

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA GÜVENLİĞİ İLE DEĞİŞİME DİRENÇ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ: ÜNİVERSİTE
HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

EMRE YILDIZ

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2010

DEÜ.HSI.MSc-2006970143

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA GÜVENLİĞİ İLE DEĞİŞİME DİRENÇ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ: ÜNİVERSİTE
HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

EMRE YILDIZ

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Özkan Tütüncü
II. Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Şeyda Seren
DEÜ.HSI.MSc-2006970143

TEZ KODU: DEÜ.HSI.MSc-2006970143

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Doktora /Yüksek Lisans program öğrencisi Emre Yıldız '**HASTA GÜVENLİĞİ İLE DEĞİŞİME DİRENÇ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ: ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**' konulu Doktora/Yüksek Lisans tezini 27.08.2010 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Doç. Dr. Özkan Tutuncü
BAŞKAN

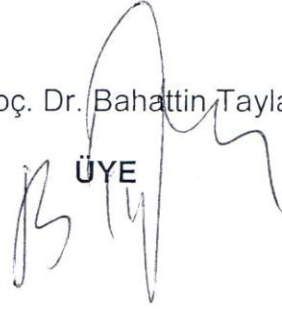
Prof. Dr. Mustafa Olguner

ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Bahattin Taylan

ÜYE



Prof. Dr. O. Nejat Sarıosmanoğlu

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Habil Gökmen

ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER LİSTESİ	I
TABLO LİSTESİ.....	IV
ŞEKİL LİSTESİ	VI
TEŞEKKÜR.....	VII
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1 HASTA GÜVENLİĞİ.....	8
2.1.1 Hasta Güvenliği ile İlgili Kavramlar	12
2.1.1.1 Kültür ve Güvenlik Kültürü.....	12
2.1.1.2 Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü	14
2.1.2 Hasta Güvenliğinin Önemi.....	17
2.1.3 Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Riskli Durumlar.....	20
2.1.3.1 Hasta Bakımı ile İlgili Riskler	21
2.1.3.1.1 Tanı ve Bakım Süreci ile İlgili Riskler	21
2.1.3.1.2 Ameliyathane ve Yoğun Bakım Süreci ile İlgili Riskler	21
2.1.3.1.3 Laboratuvar Hizmetleri ile ilgili riskler.....	22
2.1.3.1.4 İlaç ve İlaç Uygulamaları ile İlgili Riskler	23
2.1.3.1.5 Düşme Riski	24
2.1.3.2 Tıbbi Personel ile İlgili Riskler	24
2.1.3.3 Diğer Personel ile İlgili Riskler.....	24
2.1.3.4 Sağlık Kurumu ile İlgili Riskler	26
2.1.3.5 Genel Süreçlerle İlgili Riskler	29
2.1.4 Tıbbi Hataların Sonuçları ve Bildirimi	31
2.2 ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM VE DEĞİŞİME DİRENÇ.....	33
2.2.1 Değişim ve Örgütsel Değişim Kavramı.....	34
2.2.2 Örgütlerde Değişimin Amaçları	36

2.2.3	Örgütsel Değişimin Nedenleri.....	38
2.2.3.1	Örgüt İçi Nedenler	39
2.2.3.1.1	Personel.....	39
2.2.3.1.2	Satışların Düşmesi ya da Karların Azalması	40
2.2.3.1.3	Şirketler Arası Birleşmeler.....	40
2.2.3.1.4	Yapısal Değişim	40
2.2.3.2	Örgüt Dışı Nedenler	41
2.2.3.2.1	Toplumsal Çevre Koşullarındaki Değişimler.....	41
2.2.3.2.2	Teknolojik Çevre koşullarındaki Değişimler.....	41
2.2.3.2.3	Sosyo-Kültürel Çevre Yaşanan Değişimler	42
2.2.3.2.4	Rekabete İlişkin Koşullar.....	42
2.2.3.3	Örgütsel Değişim Süreci	43
2.2.4	Örgütsel Değişim Düzeyleri.....	47
2.2.4.1	Bireysel Düzeydeki Değişim.....	47
2.2.4.2	Grup Düzeyindeki Değişim.....	47
2.2.4.3	Örgütsel Düzeyde Değişim	48
2.2.5	Örgütsel Değişim Türleri.....	48
2.2.5.1	Evrimsel – Devrimsel Değişim;	48
2.2.5.2	Planlanan –Plansız Değişim	48
2.2.5.3	Proaktif (Öngörücü)-Reaktif(Anlık) Değişim	49
2.2.5.4	Aktif Değişim – Pasif Değişim	50
2.2.5.5	Makro Değişim – Mikro Değişim.....	50
2.2.6	Değişime Karşı Direncin Ortadan Kaldırılması	50
2.2.6.1	Katılım.....	51
2.2.6.2	İletişim.....	52
2.2.6.3	Eğitim	52
2.2.6.4	Destekleme	53
2.2.6.5	Pazarlık ve Anlaşma	53
2.2.6.6	Baskı ve Zor Kullanma	54

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	55
3.1 Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtlılıklar	55
3.2 Araştırmanın Yöntemi.....	55
3.3 Veri Toplama ve Ölçüm Aracı.....	56
3.4 Etik Kurul Onayı	57
3.5 Araştırma Hipotezleri	57
4. ARAŞTIRMA BULGULARI	61
4.1 Frekans Analizleri.....	61
4.2 Geçerlilik Analizi	64
4.3 Güvenilirlik Analizi	72
4.4 Tanımlayıcı İstatistikler	72
4.5 T- Testi	73
4.6 ANOVA Testi	78
4.7 Korelasyon Analizi	93
4.8 Regresyon Analizi	96
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
5.1 Tartışma	99
5.2 Sonuç Ve Öneriler	108
KAYNAKLAR.....	113
EKLER	123

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımı	61
Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	61
Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Birimlerinde Çalışma Şekillerine Göre Dağılımı...	62
Tablo 5: Araştırmaya Katılanların Birimlerinde Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı	62
Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Hastanede Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Meslekte Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Birimlerine Göre Dağılımı	64
Tablo 9: Araştırmaya Katılanların Hastanelere Göre Dağılımı	64
Tablo 10: Faktör Analizi (Hasta Güvenliği)	65
Tablo 11: Faktör Analizi (ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM).....	68
Tablo 12: Tanımlayıcı İstatistikler	72
Tablo 13: Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri	74
Tablo 14: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre T-testine ilişkin grup istatistikleri.....	75
Tablo 15: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre T-testine ilişkin grup istatistikleri.....	77
Tablo 16: Değişkenlerin Hemşirelerin Yaş Gruplarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	79
Tablo 17: Değişkenlerin Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	81
Tablo 18: Değişkenlerin Hemşirelerin Hastanedeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	83
Tablo 19: Değişkenlerin Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	85
Tablo 20: Değişkenlerin Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	87
Tablo 21: Değişkenlerin Hemşirelerin Hastanedeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	89

Tablo 22: Değişkenlerin Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	90
Tablo 23: Değişkenlerin Hemşirelerin Birimlerine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	91
Tablo 24: Korelasyon Analizi (HASTA GÜVENLİĞİ)	93
Tablo 25: Korelasyon Analizi (ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM)	94
Tablo 26: Korelasyon Analizi (HASTA GÜVENLİĞİ ve ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM)	96
Tablo 27: “Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır” ile ilgili hemşirelerin düşüncelerine yönelik HASTA GÜVENLİĞİ değişkenlerinin regresyon analizi	97
Tablo 28: “Hastanemizde değişimler iyi yönetilir” ifadesi ile ilgili çalışanların görüşlerini etkileyen ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişken gruplarının regresyon analizi	98

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Örgütsel Değişim Süreci	43
Şekil 2: Örgütsel Değişim Süreci	45

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı üstlenen, her zaman her türlü konuda yardımını, bilgisini ve zamanını esirgemeyen sayın hocam Doç.Dr.Özkan Tütüncü ve onun değerli asistanı, sevgili dostum İpek Kiremitçi'ye, tüm eğitim süreçlerimde bana her zaman, her konuda destek olan annem İnci Pamuk Ve Fethiye Yıldız'a ve babam Ali Pamuk ve Muzaffer Yıldız'a, tez çalışmamın gerçekleşmesi için gerekli izinleri ve yardımlarını esirgemeyen Dokuz Eylül ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüklerine, tez çalışmasına gönüllü olarak katılan tüm meslektaşlarıma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına, oğlum Deniz Cem 6 aylık bebekken başladığım yüksek lisans öğrenimim boyunca bana her konuda destek ve yardımcı olan sevgili eşim Devrim Yıldız'a ve başta Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Merkezi Sterilizasyon Ünitesi çalışanları olmak üzere emeği geçen herkese sonsuz teşekkür ederim.

Emre YILDIZ

Hasta Güvenliği İle Değişime Direnç Arasındaki İlişkinin Analizi: Üniversite Hastanelerinde alışan Hemşirelerin Algılarının Değerlendirilmesi

Emre Yıldız

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon ABD

emre.pamuk@deu.edu.tr

ÖZET

Hastanelerde hasta güvenliği kùltürünü oluşturmak için sistemlerin yeniden dizayn edilmesi gerekmektedir. Her yeni sistem oluşumu sırasında değişim süreçleri yaşanmaktadır. Bu süreçlerde sağlık çalışanları uygulamalarını ve çalışma koşullarını değiştirmek durumunda kalmaktadırlar. Sağlık alışanlarının hasta güvenliğine bakışlarının değerlendirilmesi ve hasta güvenliği kùltürünün oluşumunda rol oynayan faktörlerin önem düzeylerinin belirlenmesi, hastane yönetimlerine güvenlik kùltürü politikalarını belirlerken dikkat etmeleri gereken hususlar konusunda yardımcı olmaktadır. Değişime karşı tutumlarının öğrenilmesi ise yeni oluşturulacak hasta güvenliği politikalarının planlanması ve uygulanma şeklinin belirlenmesi açısından çok önemlidir.

Çalışmanın Amacı: Hemşirelerin hasta güvenliğine bakışlarını değerlendirmek, değişime yönelik tutumlarını belirlemek ve hasta güvenliğine bakışları ile değişime gösterdikleri direnç arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Yapılan bu araştırmanın örneklemini İzmir merkezde bulunan Üniversite Hastanelerinde alışan 493 hemşire (%44,81) oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, Texas Üniversitesi'nde Sexton JB ve Thomas EJ'nin "Error, stres and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys" isimli çalışmasında geliştirdikleri sağlık işletmelerinde hasta güvenliği anketi kullanılmıştır. Örgütsel değişim boyutu için ise, Barret tarafından 2007 yılında bir telekominikasyon işletmesinde kullanılan "The Proactive Supervisor-Subordinate, Two-Way Communicative Processes (PSSTWCP)" ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek Leader Member Exchange (LMX) teorisi baz alınarak oluşturulmuştur. Hemşirelerin hasta

güvenliği ve örgütsel değişime ilişkin algıları, beşli likert tipi ölçek ile ölçülmüştür. Verilerin analizinde öncelikle geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Daha sonra tanımlayıcı istatistikler, T - testi, ANOVA testi, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşireler tıbbi güvenliğin eksiksiz sağlanmasını önem sırasına göre hasta güvenliğine yönetimin bakışına, hasta güvenliği sistemine ve hasta güvenliğine karşı çalışanların tutumuna bağlamışlardır. Değişim yönetimini etkileyen faktörler de öncelik sırasına göre kurumsal değişim, liderlik değişimi, bireysel yenilik yaklaşımı ve değişime direnç olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin demografik özelliklere göre de hasta güvenliği ve örgütsel değişim algılarında farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre; hasta güvenliğini geliştirmek için öncelikle üst yönetimin bu konuya odaklanması gerekmektedir. Örgütsel değişimin sağlıklı olması için liderlere daha fazla iş düşmektedir. Değişimin dirençle karşılanmaması için planlama aşamasında daha fazla çalışan katılımı ve iletişim sağlanmalıdır. Hasta güvenliği ve örgütsel değişim ile ilgili algılar demografik özelliklere bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle planlamalar yapılırken demografik farklılıklarında göz önüne alınması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta Güvenliği, Örgütsel Değişim, Değişime direnç

**Analysis of the Relationship Between Patient Safety and Resistance to Change:
Assessment of Perceptions of Nurses' Working In University Hospital**

Emre Yıldız

Institute of Health Sciences

Department of Quality Improvement and Accreditation in Healthcare

emre.pamuk@deu.edu.tr

ABSTRACT

To foster a patient safety culture in hospitals, the existing systems need to be redesigned. The implementation of each new system brings along change processes. During these processes, the health care personnel are obliged to change their practices and working conditions. The evaluation of the healthcare personnel's perception of patient security and the determination of the importance levels of the factors involved in the creation of a patient safety culture help hospital administrations realize the important points, which they need to consider in determining health safety policies. Additionally, the determination of the attitudes of the healthcare personnel towards change is crucial for the planning of patient safety policies and their mode of implementation.

The aim of the study: To evaluate nurses' perception of patient safety, determine their attitudes towards change and analyze the relation between their perception of patient safety and their resistance to change.

The method: The sample of the city consists of 493 (44.81%) nurses working at the university hospitals of Izmir. The data collection tool was the patient safety questionnaire for health enterprises developed by Sexton JB and Thomas EJ of Texas University, which was used in their study titled "Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross-sectional surveys". As for the organizational change aspect, we used the "The Proactive Supervisor-Subordinate, Two-Way Communicative Processes (PSSTWCP)" scale, which was developed by Barret and used by a telecommunication enterprise in 2007. This scale is based on the Leader Member Exchange (LMX) theory. The nurses' perception of patient safety and

organizational change was assessed by a 5-point Likert scale. The first step in the analysis of the data was the validity and reliability analyses. Then the descriptive statistics were calculated and the T-test, the ANOVA test and the correlation and regression analyses were performed.

Results: The nurses included in the study ranked the factors associated with perfect medical safety as follows: the viewpoint of the administration about patient safety, the patient safety system and the attitude of the healthcare workers towards patient safety. The factors affecting change management, on the other hand, were ranked according to order of importance as follows: institutional change, leadership change, individual response to novelty and resistance to change. It was determined that the nurses' perception of patient safety and organizational change varied according to their demographic characteristics.

Conclusion: According to the nurses working at university hospitals, in order to improve patient safety, the issue must primarily be addressed by the senior management. In order for the organizational change to take place in a healthy way, the leaders must take the greater responsibility. The participation of healthcare workers must be increased and communication must be ensured to guarantee that change does not face resistance. Thus, the planning should be made by taking the demographic differences into consideration.

Keywords: Patient safety, Organizational change, Resistance to change

1. GİRİŞ VE AMAC

Günümüzde toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler; hastaneyi etkileyen dış çevrenin çok gelişmiş olması, aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşu, eğitim işlevleri dolayısıyla sağlık sistemlerinin en karmaşık yapıda örgütleridir. Tüm gelişmiş ülkelerin anayasalarında yaşam ve sağlık kavramları doğuştan kazanılmış bir hak olarak yer almakta, aynı zamanda ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, sağlık sistemlerinin gelişmişliği ve verilen sağlık hizmetinin kalitesi ile değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin en kritik parçası ise hasta güvenliğidir. Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi sağlık sisteminin öncelikle üstünde durulması gereken alanları arasında giderek ön plana çıkmaktadır. Bundan dolayı hasta güvenliği son yıllarda yapılan araştırmaların ve klinik bakımın odak noktası olmuştur.

