetim algısının çevresel kalite ile etkileşimi incelendiğinde yönetim algısının çevresel kalite algısını pozitif olarak etkilediği görülmekte ve bu etki çevresel kalitedeki değişimin %45'ini açıklamaktadır. Bu sonuca göre *H<sub>2e4</sub>: Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık kuruluşunun hasta güvenliğine yönelik kurum

yöneticilerinin ve kurumun bütün paydaşları ile benimsediği güvenlik yaklaşım ve politikalarında her bir olumlu değişim kurumun çevresel kalite düzeyini de artırabileceği görülmüştür. Ayrıca güvenlik politika ve uygulamalarına yönelik yönetim algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık etkisinin olduğu bulunmuştur. Buna göre *H<sub>4c3</sub>: Yönetim algularının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* **hipotezi kabul edilmiştir.** Sağlık kuruluşunun hasta güvenliğine yönelik yaklaşım, politika ve uygulamalarında olumlu değişim sağlık çalışanlarının yansıtıcılıklarının da bu etkileşimde yer almasıyla birlikte daha da gelişerek, çevresel kalite düzeyi daha da geliştirebileceği görülmektedir. Newman ve diğerleri (2001) çalışmalarında yönetim zincirinin başarısının hemşire memnuniyetine, hasta bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine bağlı olduğunu ileri sürmüştür.

Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise çalışma koşullarının çevresel kaliteyi pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı etkilediği ve bu etkinin çevresel kalitedeki değişimin %45'ini açıkladığıdır. Çalışma kapsamında ileri sürülen *H<sub>2fd</sub>: Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan çevresel kaliteyi pozitif etkiler.* **hipotez desteklenmiştir.** Sağlık kurumunun hasta ve sağlık çalışanları için oluşturduğu çalışma şartlarının çevresel kalite algısını doğrudan etkileyebileceği görülmektedir. Ayrıca çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü taşıdığı tespit edilmiş ve buna göre; *H<sub>4d0</sub>: Çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* **hipotezi kabul edilmiştir.** Bu sonuca göre sağlık kuruluşunun çalışma şartlarında her bir olumlu değişim çevresel kalite algısını da geliştirebilir. Ayrıca çalışma koşullarında pozitif değişim eğer çalışanların yansıtıcılık algıları geliştirilir ve bu etkileşime dahil edilirse daha da artarak çevresel kalite düzeyine daha fazla olumlu düzeyde etkileyebilir. McKenzie ve diğerleri (2019) hasta güvenliği kültürü oluşturma ve gelişim sürecini gözledikleri bir çalışmada, güvenlik kültürü uygulamaları süresince hastanenin çevre ve çalışma koşullarının güvenlik kültürü programının yürütülmesine engel olarak tanımlandığını

bulgularıdır. Çalışma koşullarında yaygın olarak tespit edilen eksikler arasında iş yükünün fazlalığı, yatak sayısının yetersizliği, giderek eskiyen ve sorun çıkaran altyapı hizmetleri, erişiminde zorluk yaşanan tıbbi ekipmanlar ve elektronik tıbbi kayıt tutmaktan imtina edilerek kâğıda aşırı bağımlı olma isteği gösterilmektedir.

Araştırmada takım ikliminin yönetsel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir şekilde etkilediği ve bu etkinin yönetsel kalitedeki değişimin %30'unu açıkladığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre;  $H_{2a3}$ : **Takım iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.** hipotezi desteklenmiştir. Bu bulguya göre sağlık kuruluşunun sağlık hizmetlerinin sunumunda görev yapan ekip üyelerinin birbirleriyle uyum içerisinde oluşturdukları pozitif iklimin, yönetsel kaliteyi ifade eden, kurumun iyi yönetildiği algısı ile esas hizmet üretim yerlerini destekleyen yardımcı ve idari hizmet birimlerinin görevlerini layıkıyla yaptıkları algısını, olumlu düzeyde etkileyebileceği görülmektedir. Yansıtıcılığın yönetsel kaliteyi pozitif olarak etkilediği ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre,  $H_{3c}$ : **Yansıtıcılık yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.** hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen bu bulgu, sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarının sağlık kurumunun yönetsel kalite algısına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya çıkarmıştır. Çalışmada ayrıca takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinden söz edilemeyeceği bulgulanmış olup ileri sürülen;  $H_{4c1}$ : **Takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.** hipotezi reddedilmiştir. Bir başka ifade ile takım ikliminin kurumun yönetsel kalite düzeyini etkilediği görülmektedir. Ancak takım iklimindeki pozitif gelişimin sağlık çalışanlarının yansıtıcılıklarının da etkileşime dahil edilmesinin istatistiksel olarak yönetsel kaliteyi etkileyip etkileyemediği kanıtlanamamıştır.

Analiz sonucunda güvenlik iklimi yönetsel kaliteyi pozitif olarak etkilemektedir. Bu etki yönetsel kalitedeki değişimin %40'ını açıklamaktadır. Elde edilen bu bulguya göre  $H_{2b3}$ : **Güvenlik iklimi hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif**



**etkiler.’ hipotezi desteklenmiştir.** Sağlık kuruluşunun hasta güvenliğine yönelik tutum, yaklaşım, uygulama ve politikalarındaki her bir olumlu gelişimin, kurumun esas hizmet üretimini destekleyen yardımcı birimlerdeki hizmetin niteliğini ve kurumun yönetim algısını olumlu düzeyde artırabileceği tespit edilmiştir. Elde edilen bir diğer bulguya göre güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısının kısmi aracılık rolünün olduğu ve bu etkinin negatif yönelimli olduğunun tespit edilmesidir. Bu bulguya göre;  $H_{4e2}$ : *Güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* **‘hipotezi desteklenmiştir.** Bu sonuç, sağlık kurumunun hasta güvenliğine yönelik politika ve uygulamalarında olumlu düzeydeki gelişimin, sağlık çalışanlarının yansıtıcılıklarının etkileşime dahil edilmesiyle azaldığı, böylelikle yönetsel kalitede beklenen düzeyde gelişim sağlanamayabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bir başka ifade ile sağlık yöneticileri ve karar vericilerin kurumun güvenlik iklimi ile yönetsel kalite etkileşiminde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarını sürece dahil etmemesi gerekmektedir.

Araştırmada iş tatmininin yönetsel kaliteyi pozitif ( $\beta=0.7580$ ) olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ayrıca etki düzeyinin, yönetsel kalitedeki değişimin %47’sini açıkladığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre ileri sürülen  $H_{2e3}$ : *İş tatmini hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.’ hipotezi kabul edilmiştir.* Sağlık çalışanlarının iş ve kurumlarına olan sevgisi ve beklentilerinin karşılama düzeyi, kurumun yönetsel kalite düzeyini de olumlu olarak etkileyerek, geliştirebilir. Çalışmanın esas konusunu oluşturan iş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılık boyutunun aracılık rolünün olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre;  $H_{4e3}$ : *İş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.’ hipotezi reddedilmiştir.* Elde edilen bu sonuca göre sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeylerinde pozitif etki, yansıtıcılık algısının etkileşime dahil edilmesiyle istatistiksel olarak yönetsel kaliteyi daha fazla etkileyip etkileyemediği tespit edilememiştir. Sağlık hizmetlerin-



de optimum verimlilik ve güvenliğin sağlanabilmesi ancak hekim ve diğer tüm sağlık çalışanlarının katılım göstermesi ile mümkün olabilir. Bundan ötürü sağlık kuruluşları, çalışanların iş tatmininin hasta bakımını pozitif etkilediği varsayımı ile çalışan memnuniyetini artırmaya çalışmalıdır (Saari ve Judge, 2004).

Stres algısı ile yönetsel kalite arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin olduğu görülmüştür. Bu etki düzeyi, çevresel kalitedeki değişimin %6'sı gibi çok düşük bir oranını açıklamaktadır. Elde edilen bu bulguya göre;  $H_{2d3}$ : *Stres algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi negatif etkiler.* hipotezi reddedilmiştir. Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise stres algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolünün olduğudur. Bu sonuca göre;  $H_{4c4}$ : *Stres algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi kabul edilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü alt boyutu olan yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Bu etki yönetsel kalitedeki değişimin %59'luk kısmını açıklamaktadır. İleri sürülen  $H_{2c3}$ : *Yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi kabul edilmiştir. Sağlık kuruluşunun hasta güvenliğine yönelik politika, uygulama ve yaklaşımlarının, kurumun esas hizmet üretimini destekleyen yardımcı hizmet üretim birimleri ile sağlık kuruluşunun yönetim algısını olumlu düzeyde etkileyebileceği görülmektedir. Ayrıca çalışmada yönetim algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığı görülmüştür. Buna göre;  $H_{4d5}$ : *Yönetim algılarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır* hipotezi reddedilmiştir. Buna göre sağlık kuruluşunun hasta güvenliğine yönelik olumlu düzeyde her bir değişimin yönetsel kaliteyi de etkilediği görülmekle beraber bu etkileşime sağlık çalışanlarının yansıtıcılıklarının dahil edilmesinin istatistiksel olarak etkisinin olup olmadığı tespit edilememiştir. Hellings ve diğerleri (2010) çalışmalarında hasta güvenliği kültürünü yaratmak ve geliştirmek için, hasta gü-

venliği kültürü hedeflerinin tanımlanması ve benimsenmesinin zamana yayılmasının iyileştirme planının önemli bir parçası olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hasta güvenliği oluşturma da güçlü bir yönetim desteği sağlamak ve çalışanlarında güvenli hasta bakım sisteminin oluşturulmasında yönetim desteğinin varlığını hissetmesi önem taşımaktadır.

Sağlık kuruluşunun çalışma koşulları yönetsel kaliteyi pozitif etkilemekte ve bu etki düzeyi, yönetsel kalitedeki değişimin %58'ini açıklamaktadır. Araştırmada öne sürülen  $H_{2f3}$ : *Çalışma koşulları hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif etkiler.* hipotezi desteklenmiştir. Kurumun çalışanlarına, yeni göreve başlayanlara ve stajyerlerine sunduğu çalışma koşullarının sağlık kuruluşunun yönetsel kalite algısını olumlu olarak etkileyebileceği bulgulanmıştır. Bir başka ifade ile çalışma koşullarında olabilecek her bir birimlik pozitif gelişim, kurumun yönetsel kalite algısını da artırabilir. Elde edilen diğer bulgu ise yönetim algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğudur. Böylelikle çalışmanın esas konusunu oluşturan  $H_{4c6}$ : *Çalışma koşullarının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolü vardır.* hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre sağlık kuruluşunun çalışma koşullarında meydana gelen her gelişim, eğer sağlık çalışanlarının yansıtıcılıkları da bu etkileşime dahil edilirse daha da artarak kurumun yönetsel kalitesini daha da geliştirebilir.

Çalışmada ayrıca sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre yansıtıcılık, hasta güvenliği kültürü ve hasta bakım kalitesi ölçeklerinde yer alan ifadelerle katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olup olmadığını tespit etmek amacıyla analizler yapılmıştır. Araştırma kapsamında katılımcıların; cinsiyet, yaş, coğrafi bölge, çalışma sektörü, eğitim düzeyi, meslek, mesleki pozisyon ve mesleki kıdem değişkenlerine göre hasta güvenliği kültürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa ait algı düzeylerinde anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelenmiş ve sadece yaş değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Diğer değişkenler incelendiğinde;

Cinsiyet değişkenine göre sadece stres algısı boyutunda anlamlı farklılık gör÷lmüştür. Elde edilen bulguya göre; erkek sağlık çalışanlarının stres algı düzeyi kadın sağlık çalışanlarından istatistiksel olarak daha fazladır. Buna göre '*H<sub>5a</sub>: sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.*' hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde alışma ortamında kadın çalışanların stresi daha fazla algıladıklarına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Huang vd., 2021:1561; Eskin vd., 2013:137; Kamer, 2018:127; Yıldız, 2017:47; Erdoğan, 2021:226). Ancak yapılan çalışmalarda erkek çalışanların stres algı düzeyinin kadınlardan yüksek olduğunu bulgulayan araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla elde edilen bu bulgu literatürle uyumlu değildir. Bu bulgu, erkek sağlık çalışanlarının stres algısına ait ölçek ifadelerini tam olarak anlayamadığı şeklinde yorumlanabileceği gibi Covid 19 ile birlikte tüm dünyayı etkileyen pandeminin sağlık çalışanlarındaki stres ve kaygı düzeylerindeki farklı ve yeni sonuçlara sebebiyet verdiği şeklinde de yorumlanabilir.