Hasta güvenliği; süreçlerdeki basit hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır. Hasta güvenliğinde amaç hizmet süreçlerindeki önlenebilir nitelikteki basit hataların hastalara zarar vermesini engellemektir.

“Institute of Medicine” 1999 yılındaki raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 44,000 ila 98,000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Ve tıbbi hataların büyük bir kısmı ise kişisel hatalardan değil sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır

Hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için öncelikle sistemik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıta dayalı uygulama yapabilmek için veri toplama ve araştırma, sistemdeki sorunların çözümü için stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulması olmalıdır.

Çalışanlar açısından yeni bir sistem kurulması var olan örgütsel düzenin değişimi demektir. Değişim, herhangi bir sistemin planlı veya plansız olarak, bir süreç neticesinde belli bir durumdan başka bir duruma dönüşmesi olarak tanımlanabilir. Değişim süreci mevcut yapının analizi, değişime yönelik hedef ve stratejilerin hazırlanması ve değişim planının uygulanmasını gerektirir.

Değişim süreci girişilmesi zor, tehlikeli ve başarısı kuşkulu bir süreçtir. Mevcut durumda yapılan değişim hem heyecan verir, hem de rahatsız eder. Uyarıcı etkisi olması nedeniyle heyecan verici, bilinmeyene ve beklenmeyene karşı korku duyulması nedeniyle rahatsız edicidir. Genel olarak birçok çalışan, içinde bulunduğu durumdan şikâyetçi olmasına rağmen değişimden korkar. Süregelen yaşantılarının mevcut yapının korunmasına bağlı olduğunu düşünürler. Bu yüzden mevcut düzeni değiştirmeye yönelik her türlü girişime şüphe ile bakarlar.

Hatta değişikliğin politikası, kendilerinin anlayabileceği ve kabul edebileceği nitelikte olmazsa, değişikliğe karşı duydukları şüphenin seviyesine ve değişime, yeniliklere karşı olan tutumlarına göre değişime direnç gösterirler. Dolayısıyla değişimin başarı ile gerçekleştirilmesinde çalışanların değişime ve yeniliklere karşı tutumları çok önemli bir rol oynamaktadır.

Hastanelerde gerçekleştirilmekte olan değişim süreçlerinde hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için uygulamalarını ve çalışma koşullarını değiştirmek durumunda kalacak olan sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine bakışlarının değerlendirilmesi, bu kültürün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerin önem düzeylerinin belirlenmesi, hastane yönetimlerinin güvenlik kültürü politikalarını belirlerken dikkat etmeleri gereken hususların saptanması konusunda yardımcı olur. Değişime ve yeniliklere karşı tutumlarının öğrenilmesi ise yeni oluşturulacak hasta güvenliği politikalarının planlanması ve uygulanma şeklinin belirlenmesi açısından çok önemlidir.

Hastane çalışanları arasında sayısal çoğunluğu oluşturan ve sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olan hemşireler hastanedeki değişim sürecinde çalışanlarla iletişimi başlatmak, uygulamaya dönük yöntem ve süreçleri oluşturmak ve aynı zamanda değişimi yapılandırma sorumluluğunu da üstlenerek merkezi bir role sahiptirler. Bu bağlamda özellikle değişim sürecinin birer parçası olarak, hem değişimi etkilemekte, hem değişimden etkilenmektedirler.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için kurulacak sistemlerde değişim süreçlerindeki merkezi rolü dolayısıyla hasta güvenliği stratejilerini oluşturmak ve sürdürmek konusunda da ideal bir pozisyonları vardır.

Tüm bu nedenlerden dolayı çalışma, hemşirelerin hasta güvenliğine bakışlarını değerlendirmek, değişime yönelik tutumlarını belirlemek ve hasta güvenliğine bakışları ile değişime gösterdikleri direnç arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Hemşirelerin hasta güvenliğine bakışları ile değişime gösterdikleri direnç arasındaki ilişkinin öğrenilmesi bize değişimlerin planlanması açısından yol gösterici olacaktır.

Araştırma bu konuları beraber inceleyen ilk çalışma olacak olması, hastanelerde hâlihazırda süregelen değişimlerin planlanması ve uygulanma şekli konusunda yol gösterici olması, hasta güvenliği ve değişim gibi güncel konularda gelecekteki çalışmalar için bir veri kaynağı olacak olması ve daha önce araştırılmamış olması açısından önem taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 HASTA GÜVENLİĞİ

Sağlık hizmetlerinde, bir hatanın oluşması insan sağlığını doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin temel konusu, insan sağlığını iyileştirmek ve geliştirmektir. Kişinin sağlığını iyileştirip geliştirirken de hastanın sağlığına zararlı olabilecek tüm unsurların ortadan kaldırılması veya önlem alınarak bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü insan sağlığı maddi bir bedelle ödenemeyecek kadar önemlidir. Genel olarak da yapılan bir hata sonucu, kişinin sağlığında meydana gelecek bir olumsuzluk, tam anlamıyla giderilememektedir. Kişinin eski haline dönmesi oldukça zor olmakta hatta bazı zamanlarda imkânsız olabilmektedir. Bu tip olaylar yüzünden zaten hasta olan kişilerin sağlık durumlarının daha da kötüye gitmesi kaçınılmaz görünmektedir.

Hizmeti sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları hastalara yansıyan birçok olayın neredeyse her gün yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden gelinmemeli, kayda geçirilmeli, ölçülmeli, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir (Budak, 2008).

Hatasız hizmet sunmak sadece bir kişinin yapabileceği bir iş değildir. Sağlık hizmetleri karmaşık yapıdadır. İçinde farklı meslek gruplarını bir arada bulundurduğu için onların koordineli bir şekilde çalışması koşuluyla etkili bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleşmiş olmaktadır. Hatasız hizmet sunmak herkesin tam katılımıyla gerçekleştirilmesi gereken bir iştir, bu nedenle tüm örgüt içinde güvenli sağlık hizmetinin sunumuna yönelik bir kültür oluşturulmalıdır.

Sağlık örgütlerinde güvenlik kültürü geliştirebilmek için öncelikle, örgütün sahip olduğu kültürün değerlendirilmesi ve buna yönelik iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Güvenlik kültürünün değerlendirilmesinden sonra oluşturulmak istenen kültür için politika oluşturma, strateji belirleme, uygun ortamın sağlanması gibi çalışmalara başlamak gerekmektedir.

Tıbbi hatalar kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığından sonra 44.000-98.000 gibi bir oranla ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır (Güven 2007). Institute of Medicine (IOM) tarafından yayınlanan rapor herkesin ilgisini çekmiş ve hasta güvenliğine verilen

önem günden güne artmıştır. Bu raporda 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır (IOM, 2003):

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma
2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi
3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti
4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)
5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu
6. Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.

Belirlenen bu konulara ek olarak, IOM tarafından tıbbi hataların önlenmesi için çeşitli önerilerde bulunularak, hasta güvenliğinin geliştirilmesi amaçlanmıştır (IOM, 2004):

- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezinin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,
- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,
- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün yaratılması gelmektedir.

Institute of Medicine'nin 2003 yılında yayınladığı diğer raporunda, sağlık hizmetlerinde kaliteli bir yaklaşımın oluşturulması için öncelikli seçilen yirmi alan belirlemiştir. Hasta güvenliği ile ilgili bu alanlar sıralamada üçüncü sırada yer almaktadır. Bu alanlar medikasyon yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır (IOM, 2003).

2004 yılında, Joint Commission International (JCI) “Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri” başlığı altında Amerika’daki sağlık kuruluşlarının denetimi kapsamına girecek altı hasta güvenliği hedefini yayınlamıştır (Piotrowski, 2005). Bu hedefleri JCI her yıl revize ederek tekrar yayınlamaktadır. JCI nitelikli sağlık hizmeti için gerekli gördüğü akreditasyon standartlarının büyük bölümünü hasta güvenliği konularını kapsayacak şekilde düzenlemiştir (Yorgun ve diğ, 2009). Bu amaçla JCI, 2008 yılı için altı temel sürece dikkat çekmektedir. Akredite kurumlarda hasta güvenliği yönünden eksiksiz ve hatasız uygulanması gereken süreçler şunlardır (JCI, 2008):

- Doğru kimlik tespiti,
- Etkin ve doğru iletişimin sağlanması,
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması,
- Cerrahide; doğru hasta, doğru taraf, doğru işlemin sağlanması,
- Enfeksiyon riskinin azaltılması,
- Hastaların düşmelere bağlı zarar görme riskinin en aza indirilmesidir.

Hasta güvenliğinin önemini vurgulayan bir başka örgüt ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’dür. DSÖ’nün de hasta güvenliğini sağlamak ve sürekliliğini devam ettirmek için belirlemiş olduğu “Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri” vardır. DSÖ belirlediği bu hedeflerle sağlık hizmeti sunan işletmelere yön gösterici bir rol oynamaktadır. Bu hedefleri aşağıdaki gibi sıralamamız mümkündür (WHO, 2008):

- Hasta kimlik bilgilerinin doğru olması
- Hasta bakımı sağlayanlar arasındaki iletişimin etkinliğinin geliştirilmesi
- Önemli ilaçlarının kullanım güvenliğinin sağlanması
- Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi uygulamalarının olmaması veya azaltılması
- İnfüzyon pompalarının kullanım güvenliğinin geliştirilmesi
- Klinik alarm sistemlerinin etkinliğinin geliştirilmesi
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması
- İlaçların doğru ve tam olarak verilmesi
- Düşmelerden kaynaklanan hasta yaralanmalarının azaltılması

Güvenlik kültürü, sağlık hizmetleri işletmelerinde tüm kademeler ve meslek grupları tarafından benimsenmelidir. Yapılan hatalar diğer personele deneyim

kazandırabilmesi ve iyileştirmelerin sağlıklı yapılabilmesi için raporlanmalıdır. Bilgi paylaşımının sağlanması oluşabilecek hataların önlenmesine yönelik büyük bir adımdır. Güvenlik, sağlık hizmeti sunan işletmelerin etkili bir şekilde varlıklarını sürdürüp toplumsal fayda sağlayabilmeleri açısından öncelikli bir konudur. Sağlık hizmeti sunan işletmeler kaynaklarının belirli bir miktarını güvenlik kültürünün oluşturulması ve kültürün devamlılığının sürdürülmesi için ayırmalıdır. Tüm bunların öncesinde ise, hasta güvenlik kültürü oluşması için uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Tıbbi hata oranındaki artışa dikkat çekilmesi sağlık bakım hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken öncelikli konulardan birisinin de hasta güvenliği olduğunu gözler önüne sermektedir (Akalın 2004, Güven 2007).

Bir sağlık işletmesinde güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için öncelikle liderlerin buna inanması ve hasta güvenliğinin bir sağlık işletmesi açısından vazgeçilmez bir unsur olduğunu benimsemesi gerekmektedir. Güvenlik kültürünün oluşturulması ve devamlılığının sağlanmasında liderlerin rolü oldukça büyüktür; çünkü sağlık işletmesinin kültürüne göre personel tarafından rahatlıkla benimsenebilecek ve aynı zamanda iyileştirme yapılabilecek politika, prosedür veya stratejiler liderler tarafından oluşturulmaktadır. Tüm personelin gönüllülük esasıyla bu sürece dahil edilmeleri ve gerekirse motivasyon sağlayarak desteklenmeleri gerekmektedir. Güvenlik kültürü bir bütündür ve sağlık işletmelerinde bulunan tüm personelin katılımını gerektirmektedir. Bu yüzden personele kültürün tanımında var olan güvenlikle ilgili değerler, tutumlar, algılar ve normların benimsetilmesi gerekmektedir.

Sağlık kurumlarının çevresi çok hızlı gelişmekte ve değişmektedir. Bir işletmede kültür inançlar, değerler, adetler, uygulamalar, öğrenilen işlemler ve paylaşılan ödüllerin tümü ile yoğrulmuştur. Kurumsal kültür kolay değiştirilebilecek bir değer değildir. Değişime kolay uyabilecek üyeler olabileceği gibi şiddetli direnç gösterecekler de vardır, hatta bazı kurumlarda bu grup çoğunlukta olabilmektedir (Akalın, 2004). Örgütte oluşturulacak esnek bir kültür yapısı sağlık işletmesinin hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasına yönelik olarak değişime karşı göstereceği direnci azaltabilecektir.

Reiman ve Oedewald (2002) literatürde çalışmalardan elde edilen “iyi güvenlik kültürü”nün kriterlerini; güvenlik politikaları, yönetimin güvenlik için görünür dirayeti,

demokratik uygulamaları ve yetkinliği, güvenlik yönelimli olumlu değerler, tutumlar ve bağlılık, zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı, güvenlik ve üretim arasındaki denge, çalışanlar ve eğitim, yüksek motivasyon ve iş tatmini, yönetim ve çalışanlar arasında karşılıklı güven ve adil yaklaşım, kalite, kural ve düzenlemelerin güncellenmesi, düzenli ekipman bakımı, gerekli olay ve küçük bile olsa kazaların rapor edilmesi ve etkin yorumu, farklı kurumsal seviyelerden ve görevlilerden sağlıklı bilgi akışı, uygun tasarım, yeterli kaynak ve sürekli iyileştirme, ve otorite ile olan iş ilişkileri” ana başlıklarında toplamıştır.

2.1.1 Hasta Güvenliği ile İlgili Kavramlar

2.1.1.1 Kültür ve Güvenlik Kültürü

Kültür kavramının kesin ve net bir tanımı olmamakla birlikte bilim adamlarının ortak olarak üzerinde durdukları bazı kavramlar vardır. Kültürle ilgili alanlarda çalışan bilim adamları, kültürün bir kısmını ya da bir yönünü tanımlamaya çalışmışlardır (Usal ve Kuşluyan, 2002). Shein’e (1990) göre kültür, bir grubun dış çevredeki yaşamsal sorunlarını ve içerideki bütünleşme problemlerini çözerken öğrendiği şeylerdir. Böyle bir öğrenme, kesintisiz bir davranışsal, anlayışsal ve duygusal süreçtir. İşletme yönetimi açısından kültür, kuruluşun çalışma şeklini ve faaliyetlerin sonucunu etkileyen, belirli insan topluluklarınca oluşturulan, inançlar, değerler, örf ve adetler ve diğer kişiler arası ilişkilerin sonuçlarının tamamıdır (Erdoğan, 1991:121).

Bir işletmede iyi bir kültürün oluşması oldukça zordur. Kültürün oluşturulması aşamasında olduğu gibi, değişim sürecinde de çalışanlarla kurulacak iletişim ağı, değişimin başarıyla gerçekleşmesini sağlayacaktır. Bu kültürel değişimin işletme içinde yaratacağı olumlu veya olumsuz etkiler, önceden analiz edilmeli, kültürel özellikler açık bir şekilde tanımlanmalıdır (Çakır, 2007).

Kültürel değişimin başarıya ulaşabilmesi için (Redfern vd., 2003:225; Jones ve Redman, 2000:604);

- Yöneticilerin ve çalışanların yapılacak değişime nereden başlanacağını bilmesi,
- Eski kültüre ait önemli ve değiştirilemeyecek değerlerin belirlenmesi,
- Başarıyı sağlayacak yeni fikirlere açık olunması ve bunu öneren çalışanların desteklenmesi,

- Organizasyondaki en etkili alt kültürün belirlenerek, diğer çalışanların bu kültürü örnek almalarının sağlanması,
- Değişim ilkelerini rehber alarak, yeni kültürün oluşturulmasında yardımcı olacak çalışanların seçilmesi
- Kültürel değişimin beş veya on yıl gibi uzun bir süreci kapsayacağını bilmesi,
- Farklı değişim stratejilerinden yararlanılması,
- Bilgiyi temel alan çalışmaların yapılması,
- Amaçların, hedeflerin ve görevlerin açıkça belirlenmesi
- Kurumsal bağlılığın sağlanması
- Katılımcıları heyecanlandırmak için yüz yüze iletişim kurulması,
- Kurumdaki tüm çalışanların yeni kültürü benimsemesi ve onunla yaşayabilmelerinin sağlanması gerekmektedir.

Kültür kavramını ve özelliklerini inceledikten sonra, güvenlik ve güvenlik kültürünü incelememiz gerekmektedir. Güvenlik, yanlışlıkla veya hata sonucu ortaya çıkabilecek bir kazaya maruz kalmama durumudur. Güvenlik kültürü kavramı 1986 yılında Çernobil Nükleer Santralında yaşanan kazadan sonra, güvenlik iklimiyle beraber kamuoyunun gündemine girmiştir. Kamuoyunun dikkatinin bu kavramlara çekilmesinde, Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA)'nın 1986 yılında yayınladığı raporun etkisi büyük olmuştur. Rapora göre, kazanın yaşanmasının nedenlerinden birisi de kurumun güvenlik kültürünün zayıflamış olmasıdır (Özkan ve Lajunen, 2003).

Güvenlik kültürü yalnızca güvenliğe ilişkin taahhüt, iletişim stili ve hataları rapor etmeye yönelik açık kurallarla değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumlar ile de ilgilidir. Bu nedenle olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda, karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağı yönündeki algılamalar ön plana çıkmaktadır (Tütüncü vd., 2007).

Reiman ve Oedewald (2002) ise, olumlu güvenlik kültürünün kriterlerini şu şekilde sıralamıştır:

- Yönetimin güvenlik için kararlılığı ve yetkinliği,
- Güvenlik politikaları,

- Güvenlik öncelikli yönetim,
- Kalite kural ve düzenlemelerinin güncellenmesi,
- Sürekli iyileştirme,
- Güvenlik yönelimli olumlu değerler, tutumlar ve bunlara bağlılık,
- Otorite ile olan iş ilişkileri
- Zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı,
- Çalışanlar arasında karşılıklı güven,
- Düzenli ekipman bakımı,
- Beklenmedik olayların ve kazaların rapor edilmesi ve iyileştirme,
- Farklı kurumsal seviye ve görevlerden sağlıklı bilgi akışı,
- Yeterli kaynak.

Bu iki kavramı sağlık hizmetlerine göre yorumladığımızda güvenlik kültürü; hasta güvenliğini tehlikeye sokan bütün durumların raporlandığı, yapılan hatalarda ve yanlışlıklarda suçun diğer personelin sorumluluğunda gösterilmediği ve bütün olarak sorumluluğun üstlenildiği, üst düzey yöneticilerinin tam katılımının sağlandığı ve sistem üzerine odaklanan bir çevredir. Sağlık personelinin güvenlik kültürü gelişimine katkısı gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ancak, güvenlik kültürünün, sağlık işletmesinden bağımsız olması pek düşünülemeyeceğinden farklı seviyelerin (örn., takım kültürü, birim kültürü, kurum kültürü, bölgesel kültür, ülke bazlı kültür vb.) dikkate alması gerekmektedir (Özkan ve Lajunen, 2003).

2.1.1.2 Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (Zorlutuna, 2008). Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007;42). Bir başka tanımla hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Yıldırım ve Çelik, 2005). Hasta güvenliği, sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta ve

ailesinin güvenliğini olumsuz etkileyen faktörlerin engellenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır. Tanımlardan da görüldüğü üzere hasta güvenliğinin sağlanması için genellikle önlemeye yönelik bir yaklaşım vardır. Yani hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların içinde bulunduğu sağlık sisteminde herkesin güvenli bir ortamda bulunmasını sağlayacak bir ortam oluşturma çabalarıdır.

Hasta güvenliği, insan hayatını doğrudan etkileyen olaylara ilişkindir. Endüstri işletmelerinin ve diğer hizmet işletmelerinin aksine sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar için hasta güvenliği süreçlerinin hayata geçirilmesi, maddi kazançların ötesinde sosyal faydalar yaratmaktadır (Tütüncü vd., 2007).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar son derece kompleks yapılanmaları olan ve çok değişik profesyoneller ile, pek çok farklı ve karmaşık süreçlerle hizmet sunan organizasyonlardır. İlgilendiği alan doğrudan insan hayatı olan bu karmaşık kuruluşlar, bazen insan kaynağı ve altyapı açısından çok da şanslı olamamaktadır. Dolayısıyla bu kadar kritik fonksiyonu olan bu kurumlarda hizmet veren sağlık personelinin gerek eğitim eksikliği, gerekse beceri yetersizliği ya da alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı bulunmaktadır. Bu hatalar, hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açabilmektedir (Çakır, 2008).

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven, 2007:411-422). Böyle bir sistemin kurulması ancak iyi oluşturulmuş bir hasta güvenliği kültürü ile tüm sağlık işletmesi tarafından uygulanabilir hale gelebilmektedir. Bu nedenle, atılması gereken öncelikli adım, sağlık hizmeti sunan işletmede hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır.

Etkili bir hasta güvenliği kültürü geliştirebilmek amacıyla öncelikle, sağlık işletmesindeki mevcut durumun belirlenmesi gerekmektedir. Bazı yöntemlerle mevcut kültürün belirlenmesi sağlanabilmektedir. Sağlık işletmesinde mevcut bir kültür olabileceği gibi, bu konuda herhangi bir tutum veya davranışın da olmaması gibi bir durum söz konusu olabilmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili mevcut kültürde olumlu

yaklaşımların olması işletme açısından olumludur; ancak bazı işletmelerde olumsuz yaklaşımların da olabileceği gözden kaçmamalıdır. Mevcutta olumsuz yaklaşımın değiştirilmesi için çalışanların direnç göstermeleri gibi bir durum da söz konusu olabilmektedir. Burada önemli olan mevcut kültürün iyi bir şekilde tanımlanmasıdır. Sektörel ve bağlamsal etkenleri dikkate alarak “güvenlik kültürünün” belirlenmesi için üç yöntemin kullanılması önerilmiştir (Özkan ve Lajunen, 2003):

1) Olay çalışmaları: Niteliksel yöntemlerin kullanıldığı çalışmalardır. Mülakat, arşiv veya doküman analizi, grup tartışmaları ve gözlem kullanılan ana yöntemler olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmalar a) kazaların meydana geldiği kurumlarda b) güvenliği yüksek (kaza sayısı az) olan kurumlarda c) kurumsal değişimin sahne olduğu yerlerde “güvenlik” kavramının çerçevesinde yer alan ilgili değişkenleri belirlemek şeklinde yapılmaktadır.

2) Karşılaştırmalı çalışmalar: Bu tür çalışmalarda kaza sayısı yüksek ve düşük olan birim veya kurumlar karşılaştırılarak birbirlerinden ayrıldıkları noktalar ve bunların güvenlik ile ilişkisi araştırılmaktadır.

3) Psikometrik uygulamalar: Bu yöntemde hâlihazırda yapılandırılmış anketler kullanılarak ilgili kurumda güvenlik kültürünün ana etmenleri belirlenmeye çalışılmaktadır.

Sağlık işletmelerini ele alırsak, Hasta güvenliği kurumsal kültürün bir parçası olarak ele alınmalı ve aşağıda sıralanan faaliyetlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Akalın, 2004: 18):

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması
- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebiliyor olması
- Hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması

Hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için mevcut durumun tespitin yapılması, buna göre faaliyet planlarının belirlenmesi, hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli faaliyetlerin sıralanması ve uygulanması gerekmektedir. Ancak her zaman gerek çalışanlar gerekse de fiziksel koşullar değişimin gereklerini tam olarak yerine getirememektedir. Fiziksel koşulların iyileştirilmesi maddi ve zaman ile ilgili kaynakların varlığı ile doğru orantılıdır. Bunun yanında çalışanların hasta güvenliği ile

ilgili tutum, davranış ve inançlarını değiştirmek oldukça güçtür. Çünkü bu süreç bir değişim sürecidir ve karşısında çeşitli engeller olabilmektedir. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında da bir takım engel bulunmaktadır (Ünsal, 2006). Bu engeller:

- Hastaya yansıyan istenmeyen etkileri takip yöntemlerinin yetersiz olması veya hiç olmaması
- Hastadan ayrı çalışma kültürü
- Takip kriterlerinin yanlış vurgulanması (hata sayısı yerine hata oranı gibi).
- Sistemden önce çalışanı suçlama geleneği
- Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği konusunda veri elde edilmesini zorlaştırması
- Hastaya odaklanmamış kalite sistemi
- Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri
- Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya doğal eğilim.

2.1.2 Hasta Güvenliğinin Önemi

Sağlık hizmetlerinde yapılan işlemler nedeniyle oluşan hatalar doğudan insanın ölümüyle veya önemli derecede zarar görmesiyle sonuçlanabilmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar, bu hataları ve buna bağlı ölümleri en aza indirmeye odaklanmaktadır (Kohn ve diğ., 2000).

Sağlık hizmetlerinde güvenlik kültürü oluşturmanın veya geliştirmenin zor olması böyle bir kültürün asla geliştirilemeyeceği anlamına gelmemektedir. Bu konuyla ilgili liderler stratejilerini belirlemeli ve gelecek planlarını buna göre hazırlamalıdır. Çünkü böyle bir kültürün geliştirilmesi oldukça önemlidir. Sağlık örgütlerinde hem çalışanların hem de hastaların güvenliğinin gelişen teknoloji, risk ve belirsizliklerden fazla etkilenen bir yapıya sahip olması, hizmetlerin çeşitlenmesi, hastaların ve sağlık personelinin daha bilinçli hale gelmesi, beklentilerin artması ve değişim ve gelişimle yapılan hata oranlarının artması göz ardı edilemez bir durum olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Birey, cihaz veya ekipman, güvenlik ile birebir bağlantılı olmayabilir, çünkü güvenlik sadece hataların gerçekleşmemesi anlamını taşımamakta olup, bu kavramın birden fazla boyutu olduğu söylenebilir. Bunlar (Kohn ve diğ, 1999);

- Sağlık hizmetinin karmaşık ve riskli olduğunu, çözümlerin geniş kapsamlı sistemlerde yer aldığını öngören bakış açısı,
- Tehlikeleri tanımlamaya, değerlendirmeye, en aza indirmeye yönelik olan ve sürekli gelişen süreçler dizisinin varlığı ve
- En aza indirgenmiş tıbbi hata ve tehlike riski ile ortaya konulan bir çıktının varlığıdır.

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, bugün dünya genelinde öncelikli konu haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir. Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşire güvenliğine ilişkin yapılan bir çalışmada, kaza ve riskli durumların hemşireler tarafından çok düşük düzeyde raporlandığı ve özel hastanelerde risk yönetimine ilişkin çalışmaların kamu hastanelerine göre daha iyi uygulandığı bildirilmektedir (Sezgin, 2007).

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm çalışanlar, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu da çalışan herkesin hasta güvenliğinden sorumlu olduğu anlamına gelmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık çalışanlarının varlığı önemli bir yere sahiptir. Nitelikli sağlık çalışanları içerisinde doktorundan hemşiresine tüm sağlık ekip üyeleri yer almaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000: 43; Karan, 1999:28).

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak tanımlandığından (Yıldırım, 2008) dolayı kişilerin karşılaşabilecekleri zararların neler olduğunu tanımlamak ve gereken önlemleri almak gerekmektedir. Çünkü hasta, hastane çalışanları ve hasta yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmak, sağlık işletmeleri gibi karmaşık yapıdaki işletmelerde oldukça zordur. Hasta güvenliğinin önemsenmediği bir sağlık işletmesinde yaşanan olumsuz bir olay, geri dönülemez sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Hasta güvenliğinin

sağlık işletmesinde benimsenmesi, olumsuz sonuçlarla ortaya çıkabilecek hataları önlemeye yönelik çeşitli çalışmalara yön gösterebilecektir.

Hasta güvenliğini tehdit eden unsurları, hastaya verilen hizmet süreçlerinin tamamında uygulanan, tedavinin başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuzluk olarak tanımlamak mümkündür (Şen ve diğ., 2009). Bu süreç, hastanın sağlık kurumu ile ilk temasından, tedavisinin sonlanacağı ana kadar devam eden zaman dilimini kapsamalıdır. Yapılan araştırmalarda hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil, sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda sistem kurgusundaki (Zorlutuna, 2008):

- Yanlış ve yetersiz dokümantasyon,
- Kontrol mekanizmaları yetersiz olan ilaç uygulamaları,
- Hasta bilgilendirme ve kurum içi iletişimdeki eksiklikler,
- Yeterli tesis güvenliğinin sağlanamaması,
- Kurum içi eşgüdüm eksikliği,
- Tıbbi cihazlardaki kalibrasyon hataları,
- Yapılan uygulamalarda çift kontrol kuralının uygulanmaması, hasta güvenliğini tehlikeye atan en önemli faktörler olarak düşünülmelidir.

Dikkatsizlik, yorgunluk, etkin olmayan iletişim, kötü tasarlanmış ekipman, ihmalkarlık, gürültülü çalışma ortamları da insan hatalarını etkileyen faktörleri arasında sıralanabilir. Bu durumda, sistemlerin insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır. Çünkü insanlar sistemlerin içinde çalışır ve çalıştığı sistemler hataya açık ise güvenlik ile ilgili prensiplere uygun olarak çalışmak mümkün olmayabilir. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunan örgüt kültürü, örgüt yapısı, iletişim kanalları, yönetim anlayışının “hasta güvenliği” kavramı çerçevesinde oluşturulması ve işletilmesi gerekebilmektedir. Başka bir ifade ile, hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları hayata geçirmek ve örgüt kültürünün bir parçası haline getirmek ancak hasta güvenliğinin stratejik bir hedef olarak konulması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi ile mümkün olabilmektedir (Yıldırım 2008).

Hasta güvenliği konusundaki eksikliklerin pek çok nedeni olabilir. Bu nedenlerden en çok karşılaşılanları (Richardson ve Briere, 2001; Kohn ve diğ. 1999);

- Çalışan yetersizliği,
- Değişim ve yeni teknolojilerin ortaya çıkısındaki hızlılık,
- Kalite geliştirme konusundaki etkin yolları uygulamak için gerekli olan teknik bilgi eksikliği veya bu bilginin gelişmesine olanak tanıyacak yapının olmayışı,
- Hatanın hissedilmesinde / tanınmasındaki eksiklik (genelde tehlike zamanında giderilir veya hata ortamı düzeltilir ve kişiler zarar görmez),
- Hataları izlemeye ve hatalardan öğrenmeye yardımcı olacak sistemlerin eksikliği ve
- Hastane kültüründeki engeller olarak belirlenmiştir.