Yaş değişkenine göre sağlık çalışanlarının ölçeklere verdiği ifadelerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gör÷lmemiştir. Elde edilen bu bulguya göre '*H<sub>5b</sub>: Sağlık alışanlarının yaş değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.*' hipotezi reddedilmiştir.

Eğitim düzeyi değişkenine göre yansıtıcılık ve yönetsel kalite boyutlarına ait ifadelere katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gör÷lmüştür. Ön lisans mezunlarının yansıtıcılık boyutuna ait ifadelere katılım düzeyleri lisansüstü mezunlarından daha düşüktür. Bir başka ifade ile lisansüstü mezunlarının yansıtıcılık algı düzeyleri ön lisans mezunlarından daha yüksektir. Yönetsel kalite boyutuna ait ifadelere katılım düzeyi incelendiğinde lise mezunlarının lisansüstü mezunlarından daha yüksek düzeyde ifadelere katılım sağlamıştır. Buna göre lise mezunu sağlık çalışanları kurumlarının esas hizmetlerini destekleyici nitelikte olan

yardımcı idari hizmetler ile kurumun yönetsel işleyişini lisansüstü eğitim almış çalışanlardan daha başarılı bulmaktadır. Elde edilen bu bulgulara göre  $H_{3c}$ : *Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır?* **hipotezi kabul edilmiştir.** Yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği ile ilişkili çalışmalarda katılımcıların eğitim düzeylerine göre ifadelere katılımı anlamlı düzeyde farklılık tespit edilen çalışmalar bulunmaktadır (Çakmakçı Çetinkaya, 2004; Prates vd., 2021).

Analiz neticesinde ölçek boyutlarına ait ifadelere katılımı coğrafi bölge düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Güneydoğu Anadolu bölgesindeki illerde görevli sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algı düzeyi diğer 6 coğrafi bölgede görev yapanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Katılımcıların takım iklimi ölçeğine yönelik ifadeler katılım düzeyi incelendiğinde Karadeniz Bölgesinde görevli sağlık çalışanları, Marmara, Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde çalışan sağlık çalışanlarından sağlık kuruluşlarındaki ekiplerin uyumunun ve performansının daha düşük olduğunu düşünmektedirler. Güvenlik iklimi incelendiğinde Güneydoğu Anadolu bölgesindeki katılımcıların Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesindeki katılımcılara göre çalıştıkları sağlık kuruluşunun güvenlik politikalarını daha başarılı buldukları görülmüştür. Stres algısı ölçeğine yönelik ifadeler incelendiğinde Marmara Bölgesinde çalışanların, Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesinde görevli sağlık çalışanlarından daha fazla stres algıladıkları tespit edilmiştir. Ayrıca stres algısında Ege Bölgesindeki katılımcılar, İç Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki katılımcılara göre stresi daha fazla algıladıkları görülmüştür. Gruplar arasında bir başka farklılıkta ise Akdeniz Bölgesindeki sağlık çalışanları, İç Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki katılımcılardan yüksek, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde görevli çalışanlardan daha düşük düzeyde stres algıladıkları tespit edilmiştir. Marmara bölgesinde çalışanlarının yönetim algıları ifadelerine katılım düzeyi Doğu ve

Güneydoğu Anadolu bölgesinden daha yüksektir. Buna göre Marmara bölgesinde görev yapan sağlık çalışanları sağlık kuruluşunun yönetim işleyiş ve organizasyonunu Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde görev yapanlara göre daha başarılı bulmaktadır. Çalışma koşulları ifadelerine Marmara Bölgesinde görevli sağlık çalışanlarının katılımlarının Akdeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde çalışanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile sağlık kuruluşunun çalışma koşullarını Marmara Bölgesinde görev yapan sağlık çalışanları Akdeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki çalışanlara göre daha başarılı olduğunu düşünmektedir. Yönetimsel kalite algısına yönelik ifadelere katılım düzeyi incelendiğinde Marmara Bölgesi çalışanları, Güneydoğu Anadolu Bölgesi çalışanlarına göre kurumlarının daha iyi yönetildiğini ve yardımcı idari hizmet birimlerinin işleyişinin daha başarılı olduğu kanaatine sahiptirler. Analiz sonucunda iş tatmini, bireylerarası kalite, teknik kalite ve çevresel kalite boyutlarında anlamlı düzeyde bir farklılaşma tespit edilmemiştir. Elde edilen bu bulgulara göre *H<sub>5c</sub>: Sağlık çalışanlarının coğrafi bölgeler değişkenine göre hasta güvenliği kültürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.* hipotezi kabul edilmiştir.

Yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği kültürü ölçeklerine katılım düzeylerinde çalışma sektörü değişkenine göre kamu ve özel sektör çalışanları arasında bazı boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir. Buna göre kamu sektöründe görev yapan sağlık çalışanlarının yansıtıcılık, takım iklimi, güvenlik iklimi, stres algısı, bireylerarası kalite ve teknik kalite boyutlarındaki ifadelerle katılım düzeyleri özel sektörde çalışanlara göre daha yüksektir. Bir başka ifade ile kamu sektöründe görevli sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısı özel sektöre göre daha yüksektir. Ayrıca kamu çalışanları kurumlarındaki takım iklimi düzeyini ve kurumun güvenlik ile ilgili politikalarını, özel sektörde çalışanlara göre daha başarılı bulmaktadır. Kamu çalışanları hem ekiplerinin hasta ile bireylerarası ilişki düzeyini hem de kurumda

verilen sağlık hizmetinin niceliğini özel sektöre göre daha başarılı bulurken daha fazla stres algıladıkları tespit edilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre  $H_{5d}$ : *Sağlık çalışanlarının çalışma sektörü değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.* **hipotezi kabul edilmiştir.** Literatürde kamu ve özel sektöre ait sağlık hizmet kurumlarında hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit eden çalışmalar mevcuttur (Maun vd., 2013; Comondore vd., 2009; Eggleston vd., 2008; Kraska vd., 2016; Andersson vd., 2021). Ayrıca özel sektöre ait sağlık hizmet kalite algısının kamu sektöründen daha yüksek olduğu sonucunu elde eden çalışmalarda mevcuttur (Glenngård, 2012; Maun vd., 2013; Andersson vd., 2021).

Sağlık kurumlarında farklı meslek gruplarına mensup çalışanların; yansıtıcılık, hasta güvenliği kùltürü ve hasta bakım kalitesine ait ifadelere katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde güvenlik iklimi boyutundaki ifadeleri hastane yöneticilerinin hekimlerden daha yüksek düzeyde onayladıkları görülmüştür. Buna göre hastane yöneticileri kendi kurumlarının güvenlik politika ve uygulamalarını hekimlerden daha başarılı bulmaktadır. Hastane yöneticilerinin iş tatmini boyutu ifadelerine katılım düzeyi hekimlerden daha yüksektir. Yönetim algıları boyutunda ise, hastane yöneticilerinin ifadele-re katılım düzeyi diğer sağlık çalışanlarından daha yüksektir. Buna göre yöneticiler, hastanenin yönetimini ve güvenlik hizmetlerinin yürütülmesini diğer sağlık çalışanlarına göre daha başarılı olduğunu düşünmektedir. Yönetim algıları boyutu ifadelerine katılımında bir başka farklılık ise, hekimlerin katılım düzeyinde gerçekleşmiştir. Hekimler hastanenin yönetim politikalarını hemşire ve hasta bakı-cılardan daha az düzeyde başarılı bulmaktadır. Çalışma koşullarına yönelik ifadelerle katılım düzeyleri incelendiğinde hastane yöneticilerinin, hekim ve diğer sağlık çalışanına göre daha yüksek katılım sağladığı görülmüştür. Buna göre hastane yöneticileri kendi kuruluşlarının sunmuş olduğu çalışma koşullarını hekim ve diğer

sağlık çalışanlarından daha iyi olduğunu dűřünmektedir. Hastane yöneticilerinin hastanenin çevresel kalite (aydınlatma, iklimlendirme, çevresel düzenleme vb.) düzeyini hekimlerden daha başarılı bulmaktadır. Çalışmada meslek değişkenine göre yansıtıcılık, takım iklimi, stres algısı, bireylerarası kalite ve teknik kalite boyutlarında anlamlı bir farklılaşma gör÷lmemiştir. Elde edilen bulgulara göre *'H<sub>5e</sub>: Sağlık alışanlarının meslek değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.'* hipotezi kabul edilmiştir. Bu çalışmada meslek grupları arasında hastane yöneticileri dışındaki hekim, hemşireler ve diğer çalışanlarının, sağlık kuruluşunun hasta güvenliği politikaları, kurumdaki güvenlik iklim düzeyleri, yönetsel ve çevresel kalite algılarının daha düşük olması dikkat çekicidir. Hasta güvenliği kùltürü algısına ilişkin değerlendirmelerine yalnızca doktorları ve hemşireleri değil, hasta bakımıyla dolaylı olarak ilgilenen diğer profesyonellerin de dahil edilmesi önemlidir. Sağlık alışanları ile idari personellerin hasta güvenliği kùltürü algıları arasında istatistiksel farklılıkların tespit edildiği çalışmalar mevcuttur. Örneđin Hannah ve diğerleri (2008) ile Prates ve diğerleri (2021) alışmalarında; sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algılarının diğer idari personellere göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca, her iki grubun, kurumun güvenlik politikalarına yönelik yüksek düzeyde pozitif algıya sahip olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında bu benzerliğin hastanenin organizasyon genelinde tüm hastane çalışanları için güvenlik kùltürüne verdiği önemden kaynakladığı dűřünülmektedir. Bundan ötürü hasta güvenliği konusundaki tüm çalışmalara sadece sağlık profesyonelleri değil diğer idari personel, güvenlik, sekreterler, temizlik personeli ve dolaylı olarak bakımla ilgili çalışanların dahil edilmesi gerekmektedir. Bölükbaşı (2019) araştırmasında hekim ve hemşirelerdeki iř tatmini ile hasta güvenliği kùltürü algı farklılıklarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada; hekim ve hemşirelerin iř tatminlerinin cinsiyet, eğitim durumu, unvan ve meslek gruplarına göre, hasta güvenliği kùltürü algılarının ise tüm demografik özelliklere göre istatistiksel

olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini tespit etmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş tatmini ile hasta güvenliği kùltürü algılarında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu saptamıştır. Liukka ve diğerleri (2021) hasta güvenliği kùltürünün ve olay raporlamasının farklı sağlık meslek mensupları arasında uzun dönemli ve akut bakım düzeyleri açısından herhangi bir farklılık taşıyıp taşımadığını tespit etmeyi amaçladıkları çalışmalarında; yönetici pozisyonunda görev yapanların, hasta güvenliği kùltürü algı düzeylerinin diğer meslek mensuplarına göre en üst düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir.