Hasta güvenliğine yönelik yapılan bu çalışmalar, hataların oluşmasına neden olan faktörler, bu faktörlerin giderilmesi için yapılması gerekenler vb. birçok faaliyet hem hastaların daha kaliteli hizmet almalarını hem de sağlık kuruluşlarının etkili ve verimli bir şekilde bu hizmetleri sunmalarını sağlamaktadır. Etkili ve verimli hizmet sunumu sağlık hizmeti sunan işletmenin karlılığını da artırabilecektir. Aynı zamanda hizmet sunumunda sağladığı kalite dolayısıyla rekabet avantajı sağlayıp var olan imajını da güçlendirecektir.

2.1.3 Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Riskli Durumlar

Hatalı uygulamalar hasta güvenliğini tehdit eden ve hastada kalıcı veya geçici hasara neden olabilen uygulamalardır. Tıbbi hatalar, hekim, hemşire, eczacı gibi genellikle sağlık hizmetini sunan veya hizmet sunumuna destek olan kişiler tarafından oluşmaktadır. Ancak tıbbi hatalar meydana geldiğinde genellikle hemşireler ön planda yer almaktadırlar. Hemşireler tıbbi tedavinin yönetiminde anahtar rol oynamak ve bu nedenle tıbbi hataların önlenmesinde aktif rol almaktadırlar (Mrayyan vd., 2007: 659-670). Hemşirelerin önplanda olmaları tıbbi hatalardan onların sorumlu olduğu anlamına gelmemektedir. Sağlık hizmetleri sisteminde bir hata oluştuğunda sistem üzerine odaklanılmalı ve hatalar bir kişiye veya bir gruba mal edilmemelidir.

Tıbbi hatalar, oluşma nedenlerine göre e ayrılırlar (Akalin, 2007:32; Güven, 2007: 411-422).:

- İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma
- İhmale bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama

Hasta güvenliğinde hatalın oluşma nedenlerinin yanında bu nedenlerin olmasına zemin hazırlayan bazı faktörler bulunmaktadır. Sağlık alışanlarının, işleme bağlı hataları, ihmale bağlı hataları ve uygulamaya bağlı hataları; personelin olumsuz şartlarda çalışmalarından, hastaların istenmeyen tutumlarından, personelin eğitim ve deneyim eksikliğinden vb. faktörlerden oluşabilmektedir. Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek bu faktörler maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir:

2.1.3.1 Hasta Bakımı ile İlgili Riskler

2.1.3.1.1 Tanı ve Bakım Süreci ile İlgili Riskler

- Yanlış Tanı: Hastanın rahatsızlığı ile ilgili olarak doğru bir sonuca varılamamış olması ile ilgili yanlışlıklardır. Yanlış tanı bütün tedavi sürecini etkileyecek bir unsurdur.
- Yanlış Bakım Süreci: Hastaya uygulanacak bakım sürecinin yanlış planlanması, hastada farklı birçok sağlık probleminin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.
- Tetkik ve tahlillerinin doğruluğu: Hastaya tanı konmasında ve uygun tedaviye başlamada tetkik ve tahlillerin doğruluğu çok önemlidir. Yanlış sonuçlar yanlış tedavi süreçlerinin ve ilaç uygulamalarının başlamasına neden olmaktadır.
- Tıbbi Karar Alma: Hastalıkla ilgili karar verme sürecinde hekim ve diğer sağlık personelinin davranışlarından kaynaklanabilecek hatalar.

2.1.3.1.2 Ameliyathane ve Yoğun Bakım Süreci ile İlgili Riskler

- Yanlış taraf: Ameliyat sürecinde hastanın önceden belirlenen bölgesinin yerine yanlış bir bölgesine uygulama yapılması
- Yanlış hasta: Hasta kayıtları ile ilgili problemler vb. nedenlerden dolayı ameliyat olacak hastaların karışması ve bunun sonucunda yanlış hastaya yanlış ameliyatın yapılması.

- Yanlış işlem: Hastaya, uygulanması gereken işlemde iletişim eksikliği vb. sorunlar dolayısıyla yanlış işlemin yapılması.
- Anestezi ile ilgili riskler
 - Yanlış doz: Hasta bilgilerinin eksik alınması sonucu hastaya yanlış dozda anestezi uygulamasının yapılmasıdır. Bunun sonucunda ise hastanın ameliyat esnasında erken uyanması veya gereğinden fazla anesteziye maruz kalmasıdır.
 - Personelin bilgi eksikliği: Personelin bilgi eksikliğinden kaynaklanan sorunlar.
 - Hasta ile ilgili bilgilerin eksikliği: Hasta ile ilgili bilgilerin uygulamaya başlanmadan önce eksik, doğru alınmaması gibi nedenlerden dolayı karşılaşılan sorunlardır.
- Sterilizasyon ile ilgili riskler
 - Ameliyat sırasında kullanılan malzemenin tam steril edilmemesi
 - Ameliyat formlarının sterilizasyonun tam yapılmaması
- Ameliyathane ve Yoğun bakımın hijyeni: Ameliyathane ve yoğun bakım ortamının genel kabul görmüş hijyen kurallarına bağlı kalarak temizlenmemesi sonucu ortaya çıkabilecek sorunlardır.
- Enfeksiyon

2.1.3.1.3 Laboratuvar Hizmetleri ile ilgili riskler

- Laboratuvar cihazları ile ilgili riskler
 - Doğru zamanda kalibrasyonunun yapılması: Laboratuvar cihazlarının doğru zamanlarda kalibrasyonunun yapılmaması sonucu elde edilen yanlış ölçümlerdir.
 - Periyodik bakımlarının yapılması: Laboratuvarda kullanılan cihazların periyodik bakımlarının yapılmamasından kaynaklanan sorunlardır.
- Laboratuvar malzemeleri ile ilgili riskler: Laboratuvarda kullanılan malzemelerin sterilizasyonun yapılmış olması ve tek kullanımlık malzemelerle ilgili sorunlardır.
- Laboratuvar sonuçlarının güvenilir ve tam olması: Hastaya doğru tanının koyulabilmesi ve uygun tedavi sürecinin belirlenebilmesi için laboratuvar sonuçlarının güvenilir ve tam olması gerekmektedir.

2.1.3.1.4 İlaç ve İlaç Uygulamaları ile İlgili Riskler

- Yanlış hasta: Tedavi sürecinde uygulanan ilacın yanlış insana verilmesi.
- Doz aşımı: Tedavi olan hastaya olması gerekenden fazla dozda ilaç uygulanması.
- Düşük doz: Tedavi olan hastaya olması gerekenden az dozda ilaç uygulanması.
- Personelin bilgi eksikliği: Hastaya ilaç tedavisi uygulayan personelin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaması.
- Yanlış doz hazırlanması: Hastaya ilaç tedavisi uygulayan personelin yanlış dozda ilaç hazırlaması.
- Hazırlanan doza alerji gösterme: Hastanın hazırlanan doza karşı alerji göstermesi.
- Uygulamanın ikilenmesi: Hasta kayıtlarının eksikliği, personel arasındaki iletişimin yetersizliği vb. nedenlerden dolayı uygulanan ilaç tedavisinin ikilenmesi.
- Yanlış ilaç verilmesi: İlaç paketinin, isminin, telaffuzunun benzerliği ya da personelin bilgi eksikliği gibi nedenlerden dolayı hastaya yanlış ilaç uygulaması.
- Yanlış süreç belirlenmesi: Hastaya uygulanacak tedavi içinde ilaçla ilgili sürecin yanlış belirlenmesi.
- Hasta ile ilgili bilgilerin eksik olması: Hasta ile ilgili bilgilerin eksik olmasından dolayı hastaya yanlış doz, yanlış ilaç vb. verilmesi.
- Kısaltmaların kullanılması: İlaç isimlerinde kısaltmalar yapıp ilaçların birbirleri ile karıştırılmalarına neden olması.
- İlaç paketlerinin benzer olması: İlaç paketlerinin birbirine benzer olmasından dolayı yapılan yanlışlıklar.
- İlaç isimlerinin benzer olması: İlaç isimlerinin birbirine benzer olmasından dolayı yapılan yanlışlıklar.
- İlaç isimlerinin telaffuzlarının benzer olması: İlaç telaffuzlarının birbirine benzer olmasından dolayı yapılan yanlışlıklar.

2.1.3.1.5 Düşme Riski

2.1.3.2 Tıbbi Personel ile İlgili Riskler

- Personel davranışları ile ilgili riskler: Personelin özel hayatından kaynaklanan sorunlarla ilgilidir.
 - Yorgunluk: Sağlık personelinin yorgunluk hissetmesinden dolayı hasta bakım sürecinde yapabileceği hataları kapsamaktadır.
 - İhmalkârlık: Sağlık personelinin bakım sürecine gereken özeni göstermemesi sonucu oluşabilecek riskler.
 - Tereddüt: Sağlık personelinin hastaya uygulanacak tedavi, ilaç vb. unsurlarda tereddütte kalmasıdır. Bu gibi durumlarda personel, diğer sağlık çalışanlarının görüşlerine de başvurup sürece yön vermelidir.
 - Dikkatsizlik: Sağlık personelinin hastaya uyguladığı tedavi veya ilaç ile ilgili olarak gereken özeni göstermemesi ve dikkatsizlik sonucu oluşabilecek riskleri içermektedir.
 - Motivasyon: Çalışanların işlerinden tatmin olmamaları, çalıştıkları koşulların uygun olmaması, kişiler arası iletişimin bozuk olması vb. nedenlerden dolayı çalışanların motivasyonları düşebilmektedir. Bu da hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilir.
 - Fiziksel veya ruhsal sağlık: Personelin fiziksel veya ruhsal yönden iyi olup olmama durumu sunacağı sağlık hizmetinin kalitesini etkileyebilmektedir.
- Personel eğitiminin yetersiz olması
- Personelin deneyimsiz olması: Sağlık personelinin yeteri kadar deneyiminin olmaması olası hataları da beraberinde getirebilmektedir.

2.1.3.3 Diğer Personel ile İlgili Riskler

- İdari personel ile ilgili riskler: Sağlık bakımı sürecine dolaylı yoldan katkısı olan personelle ilgili sorunlardır.
- Hastane süreçlerinin doğru planlanmaması: Karışıklıkların ve karmaşaların ortadan kaldırılması için süreçlerin doğru planlanması ve zaman kaybı yaratmadan süreçlerin sonlandırılması gerekmektedir.

- Personel arasında koordinasyonun sağlanmaması: Hastanede çalışan tüm personel arasında gerekli koordinasyonun ve iletişimin sağlanması hasta güvenliği ile ilgili riskleri büyük ölçüde azaltabilmektedir.
- Denetimlerin eksik olması: Denetimlerin düzenli olarak yapılması ve eksik veya yanlış işleyen süreçlerin düzeltilmesi ile ilgilidir.
- Temizlik personeli ile ilgili riskler
 - Hijyen şartlarına uyulmaması: Hastanede temizlik görevlisi olarak çalışan personelin genel kabul görmüş hijyen kuralları çerçevesinde temizlik yapmaları ile ilgilidir.
 - Periyodik olarak temizlik yapılmaması: Hastanede hastalık yapıcı mikroorganizmaların yoğun bir şekilde bulunması nedeniyle belirlenen zamanlarda doğru bir şekilde temizliğin yapılması gerekmektedir.
- Yemek hizmetleri personeli ile ilgili riskler
 - Yemek hizmetleri ile ilgili prosedürlere uyulmaması
 - Hijyen kurallarına uyulmaması
 - Depolar: Kuru yiyeceklerin saklandığı depoların temiz olması ve iyi bir şekilde havalandırılması gerekmektedir.
 - Soğuk depolar: Hastanede tüketilmek üzere uzun süre muhafaza edilemeyecek olan besin maddelerinin gerekli soğuklukta ve koşullarda saklanması ile ilgilidir.
 - Mutfak malzemeleri: Mutfak malzemelerinin uygun bir şekilde temizliğinin yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda bu malzemelerin kullanımdan hemen sonra temizliğinin yapılması ve yerleştirilmeleri gerekmektedir.
 - Kesim yerleri: Kesim yerlerinin çok iyi bir şekilde temizlenmesi, çeşitli artıkların kalmaması gerekmektedir.
 - Pişirme: Pişirme sırasında personelin kıyafet, temizlik vb. gibi kurallara uyması gerekmektedir.
 - Yemek dağıtımı: Yemeklerin uygun bir şekilde paketlenmesi, açık olarak dağıtılmaması gerekmektedir. Gerekli olan bütün önlemler alındıktan sonra yemeklerin hastalara dağıtılması sağlanmalıdır.

- Önceden Hazırlanan Diyet Listelerine Uygunluk: Tedavi sürecinde hastaların tedavilerine uygun yiyecekleri yemeleri gerekmektedir. Bu nedenle önceden diyetisyenler tarafından belirlenen yemek listelerine uygun olarak, gerekirse her bir hasta için özel yemek yapılması sağlanmalıdır.

2.1.3.4 Sağlık Kurumu ile İlgili Riskler

▪ Hasta Kayıtları ile İlgili Riskler

- Otomasyon sisteminin yetersizliği: Otomasyon sistemi hem yönetsel hem de tıbbi kararların etkililiğini artıran bir araç niteliği taşımaktadır. Bu nedenle otomasyon sisteminin hastane ihtiyaçlarını karşılayan nitelikte olması ve gerekli donanım ve yazılımın kurulmuş olması gerekmektedir. Hastanın tedavi süreci ile ilgilide hekimin ulaşmak istediği bilgiye en kolay şekilde ve kısa zamanda ulaşımı sağlanmalıdır.
- Hasta ile ilgili verilerin tam ve doğru kaydedilmemesi: Hastayla ilgili verilerin eksiksiz bir şekilde ve doğru olarak kaydedilmesi hasta güvenliğini artırmaktadır.
- Personel eğitiminin yetersizliği: Otomasyon sistemini kullanan personelin, sistemi etkili bir şekilde kullanmak için gerekli eğitimi almış olması gerekmektedir.
- Hasta kayıtlarına ulaşılabilirliğin zorluğu: Hasta kayıtlarına hastayla ilgili personelin zamanın ulaşması bakım sürecini yakından etkilemekte ve doğru kararlar alınmasını sağlamaktadır.

▪ Teknoloji ile İlgili Riskler

- Teknolojiyi kullanan personelin bilgisizliği: Gerek tıbbi cihaz gerekse bilgi sistemleri ile ilgili yeni kullanılan teknolojiye tüm kademelerdeki personelin eğitimle desteklenerek kullanması sağlanmalıdır.
- Yanlış kullanım: Teknolojik yeniliklerin yanlış kullanımı ile ilgili sorunlar hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir.
- Teknolojiye uyum sürecinde yaşanan aksaklıklar: Teknolojiye uyum sürecinde personelin kısa ve seri bir şekilde değişikliğe ayak uydurması ve sistemi tam olarak kullanabilir hale gelmesi sağlanmalıdır.