Ekip üyesi ve ekip sorumlusu değişkenine göre takım iklimi ve stres algısı boyutlarında anlamlı bir farklılaşma vardır. Buna göre ekip sorumlularının hem takım iklimi boyutu hem de stres algısı boyutu ifadelerine katılım düzeyleri ekip üyelerinden daha yüksektir. Ekip sorumluları hastanede birlikte çalıştıkları takımların içerisindeki uyumu ve çalışanların birbirine olan destek düzeyini ekip üyelerine göre daha başarılı bulmaktadır. Mesleki pozisyona göre anlamlı düzeyde çıkan diğer farklılık stres algısı boyutudur. Ekip sorumluları sağlık kuruluşunda yapmış oldukları işlerde ekip üyelerine göre stresi daha fazla yaşadıklarını düşünmektedirler. Elde edilen bu bulgulara göre  $H_{3f}$ : *Sağlık alışanlarının mesleki pozisyon değişkenine göre hasta güvenliği kùltürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.* hipotezi kabul edilmiştir. Ekip sorumluları sağlık ekibinin ahengini ekip üyelerinden daha başarılı bulmaktadır. Bu durumda, ekip üyeleri; çatışma, uyumsuzluk, koordinasyonsuzluk gibi takım iklimini olumsuz etkileyen durumları ekip sorumlularına yansıtmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Sağlık alışanlarının mesleki kıdem değişkenine göre yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği kùltürü ölçeklerine ait ifadelere katılım düzeylerinde stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşulları boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir. Farklılığın hangi boyutlar arasında olduğunu belirlemek için yapılan analiz neticesinde; stres algısı boyutunda 0-3 yıl kıdemi olan çalışanların, 16 yıl ve üzeri çalışanlardan stresi



daha fazla algıladıkları tespit edilmiştir. Bir başka deyişle kıdem arttıkça iş yerinde duyulan stres algısında azalma yaşanmaktadır. Dolayısıyla kıdemli çalışanların, sürekli aynı işi yapma, aynı çalışma koşullarında uzun yıllar bulunma ve meslekte geçen süre arttıkça özgüvenlerinin de artması gibi faktörlerden ötürü diğer çalışanlardan stresi daha az algıladıkları düşünülmektedir. Yönetim algıları boyutuna yönelik ifadelerle 16 yıl ve üzerinde kıdemi olan sağlık çalışanlarının, 0-3yıl, 4-7 yıl ve 8-11 yıl arasında kıdeme sahip olanlardan daha düşük düzeyde katılım sağladıkları tespit edilmiştir. Buna göre sağlık kuruluşunda görev yapan en tecrübeli sağlık çalışanları kurumun yönetsel işleyiş ve organizasyonunu kıdemi daha az olanlardan başarısız bulmaktadır. Çalışma koşulları boyutunda ise en kıdemli sağlık çalışanları kıdemi daha az olanlara göre sağlık kuruluşunun çalışma koşullarını yeterli düzeyde görmemektedir. Ayrıca yine çalışma koşulları boyutu incelendiğinde 4-7 yıl kıdemi olanların, 12-15 yıl kıdemi olan çalışanlardan kurumun çalışma şartlarının istatistiksel olarak daha iyi düzeyde olduğunu düşünmektedirler. Analiz neticesinde; katılımcıların ölçek ifadelerine katılım düzeyleri arasında mesleki kıdem değişkenine göre diğer boyutlarda anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir. Buna göre *'H<sub>5g</sub>: Sağlık çalışanlarının mesleki kıdem değişkenine göre hasta güvenliği kültürü, yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine yönelik algı düzeylerinde anlamlı farklılaşma vardır.'* hipotezi kabul edilmiştir. Prates ve diğerleri (2021) ile Bodur ve Filiz (2009) çalışmalarında mesleki kıdem düzeyi düşük olanların hasta güvenliği algılarının kıdemli çalışanlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamızda da bunu destekler bulgular elde edilmiştir. Mesleki deneyim düzeylerindeki bu farklılığın sebebinin, sağlık profesyonellerin mesleki deneyimi arttıkça, hasta güvenliğinin ciddi bir sorun olmadığına dair daha fazla algı oluşturdıkları şeklinde değerlendirilebilir. Elde edilen bu bulgu; daha deneyimli sağlık profesyonelleri arasında hasta güvenliği kültürü ve önemine yönelik daha yoğun bir şekilde teşvik edilme ihtiyacını ortaya koymaktadır.

#### **4.5. Araştırmanın Sonucu ve Öneriler**

Çalışmada hasta güvenliği kùltürü boyutlarının (takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşulları) hem yansıtıcılığa hem de hasta bakım kalitesi boyutlarına (bireylerarası kalite, teknik kalite, yönetsel kalite ve çevresel kalite) etkisi incelenmiştir. Araştırmada yansıtıcılığın hasta bakım kalitesi boyutları ile etkileşimi analiz edilmiştir. Ayrıca çalışmanın esas konusunu oluşturan hasta güvenliği kùltürü boyutlarının hasta bakım kalitesi boyutlarına etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığı incelenmiştir. Çalışmada son olarak sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre hasta güvenliği kùltürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa yönelik algılarında anlamlı düzeyde bir farklılaşma olup olmadığı analiz edilmiştir.

Araştırma sonucunda;

- Takım iklimi yansıtıcılığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir. Elde edilen diğer bulguya göre takım iklimi bireylerarası kaliteyi pozitif olarak etkilemektedir. Yansıtıcılık bireylerarası kaliteyi olumlu olarak etkilerken araştırmanın esas konusu olan takım ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğu sonucu elde edilmiştir.
- Güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteyi ve yansıtıcılığı pozitif ve anlamlı olarak etkilediği ayrıca güvenlik ikliminin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğu görölmüştür.
- Çalışanların iş tatmin düzeyi hem bireylerarası kaliteyi hem de yansıtıcılığı pozitif olarak etkilemektedir. Çalışmanın esas konusunu oluşturan iş tatmininin bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğu görölmüştür.
- Çalışmada stres algısının bireylerarası kaliteyi ve yansıtıcılığı etkilediği ve bu etki düzeyinin pozitif olduğu görölmüştür.

Stres algısının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü olduğu sonucu elde edilmiştir.

- Araştırma sonuçlarına göre yönetim algısı hem bireylerarası kaliteyi hem de yansıtıcılığı pozitif olarak etkilemektedir. Ayrıca çalışmanın esas konusu olan yönetim algılarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü olduğu görülmüştür.
- Araştırmada sağlık kuruluşunun çalışma koşullarının bireylerarası kaliteyi ve yansıtıcılığı pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Çalışmanın diğer sonucuna göre çalışma koşullarının bireylerarası kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü bulunmaktadır.
- Araştırmada takım ikliminin teknik kaliteyi pozitif etkilediği ayrıca yansıtıcılığın da teknik kaliteyi olumlu düzeyde etkilediği görülmüştür. Ayrıca takım ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü olduğu sonucu elde edilmiştir.
- Çalışmada güvenlik ikliminin teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Araştırmada güvenlik ikliminin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığı görülmüştür.
- Araştırmada iş tatmininin teknik kaliteyi pozitif olarak anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür. Araştırmada çalışanların iş tatmin düzeyinin teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü olduğu görülmüştür.
- Çalışmada stres algısının teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Araştırmanın esas konusunu oluşturan çalışanların stres algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Yönetim algısı ile teknik kalite arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin varlığı görülmüştür.

Çalışmanın bir diğer sonucu ise, yönetim algısının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü taşıdığıdır.

- Araştırmada sağlık kurumunun çalışma koşullarının teknik kaliteyi pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Ayrıca çalışma koşullarının teknik kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolünün olduğu sonucu elde edilmiştir.
- Takım iklimi ile çevresel kalite arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etki görülmüştür. Elde edilen bir başka sonuca göre, çalışanların yansıtıcılık algısı çevresel kaliteyi pozitif olarak etkilemektedir. Araştırmanın esas konusunu oluşturan takım ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü taşıdığı sonucu elde edilmiştir.
- Sağlık kuruluşunun güvenlik iklimi, çevresel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Çalışmada elde edilen diğer sonuç ise güvenlik ikliminin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığıdır.
- İş tatmininin çevresel kaliteyi pozitif olarak etkilediği ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Araştırmada iş tatmin düzeyinin çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinden söz edilemeyeceği sonucuna ulaşılmıştır.
- Stres algısının çevresel kaliteyi pozitif etkilediği tespit edilmiş ve bu etkinin, çevresel kalitedeki değişimin sadece %9'unu açıkladığı görülmüştür. Elde edilen diğer bir sonuç, stres algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolü taşıdığıdır.
- Yönetim algısının çevresel kalite ile etkileşimi incelendiğinde yönetim algısının çevresel kalite algısını pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Ayrıca güvenlik politika ve uygulamalarına yönelik yönetim algısının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık etkisinin olduğu görülmüştür.

- Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise çalışma koşullarının çevresel kaliteyi pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı etkilediğidir. Çalışma koşullarının çevresel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalışmada takım ikliminin yönetsel kaliteyi pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Yansıtıcılığın yönetsel kaliteyi pozitif olarak etkilediği ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Araştırmada ayrıca takım ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık etkisinden söz edilemeyeceği görülmüştür.
- Kurumun güvenlik iklimi yönetsel kaliteyi pozitif olarak etkilemektedir. Elde edilen bir diğer bulguya göre, güvenlik ikliminin yönetsel kaliteye etkisinde sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarının kısmi aracılık rolü taşıdığının ve bu etkinin negatif yönlü olduğudur.
- Araştırmada iş tatmininin yönetsel kaliteyi pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Çalışmanın esas konusunu oluşturan iş tatmininin yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılık boyutunun aracılık rolünün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Stres algısı ile yönetsel kalite arasında pozitif yönlü bir etkinin olduğu görülmüştür. Araştırmada elde edilen bir diğer sonuç ise stres algısının yönetsel kaliteyi etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolünün bulunduğudur.
- Hasta güvenliği kùltürü alt boyutu olan yönetim algısı hasta bakım kalitesi alt boyutu olan yönetsel kaliteyi pozitif olarak anlamlı bir Şekilde etkilediği görülmüştür. Ayrıca çalışmada yönetim algısının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olmadığı görülmüştür.
- Sağlık kuruluşunun çalışma koşulları yönetsel kaliteyi pozitif etkilemektedir. Çalışma koşullarının yönetsel kaliteye etkisinde yansıtıcılığın kısmı aracılık rolü olduğu görülmüştür.

- Araştırma kapsamında katılımcıların; cinsiyet, yaş, coğrafi bölge, çalışma sektörü, eğitim düzeyi, meslek, mesleki pozisyon ve mesleki kıdem değişkenlerine göre hasta güvenliği kùltürü, hasta bakım kalitesi ve yansıtıcılığa ait algı düzeylerinde anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelenmiş ve sadece yaş değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı gör÷lmüştür. Diğer değişkenler incelendiğinde;
- Cinsiyet değişkenine göre sadece stres algısı boyutunda anlamlı düzeyde farklılık gör÷lmüştür. Elde edilen bu sonuca göre; erkek sağlık çalışanlarının stres algı düzeyi kadın sağlık çalışanlarından istatistiksel olarak daha fazladır.
- Eğitim düzeyi değişkenine göre yansıtıcılık ve yönetsel kalite boyutlarına ait ifadelere katılım düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gör÷lmüştür. Ön lisans mezunlarının yansıtıcılık boyutuna ait ifadelere katılım düzeyleri lisansüstü mezunlarından daha düşüktür. Yönetsel kalite boyutuna ait ifadelere katılım düzeyi incelendiğinde lise mezunu sağlık çalışanları kurumlarının esas hizmetlerini destekleyici nitelikte olan yardımcı idari hizmetler ile kurumun yönetsel işleyişini lisansüstü eğitim almış çalışanlardan daha başarılı bulmaktadırlar.
- Ölçek boyutlarına ait ifadelere katılımda coğrafi bölge düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gör÷lmüştür. Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki illerde görevli sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algı düzeyi diğer 6 coğrafi bölgede görev yapanlara göre daha yüksektir. Karadeniz Bölgesinde görevli sağlık çalışanları Marmara, Ege ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalışan sağlık çalışanlarından, sağlık kuruluşlarında ekiplerin uyumunun ve performansının daha düşük olduğunu düşünmektedirler. Güvenlik iklimi incelendiğinde Güneydoğu Anadolu bölgesindeki katılımcıların Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesindeki katılımcıla-

ra göre çalıştıkları sağlık kuruluşunun güvenlik politikalarını daha başarılı buldukları görülmüştür. Stres algısı ölçeğine yönelik ifadeler incelendiğinde Marmara Bölgesinde çalışanlar, Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesinde görevli sağlık çalışanlarından daha fazla stres algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca stres algısında Ege Bölgesindeki katılımcıların, İç Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki katılımcılara göre stresi daha fazla algıladıkları görülmüştür. Gruplar arasında bir başka farklılıkta ise Akdeniz Bölgesindeki sağlık çalışanları, İç Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki katılımcılardan yüksek, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde görevli çalışanlardan daha düşük düzeyde stres algıladıkları görülmüştür. Marmara bölgesinde görev yapan sağlık çalışanları sağlık kuruluşunun yönetim işleyiş ve organizasyonunu Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde görev yapanlara göre daha başarılı bulmaktadır. Sağlık kuruluşunun çalışma koşullarını Marmara Bölgesinde görev yapan sağlık çalışanları Akdeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde çalışanlara göre daha başarılı olduğunu düşünmektedir. Yönetmel kalite algısına yönelik ifadeler katılımlı düzeyi incelendiğinde Marmara Bölgesi çalışanları, Güneydoğu Anadolu Bölgesi çalışanlarına göre kurumlarının daha iyi yönetildiğini ve yardımcı idari hizmet birimlerinin işleyişinin daha başarılı olduğunu düşünmektedirler.

- Kamu sektöründe görev yapan sağlık çalışanlarının yanıtsıcılık, takım iklimi, güvenlik iklimi, stres algısı, bireylerarası kalite ve teknik kalite boyutlarındaki ifadeler katılımlı düzeyleri özel sektörde çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bir başka ifade ile kamu sektöründe görevli sağlık çalışanlarının yanıtsıcılık algısı özel sektöre göre daha yüksektir. Ayrıca kamu çalışanları kurumlarındaki takım iklimi düzeyini ve kurumun güvenlik ile ilgili politikalarını özel sektörde çalışanlara göre daha iyi düzeyde olduğunu düşünmektedir. Kamu çalışanları hem ekiplerinin

hasta ile bireylerarası ilişki düzeyini hem de kurumda verilen sağlık hizmetinin kalitesini özel sektöre göre daha başarılı bulurken daha fazla stres algıladıkları gör÷lmüştür.

- Hastane yöneticileri kendi kurumlarının güvenlik politika ve uygulamalarını hekimlerden daha başarılı bulmaktadır. Hastane yöneticilerinin iş tatmini boyutu ifadelerine katılım düzeyi hekimlerden daha yüksektir. Bir başka ifade ile hastane yöneticileri işlerini ve çalıştıkları kurumu hekimlere göre daha fazla benimsemektedirler. Yöneticiler, hastanenin yönetimini ve güvenlik hizmetlerinin yürütülmesini diğer sağlık çalışanlarına göre daha başarılı olduğunu düşünmektedir. Yönetim algıları boyutu ifadelerine katılımında bir başka farklılık ise, hekimlerin katılım düzeyinde gerçekleşmiştir. Hekimler hastanenin yönetim düzeyini hemşire ve hasta bakıcılardan daha az düzeyde başarılı bulmaktadır. Çalışma koşullarına yönelik ifadelere katılım düzeyleri incelendiğinde hastane yöneticileri kendi kuruluşlarının sunmuş olduğu çalışma koşullarını hekim ve diğer sağlık çalışanlarından daha iyi olduğunu düşünmektedir. Hastane yöneticilerinin hastanenin çevresel kalite düzeyini hekimlerden daha başarılı bulmaktadır. Hastane yöneticileri kurumun yönetsel kalite düzeyini hekimlerden daha fazla beğenmektedirler.
- Ekip sorumluları hastanede birlikte çalıştıkları takımların içerisindeki uyumu ve çalışanların birbirine olan destek düzeyini ekip üyelerine göre daha başarılı bulmaktadır. Mesleki pozisyona göre anlamlı düzeyde çıkan diğer farklılık stres algısı boyutudur. Ekip sorumluları sağlık kuruluşunda yapmış oldukları işlerde ekip üyelerine göre stresi daha fazla yaşadıklarını düşünmektedirler.
- Sağlık çalışanlarının mesleki kıdem değişkenine göre yansıtıcılık, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği kùltürü ölçeklerine ait ifadelere katılım düzeylerinde stres algısı, yönetim algıları ve çalışma koşulları boyutlarında istatistiksel olarak



anamlı bir farklılaşma gör÷lmüştür. Stres algısı boyutunda 0-3 yıl kıdemi olan çalışanların, 16 yıl ve üzeri çalışanlardan stresi daha fazla algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yönetim algıları boyutuna yönelik ifadelere 16 yıl ve üzerinde kıdemi olan sağlık çalışanlarının, 0-3 yıl, 4-7 yıl ve 8-11 yıl arasında kıdeme sahip olanlardan daha düşük düzeyde katılım sağladıkları gör÷lmüştür. Buna göre sağlık kuruluşunda görev yapan en tecrübeli sağlık çalışanları kurumun yönetsel işleyiş ve organizasyonunu kıdemi daha az olanlardan başarısız bulmaktadır. Çalışma koşulları boyutunda ise en kıdemli sağlık çalışanları kıdemi daha az olanlara göre sağlık kuruluşunun çalışma koşullarını yeterli düzeyde görmemektedir. Ayrıca yine çalışma koşulları boyutu incelendiğinde 4-7 yıl kıdemi olanların, 12-15 yıl kıdemi olan çalışanlardan kurumun çalışma şartlarının daha iyi düzeyde olduğunu düşünmektedirler.

Hasta güvenliği kùltürünün yansıtıcılık ve hasta bakım kalitesine etkisi ile hasta güvenliği kùltürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolünün olup olmadığının incelendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar ışığında başta karar vericiler, sağlık planlayıcıları, yöneticiler, sorumlular ve çalışanlar için aşığıda bazı önerilerde bulunulabilir.

- Sağlık çalışanlarının oluşturduğu takımlarda, ekip üyelerinin uyumu, ahengi ve takımdaki olumlu iklim düzeyi hem sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısını hem de hasta bakım kalitesini pozitif olarak etkileyebilir. Yöneticilerin hasta güvenliğine yönelik politika geliştirme, uygulama ve değerlendirme aşamalarında takım iklimi düzeyini sürekli olarak takip ederek, takım ahengini olumsuz yönde etkileyen hususları ivedilikle teşhis ederek çözmesi önemlidir. Araştırma sonuçları hasta güvenliği kùltürünün bu boyutunda oluşan bir birimlik gelişimin hem yansıtıcılığı dolayısıyla da hasta bakım kalitesini artırdığını bununda hastaların verilen sağlık hizmetinden duyulan memnuniyeti artırabileceği unutulmamalıdır.

- Sağlık kuruluşunun hasta güvenliğine yönelik tutum ve davranışlarının, güvenlik politikalarının ve uygulamalarının sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısını ve hasta bakım kalitesini olumlu düzeyde etkileyebileceği gör÷lmektedir. Sağlık kuruluşlarında tepe yönetimden tüm çalışanlara kadar hasta güvenliğine yönelik algı, tutum, verilen önem, oluşturulan ve geliştirilen politikalar ve nihai olarak uygulama süreci üzerinde hassasiyetle durulması gereken öneme haizdir. Yönetimin hasta güvenliğine yaklaşımı kararlı ve istikrarlı olmalı, hasta güvenliği sistemi buna göre kurumun iç dinamikleri göz önünde bulundurularak dizayn edilmelidir. Ayrıca kurumun çalışanlarının da kurum yönetiminin hasta güvenliğine yönelik yaklaşımını tam olarak özümsemesi ve buna göre hareket etmesi gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki hasta güvenliği kùltürü sağlık sisteminin yönetimden en alt kademeye kadar tüm çalışanların ortak algısı, desteği ve sürekli çabası ile mümkün olabilir. Aksi takdirde hasta güvenliğine yönelik yönetim ve çalışan yaklaşımının formalite olarak algılanması kurumun bu alanda gelişmemesine neden olabileceği gibi başta tıbbi kusur ve hatalardan kaynaklı maddi manevi pek çok sorunun oluşabileceği göz ardı edilmemelidir.
- Sağlık alışanlarının iş tatmin düzeyleri, işlerini severek yapmaları ve kuruma duydukları aidiyet bağı hem sağlık çalışanlarının yansıtıcılık düzeylerini hem de hasta bakım kalitesini geliştirebilir. Yönetici ve sorumluların bir taraftan hasta güvenliği kùltürünü oluşturma ve geliştirme çabalarında diğer taraftan nihai amaç olan hastalara en üst düzey kalitede hizmet sağlamada, sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeylerinin yüksek tutulması büyük önem taşımaktadır. Bir kuruluş sağlık teknolojisi alanında ne kadar yatırım yaparsa yapsın, sağlık hizmet sunumunda en kaliteli tıbbi ve sarf malzeme kullanırsa kullansın, en yeni hizmet binalarında hastalarına bakım verirse versin,

çalışanlarının iş doyumunu ve işleri ile kuruma olan bağlılıkları düşükse başarılı olmaları düşük ihtimal dahilindedir. Sağlık sektörü gibi emeğin ve uzmanlaşmanın yüksek olduğu alanlarda çalışanların iş tatmin düzeyleri sürekli olarak takip edilmelidir. Ücret, sosyal haklar ve çalışma koşulları gibi pek çok hususun etkilediği iş tatmin düzeyinin artırılmasına yönelik adımlar atılması önemlidir.

- Sağlık kuruluşlarında verilen esas sağlık hizmetleri faaliyetlerini kolaylaştıran ve destek olan yardımcı faaliyetlerin iyi organize edilmesi ve yönetilmesi sağlık çalışanlarının yansıtıcılığını ve hasta bakım kalitesini pozitif olarak etkileyebilir. Bu tür yardımcı ve kolaylaştırıcı faaliyetlerin yürütüldüğü birimlerin iyi bir şekilde organize edilmesi ve desteklenmesi hem bu birimlerin hizmet kalite düzeyini artıracak hem de esas hizmet üretim birimlerini geliştirecektir. Çalışanların yönetim algı düzeylerinin yüksek olması hasta güvenliği kültürünü ve hasta bakım kalitesini artıracaktır. Elde edilen bu sonuca göre sağlık yöneticilerinin esas hizmet üretim yerlerini desteleyen ve kolaylaştıran bu birimlerdeki işleyişe, özel önem göstermesi gerekmektedir.
- Sağlık kuruluşunda hizmet veren sağlık çalışanlarının çalışma şartları hasta bakım kalitesi ve çalışanların yansıtıcılık algılarını pozitif olarak etkileyebilir. Yöneticilerin sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını yakından takip etmesi, daha iyi şartlar sağlaması, çalışmayı olumsuz etkileyen hususları hızlı bir şekilde belirleyerek sorunları çözüme kavuşturması önem arz etmektedir. Çalışma koşullarındaki her bir birimlik olumlu gelişim hasta güvenliği kültürünü geliştirerek nihayetinde hasta bakım kalitesini artırabileceği unutulmamalıdır.
- Bu çalışmada sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısının hasta güvenliği kültüründen olumlu düzeyde etkilendiği görülmekle beraber yansıtıcılığın da hasta bakım kalitesine pozitif

etkilediği görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve geliştirilmesinden sorumlu karar vericiler, yöneticiler ve sorumluların sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algısına yönelik farkındalık yaratmalarının ve bunu geliştirecek yol, yöntem, motivasyon ve eğitimin sağlanmasının yansıtıcılıkla beraber hasta bakım kalitesini de olumlu olarak geliştireceği göz ardı edilmemelidir.

- Araştırmanın esas çalışma konusunu oluşturan hasta güvenliği kültürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın kısmi aracılık rolünün olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği kültürü hasta bakım kalitesini olumlu düzeyde etkilemektedir, eğer hasta güvenliği kültürü sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarının sürece dahil edilmesi ile daha da gelişerek hasta bakım kalitesini daha fazla geliştirebilecektir. Yansıtıcılığın hasta bakım kalitesine hem doğrudan hem de aracılık rolü ile olumlu düzeyde geliştirdiği bilinmeli ve yöneticilerin kurumlarında sağlık çalışanlarının yansıtıcılık algılarını keşfetme, geliştirme ve pratiğe dökmesine yardımcı olacak eğitim ve koşulları oluşturması önem arz etmektedir. Çalışanların yansıtıcılık algısını keşfetmeleri, geliştirmeleri ve bu yolla öğrendikleri yeni bilgi ve deneyimleri sayesinde sundukları hizmetin verim ve kalitesinin artabileceği unutulmamalıdır. Bunun için kurumsal düzeyde eğitim programları düzenlenmeli ve çalışanların yansıtıcılıklarının sürekli olarak geliştirilmesi yönünde adım atılmalıdır.
- Sağlık profesyonellerinin sağlık meslek liseleri, önlisans, lisans ve lisans üstü programlarının eğitim ve uzmanlık programlarına yansıtıcı düşünce, yansıtıcı öğrenme ve yansıtıcılık algılarına yönelik eğitim müfredatları düzenlenmelidir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre çalışanların yansıtıcılık algıları hasta bakım kalitesini geliştirmektedir.
- Son olarak literatürde hasta güvenliği kültürünün hasta bakım kalitesine etkisinde yansıtıcılığın aracılık rolüne

ilişkin ulusal düzeyde çalışma bulunmamaktadır. Bu alanda uluslararası çok az çalışma mevcuttur. Araştırmacıların literatürde bu eksikliği gidermesi önerilmektedir. Gelecekte farklı sektör ve örneklem gruplarında bu alanda araştırma yapılmasının literatürdeki bu boşluğu doldurması açısından önemli olduğu düşünölmektedir.