- *Tıbbi Cihaz ve Malzemeler ile ilgili riskler*
 - Tek kullanımlık malzemeler
 - İkinci kez kullanımı: Tek kullanımlık olarak planlanan malzemelerin, ikinci kez kullanımı enfeksiyon riski taşımaktadır. Bu konuda sağlık personeli gereken özeni göstermelidir.
 - Tıbbi Malzemelerin paketlenmesi, taşınması ile ilgili riskler: Tıbbi malzemeler steril koşullarda paketlenmeli ve gereken bölümlere dağıtımının yapılması gerekmektedir. Yırtık, yıpranmış paketler hasta güvenliği açısından risk taşımaktadır.
 - Kullanıcıdan kaynaklanan riskler
 - Eğitimsizlik: Tıbbi malzeme ve cihazı kullanan personelin, bu ekipmanlarla ilgili gerekli bilgisi ve deneyiminin olması gerekmektedir.
 - Tıbbi cihazların elektriksel emniyeti: Tıbbi cihazların elektriksel emniyeti gerek personel, gerek cihaz ve gerekse tahlili yapılan maddeler ve onların güvenilirliği açısından önemlidir.
 - Tıbbi cihazların Kalibrasyonu
 - Kalibrasyonun zamanında yapılması: Tıbbi cihazlarının kalibrasyonunun doğru ve güvenilir sonuçlar elde edilmesi bakımından düzenli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Yanlış sonuçlar hastaya uygulanacak bakım sürecinin de yanlış olmasına neden olabilmektedir.
 - Tıbbi Cihazların koruyucu bakımı: Tıbbi cihazların bozulmamaları veya yıpranmamaları için gerekli periyodik bakımlarının yaptırılması gerekmektedir.
- *Emniyet ve Güvenlik ile İlgili Riskler:* Sağlık kurumlarında hastalar, hasta yakınları ve personel arasında oluşabilecek herhangi bir karışıklığı ortaya çıkmadan önce önlemek gerekmektedir. Hastanenin genel düzeninin bozulmadan sürekliliğinin sağlanması hastanede bulunan hasta, hasta yakınları ve personel açısından önemlidir.

- *Sağlık Kurumunun Altyapısından Kaynaklanan Riskler*
 - Elektrik, su, gaz tesisatı ile ilgili riskler: Hastanenin elektrik, su, gaz tesisatlarının hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyecek şekilde kurulmaması gerekmektedir.
 - Havalandırma ile ilgili riskler: Hastanelerde havalandırma, hava akışının düzenli bir şekilde olmasını ve havanın temizlenerek hastane ortamına verilmesini sağlamaktadır. Havalandırma sisteminin düzenli olarak bakımının yapılması ve temizlenmesi gerekmektedir. Havalandırmanın yetersiz olması havada dolaşan mikroorganizmaların diğer insanlara da geçmesini ve hastalık oluşumuna neden olmaktadır.
 - Dış çevre düzenlemesi: Hastanenin dış çevresinin, hastaların ulaşımını kolaylaştıracak şekilde olması gerekmektedir. Yaşlı, sakat, sedyeye veya tekerlekli sandalyeye taşınan hastalarında kullanımına uygun olarak tasarlanması gerekmektedir.
 - Hastane zeminleri ile ilgili riskler: Hastane zeminin kaygan olmaması sağlanmalıdır. Ayrıca hastane zemininde bulunan ek yerlerinin sedyeye veya sandalyeye taşınan hastalar için çok sarsıntı yaratmadan taşınabilmesi için uygun olarak düzenlenmelidir.
- *Tıbbi Gazlarla ilgili riskler*
 - Atık gazların boşaltımı ile ilgili riskler: Hastanede kullanılan atık gazların hasta güvenliğini tehdit etmeyecek bir şekilde boşaltılması ve imha edilmesi gerekmektedir.
 - Medikal gaz tesisatı ile ilgili riskler: Hastalara tedavi sürecinde verilen gazların hastaya ulaştırılmasıyla ilgili tesisatın kurulumu çok önemlidir. Bu tesisatta oluşabilecek bir sızıntı hastanın rahatsızlığını daha da ileri boyutlara taşıyabilmektedir.
- *Atık Yönetimi ile İlgili Riskler*: Hastanede bir işlem sonucunda açığa çıkan, işe yaramaz olduğundan çevreye atılan veya bırakılan, genellikle zararlı olan maddelerdir. Bu atıkların bazıları hastalık yapıcı mikroorganizmalar ile zehirli ve diğer zararlı maddelerin havada, suda ve toprakta kalıcı özellik göstermesi sebebiyle hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

- Rutin atıklarla ilgili riskler: Enfekte olmayan bütün atıkları içerirler. Belirli bir zararları yoktur; ancak düzenli olarak toplanmaz ve imhası yapılmaz ise hasta güvenliğini tehdit edebilirler.
 - Kesici atıklarla ilgili riskler: İğne, cam, ampul, enjektör gibi maddeler kesici atıklar kategorisine girmektedir. Bu maddeler plastik torbaları delebilir ve bunun sonucunda da kişileri yaralayabilir ve hastalık oluşumunu neden olabilir. Kesici maddeler kullanım alanında uygun kaplara konulmalıdır. Kaplar delinmeyecek ve yaralanmaya neden olmayacak biçimde yapılmış olmalıdır.
 - Enfekte atıklarla ilgili riskler: Enfekte ve zararlı her tür atığı kapsamaktadır. Hastanede diğer atıklardan ayırt edilebilmesi için bu atıklar farklı renkte çöp torbalarına konmalıdır. Bu atıklar günlük olarak, hastane veya çöpü toplayan firma tarafından toplanmalıdır.
 - Kimyasal atıklarla ilgili riskler: Laboratuarlarda geliştirilen tehlikeli atıklardır. Bunlarla ilgili gerekli önlemleri almak hasta güvenliğini korumak için çok önemlidir.
 - Radyoaktif atıklarla ilgili riskler: Radyoaktif atıklar, nükleer tıp, radyasyon ile tedavi, radyoloji ve araştırma laboratuvarlarında oluşan atıklardır. Kullanılan departmanlarda atıklar özel kaplara yerleştirilmelidir. Kaplar dolduktan sonra mühürlenmeli, tarihlenmeli ve bölümde çalışanlar tarafından ilgili bölüme yollanmalıdır.
 - Tıbbi atıkların imhası ile ilgili riskler: hastanelerde oluşan tıbbi katı atıkların imhasında yakma ve doğrudan gömme metodu kullanılmaktadır. Bu atıkların çoğu, yakma yöntemi ile imha edilmektedir. Ancak, bu tip atıkların imhasında kullanılan yakma fırınlarının tasarımının, yakma işlemini tam olarak yerine getirebilecek ve tehlikeli unsurların imhasında tam etkili olabilecek şekilde yapılmış olması gerekmektedir.

2.1.3.5 Genel Süreçlerle İlgili Riskler

- Personelin görev ve sorumlulukları ile ilgili riskler
 - Personel görev tanımlarının açık ve anlaşılır olmaması: Hastane personelinin hastanede yapması gereken işlerin açık ve anlaşılır bir

şekilde, düzenli bir sıra işleyerek yazılması ve personelin bundan haberdar edilmesi gerekmektedir. Açıklık ve anlaşılabilirlik, süreçteki karmaşaları önleyerek hasta güvenliğini olumlu yönde etkilemektedir.

▪ *İş akışı ve yükü ile ilgili riskler*

- İş akışının karmaşıklığı: Belirlenen iş akışının karmaşık olmaması ve belirli bir sırayı takip etmesi gerekmektedir. Karmaşık bir iş akışı personelin yorulmasına ve buna bağlı oluşabilecek riskleri ortaya çıkarmaktadır. Bu yüzden iş akışının akılcı bir şekilde planlanması, personelin hatalara neden olmayacak bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.
- İş yükünün fazla olması: Personelin iş yükünün fazla olması, belirli bir süre sonra personelde dikkat dağınıklıklarına, yorgunluğa, bitkinliğe neden olmaktadır. Bu da personelin hasta güvenliği sürecinde hata yapma olasılığını daha da artırmaktadır. Personelin yapabileceği kadar iş yüküne sahip olması ve bunun doğru bir şekilde planlanması gerekmektedir.

▪ *Süreçlerde gereksiz basamakların bulunması*

- Süreçlerin sadeleştirilmesi, hem personel açısından, hem de sürecin daha kısa zamanda ve erimliliği açısından önemli bir faktördür.

▪ *Süreçlerin denetiminin olmaması*

- Süreçlerdeki aksaklıklar, yoğunluklar, gereksiz basamakların olması personeli olumsuz yönde etkilemekte ve bu da hastalara yansımaktadır. Süreçlerle ilgili denetimlerin yapılması gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

▪ *İletişim ile ilgili riskler*

- Eksik iletişim: Hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimin, hastaların sağlık durumu ve verilen hizmetin etkililiği üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. Hastalık tanı ve tedavi sürecinin etkililiği üzerinde önemli etkisi bulunan hasta sağlık personeli iletişimi hasta güvenliği açısından önemlidir.

- Hasta- Sağlık personeli arasında eksik iletişim: Hasta ile personel arasında iletişimin eksik olması, hastanın kendiyile ilgili bilgileri sağlık personeline vermemesi ve bunun sonucunda uygun bakım sürecinin gerçekleştirilememesi anlamına gelmektedir.
- Sağlık Personelinin kendi aralarındaki eksik iletişim: Sağlık personelinin kendi aralarındaki eksik iletişim de hastanın bakım sürecinde çeşitli riskleri ortaya çıkarmaktadır.
- İletişim ağının yetersizliği: Hastanelerde iletişim ağı otomasyon sistemiyle, dâhili telefonlarla vb. ile sağlanabilir. Ancak bu altyapı sağlanamamışsa ve personel arasındaki iletişimde aksaklıklar ve gecikmeler yaşıyorsa, özellikle hasta tedavi süreciyle ilgili karar vermede çeşitli riskler ortaya çıkmaktadır.
- Hastanın anlayabileceği şekilde bir iletişimin kurulmaması: Sağlık personeli hastayla olan iletişimde hastanın anlayabileceği, hastanın da tedavi sürecine katılabileceği gibi açık ve anlaşılır bir biçimde konuşması gerekmektedir. Hastayı tedavi sürecine katmak, hasta güvenliği açısından çok önemlidir; çünkü hasta kendi katılımıyla başlayan bir süreçte personel daha fazla güven duyarak daha dikkatli olmaktadır. Bu da hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir.

2.1.4 Tıbbi Hataların Sonuçları ve Bildirimi

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır (Şen ve diğ., 2009). Bu hataların önlenmesi için harcanacak çabalara öncelikle bu hataların nelerden kaynaklandığının belirlenmesi ve hataların oluşabilecek potansiyel sonuçlarının ortaya konması ile başlanabilmektedir. Hataların ortaya çıkma nedenlerini inceledikten sonra sonuçlarını da incelememiz ve ne ile mücadele etmek zorunda olduğumuzu bilmemiz gerekmektedir. Tıbbi hataların sonuçları (Pronovost vd., 2005: 1-19):

- Mortalite ve morbidite
- Yatış süresinde uzama
- Hasta ve hasta yakınlarına verdiği rahatsızlık (en hafif tanımı ile)

- Hukuksal sorunlar

Tıbbi hataların sonuçları sağlık kurumları açısından hiçbir şekilde göz ardı edilemez nitelikte olduğundan, oluşan hataların bildirimi ile ilgili olarak etkili bir sistemin oluşturulması ve sonrasında bu bildirimler doğrultusunda hatalardan kaynaklanan olumsuz sonuçların etkilerinin en aza indirilmesi gerekmektedir. Akins ve Cole tarafından tıbbi hataların bildirimini etkileyen en önemli 6 neden ve bunları etkileyen faktörler şöyle sıralanmıştır (Akgün ve Al-Assaf, 2007:45-46):

1) Hasta güvenliğinin öncelik haline gelmediği sağlık işletmelerinde kaynak yetersizliği de söz konusu ise diğer öncelikler hasta güvenliği programlarının önüne geçer. Burada engelleyici ana nedenleri ise;

- Kaynakların hasta güvenliği sisteminin oluşturulması yerine insan kaynağına aktarılması,
- Hasta güvenliği sisteminin hasta bakımında 'sıfır hata' felsefesiyle yeniden düzenlenmesi için kaynakların yeniden aktarımı,
- Hasta kayıtlarının ve tıbbi kayıtların otomasyon sisteminde tutulması için bilgi sisteminin güncellenmesi olarak sıralayabiliriz.

Sağlık kuruluşlarının yöneticileri, kurumla ilgili önceliklerini belirlemelidir. Kurumun kaynaklarını günlük işlerin yapılmasından veya gerekli olmayan altyapı yatırımlarından çok, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına odaklamalı ve bu kültürü geliştirmek için gerekli olan kaynakları sağlamalıdır. Kuruluşun tüm fonksiyonlarını etkileyecek kalite çalışmalarında olduğu gibi hasta güvenliğinde de üst yönetimin desteği olmadan bu kültürün tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi olası değildir.

2) İnsan kaynağı yetersizliği: Sağlık kurumlarının en önemli sorunlarından bir diğeri de, nicelik yönünden yetersiz personele sahip olma veya personelin aşırı iş yüklerinin olmasıdır. Bu nedenle personel, zaman yetersizliği ya da yardımcı insan gücü eksikliği nedeniyle hasta güvenliğine yeteri derecede önem verememektedir.

3) Hasta güvenliği teknolojisine sahip olmama: Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli olan altyapı, makine ve malzeme mevcut olsa bile, tüm bunları kullanabilmek için ek bir maliyet söz konusudur. Uygulamada gerekli olan kaynakları arasında, personelin konu ile ilgili eğitimleri alması için ve elektronik sistemlerin kurulması için gerekli kaynaklar sayılabilmektedir.

4) Değişime direnç: Tıbbi hataların bildiriminde ve raporlanmasında karşımıza çıkan engellerin en önemlilerinden birisi de, sağlık çalışanlarının birçoğunun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları zaten yaptıklarını savunmaları ve iyileştirme çalışmalarına katılmayarak değişime direnç göstermeleridir.

5) Ayıplama kültürü: Sağlık sistemi içerisindeki hiyerarşik yapılanma, mevcut standartların uygulanamaması, hasta bakımında kendi başına kurallar belirleme gibi uygulamalar sistemde son derece yaygındır. Sonuç olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar sistemdeki eksiklikler açısından irdelenmek yerine, olay kişisel boyutlara indirgenmekte, saptanan herhangi bir hata sistemdeki eksiklik yerine çalışanların başarısızlığı şeklinde değerlendirilmekte ve hatayı yapan kişi cezalandırılabilir.

6) Deneyimli eski yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamaları: Hasta güvenliği oldukça yeni ve karmaşık bir kavramdır. Kurumlarda hasta güvenliği hedef ve stratejilerini belirleme pozisyonunda olan eski yöneticilerin, yeni olan bu kavrama yönelik bir stratejiye sahip olmamaları ve bunun gerekliliğine inanmamaları bir diğer engeldir. Aslında bu yöneticilerin konu ile ilgili farkındalığın yaratılması, bu konu ile ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi, hasta güvenliği programlarının önemini anlamak, desteklemek, sistemin oluşturulmasını sağlamak ve sürdürülebilir kılmak ancak olumlu motive edilmiş personel tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Bu nedenle öncelikle orta kademe yöneticiler bu konuda eğitilmelidir. Çünkü hasta güvenliği programlarının başarısında bu personelin katılımı anahtar rol oynayacaktır. (Akgün ve Al-Assaf, 2007:45-46).