## Kaynaklar

- Agency For Healthcare Research and Quality. 'Topic:Patient Safety'. Erişim:19.09.2021. <https://www.ahrq.gov/topics/patient-safety.html>
- Agency For Healthcare Research and Quality. 'Patient Safety Organizations. (PSO) Programme'. Erişim: 04.07.2021. <https://ps0.ahrq.gov>.
- Agency For Healthcare Research and Quality. 'Types of Health Care Quality Measures'.Erişim:01.12.2021. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>
- Agency For Healthcare Research and Quality. '20 Tips To Help Prevent Medical Errors: Patient Fact Sheet. Content last reviewed November 2020.' Erişim:05.08.2021.<https://www.ahrq.gov/questions/resources/20-tips.html>
- Agency For Healthcare Research and Quality. 'Listed Patient Safety Organizations'. Erişim:21.01.2021. <https://ps0.ahrq.gov/ps0/listed>
- Agency For Healthcare Research and Quality. 'Data Sources for Health Care Quality Measures'. Erişim:01.07.2021. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/understand/index.html>
- Aggarwal, A., Acran, H., ve Rathee, M. (2019). Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2), 180-182.

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., ve Bailey, C. (2017). Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *Journal Of Interprofessional Care*, 31(6), 679-684.
- Aharony, L., ve Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 50(1), 49-79.
- Alan, A. (2011) Amaç karşılığı iş davranışları ile kişilik ve iş tatmini arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Alhmoud, S. H., Denerel, S. B., Çağnan, Ç., ve Alhmoud, H. H. (2021). Enhancing the environmental quality of the interior using sustainability in the jordanian hospital bedrooms. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 4015-4026.
- Allan, E. L., Suchanek-Hudmon, K. L., Berger, B. A., ve Eiland, S. A. (1992). Patient treatment adherence: facility design and counseling skills. *Journal of Pharmacy Technology*, 8(6), 242-251.
- Allan, E. G., ve Driscoll, D. L. (2014). The three-fold benefit of reflective writing: Improving program assessment, student learning, and faculty professional development. *Assessing Writing*, 21, 37-55.
- Allen, S., Chiarella, M., ve Homer, C.S.E. (2010). Lessons learned from measuring safety culture: an Australian case study. *Midwifery*, 26 (5), 497-503.
- Alsalem, G., Bowie, P., ve Morrison, J. (2018). Assessing safety climate in acute hospital settings: a systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. *Bmc Health Services Research*, 18(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3167-x>.
- Alpar, R. (2013). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler. *Detay Yayıncılık*, Ankara.
- Altındış, S. (2009). Bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine etkilerine ilişkin bir araştırma. (Yayımlanmamış doktora tezi).

- Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
- Alves, D.F.B., Lorenzini, E., ve Kolankiewicz, A.C.B. (2020). Patient safety climate in a Brazilian general hospital. *The International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 31 (2), 97-106, doi: 10.3233/JRS-191024.
- Andersson, T., Eriksson, N., ve Müllern, T. (2021). Patients' perceptions of quality in Swedish primary care – a study of differences between private and public ownership. *Journal of Health Organization and Management*, 35 (9), 85-100. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2020-0357>.
- Aryani, F., Rais, M., ve Wirawan, H. (2017). Reflective learning model in improving student critical thinking skills. *Global Journal of Engineering Education*, 19(1), 19-23.
- Avery, M. J., Cripps, A. W., ve Rogers, G. D. (2021). Health boards' governance of quality and risk: quality improvement agenda for the board. *International Journal of Health Governance*. 26 (3), 292-306.
- Bahaziq, W., ve Crosby, E. (2011). Physician professional behaviour affects outcomes: a framework for teaching professionalism during anesthesia residency. *Canadian Journal of Anesthesia/ Journal Canadien D'anesthésie*, 58(11), 1039-1050.
- Bain, J.D., Ballantyne, R., Mills, C. ve Lester, N., (2002). Reflecting on practice: student teachers' perspectives. *Post Pressed*, Flaxton.
- Baker, J. (1986). The role of the environment in marketing services: The consumer perspective. *The services challenge: Integrating for competitive advantage*, 1(1), 79-84.
- Ballut, O.M., Alqarni, A.A.B., Almutairi, O.O.A., Alzaharani, S.A.M., Alamri, M.S.M., Alzaharani, M.H.S., Alghamdi, H.A.H., ve Alghamdi, A.A.A. (2018), "Burnout among nurses in King Fahad Hospital-Al-Baha, Saudi Arabia", *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*, 5 (12), 16734-16737, doi: 10.5281/zenodo.2505046.
- Baron, R. M., ve Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual,



- strategic, and statistical considerations. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 51(6), 1176.
- Bassett, M.T., Bijlmakers, L., ve Sanders, D.M. (1997). Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science & Medicine*, 45 (12),1845-1852
- Beaty, L. (1997). Becoming a Professional Teacher in Higher Education. <http://www.graham-russell-pead.co.uk/articles-pdf/being-a-teacher.pdf> adresinden erişilmiştir (09.05.2021).
- Beecher, H. K., ve Todd, D. P. (1954). A study of the deaths associated with anesthesia and surgery: based on a study of 599,548 anesthetics in ten institutions 1948-1952, inclusive. *Annals of surgery*, 140(1), 2-33.
- Berlin, J. M., ve Carlström, E. D. (2008). The 20-minute team—a critical case study from the emergency room. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(4), 569-576.
- Berwick, D.M. (1988). Toward an applied technology for quality measurement in health care. *Medical Decision Making*, 8 (4), 254.
- Bhui, K., Dinos, S., Galant-Miecznikowska, M., de Jongh, B., ve Stansfeld, S. (2016). Perceptions of work stress causes and effective interventions in employees working in public, private and non-governmental organisations: a qualitative study. *BJPsych Bulletin*, 40(6), 318-325.
- Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T., ve Nass, D. (2014). Defining professionalism in medical education: a systematic review. *Medical Teacher*, 36(1), 47-61.
- Birdsong, C., ve Leibrock, C. (1990). Patient-centered design. *In The Healthcare Forum Journal*, 33, (3), 40-45.
- Birkmeyer, J. D., Dimick, J. B., ve Birkmeyer, N. J. (2004). Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? *I. Journal of the American College of Surgeons*, 198(4), 626-632.
- Bodur, S. and Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for*

- Quality in Health Care*, 21 (5), 348-355, doi: 10.1093/intqhc/mzp035
- Bono, J. E., ve Yoon, D. J. (2012). Positive supervisory relationships. Personal relationships: The effect on employee attitudes, behavior and well-being. *Routledge Taylor&Francis Group*, NewYork.
- Bowers, L., Nijman, H., Simpson, A., ve Jones, J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 143-148.
- Boud, D., Keogh, R.,ve Walker, D. (Eds.). (2013). Reflection: Turning experience into learning. *Routledge Taylor&Francis Group*, NewYork.
- Boyd, E. M., ve Fales , A. W. (1983) Reflective learning: Key to learning from experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 23, (2,) 99-117.
- Bölükbaşı, E.B. (2019). Hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Samsun.
- Brady, M. K.,ve Cronin Jr, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49.
- Branch, W. T., ve Paranjape, A. (2002). Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Academic Medicine*, 77(12): 1185-1188
- Brand R.R., Cronin J.J., Routledge J.B. (1997). Marketing to older patient:perceptions of service quality. *Health Marketing Q.* 15 (2):1-31.
- Brook, R.H., McGlynn, E.A., ve Cleary, P.D. (1996). Quality of health care: part 2. measuring quality of care. *New England Journal of Medicine* 335:966-970.
- Brosche, T. A. (2007). A grief team within a healthcare system. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(1), 21-28.

- Burritt, J. E., Wallace, P., Steckel, C., ve Hunter, A. (2007). Achieving quality and fiscal outcomes in patient care: The clinical mentor care delivery model. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(12), 558-563.
- Büyüköztürk, Ş. (2018). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı, istatistik araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum. *Pegem Akademi*, Ankara.
- Byers, J. F., White, S. V. (Eds.). (2004). Patient safety: principles and practice. *Springer Publishing Company*, New York.
- Camilleri, D., ve O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 4(11):127-133.
- Campbell, S., Roland, M., ve Buetow, S. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625. doi:10.1016/S0277-9536(00)00057-5
- Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., ... ve Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 984-994.
- Carvalho, R.E., ve Cassiani, S.H. (2012). Cross-cultural adaptation of the safety attitudes questionnaire- short form 2006 for Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 575-82.
- Cerne, F. (1988). JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) explains standards. *Hospitals*, 62 (1), 72.
- Cesarotti, V., ve Spada, C. (2009). A systemic approach to achieve operational excellence in hotel services. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 1 (1), 51-66.
- Chakraborty, S., Kaynak, H., ve Pagán, J. A. (2021). Bridging hospital quality leadership to patient care quality. *International Journal of Production Economics*, 233, (108010), 1-14.
- Chang, C. C., Chiu, C. M., ve Chen, C. A. (2010). The effect of TQM practices on employee satisfaction and loyalty in government. *Total Quality Management*, 21(12), 1299-1314.

- Cheng, B.L., Gan, C.C., Imrie, B.C., ve Mansori, S. (2019). Service recovery, customer satisfaction and customer loyalty: evidence from Malaysia's hotel industry", *International Journal of Quality and Service Sciences*, 11 (2), 187-203.
- Cinel, E. A. (2020). Covid-19'un küresel makroekonomik etkileri ve beklentiler. *Politik Ekonomik Kuram*, 4 (1), 124-140. DOI: 10.30586/pek.748538.
- Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C., ... ve Guyatt, G. H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 339, 1-15.
- Costen, W. M., ve Salazar, J. (2011). The impact of training and development on employee job satisfaction, loyalty, and intent to stay in the lodging industry. *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*, 10(3), 273-284.
- Coughlan, R., ve Ward, L. (2007). Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: Assessing quality qualitatively. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 47-57.
- Croskerry, P. (2013). From mindless to mindful practice—cognitive bias and clinical decision making. *N Engl J Med*, 368(26), 2445-2448.
- Cruess, S. R., ve Cruess, R. L. (2012). Teaching professionalism—why, what and how. *Facts, views & vision in ObGyn*, 4(4), 259.
- Çakmakçı Çetinkaya, A. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hasta bakım kalitesinin incelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., ve Büyüköztürk, Ş. (2016). Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve Lisrel uygulamaları, 4.baskı, *Pegem Akademi Yayıncılık*, Ankara.