2.2 ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM VE DEĞİŞİME DİRENÇ

Çok hızlı değişikliklerin yaşandığı bu dönemde, varlığını devam ettirebilmek ve gelişebilmek açısından örgütlerin talepleri karşılayabilecek yönde, planlı ve başarılı değişim süreçleri yaşaması, hatta bu değişim süreçlerini sürekli bir hale getirmesi kaçınılmazdır (Özmen ve Sönmez, 2007).

Örgütlerde sürdürülebilir başarının sağlanması için birey, takım ve kurum performansının yükseltilmesinin gerekliliğidir. Bu çerçevede performans artışının odağında ise, örgütteki çalışanlar öne çıkmaktadır (Özmutaf, 2007).

Yüksek performansta ürün üretmek veya hizmet sunmak için örgütün çevrede olan veya olabilecek değişimleri hem tahminleyebilir nitelikte olması hem hazırlıklı olması hem de hızlı bir şekilde değişim sürecine girmesi gerekmektedir. Ancak, çalışanların mevcut düzenlerinden vazgeçmeleri ve yeniye, yeniliğe, iyileştirmeye veya gelişime ayak uydurmaları her zaman kolay olmamaktadır. Bu da örgütsel değişim, değişim yönetimi ve değişime gösterilen direnç kapsamında değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Değişimle birlikte gelen oluşan yeni sistem ve uygulamaların eskileriyle uyummadığı durumlarda çalışanlarda savunma mekanizması, kendini geri çekme, önemli bilgileri saptırma ya da değiştirme gibi davranışların oluşabileceği düşünülmektedir. Sistematik bir değişimde örgüt kültürünün potansiyel etkisinin göz ardı edilmemesi gerektiğini ve mevcut kültürün analizi ve değişimi ile ilgili stratejilerin belirlenerek, örgütsel değişim girişiminin bir parçası haline getirilmesi gerektiğini ileri sürmektedir (Dooley, 1995). Bu yolla başarılı bir değişim sürecinden geçen örgütlerde çatışmaların oldukça az yaşanacağı söylenebilmektedir.

2.2.1 Değişim ve Örgütsel Değişim Kavramı

Belirli bir süre içinde doğada, toplumda, bireyde, birimde ve örgüt gibi yapılarda gözlenen başkalaşım ve farklılaşmalar değişim olarak nitelendirilmiştir. Değişim her yapının temel ve vazgeçilmez karakteristiğini oluşturmaktadır (İnce, 2006). Genel olarak değişim kavramını incelediğimizde ise, belirli bir sürede herhangi bir şeyde meydana gelen farklılaşma olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan, 2004; Coventry, 1998).

Genel olarak değişimin yanı sıra örgüt düzende de tanımlamalar yapmak mümkündür. Örneğin, olumlu ya da olumsuz, yararlı ya da zararlı, kısa süreli ya da sürekli, hızlı ya da aşamalı, planlı ya da beklenmedik şekilde gerçekleşebilen ve bir sistem ya da sürecin, belli bir durumdan bir başka duruma geçmesini içeren kaçınılmaz bir süreç olarak tanımlanabilmektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2001; Şişman, 2002). Bir başka tanımda ise, Owens (1987:243) örgütsel açıdan değişmeyi, "Var olan amaçları daha etkili bir şekilde başarma veya yeni amaçlar başarmada örgüte katkıda bulunan planlı, alışılmışın dışında, önceden düşünülmüş özgün çaba" olarak ifade etmiştir.

Balcı (1995: 47), örgütsel değişimin, özde yapı, süreç ve davranışların değişmesi anlamına geldiğini ön planda tutarken, Dinçer (1998:8), örgütsel değişimin yaratıcılık, yenilik yapma, büyüme ve gelişme gibi olay ve olguların tümünü içine alabilecek derecede geniş kapsamlı bir süreç olduğunu ifade etmektedir.

Örgütsel değişim, örgütün öğelerinde, alt sistemlerinde, bunlar arasındaki ilişki kalıplarında, bunlarla örgüt arasındaki ilişkilerde ve örgütle çevre arasındaki etkileşimde meydana gelebilecek her türlü değişme olarak tanımlanabilmektedir. Bu anlamda örgütsel değişim; yaratıcılık, yenilik getirme, örgüt geliştirme, eylem araştırması, örgütsel esneklik gibi kavramların tümünü içine alabilecek derecede geniş kapsamlı bir kavramdır (Leblebici, 2003).

Güçlü bir örgüt kültürüne sahip olmak bireysel, grupsal ve bir bütün olarak örgütsel başarı için temel kabul edilmektedir (George, 2002). Örgüt çalışanları arasında davranışsal kontrol sağlayan, kimliğin kaynağını oluşturan ve istikrarı teşvik eden örgüt kültürü, diğer taraftan değişime, ilerlemeye, çeşitliliğe ve işbirliğine engel olabilmektedir (Scholl, 2003). Ancak özünde istenen değişime açık bir kültürün örgüte benimsetilmesiyle, örgütte oluşabilecek direnç mekanizmasını en düşük seviyede tutmaktır. Bu yolla çatışmaların önüne de geçilebileceği düşünülmektedir.

Örgütsel değişimin başarılı bir şekilde yönetilmesi ve yürütülmesinde bazı özelliklerin bilinmesi ve uygulamalarda buna dikkat edilmesinde fayda vardır. Bu özellikler (Erdil ve Keskin, 2004: 5):

- Örgütlerde değişim doğrusal değildir. Açıkça tanımlanan bir başlangıcı ve sonu yoktur. Onun için de karmaşık ve sonsuz olarak düşünülebilir. Etkin değişim; çok yönlü gelişmeyi, iyileşmeyi ifade eder.
- Örgütsel iyileşme; müşteri odaklı olmayı, iş süreçlerini geliştirme ve yönetme, çalışanın katılımını artırma çalışmalarını içermektedir. Bu alandaki değişim çabası, diğer alanlarda da değişimi başlatır.
- Değişim, örgüt içinde ya yukarıdan aşağıya ya da aşağıdan yukarıya gerçekleşir. Değişim yapılanma için yukarıdan aşağıya, katılım ve destek sağlamak için aşağıdan yukarıya olmalıdır.
- Örgütsel değişimin kişisel boyutu önemlidir. Bireyler değişimle kişisel boyutta birleşmedikçe, örgütsel anlamda değişim gerçekleşmez.

- Başarılı ve değişimin sürdürülebilir olması için, hedefler somut olarak belirlenmeli ve bu hedefe kişiler şartlandırılmalıdır.
- Örgütsel değişimde, çalışanları motive eden, koordine eden, vizyon oluşturan ve takımlar tarafından yapılan işlere odaklanan liderlere ihtiyaç vardır.
- Belirsizlik ve değişen çevre koşullarına karşı örgütün uyum gücünü ve gelişmesini sağlama amacı taşıyan örgütsel değişim, sürekli bir süreçtir.
- Örgütsel değişim, genellikle zaman içinde çok sayıda küçük değişimlerden oluşmasına karşın, bu değişimler köklü ve dönüştürücü de olabilir.
- Yöneticiler sadece değişimi planlayıp uygulayan olmamalı, aynı zamanda risk alabilen iyi bir örgüt yapısı meydana getirmek ve çalışanların sorumluluk alarak uygulamaya katılmalarını sağlamak olmalıdır.
- Örgütsel değişimde; iletişim, bilgi ve öğrenmeye önem verilerek, hızla değişen çevre olaylarına ve belirsizliğe cevap verme ve uyum sağlama yeteneği kazandırılmalıdır.
- Bilginin önemini ve kullanımını öne çıkarmak, çalışanları harekete geçirmek ve değişimi uygulamak öğrenme ortamı ve liderlik gerektirmektedir.

2.2.2 Örgütlerde Değişimin Amaçları

Örgütsel değişimin amacı, örgütsel etkinliği artırmak, bazen de azalmasına engel olmaktır. Bunun ise içinde bulunulan ekonomik şartlar ve pazar koşulları gibi unsurlar belirler. Örgütlerin etkinliğini tam olarak ölçebilmek için rekabet koşullarının eksiksiz oluşması gerekmektedir (Leblebici, 2003).

Örgütsel açıdan değişimin, geleceğe hazır duruma gelme, örgüt üyeleri arasında güven ve karşılıklı desteği ve olumlu iletişimi sağlama, sorunlara ve tartışmalara çözüm getirme, sinerji yaratma gibi genel amaçları vardır. Şimşek ve diğerleri (Şimşek, 1998:239), örgütsel değişimin, örgütsel bütünlüğün korunması, örgütün sürekliliğinin sağlanması ve örgütün büyüme ve gelişmesi amaçlarına yönelik olduğunu vurgulamaktadır. Örgütlerde değişimin amaçları şu şekilde ifade edilebilmektedir.

Etkinliği artırmak: Değişimin en önemli amacı etkinliği artırmak, yani; yapılan işi daha etkili yaparak örgütün sağlık ve etkililik düzeyini geliştirmektir. Etkinliği arttırmak

değişimin en önemli amaçlarından biridir. Başka deyişle, yapılan işi daha etkin kılmak için, işin gerekleri ile işi yapanın özelliklerinin bütünleştirilmesidir. İşin gerekleri ile işi yapanın özellikleri arasında açık oluşmaya başladığı zaman etkinliğin azaldığı ve değişme gereksinimin arttırdığı anlamına gelmektedir (Aldemir, 1985;123).

Verimliliği artırmak: Verimliliğin yükseltilmesinde en önemli etken örgütün girdiği olarak aldığı tüm gücün, fire vermeden, kayba uğramadan kendi gücüne dönüştürülmesidir. Oysa girdiğinin işlenme şekli ve kullanılan bir takım teknikler örgüt bireylerinin etkili çalışmaları sağlanarak verimlilik artırılabilir. Bütün bunların gerçekleşmesi için de, örgütün verimliliğini artırmaya yönelik değişim kararları anılarak, bunların uygulanması gerekmektedir. Bu bağlamda örgütsel değişim sağlanarak verimlilik artırılmış olacaktır (Başaran, 1989, s. 160).

Örgütlerin en önemli sorunlardan birinin verimlilik olduğu söylenebilir. Örgütler, var olduklarından bu yana, bu sorunu işverenin istediği düzeyde çözememişlerdir. Özellikle, işverenin örgütten daha çok kar beklemesi ulaşılamayacak sınırlara vardığında, örgütün iş görenlerine yaptığı baskı da sınırsız olmaya başlamıştır (Başaran, 1989, s. 160).

Büyüme: Örgütler statik olma özelliğini uzun zaman koruyamazlar. Gerek iç ve gerekse dış etkenler işletmeleri büyümeye zorlar. Örgütün faaliyette bulunduğu çevrede meydana gelecek değişimler işletmeyi etkiler. Buna göre; büyüme, hacim artışını veya nicelik olarak gelişmeyi ifade eder. İşletmenin özellikleri göz önüne alındığında; (Dinçer, 1998; 75)

- Satış miktarı veya tutarı,
- Üretim miktarı,
- Çalışanların sayısı.
- Harcanan enerji miktarı,
- Öz kaynaklar,
- Yatırım toplamı,
- Kullanılan hammadde veya makine miktarı,
- Pazar payı veya mamul çeşitliliği gibi değişik faktörlerde meydana gelen nicelik artışlar, büyüme olara değerlendirilmektedir.

Örgütlerde büyüme gereksinimi, her şeyden önce, işletmenin paydaşları ve yöneticilerinin kar etme düşüncesinden kaynaklandığı söylenebilir. Ancak büyüme ve gelişmenin ilk ve tek güdüsünün kar olduğu söylenemez. Özellikle belirli bir işletme büyüklüğünden sonra, karın ilk amaç olma önemini yitirdiği ve sosyal güdülerin (hırs, güç kazanma, yücelik sağlama, başkalarına yön verme gibi) ön plana çıktığı gözlemlenmektedir.

Ayrıca işletmelerin yaşamlarını deva ettirebilmeleri büyümenin bir fonksiyonudur. Çünkü büyüme, işlemeye çevre baskılarına karşı koyma ve ona daha iyi uyum sağlama fırsatı vermektedir. Böylece bir işletme, rekabet ortamında bulunan diğer firmalarla mücadele ederek amacına ulaşmadan üstünlük sağlayabilecektir (Eren, 1987; 88-90).

Yenilik Sağlamak: Örgütlerin değişen çevre koşullarında ve rekabet ortamında başarılı olabilmeleri yenilikçi olmalarına bağlıdır. Çağımızda teknoloji, sosyal, yasal, ekonomik v.b. alanlardaki gelişmelerin yarattığı olanaklar işletme işlevlerine de yansıtılmalı ve söz konusu işlevlerini işleyişlerinde de verimlilik artırıcı yenilikler yapılmalıdır (Şahin, 1995; 73).

Motivasyon ve Tatmin Düzeyini Artırmak: Bu anlamda değişiklik insanların her şey yolunda gitse bile tek düze çalışmanın ortaya çıkaracağı monotonluk duygusunu bastırmaları amacıyla gerçekleştirilecektir. İnsanlar tekdüze çalışmaktan zamanla sıkılarak monotonluk duygusuna kapılırlar. Her şeyin yolunda gittiği durumlarda dahi, bu gidiş insanları sıkabilir, değişiklik ihtiyacı duyabilirler. yani değişimin amaçlarından birisi de motivasyon ve tatmin düzeyini arttırmaktır (Sabuncuoğlu ve Tüz, 1984; 261)

2.2.3 Örgütsel Değişimin Nedenleri

Örgütsel değişimin nedenleri hem örgütsel unsurlarda hem de çevresel unsurlarda meydana gelen değişimlerdir. Bir örgütteki örgütsel unsurlar; yapı, insan unsuru, teknoloji ve ürün/hizmet olarak düşünülebilir. Örgütün yapı ve amaçlarında, politikalarında, ödül ceza sistemlerinde, iş görenin tutum, davranış, becerileri ve beklentilerinde, kullanılan makine ve teçhizatın teknolojisinde ve nihayet mal ve hizmet unsurlarında meydana gelebilecek bir değişme örgütsel değişmeyi gerekli kılabileceği gibi; kültür, endüstri, insan kaynakları, pazar, finansal kaynaklar,

ekonomik koşullar, hükümet vb. çevresel koşullarda meydana gelebilecek herhangi bir değişme de örgütsel değişimin nedeni olabilir (Marşap, 1995:42)

Bennis (1999), genel olarak örgütleri değişmek zorunda bırakan nedenler olarak şu hususları vurgulamaktadır:

- Genel olarak zamanımızda, değişimin hızında meydana gelen artış, örgütlerin çevrelerine süratle uymalarını gerektirmektedir.
- Teknolojik yapı, değişimin hızlanması gerektirecek bir şekilde karmaşıklaşmaktadır.
- Örgütler, daha karmaşık bir nitelik kazanmaktadır. Bu durum kısmen teknolojinin gelişmesi, kısmen de organizasyonların büyümesi sonucu ortaya çıkmaktadır.
- Örgüte giren çalışanların eğitim seviyesinin sürekli yükselmesine bağlı olarak, iş gücünün niteliği ve buna bağlı olarak çalışan talepleri sürekli değişmektedir.
- Çalışanlar eskiye oranla daha fazla bağımsızlık ve karar serbestliği istemektedir.
- Geleneksel otorite biçimleri artık tatmin edici olmaktan çıkmaktadır. Hiyerarşik emir-komuta zincirinin yerini artık ehliyet ve bilgiye dayanan işlevsel otorite almaktadır.