- Çiğdem, H., ve Kurt, A. A. (2012). Yansıtıcı düşünme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakùltesi Dergisi*, 25(2), 475-493.
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C. ve Johnson L.W. (2007). A hierarchical model of health service quality scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2), 123-142.
- Davies, S. (2012). Embracing reflective practice. *Education for Primary Care*, 23(1), 9-12.
- deBraga, M., Sonne de Torrens, H., ve Evans-Tokaryk, T. (2019). Reflective Practice – A Model for how best to implement it? Presented at the conference on postsecondary learning and teaching: exploring experiential learning. *University of Calgary, Calgary, AB*. 1-12. <http://hdl.handle.net/1880/110348>
- Demirel, E. T. (2013). Mesleki stresin iş tatminine etkisi: örgütsel desteğin aracılık rolü. *Niđde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakùltesi Dergisi*, 6 (1) , 220-241 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/niguiibfd/issue/19752/211423>.
- Dewey, J. (1933). How we think? Great books in philosophy. *Prometheus Books*. Buffalo, New York.
- Dewey, J. (1998). How We Think? *Houghton Mifflin Company*. Boston, MA.
- Dewey, J. (2001). Democracy and education. *A Penn State Electronic Classics Series Publication*. Pennsylvania.
- Dewey, J. (2012). How We Think? *Martino Publishing*. Mansfield Centre, CT.
- Devonport, T. J., ve Lane, A. M. (2009). Reflecting on the delivery of a longitudinal coping intervention amongst junior national netball players. *Journal of Sports Science & Medicine*, 8(2), 169-170.
- Dickey, B. (1996). The development of report cards for mental health care, in outcomes assessment in clinical practice. Edited by Seuderer L, Dickey B. *Williams and Wilkins*. Baltimore.

- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring definition of quality and approaches to its assessment. *Health Administration Press*. Ann Arbor.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A., ve Bashshur, R., (2003). An introduction to quality assurance in health care. *Oxford University Press*, New York.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of health care. *Milbank Q*, 83, 691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Donaldson, L., ve Philip, P. (2004). Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, (12) 892-892.
- Dombrádi, V., Bíró, K., Jonitz, G., Gray, M., ve Jani, A. (2021). Broadening the concept of patient safety culture through value-based healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 35 (5), 541-549
- Driggin, E., Madhavan, M. V., Bikdeli, B., Chuich, T., Laracy, J., Biondi-Zoccai, G., ... ve Parikh, S. A. (2020). Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(18), 2352-2371.
- Driscoll, J. (2007) Practising clinical supervision: a reflective approach for healthcare professionals. Second edition. *Baillière Tindall Elsevier*, Edinburgh.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A., ve Stolar, M. (1999). Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatric Services*, 50(8), 1053-1058. doi:10.1176/ps.50.8.1053
- Eggleston, K., Shen, Y.C., Lau, J., Schmid, C.H. ve Chan, J. (2008). Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature? *Health Economics*, 17, 1345-1362.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K. ve Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Med Sci*, 33(1), 210-223.
- Ercan, B. (2019). Hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürüne etkisi. (Yayımlanmamış

- yüksek lisans tezi). Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı, İstanbul.
- Erdoğan, P. (2021). İş Tatmininin Örgütsel Stres Algısına Etkisi: Cinsiyet ve Medeni Durumun Düzenleyici Rolü. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (45), 223-235. DOI: 10.52642/susbed.899289
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *Journal of the American Medical Association*, 282(9), 833-839.
- Epstein, R. M., ve Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226-235.
- Enuku, C. A., ve Evawoma-Enuku, U. (2015). Importance of reflective practice in nursing education. *West African Journal of Nursing*, 26(1).
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, E.,ve Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *In New/Yeni Symposium Journal*, 51 (3),132-140.
- Fan, C.J., Pawlik, T.M., Daniels, T., Vernon, N., Banks, K., Westby, P., Wick, E.C., Sexton, J.B.,ve Makary, M.A. (2016). Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 222 (2) 122-128, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008
- Ferguson, R. J., Paulin, M., Pigeassou, C., ve Gauduchon, R. (1999). Assessing service management effectiveness in a health resort: implications of technical and functional quality. *Managing Service Quality: An International Journal*, 9 (1),58-65.
- Fernandes, H. N., Thofehrn, M. B., Porto, A. R., Amestoy, S. C., Jacondino, M. B.,ve Soares, M. R. (2015). Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1915-1926.
- Fiala, T. G. (2012). What do patients want? Technical quality versus functional quality: a literature review for plastic surgeons. *Aesthetic Surgery Journal*, 32(6), 751-759.
- Field, A. (2009). Discovering statistics using Spss. *Sage Publications*, Beverly Hills.

- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 45(6), 653-667.
- Ford, E. W., Silvera, G. A., Kazley, A. S., Diana, M. L., ve Huerta, T. R. (2016). Assessing the relationship between patient safety culture and EHR strategy. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 29 (6), 614-627.
- Françolin, L., Gabriel, C. S., Bernardes, A., Silva, A. E. B. D. C., Brito, M. D. F. P., ve Machado, J. P. (2015). Patient safety management from the perspective of nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 0277-0283.
- Fujita, S., Wu, Y., Iida, S., Nagai, Y., Shimamori, Y., ve Hasegawa, T. (2019). Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 98, (50), 18352, doi: 10.1097/MD.00000000000018352.
- Ganzer, C. A., ve Zauderer, C. (2013). Structured learning and self-reflection: Strategies to decrease anxiety in the psychiatric mental health clinical nursing experience. *Nursing Education Perspectives*, 34(4), 244-247.
- Geçer, E. (2018). İslam'da bireyler arası iletişim ilkeleri ve güntümüz teorilerine yansımaları. *Marifet Dini Araştırmalar Dergisi*, 18(1), 39.
- Gegez, E. (2010). Pazarlama araştırmaları, *Beta Yayınları*, İstanbul.
- George, D., ve Mallery, M. (2010). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update (10a ed.). *Pearson*, Boston.
- Ghahramanian, A., Rezaei, T., Abdullahzadeh, F., Sheikhalipour, Z., ve Dianat, I. (2017). Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promotion Perspectives*, 7(3), 168-174. doi:10.15171/hpp.2017.30
- Ghaye, Tony (2005). Developing the reflective healthcare team. *Blackwell*. Oxford, Malden, MA. doi:10.1002/9780470774694



- Gibbs, G. (1998) Learning by doing: a guide to teaching and learning methods. *Further Education Unit, Oxford Polytechnic*. Oxford, Malden.
- Glenngård, A.H. (2012). Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national survey in Sweden. *Health Economics, Policy and Law*, 8, 317-333.
- Goh, S. C., Chan, C., ve Kuziemy, C. (2013). Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 26 (5), 420-432.
- Gotlieb, J. B., Grewal, D., ve Brown, S. W. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs? *Journal Of Applied Psychology*, 79(6), 875-885.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal Of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Gravetter, F. J., ve Forzano, L. B. (2012). Research methods for the behavioral sciences (4th ed.). *Wadsworth*, Belmont.
- Grönroos, C. (1982). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4):36-44
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- Grönroos, C. (1990). Service management and marketing (Vol. 27). *Lexington Books*, Lexington, MA
- Guarnieri, M. (1992). Landmarks in the history of safety. *Journal of Safety Research*, 23(3), 151-158.
- Gupta, M., Soll, R., ve Suresh, G. (2019). The relationship between patient safety and quality improvement in neonatology. *In Seminars in Perinatology*, 43 (8), 1-32.
- Güneş, Ü. Y., Gürlek, Ö., ve Sönmez, M. (2016). A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*, 23(2), 225-232.
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2016). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri felsefe, yöntem, analiz (3. baskı). *Seçkin Yayıncılık*, Ankara.

- Gürbüz, S. (2019). Sosyal bilimlerde aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri. *Seçkin Yayıncılık*, Ankara.
- Güven, E. (2014). Tahmin gözlem açıklama destekli proje tabanlı öğrenme yönteminin çevre sorunlarına yönelik tutum ve davranışlara etkisi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*. 39,173.
- Hannah, K.L., Schade, C.P., Lomely, D.R., Ruddick, P., ve Bellamy, G.R.K. (2008). Hospital administrative staff vs. nursing staff responses to the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*, Rockville (MD).
- Harrison, R., Lawton, R., ve Stewart, K. (2014). Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Clinical Medicine*, 14(6), 585.
- Hatton, N., ve Smith, D. (1995). Reflection in teacher education: Towards definition and implementation. *Teaching and Teacher Education*, 11(1), 33-49.
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. *Guilford Press*, NewYork.
- Health And Safety Authority. 'Work Related Stress A Guide For Employers'. Erişim: 01.09.2021. [https://www.hsa.ie/eng/Publications\\_and\\_Forms/Publications/Occupational\\_Health/Work\\_Related\\_Stress\\_A\\_Guide\\_for\\_Employers.pdf](https://www.hsa.ie/eng/Publications_and_Forms/Publications/Occupational_Health/Work_Related_Stress_A_Guide_for_Employers.pdf):5
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. S., ve Vleugels, A. (2010). Improving patient safety culture. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 23 (5), 489-506.
- Hendricks, J., Mooney, D., ve Berry, C. (1996). A practical strategy approach to use of reflective practice in critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(2), 97-101.
- Hickam, D. H., Severance, S., Feldstein, A., Ray, L., Gorman, P., Schuldhais, S., ...ve Helfand, M. (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. *Evidence report/technology assessment (Summary)*, (74), 1-212.
- Hoffer Gittell, J. (2002). Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input un-

- certainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, 48(11), 1408-1426.
- Hollnagel, E. (1998). Cognitive reliability and error analysis method (CREAM). *Elsevier*, Oxford
- Hooper, D., Coughlan, J., ve Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit Dublin Institute of Technology, Dublin, Republic of Ireland. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, (1), 53 – 60.
- Horowitz, C. R., Suchman, A. L., Branch, W. T., Jr., ve Frankel, R. M. (2003). What do doctors find meaningful about their work? *Annals of Internal Medicine*, 138 (9), 772–775.
- Houston, A. (2017). Total Quality leadership office of under secretary of the navy. survey handbook, Ph.D. Organizational system division .*TQLO Publication Number 97-102*
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., ... ve Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *E Clinical Medicine*, 24, 100424.
- Huang, C.-H., Lai, C.-T., Wu, C.-F., Lee, Y.-C., Yu, C.-H., Hsueh, H.-W., ve Wu, H.-H. (2021). Gender difference in the perceptions of the patient safety culture: a case from a medical center in Taiwan. *The TQM Journal*, 33 (6), 1561-1571. <https://doi.org/10.1108/TQM-09-2020-0216>
- Iezzoni, L. I. (1997). Assessing quality using administrative data. *Annals of Internal Medicine*, 127(8\_Part\_2), 666-674.
- Ilan, R., ve Fowler, R. (2005). Brief history of patient safety culture and science. *Journal of Critical Care*, 20(1), 2–5. doi:10.1016/j.jcrc.2005.02.003
- Illiffe, S., ve Manthorpe, J. (2019). Job dissatisfaction, 'burnout' and alienation of labour: undercurrents in England's NHS. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112 (9), 370-377.
- Jamshidi, S., Parker, J. S., ve Hashemi, S. (2020). The effects of environmental factors on the patient outcomes in hospital environ-

- ments: A review of literature. *Frontiers of Architectural Research*, 9(2), 249–263. doi:10.1016/j.foar.2019.10.001
- Jasper, M. (2013). Beginning reflective practice. nursing and health care practice series. (2nd ed.). *Cengage Learning*, Andover.
- Jha, A. K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I. A., ve Bates, D. W. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *BMJ Quality & Safety*, 19(1), 42-47. doi: 10.1136/bmj.b1775.
- Johns, C. (1994). Guided reflection. In A. Palmer, S. Burns ve C. Bulman (Eds.), *Reflective practice in nursing*. *Blackwell Science*, Oxford.
- Joint Commission Organization. 'Patient Safety Systems'. Erişim: 18.05.2020. [https://www.jointcommission.org//media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camac\\_04a\\_ps\\_all\\_current.pdf](https://www.jointcommission.org//media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camac_04a_ps_all_current.pdf)
- Joint Commission Organization. 'Comprehensive Accreditation Manual for Ambulatory Care'. Erişim: 08.09.2021. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camac\\_04a\\_ps\\_all\\_current.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camac_04a_ps_all_current.pdf)
- Joint Commission Organization. '2022 Patient Safety Goals'. Erişim: 21.11.2021. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2022/simple\\_2022-hap-npsg-goals-101921.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2022/simple_2022-hap-npsg-goals-101921.pdf)
- Joss, R., ve Kogan, M. (1995). Advancing quality: Total quality management in the National Health Service. *Open University Press*, New York.
- Judkins, S. K., ve Eldridge, C. (2001). Let's put "caring" back into healthcare: Teaching staff to care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 31(11), 509-511.
- Kalaycı, ř. (2006). SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri, *Asil Yayın Dağıtım*, Ankara.
- Kamer, G.Ü.R. (2018). Destek hizmetler sunan mavi yakalı çalışanlarda stres algısı ve stres yönetimi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(2), 118-128.