2.2.3.1 Örgüt İçi Nedenler

Örgütün kendi sisteminden, alt sistemlerinden, çalışanlarından, altyapı ve teknoloji ile ilgili unsurlarını içermektedir.

2.2.3.1.1 Personel

Yenilik ve değişikliklere insan doğal olarak karşı koyma eğilimindedir. Çünkü her yeni usul, yöntem ve teknoloji eski usul, yöntem ve alışkanlıklara karşı olarak geliştirilmiştir. Bu nedenle, kişiler daha önce alışmış oldukları iş düzeninden adet ve alışkanlıklarından vazgeçmeyi istemezler. Ancak, bunu ifade edelim ki, bu tür dirençler insandan insana farklılıklar gösterir. Değişikliğin getirdiği yenilikler karşısında kalan kişiler, karakterleri, psikososyal özellikleri, değişikliğin meydana getirildiği ortam koşullarına bağlı olarak tepki gösterirler (Eren, 1998: 42).

Ekonomik kalkınmanın itici gücünün insan kaynağı olduğunun anlaşılması, giderek önem kazanması ve örgütlerin “insan sermayesi”ne daha fazla yatırım yapmaları örgütleri değişime zorlamaktadır (Aktan, 2003, 15). Bir örgütte moral ve motivasyonun düşük olması, kişiler veya gruplar arası yoğun çatışmalar, ise gelmeyen personel sayısının artması, isten çıkmlar ve yetenek bakımından üstün kişilerin örgütten ayrılmaları örgütte çalışanlarla ilgili problemleri ortaya koymaktadır (Dursun, 2007).

2.2.3.1.2 Satışların Düşmesi ya da Karların Azalması

Örgütte satışlarda düşme olması, pazar payının azalmasına ve dolayısıyla da karın azalmasına neden olmaktadır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda değişim kaçınılmaz hale gelmektedir. rekabetçi üstünlük olarak maliyet liderliği stratejisini seçen işletmeler, maliyetlerini düşürme ile ilgili çalışmalarını değer zinciri analizi ile temel ve destek faaliyetleri üzerinde gerçekleştirmeye çalışmaları gerekmektedir (Ülgen, 2004).

2.2.3.1.3 Şirketler Arası Birleşmeler

Sürekli büyüme çabası içerisinde olan örgütler, zaman zaman yeni şirketleri satın alarak, birleşme yoluna gidebilmektedirler. Birleşme satın alma ile gerçekleşiyorsa değişimin önemi daha da artmaktadır. Genelde satın alınan şirketler ana kuruluşla bir şube gibi bağlanarak kendi yönetim organlarını koruyabilmektedirler. Ancak çoğu kez, bu yöntem personel değişmesine neden olduğundan, ana kuruluşla bir birleşmeye gitmek daha ekonomik olabilmektedir. Bu durumda bu iki örgütün birleştirilerek yeniden örgütlenmesi kaçınılmazdır (Baykal, 1981;470).

2.2.3.1.4 Yapısal Değişim

Günümüzde örgütler karmaşık bir yapı haline gelmiştir. Yeni koşullar karşısında mevcut yapının yetersiz kalması örgütü yapısal bir değişime zorlayabilmektedir. Örgüt yapısındaki değişimler, bilgi sistemlerinde, finans–bütçe sistemlerinde, stratejik yönetimde, takdir ve ödüllendirme sistemleri v.b alanlarda olabilmektedir. Örgütün temel yapısında değişikliğe gitme genellikle tüm örgütü etkileyecek ve bütün sistemdeki pek çok düzenlemelere de yol gösterecektir. Komiteler kurma, matriks

şekiller ve program yönetimi gibi örgüt içindeki değişimler bir bütün olarak örgütte değişimi zorunlu hale getirir (İnal ve Durna, 2001)

2.2.3.2 Örgüt Dışı Nedenler

Örgütün kendi sistemi dışında yaşanan değişimleri ifade etmektedir. Örgütler bu değişimleri kendi içlerinde yaşamasalar bile bu nedenlerden oldukça fazla etkilenip değişime sürüklenebilmektedirler.

2.2.3.2.1 Toplumsal Çevre Koşullarındaki Değişimler

Nüfusun demografik profili, kentleşme süreci, kültürel özellikler gibi öğeleri toplumsal çevre koşullarını oluşturan değişim sebepleri olarak sayabiliriz. Son yıllarda kentleşme süreci toplumsal çevre koşullarını değiştiren önemli bir değişim ögesi olmuştur. Kente göç etme ve kentsel nüfusun hızla artması beraberinde beşeri ve sosyal sorunları da getirmiştir. Yine toplumsal nüfusun miktarı, yoğunluğu, eğitimi gibi demografik değişkenleri toplumsal çevrenin koşullarındaki değişimin belirleyici olmuştur. Toplumsal ve kültürel değişim sonucunda işletme yöneticilerinin sorumlulukları da değişmiş, yalnız işletmenin sahibi olan hisse sahiplerine değil aynı zamanda iş görene, müşterilere, devlete, rakiplerine v.b gibi çeşitli çevresel baskı gruplarına karşı sorumlulukları artmıştır (İnal ve Durna, 2001).

2.2.3.2.2 Teknolojik Çevre koşullarındaki Değişimler

Günümüzde bilginin ön plana çıkmasıyla hız kazanan teknolojik değişim ve gelişmeler yeni üretim araç ve yöntemlerinin de ortaya çıkmasını sağlamıştır. Teknolojinin hızla ilerlemesi ürünlerde çeşit, miktar ve kalite yönünde gelişmeye ve dolayısıyla işletmeler arası rekabetin artmasına neden olmaktadır. İşletmeler kendi ürünlerinin bir başka firma tarafından devre dışı bırakılmasını engellemek için devamlı olarak yeni model ve teknoloji geliştirmeye önem vermekte bu yüzden de araştırma geliştirme bölümlerine büyük bütçe ayırarak rekabet güçlerini arttırmaya çalışmaktadırlar (Yeniçeri, 2002).

2.2.3.2.3 Sosyo-Kültürel Çevre Yaşanan Değişimler

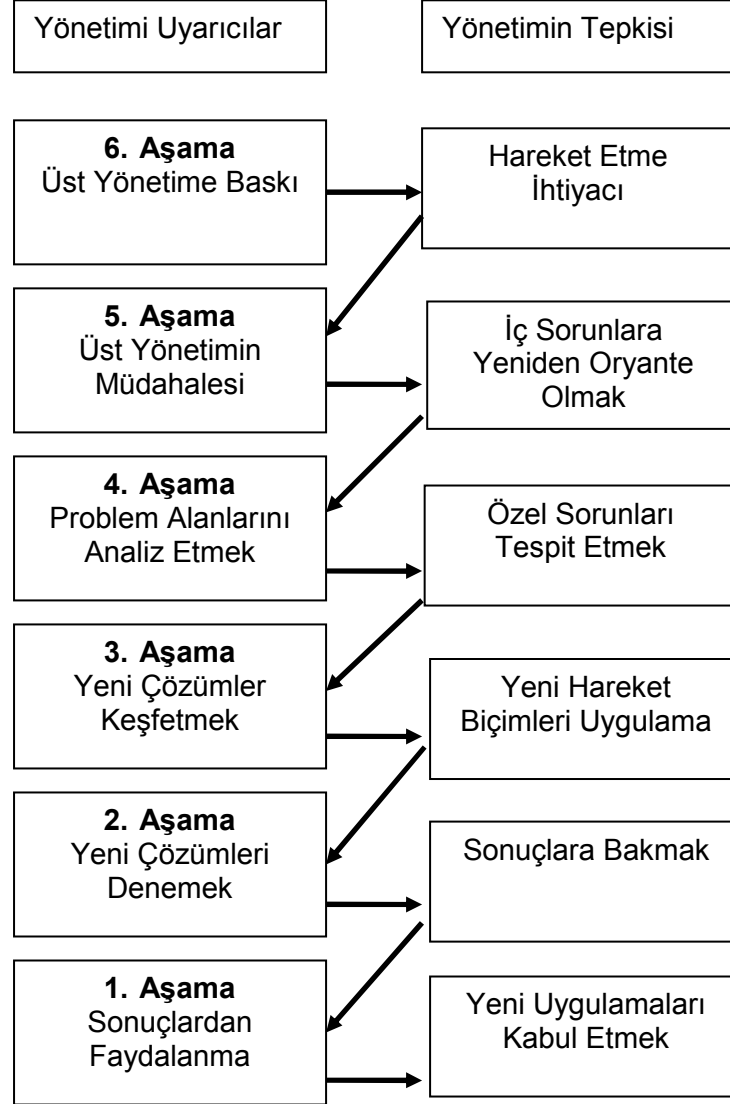
İşletmeyi etkileyen sosyal faktörler olarak onun çevresinde yer alan kişilerin yaşam şekilleri, düşünceleri, tutumları, değerleri, ve inançlarını etkileyen kültürel, ekolojik, demografik, dini, eğitsel ve etnik koşullar tanımlanmaktadır (Pearce ve Robinson, 1994, s.65). Toplumsal etkenler bir yapı içinde yer alan insanların nitelikleri-nicelikleri ve aralarındaki ve aralarındaki ilişkilerin yapısı (bu ilişkilerin şekli ve yönü) ile ilgilidir. Tanımlanan koşullar ve belirtilen etkenler ile dil, din, demografik faktörler, etnik farklılıklar, bölgesel ayrılıklar, kentleşme, eğitim, temel ahlaki değerler, örfler-adetler-gelenekler, tutum-davranış ve beklentiler, toplumsal ve bireysel sorumluluk düzeyi-bilinçlenme düzeyi ve benzeri konulardaki farklılaşmalar, üretilen ürünlerin üretim döngüsünü, ürüne yönelik tercihleri etkileyebilecek nitelik taşımaktadır.

2.2.3.2.4 Rekabete İlişkin Koşullar

Pazardaki değişimler örgütün karlılığını etkileyebilir. Bu nedenle yöneticiler rakiplerinin ne zaman yeni ürün sunduklarını, reklam planlarını değiştirdiklerini, fiyatlarını düşürdüklerini ya da müşteri hizmetlerini arttırdıklarını bilmek isterler. Rekabet belirsizlik yaratmasına rağmen daha iyi ürün ve hizmetin müşterilere sunulmasını sağlar. (Sabuncuoğlu, Tüz, 2005, s.246).

2.2.3.3 Örgütsel Değişim Süreci

Larry E. Greiner'a göre örgütsel değişim süreci Şekil 1'de Görüldüğü gibi altı basamaktan oluşmaktadır.



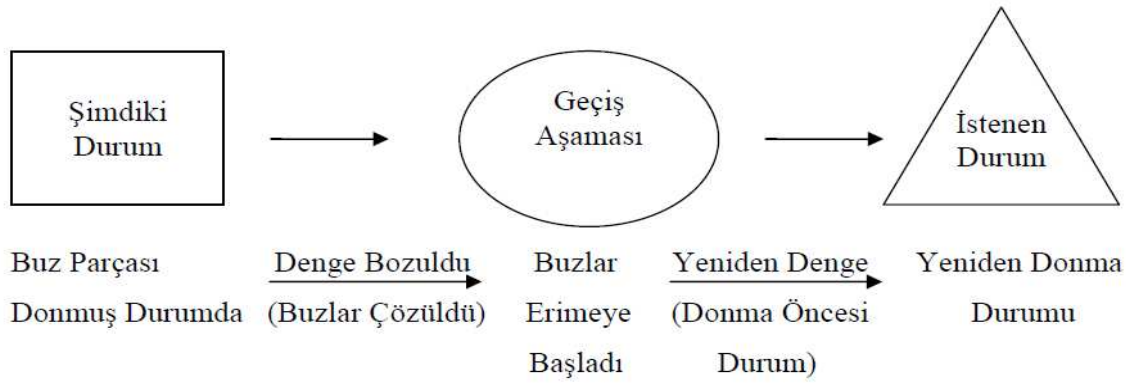
Şekil 1:Örgütsel Değişim Süreci (Altuğ, 1997)

1. **Aşama:** Bu aşamada üst yönetim üzerinde baskılar oluşur. İçsel veya dışsal olan baskılara karşı gerekenin yapılabilmesi için uyarılar alınmış olur.
2. **Aşama:** Uyarılar kendiliğinden uygun karşılıkları bulamazlar. Algılanan uyarıların üst yönetim tarafından sorun olarak görülmesi gerekmektedir. Bu

durumda üst yönetim örgütsel durumları yeniden değerleyerek belirlenen problemin kaynağını bulmaya çalışmaktadır.

3. **Aşama:** Bu süreçte, karşı karşıya bulunan sorunlar ile potansiyel sorunların belirlenerek, bunların çözümlenmesi gereğinin benimsenmesi, astların sorunun çözümü için üst yönetime destek sağlamaları gerekmektedir. Bu aşamada, bütün yönetim düzeyleri sorunun çözümüne yönelik olarak, yeni düşünceler ve yöntemler önerirler.
4. **Aşama:** Katılım vurgulanıp, belirlenen problemin çözümü için grupça yeni çözümler yaratılmaya çalışılır. Bu süreç çözüm kararının niteliğini artıracak, katılımın önemini vurgulayıp, katılımı özendirecektir.
5. **Aşama:** Bu süreç, problemin giderilmesi için, geliştirilen çözümlerin önce küçük bir ölçek üzerinde uygulanması ve sonuçlarının gözlenmesi sürecidir.
6. **Aşama:** Bu aşama ile olumlu sonuçlar desteklenir ve kabul edilir. Önceki aşamadaki deneyimlerin sonuçlarına bağlı olarak, değişim başarılı bulunduğunda daha büyük bir ölçekte, örgütün tüm birimlerinde uygulamaya geçilir. Olumlu sonuçların desteklenmesi ile yeni uygulamalara yönelinmesi benimsenir.

Diğer bir değişim süreci de Lewin tarafından geliştirilen “Üç Aşamalı Model”dir. Değişim süreci ile ilgili öne sürülen bu model, Kurt Lewin tarafından geliştirilen, çözme (unfreezing), değiştirme (change) ve dondurma (refreezing) aşamalarını içeren modeldir (Aldağ ve Stearns, 1987, s.387; Robbins, 1994, s.256). Bu aşamalar; davranış çözümlenmesi (buzların çözülmesi), geçiş aşaması (değiştirme veya eyleme geçme), yeniden dondurma (istenen durum) aşamalarıdır (Kozak ve Güçlü, 2003: 3).