- Kanerva, A., Kivinen, T., ve Lammintakanen, J. (2017). Collaborating with nurse leaders to develop patient safety practices. *Leadership in Health Services*, 30 (3), 249-262.
- Karafakioğlu, M. (1998). Sağlık hizmetleri pazarlaması. *İşletme Fakültesi Yayınları*, 271. İstanbul.
- Karataş, Z. (2020). COVID-19 pandemisinin toplumsal etkileri, değişim ve güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, COVID-19 Özel Sayısı*, 3-17. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/tushad/issue/54680/722406>
- Katz-Navon, T. A. L., Naveh, E., ve Stern, Z. (2005). Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach. *Academy of Management Journal*, 48(6), 1075-1089.
- Kaya, S., Barsbay, S., ve Karabulut, E. (2010). The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), 572-577.
- Kaya, Ş. (2014). Yapısal eşitlik modellemesi: Baş dönmesi, kaygı ve bedensel duyumları abartma ilişkisi. (Yayınlanmamış doktora tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Kember, D., Leung, D. Y., Jones, A., Loke, A. Y., McKay, J., Sinclair, K., ... ve Yeung, E. (2000). Development of a questionnaire to measure the level of reflective thinking. *Assessment & evaluation in higher education*, 25(4), 381-395.
- Kenkel, P.J. (1995). Report cards: what every provider needs to know about HEDIS and other performance measures. Gaithersburg, Md, *Aspen Pub, 1st edition (January, 1,1995)*, ISBN-13: 978-0834206151 1-174
- Khine, M. S. (Ed.). (2013). Application of structural equation modeling in educational research and practice (Vol. 7). *Sense Publishers*, Rotterdam.
- Kılıç, S. (2012). Örnek büyüklüğü, güç kavramları ve örnek büyüklüğü hesaplaması. *Journal of Mood Disorders*, 2(3), 140-142.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Mercado, A. M., Malarkey, W. B., ve Glaser, R. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *The Lancet*, 346(8984), 1194-1196.

- Kitson, N., ve Merry, R. (2002). Teaching in the primary school: a learning relationship. *Routledge*, USA.
- Kohn, L. T., Corrigan, J., ve Donaldson, M. S. (2000). To err is human: Building a safer health system. *National Academy Press*. Washington.
- Kolankiewicz, A.C.B., Schmidt, C.R., de Carvalho, R.E.F.L., Spies, J., Dal Pai, S., ve Lorenzini, E. (2020). Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (41), e20190177, doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190177.
- Kolb, D. A., ve Fry, R. (1975). Towards an applied theory of experiential learning. In C. Cooper (Ed.), *Theories of Group Process*, London
- Kolb, D.A. (1976). Management and learning process. *California Management Review*, 18 (3), 21-31
- Kolb, D. (1984) Experiential learning: Experience as the source of learning and development. *Prentice Hall*, Upper Saddle River.
- Kraska, R.A., Weigand, M., ve Geraedts, M. (2016). Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expectations*, 20, 593-600.
- Kurtuluş, K. (2010). Araştırma yöntemleri. *Türkmen Kitabevi*, İstanbul.
- Lasater, K., ve Nielsen, A. (2009). Reflective journaling for clinical judgment development and evaluation. *Journal of Nursing Education*, 48(1), 40-44.
- Lavin, M. A., Harper, E., ve Barr, N. (2015). Health information technology, patient safety, and professional nursing care documentation in acute care settings. *Online J Issues Nurse*, 20(2).
- Lee, Y. C., Wu, H. H., Hsieh, W. L., Weng, S. J., Hsieh, L. P., ve Huang, C. H. (2015). Applying importance-performance analysis to patient safety culture. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 28 (8),826-840.
- Lee, Y.C., Weng, S.J., Huang, C.H., Hsieh, W.L., Hsieh, L.P., ve Wu, H.H. (2017). A longitudinal study of identifying critical fa-

- ctors of patient safety culture in Taiwan. *Journal of Testing and Evaluation*, 45 (3), 1029-1044.
- Lee, Y.C., Huang, C.H., Wu, C.F., Hsueh, H.W., ve Wu, H.H. (2019). A longitudinal study of identifying critical variables influencing patient safety culture from nurses' viewpoints in Taiwan. *Journal of Testing and Evaluation*, 47 (5), 3387-3398.
- Liu, J., Zheng, J., Liu, K., Liu, X., Wu, Y., Wang, J., ve You, L. (2019). Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. *Nursing Outlook*, 67(5), 558-566.
- Liukka, M., Hupli, M., ve Turunen, H. (2021). Differences between professionals' views on patient safety culture in long-term and acute care? A cross-sectional study. *Leadership in Health Services*. 34 (4), 499-511
- Locke, E.A. (1969). What is job satisfaction? Organizational behavior and human performance. *Elsevier Inc.* 4(4), 309-336. doi:10.1016/0030-5073(69)90013-0
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. in: dunnette, M.D., Ed., *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 1, 1297-1343.
- Lohr, K. (1992). Medicare: a strategy for quality assurance. *National Academy Press*, Washington.
- Longhurst, M. (1988). Physician self-awareness: The neglected insight. *Canadian Medical Association Journal*, 139 (2), 121-124.
- Lorcu, F. (2015). Örneklerle veri analizi SPSS uygulamalı. 1. Baskı, *Detay Yayıncılık*, Ankara.
- Lu, Y., Hu, X.M., Huang, X.L., Zhuang, X.D., Guo, P., Feng, L.F., ... Hao, Y.T. (2016). Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong province, *China*. *BMJ Open*, 6 (7), 011388.
- Luoma, M. (2006). Increasing the motivation of health care workers. *Capacity Project Technical Brief*; 7, 2-3.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., ve Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product

- and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39 (1), 99-128.
- Mahajan, R. P. (2011). The WHO surgical checklist. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 161-168.
- Mamede, S., ve Schmidt, H. G. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education*, 38(12), 1302-1308.
- Mann, K., Gordon, J., ve MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances In Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., ve Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of Patient Safety*, 6(4), 226-232.
- Marinho, M. M., Radünz, V., ve Barbosa, S. D. F. F. (2014). Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 581-590.
- Maslow, A. (1954). Motivation and personality. *Harper*, New York.
- Maxwell, R. J. (1984). Quality assessment in health. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 288(6428), 1470.
- Maun, A., Nilsson, K., Furåker, C., ve Thorn, J. (2013). Primary healthcare in transition – a qualitative study of how managers perceived a system change. *BMC Health Services Research*, 13, 1-9.
- Mazor, K. M., Goff, S. L., Dodd, K., ve Alper, E. J. (2009). Understanding patients' perceptions of medical errors. *Journal of Communication in Healthcare*, 2(1), 34-46.
- McCormack, B., ve McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- McDougall, G. H., ve Levesque, T. J. (1994). A revised view of service quality dimensions: An empirical investigation. *Journal of Professional Services Marketing*, 11(1), 189-209.
- McGonagle, A. K., Essenmacher, L., Hamblin, L., Luborsky, M., Upfal, M., ve Arnetz, J. (2016). Management commitment to sa-



- fety, teamwork, and hospital worker injuries. *Journal of Hospital Administration*, 5(6), 47.
- McKenzie, L. N., Shaw, L., Jordan, J. E., Alexander, M., O'Brien, M., Singer, S. J., ve Manias, E. (2019). Factors influencing the implementation of a hospitalwide intervention to promote professionalism and build a safety culture: a qualitative study. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. doi:10.1016/j.jcjq.2019.07.005
- McLeod, G. A., Barr, J., ve Welch, A. (2015). Best practice for teaching and learning strategies to facilitate student reflection in pre-registration health professional education: an integrative review. *Creative Education*, 6(04), 440.
- Meier, D. E., Back, A. L., ve Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Journal of the American Medical Association*, 286(23), 3007–3014.
- Meydan, C. H., ve Şeşen, H. (2015). Yapısal eşitlik modellemesi Amos uygulamaları. *Detay Yayıncılık*. Ankara.
- Mitchell, P. H. (2008). Defining patient safety and quality care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*. Rockville,
- Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occupational And Environmental Medicine*, 59(1), 67-72.
- Moon, J. A. (1999). Reflection in learning and professional development: Theory and Practice. *Kogan Page*, London.
- Morton, R.F., Hebel, J.R., ve McCarter, R.J. (1996) A study guide to epidemiology and biostatistics, *Aspern Publisher Inc*.New York.
- Moses, A. ve Sharma, A. (2020). What drives human resource acquisition and retention in social enterprises? An empirical investigation in the healthcare industry in an emerging market. *Journal of Business Research*, 107, 76-88.
- Mossburg, S.E., ve Dennison Himmelfarb, C. (2018). The association between professional burnout and engagement with patient safety culture and outcomes: a systematic review. *Journal of Patient Safety*, 25, doi: 10.1097/PTS.0000000000000519.

- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikum, O.A., Thienthong, H., ve Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64 (1), 91-98.
- National Health Service. 'Patient Safety England'. Erişim:18.08.2021. <https://www.england.nhs.uk/>.
- Newman, K., Maylor, U., ve Chansarkar, B. (2001). The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 14 (2), 57-68.
- Nikic, D., Arandjelovic, M., Nikolic, M., ve Stankovic, A. (2008). Job satisfaction in health care workers. *Acta Medica Medianae*, 47 (4), 9-12.
- Novack, D. H., Suchman, A. L., Clark, W., Epstein, R. M., Najberg, E., ve Kaplan, C. (1997). Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. working group on promoting physician personal awareness, american academy on physician and patient. *Journal of the American Medical Association*, 278(6), 502-509.
- Novack, D. H., Epstein, R. M., ve Paulsen, R. H. (1999). Toward creating physician-healers: Fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Academic Medicine*, 74(5), 516-520.
- Norton, J. L. (1997). Locus of control and reflective thinking in pre-service teachers. *Education*, 117(3), 401-411.
- Oermann, M. H., ve Gaberson, K. B. (2016). Evaluation and testing in nursing education. *Springer Publishing Company*, New York.
- Olsen, E. (2018). Influence from organisational factors on patient safety and safety behaviour among nurses and hospital staff. *International Journal of Organizational Analysis*. 26 (2), 382-395.
- Orhunbilge, N. (2010), Çok değişkenli istatistik yöntemler. *İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi*, İstanbul.
- Ovalı, F. (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 33-43.

- Öğüt, A., ve Kaya, D.Ş. (2011). Sağlık kurumlarında ekip çalışması. *Selçuk Üniversitesi Kadınhamı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 1:87-95.
- Özdamar, K. (2002). Paket programlarla istatistiksel veri analizi-1. 4. Baskı. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Pai, H. C., Ko, H. L., Eng, C. J., ve Yen, W. J. (2017). The mediating effect of self-reflection and learning effectiveness on clinical nursing performance in nursing students: A follow-up study. *Journal of Professional Nursing*, 33(4), 287-292.
- Patient Safety Authority.'Patient Safety Topic'. Erişim:20.01.2021: [http://patientsafety.pa.gov/PatientSafetyAuthority/Documents/annual\\_report\\_2005.pdf](http://patientsafety.pa.gov/PatientSafetyAuthority/Documents/annual_report_2005.pdf)
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Malhotra, A. (2005). ES-QUAL: A multiple-item scale for assessing electronic service quality. *Journal of Service Research*, 7(3), 213-233.
- Parveen, M., Maimani, K., ve Kassim, N.M. (2017). A comparative study on job satisfaction between registered nurses and other qualified healthcare professionals. *International Journal of Healthcare Management*, 10 (4), 238-242.
- Pharmacy Council. 'Written Reflection'. Erişim: 01.03.2021. <https://pharmacycouncil.org.nz/wp-content/uploads/2021/03/Written-reflection-guidance.pdf>)
- Picker Institute Europe. 'Healthcare Quality'. Erişim:01.10.2021 <http://www.pickereurope.org/our-mission-and-values.html>
- Pinnock, D. (2012). The role of the ward manager in promoting patient safety. *British Journal of Nursing*, 21(19), 1144-1149. doi:10.12968/bjon.2012.21.19.114
- Prates, C.G., Caregnato, R.C.A., Magalhães, A.M.M.d., Dal Pai, D., Urbanetto, J.d.S. ve Moura, G.M.S.S.d. (2021). Evaluation of patient safety culture in a private general hospital: a case study in Brazil. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 34 (2), 110-121. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-11-2020-0235>
- Price, A. (2004). Encouraging reflection and critical thinking in practice: By reading this article and writing a practice profile, you

- can gain a certificate of learning. You have up to a year to send in your practice profile. Guidelines on how to write and submit a profile are featured at the end of this article. *Nursing Standard*, 18(47), 46-55.
- Process (2021). Hayes, A.F., Erişim: 10.03.2021. <http://www.processmacro.org/download.html>
- Rao, G. N. (2002). How can we improve patient care? *Community Eye Health*, 15 (41), 1-3.
- Raykov, T., ve Marcoulides, G. A. (2006). A first course in structural equation modeling. *Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey*.
- Rees, K. L. (2013). The role of reflective practices in enabling final year nursing students to respond to the distressing emotional challenges of nursing work. *Nurse Education in Practice*, 13(1), 48-52.
- Reichers, A. E., ve Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolution of constructs. *Organizational Climate And Culture*, 1, 5-39.
- Reid, J., ve Catchpole, K. (2011). Patient safety: a core value of nursing-so why is achieving it so difficult? *Journal of Research in Nursing*, 16(3), 209-223.
- Reis, C. T., Martins, M., ve Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2029-2036.
- Rinchen, S. (2009). Developing reflective thinking: encouraging pre-service teachers to be responsible for their own learning. *Australian Teacher Education Association*.1-12.
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., ve Hipskind, J. E. (2021). Medical error reduction and prevention. In StatPearls [Internet]. *Stat Pearls Publishing*. PMID: 29763131.
- Robertson, J., Le Sueur, H., ve Terblanche, N. (2021). Reflective practice during action learning in management development programmes. *European Journal of Training and Development*, 45 (2/3),149-165. <https://doi.org/10.1108/EJTD-04-2020-0063>

- Rowell, P. A. (2005). Being a “target” at work: Or William Tell and how the apple felt. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35(9), 377-379.
- Saari, L. M., ve Judge, T. A. (2004). Employee attitudes and job satisfaction. *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management*, 43(4), 395-407.
- Sağlık Bakanlığı. ‘Plan Bütçe Sunumu.’ Erişim: 05.11.2021. <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/39387/0/2021planbutcesunumupdf.pdf>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., ve Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2), 23-74.
- Schwendimann, R., Zimmermann, N., Küng, K., Ausserhofer, D., ve Sexton, B. (2013). Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Quality & Safety*, 22(1), 32-41.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., ve Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *BMJ Quality & Safety*, 18(5),325-330.
- Seçer, İ. (2017). SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi. Analiz ve raporlaştırma, 3.baskı, *Am Yayıncılık*, Ankara.
- Senders, J.W. ve Moray, N. (1991) Human error: course, prediction and reduction. *Lawrence Earlbaum Associates*, Hillsdale, New Jersey.
- Sewell, C. (2017). Reflective practice. *Workshop [Presentation file]*. 1-47.<https://doi.org/10.17863/CAM.10945>
- Schon, D. A. (1983). The reflective practitioner. *Temple Smith*, London.
- Shook, R.J. (2003). Amerikan pragmatizminin öncüleri. (C. Türer, Çev.). *Üniversite Kitapevi*, İstanbul.

- Singer, S. J., Gaba, D. M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J., ve Baker, L. (2009). Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Medical Care*, 47 (1): 23-31.
- Singh, H. P., Durani, P., ve Dias, J. J. (2019). Enhanced morbidity and mortality meeting and patient safety education for specialty trainees. *Journal of Patient Safety*, 15(1), 37-48.
- Sipahi, B., Yurtkoru, E.S., ve Çinko, M. (2006). Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi. *Beta Basım Yayın Dağıtım*, İstanbul
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., ve Armitage, G. (2010). Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Quality And Safety In Health Care*, 19(6), 43.
- Sharma, J. ve Dhar, R.L. (2016). Factors influencing job performance of nursing staff. *Personnel Review*, 45 (1), doi: 10.1108/PR-01-2014-0007.
- Solakumur, A., Kul, M., Ünlü, Y. ve Mülhim, M. A. (2017). Beden eğitimi ve spor öğretmenlerinin yansıtıcı düşünme eğilimlerinin ve yansıtma yeteneklerinin bazı demografik değişkenlere göre incelenmesi, *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(Special Issue 2), 294-307.
- Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L., ve McGinnis, J. M. (2013). Engaging patients, families, and communities. In Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. *National Academies Press*, USA.
- Smith, C. M. (2005). Origin and uses of primum non nocere—above all, do no harm! *The Journal of Clinical Pharmacology*, 45(4), 371-377.
- Somunoğlu, S., Erdoğan, M. C., ve Özer, P. (2013). Sağlık sektöründe halkla ilişkiler ve iletişim uygulamalarına genel bir bakış. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 1 (1), 6-12.
- Spence Laschinger, H. K., ve Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The

- mediating role of burnout engagement. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.
- Stock, G. N., ve McFadden, K. L. (2017). Improving service operations: linking safety culture to hospital performance. *Journal of Service Management*. 28 (1), 57-84.
- Stone, P. W., Hughes, R., ve Dailey, M. (2008). Creating a safe and high-quality health care environment. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality*, Rockville.
- Sur, H. (2008) Hasta güvenliği yaklaşımları (1) *Metropolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları*, İstanbul.
- Szecsényi, J., Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Reuschenbach, B., ve Wensing, M. (2011). Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Quality & Safety*, 20 (6), 508-514.
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics: International edition. *Pearson*, Boston.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., ve Ullman, J. B. (2007). Using multivariate statistics (Vol. 5) *Pearson*, Boston.
- Taggart, G. L. (1996). Reflective thinking: A guide for training pre-service and inservice practitioners. Kansas State University. *ProQuest Dissertations Publishing*, USA.
- Tanaka, S., Maruyama, Y., Ooshima, S., ve Ito, H. (2011). Working condition of nurses in Japan: awareness of work–life balance among nursing personnel at a university hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 12-22.
- The George Washington University. ‘6 Management Skills that are Important for Success in Health Care’. Erişim:01.12.2021. <https://healthcaremba.gwu.edu/blog/6-management-skills-that-are-important-for-success-in-health-care/>
- The University of Cambridge. ‘Models of Reflections’. Erişim: 11.11.2021. <https://libguides.cam.ac.uk/reflectivepracticetoolkit/models>

- The University Of Edinburgh. 'Reflection' Erişim:13.12.2021. <https://www.ed.ac.uk/reflection/reflectors-toolkit/goals-objectives-habits>.
- Tok, Ş. (2008). Fen bilgisi dersinde yansıtıcı düşünme etkinliklerinin öğrencilerin akademik başarılarına ve fen bilgisi dersine yönelik tutumlarına etkisi. *İlköğretim Online*, 7(3) 557-568.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., ve Çimen, S. (2008). Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2), 161-200. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/hacettepesid/issue/7564/99376>
- Taylor, J. A., ve Pandian, R. (2013). A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. *BMC Research Notes*, 6(1), 1-6.
- Ulrich, B., ve Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456.
- Ural, A., ve Kılıç, İ. (2018). Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. 5. Baskı. *Detay Yayıncılık*, Ankara
- Øvretveit, J. (1992). Health service quality: an introduction to quality methods for health services. *Blackwell Scientific*, Oxford.
- Van de Klundert, J., van Dongen-van den Broek, J., Yusuf, E.M., Vreugdenhil, J., ve Yimer, S.M. (2018). We are planning to leave, all of us' – a realist study of mechanisms explaining healthcare employee turnover in rural Ethiopia. *Human Resources for Health*, 16 (1), 37.
- Vittner, D. (2009). Reflective strategies in the neonatal clinical area. *Advances in Neonatal Care*, 9(1), 43-45.
- Vogus, T. J., ve Sutcliffe, K. M. (2007). The safety organizing scale: Development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical Care*, 46-54.
- Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., ve Huang, C.C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (3), 213-221.



- Wald, H. S., ve Reis, S. P. (2010). Beyond the margins: reflective writing and development of reflective capacity in medical education. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7), 746-749.
- Wakefield, J.E. (1996). Educational psychology learning to be a problem solver. *Houghton Mifflin*, Boston.
- Ware Jr, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., ve Davies, A. R. (1978). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263.
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., ve Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals Of Internal Medicine*, 158(5\_Part\_2), 369-374.
- Welkin Health. 'Patient Centered Care'. Erişim: 01.08.2020. <https://welkinhealth.com/patient-centered-care/>
- Wensing, M., Jung, H. P., Mainz, J., Olesen, F., ve Grol, R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part I: Description of the research domain. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1573-1588.
- White, S., Fook, J., ve Gardner, F. (2006). Critical reflection in health and social care. *McGraw-Hill Education*, United Kingdom.
- Wilding, P. M. (2008). Reflective practice: a learning tool for student nurses. *British Journal of Nursing*, 17(11), 720-724. doi:10.12968/bjon.2008.17.11.2964
- World Health Organization. 'Patient Safety'. Erişim: 15.08.2021. [https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_2)
- World Health Organization. 'Patient Safety-What is patient safety?' Erişim: 15.04.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>).
- World Health Organization. 'World Alliance For Patient Safety'. Erişim: 10.07.2021. [https://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)
- World Health Organization. 'Quality Of Healthcare'. Erişim: 15.11.2021. [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_2)

- World Health Organization. 'Quality Health Services'.Erişim: 10.10.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- World Health Organization. 'Quality Of Care'. Erişim: 10.07.2021. [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1).
- World Health Organization. 'Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care'. Erişim:27.05.2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>
- Wu, A. W., Pronovost, P., ve Morlock, L. (2002). ICU incident reporting systems. *Journal Of Critical Care*, 17(2), 86-94.
- Yalman, İ.N., Ünal, E.A., ve Koşaroğlu, Ş.M. (2021). Covid-19 salgını sürecinin işgücü piyasaları üzerine etkisi: Uygulamalı bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 35(3), 1125-1144.
- Yaşlıoğlu, M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *Istanbul University Journal of the School of Business İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46(74-85).
- Yıldız, M. (2017). Banka çalışanlarında stres algısı ve ruhsal durum arasındaki ilişkinin araştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yiğiter, K., Engin, A. O., ve Yağız, O. (2007). Öğrenme sürecinde bireyler arası iletişim ve etkileşim. *Atatürk Üniversitesi Kâzım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, (15), 123-157.
- Yong, A.G.,ve Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 9(2): 79-94.
- York-Barr, J., Sommers, W. A., Ghere, G. S., ve Montie, J. (Eds.). (2005). Reflective practice to improve schools: An action guide for educators. *Corwin Press*. Dallas.
- Zaheer, S., Ginsburg, L. R., Wong, H. J., Thomson, K., ve Bain, L. (2018). Importance of safety climate, teamwork climate and demographics: understanding nurses, allied health profes-

- nals and clerical staff perceptions of patient safety. *BMJ Open Quality*, 7(4), e000433. doi:10.1136/bmjopen-2018-000433
- Zifko-Baliga, G. M., ve Krampf, R. F. (1997). Managing perceptions of hospital quality. *Marketing Health Services*, 17(1), 28-35.
- Zineldin, M., Zineldin, J., ve Vasicheva, V. (2014). Approaches for reducing medical errors and increasing patient safety: TRM, quality and 5 Qs method. *The Tqm Journal*. 26 (1), 63-74.
- Zorlu, S.E. (2016) İslam ve Osmanlı hukukuna göre tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartları. II. *Türk Hukuk Tarihî Kongresi Bildirileri*, (1):765.
- Zuniga, F., Schwappach, D., De Geest, S., ve Schwendimann, R. (2013). Psychometric properties of the Swiss version of the nursing home survey on patient safety culture. *Safety Science*, 55, 88-118.

# Hasta Güvenliği Kùltürü ve Yansıtıcılığın Hasta Bakım Kalitesine Etkisi

Dr. Hakan Güvener • Doç. Dr. Mehmet Aytekin

 ÖZGÜR  
YAYINLARI