Şekil 2: Örgütsel Değişim Süreci

Bu modelin işleyişi şöyledir (Aldağ ve Stearns, 1987, s.387; Robbins, 1997, s.256) :

1. Değişime konu olan değişkenlerin yumuşatılması, değişkenler arasındaki mevcut kararlı denge durumunun bozulması, üzerlerinde değişim yapılabilecek hale getirilmesi, (bu aşama dondurulmuş- belirli bir noktada katı bir şekle sokulmuş yapının çözülmesi sürecine karşılık gelmektedir). Değişme ile ilgili tarafların, değişim konusunda bilgilendirilmeleri, ikna edilmeleri, değişime destek olmalarının en azından karşı çıkmamalarının sağlanması bu aşamada gerçekleştirilir.
2. Değişimin yapılması, farklı bir anlatımla değişkenler arasında yeni bir denge durumunun oluşturulması, mevcut konumdan yeni bir konuma geçme
3. Bu denge durumunun korunmasını sağlayabilmek için sistemin yeniden kararlı bir yapıya kavuşturulmasıdır.

Değişim uygulanırken örgüt içinde uygulanacak değişim sürecinin ana hatları şu şekildedir:

1. Mevcut Yapının Analizi

Bu aşama, örgütün değişimin ihtiyacını hissetmesi ve gerekliliğine karar vermesinden sonra atacağı ilk adımdır. Değişime karar verildiğindeki mevcut durumun detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Bu inceleme kapsamına; amaç ve politikalar, formal ve informal ilişkileri, karar mekanizmaları girmektedir.

Örgütün tarihsel gelişimi, geçmiş deneyimler ve sonuçları, sosyal yapı, kültürel faktörler incelenmektedir. Analiz ile problemler anlaşılıp, nelerin değiştirileceğine ilişkin öneriler getirilir ve direnci önleme stratejileri geliştirilmektedir.

2. Değişim Hedef ve Stratejilerin Hazırlanması

Mevcut yapı analiz edildikten ve eksiklikleri saptandıktan sonra, örgütün kısa ve uzun dönem hedefleri belirlenmektedir. Etkili stratejiler saptanarak eksiklikler tamamlanmış ve yeni gelişmelere açık bir yapı oluşturmak hedeflenmektedir. Değişim örgütün küçülmesi, yeniden yapılanma, kültür değişimi, üretimi artırma gibi çok farklı şekillerde olabilmektedir.

Değişim planı hazırlama aşamasında, değişimin getireceklerinin herkes tarafından anlaşılması sağlanmakta, sorumluluklar dağıtılmakta, iş öncelikleri tespit edilmekte, bütçe hazırlanmakta, ekipler belirlenmekte, gerekirse yeni personel istihdam edilmekte, uygulama için gerekli prosedürler tespit edilmektedir. Yeni yapısal düzen, görev tanımları, alınması gerekli yönetsel önlemler, değişim uygulamasını kolaylaştıracak işlemlerde hazırlık çalışması ile saptanmaktadır (Reiling, 2006).

3. Değişim Planının Uygulanması

Değişimin başarısı uygulanış biçimine bağlıdır. Uzun dönemde evrimsel olarak gerçekleştirilecek planlı bir değişimin uygulama sorunlarını azaltıcı bir etkisi olacaktır. Yönetim anlayışı, ihtiyaçlar ve örgüt kültürü paralelinde yapılan değişim çalışmaları radikal (devrimsel) veya evrimsel olabilir. İstikrarlı ortamlarda evrimsel değişim en iyi yoldur, bu tür değişimde mevcut faaliyetlerin üstüne yeni oluşum uyarlanır ve yaratılır. Bunun temelinde öğrenme ve uyum yeteneği yatar. Evrimsel değişim katılımcıdır ve çalışanlar sürekli bilgilendirildiğinden güvenlidir. Radikal değişimde geçmiş faaliyetlerin iptali ve yeni faaliyetlerin tasarlanması söz konusudur. Bu tür değişim ise, otoriter ve mekanik zorlama ile olduğundan, katılım desteklenmediğinden çalışanların güven ve motivasyonunu olumsuz etkiler.

Değişim tüm örgütü etkiler. Ama esas önemli nokta, yeni yapının tüm örgütün çalışanları tarafından kabul görmesidir. Ve unutulmaması gereken bir nokta da bu kabulün kolay kolay gerçekleşmeyeceği ve dirençle karşılaşacağıdır. Değişime gösterilen direnç ve bu direncin ortadan kaldırılması ilerleyen başlıkta ele alınacaktır (Richardson ve Briere, 2001).

2.2.4 Örgütsel Değişim Düzeyleri

2.2.4.1 Bireysel Düzeydeki Değişim

Bireyler alıştıkları yöntemleri uygulayarak kendilerini güvende hissederler çünkü bilinen daima güvenlidir. Oysa örgütte meydana gelebilecek herhangi bir değişim, bireyi bilinenden uzaklaştırıp, onun hiç bilmediği bir alanda bilgi sahibi olmasını gerektirebilmektedir. Örneğin eğitimde ortaya atılan yeni metotlar ve kullanılması beklenen teknolojik araç gereçler öğretmenlerde korku yaratmaktadır. Bunun başlıca sebebi ise bilinmeyene olan tepkidir. Bu tepki, aynı zamanda, bireyin psikolojik dengesini bozdukmakta ve onu bir tedirginlik içersine sokmaktadır. Bu yüzden ortaya çıkması beklenen sonuç değişime direnç olmaktadır (Özençel, 2007; 42). Ancak bireysel değişim örgüt açısından bakıldığında çok da etkili olmamaktadır.

Bireysel düzeydeki değişikliklerin örgütün tamamı üzerindeki etkisi genellikle düşüktür. Bireysel düzeydeki değişikliklere fiziksel olarak yer değiştirme, eğitim ve emeklilik örnek olarak gösterilebilir. Sistem teorisine göre sistemin parçalarından birindeki değişiklik sistemin diğer parçalarını da etkiler. Bireyde büyük bir değişiklik meydana gelirse bu değişim dâhil olduğu grubu, hatta tüm örgütü de etkileyebilecektir (Özkalp, 1982;600).

Bireysel düzeyde sadece küçük değişiklikler yalnızca bireyleri etkileyecektir. Yönetici bireyler üzerinde büyük değişiklikler uygulamayı düşünüyorsa bunun bireylerin gerisinde yakın bulacağını unutmamalıdır. Örneğin yönetici bir çalışanın yerini değiştirirse, bu çalışma grubundaki sosyal ilişkileri de etkileyecektir (Uyargil, 1998;115).

2.2.4.2 Grup Düzeyindeki Değişim

Örgütteki değişimlerin etkileri genellikle grup düzeyindedir. Bunun sebebi organizasyondaki faaliyetlerin büyük bölümünün grup temelli olmasıdır. Gruplar departmanlar, proje takımları, departmanlardaki fonksiyonel birimler ya da biçimsel olmayan çalışma grupları olabilir. Bu düzeydeki değişiklikler iş akışlarını, iş tanımlarını, emir-komuta sistemlerini, statüleri ve haberleşme biçimlerini etkileyebilir. Yöneticiler değişim uygulamalarında grup faktörlerine dikkat etmek zorundadırlar.

Grupların bireyler üzerindeki etkisi yüksektir ve grup düzeyindeki bir değişim uygulaması bireysel düzeyde değişime direnç neden olabilir (Özkalp, 1982: 600).

2.2.4.3 Örgütsel Düzeyde Değişim

Her örgüt amaçlarına göre bir işleyiş biçimi belirler. Bu işleyiş biçimi ve oluşturulan örgüt politikası, örgütte iş tanımlarının oluşturulmasını, çalışanların her birinden beklenen rolleri, prosedürleri ve kuralları belirleyecektir. Örgüte yeni gelen bir kişiden de beklenen örgütün işleyişine ayak uydurmasıdır. Böylelikle örgütte denge kurulmaktadır. Ancak, bu denge değişimle sarsılacak ve işleyiş değişecektir. Bu da örgütler tarafından dirençle karşılanabilmektedir (Robbins, 1994: 635).

Örgütsel düzeydeki değişim genellikle örgüt geliştirme şeklinde adlandırılmaktadır. Bu düzeydeki değişiklikler hem bireyleri hem de grupları etkilemektedir. Bu tür değişimler uzun dönemlerde ortaya çıkmakta ve uygulama için önemli planlama gerektirmektedir. Örgütsel yapı ve sorumluluklardaki değişikliklere, örgütün amaçlarındaki değişiklikler örnek olarak gösterilebilmektedir (Uyargil, 1998: 115).

2.2.5 Örgütsel Değişim Türleri

2.2.5.1 Evrimci – Devrimci Değişim;

Evrimsel değişim, önceden belirlenmiş bir programa göre, çevreye uyarlama fikrine dayalı olarak, kısmi adımlarla, yavaş ve uzun süreli gerçekleşen bir değişimi anlatırken, devrimci değişim ani, radikal, hızlı, kısa süreli, sonuçları önceden kestirilemeyen ve çevreyi de etkileyebilecek türde bir değişimi anlatmaktadır (Özkara,1999; 122).

2.2.5.2 Planlanan –Plansız Değişim

Planlı değişim ilk kez Kurt Lewince tarafından incelenmiştir. Planlı değişim, hem kuramsal hem de uygulamalı bir nitelik göstermektedir. Bazı toplumsal gruplarda, psikoloji ve davranış bilimleri paralel olarak insan davranışlarının gözlenerek buna bağlı değişimlerin gerçekleştirilmesi planlı değişimin konusu içerisine girer. Böylece planlı değişimin; ele alınan toplumsal grupta veya bu grubun bir bölümünden gelen bilinçli bir değişim istemine dayalı bir değişim olduğu söylenebilir (Eren, 2000: 565).

Planlı değişim, örgütsel değişimi amaçlayan ve geleneksel değişimi tamamlayan işbirlikçi bir yöntemdir. Nitekim Bennis bunu şöyle açıklamıştır.: “Planlı değişim; değişim görevlisi ile başvurmacı sistemlerini içine alan serbest ve işbirlikçi bir yöntemdir (Çelebioğlu, 1990: 107).” Sonuç olarak planlı değişimin özellikleri şu şekilde belirlenebilir (Hotamışlı, 1996: 55):

- Örgütü bir etkinlik aşamasından, daha üst bir etkinlik aşamasına yükseltmek ve bu aşamada tutmak amacıyla düzenlenmiş uzun süreli bir değişme programıdır.
- Sorun çözme ve gelişme programları için bilinçli, amaçlı açık bir kararı içerir.
- Alıcı sistem ister kişi, ister grup, isterse bir örgüt ya da toplum olsun değişiklik yapmak için hepsine uygulanabilir.
- Genel olarak değişme sorunlarıyla ilgili bilgileri kullanma ve özel teknikleri uygulama yeteneğine sahip değişme uzmanı ya da profesyonel danışman kullanmayı gerektirir.
- Değişme uzmanı ile alıcı sistem arasında güç paylaşma ve işbirliğini gerektirir.
- Değişikliği yürütebilmek için geçerli bilgi ve verilerden yararlanmaya çalışır.

Planlı değişim, plansız değişimden daha olumlu etkiler yaratır. Planlı değişim kazanma duygusuyla yapılır, planlanmamış değişim kaybetmeme üzerine kurgulanır. Planlanmış değişim, önceden düşünülen bir davranışa karşılık gelir, plansız değişim anidir. Planlanmış değişimde aktif olarak görev alınırken, planlanmamış değişimde pasif durumda oluruz. Planlanmış değişimler, planlanmamış değişimlere göre daha az gerilime neden olurlar (Quinn ve diğ., 1996, 339).

2.2.5.3 Proaktif (Öngörücü)-Reaktif(Anlık) Değişim

Tahmin edilen çevre koşullarına göre, organizasyonun iş, faaliyet ve prosedürlerinin değiştirilmesi; dolayısıyla tahmin edilen şartlar gerçekleştiğinde organizasyonun hazır olması proaktif değişimi ifade eder. Örgütlerde o an ihtiyaç duyulmayan ancak yöneticilerin, örgütün gelecekte yaşayabileceği sorunların önüne geçmek için duydukları değişim ihtiyacından ortaya çıkan değişimler proaktif

değişimlerdir. Buna karşılık reaktif değişim, önceden tahmin edilen koşullara göre organizasyonda değişim yapmak değil, fakat fiilen karşılaşılan koşullara tepki göstermektir. Reaktif değişim ise; örgütün karşılaşılabileceği bazı dış ve iç kaynaklı problemlere tepki olarak uygulanan değişimdir. Örneğin ekonomik krize hazırlıksız giren işletmelerin durumu buna örnektir.

2.2.5.4 Aktif Değişim – Pasif Değişim

Pasif değişim, organizasyonun, dış çevresinde gelişen koşullara uyum için kendi bünyesinde değişim yapmasıdır. Teknolojide meydana gelen değişimlere ayak uydurmaya çalışan bir örgüt ise pasif değişim içerisindedir. Buna karşılık aktif değişim, organizasyonun yenilik yaparak dış çevresini etkilemesi ve değiştirmesidir. Örgütün yenilik yaparak dış çevresini etkilemesi ve değiştirmesi aktif değişimi; örgütün, dış çevresinde gelişen koşullara uyum sağlayabilmek için kendi bünyesinde yaptığı değişim ise pasif değişimi ifade eder. Örnek vermek gerekirse yeni bir teknoloji geliştirerek kullanmaya başlayan bir örgüt hem kendisini hem de ilgili endüstri dalını değiştirir. Bu bir aktif değişimdir. (Koçel, 2005, s.691).

2.2.5.5 Makro Değişim – Mikro Değişim

Makro ve mikro değişimin farklı bir şekilde ifade edilmesidir. Değişim gerçekleşeceği alanların sayısına ve kapsamına bağlı olarak geniş yada dar kapsamlı olarak nitelendirmek mümkündür. Makro değişim örgütün bir bütün olarak tamamının değişimini ifade eder. Örgüt geliştirme olarak bilinen bu değişim, birçok strateji ve tekniği örgütün bir bütün olarak performansının yükseltilmesi için kullanılmasıdır. Mikro değişim ise, örgüt içinde alt ve üst düzeyde herhangi bir konuyla ilgili değişimi ifade eder. Örneğin üretimde is akısında yeniden düzenleme bir mikro değişimdir (Pekdemir ve diğ., 2001).

2.2.6 Değişime Karşı Direncin Ortadan Kaldırılması

Değişime direnişe yol açan çok sayıda etken bulunmaktadır. Hitt, Middlemist ve Mathis (1986, s.433), mevcut koşullarda doyuma ulaşmayan insanlar ile çalışanların tutum, davranış ve çalışma alışkanlıkları, endişe, bağlılık, örgütsel katılım, iş güvensizliği, geçmiş başarılarla duyulan güven, birey çıkarlarının güvenceye

alınmaması vb. gibi nedenlerin değişime direnişe yol açtığını belirtirken; Bedeian ve Guleck (1983, s.388-389), bu etkenleri dört grupta toplamıştır.

1. Kişisel çıkarlar; kişiler veya gruplar güç, para, prestij, rahatlık, güvenlik ve profesyonel yeterlik konularında kayıplarının olabileceklerini düşünüyorlarsa değişime direnirler.
2. Bilgi ve güven eksikliği; bireyler düşünülen amaç, teknoloji ve bunlarla ilgili planlanmış değişimin altında yatan nedenleri ve bunların sonuçlarını bilmediklerinden değişime direnirler. Benzer şekilde değişimi uygulayanlarla diğerleri arasında çatışma ortaya çıkar.
3. Farklı değerlendirme ölçütleri; örgütün etkinliğinin gelecekteki görünümü konusunda farklı görüşlerin öne sürülmesi, örgütün etkinlikleri ve beklenen sonuçları hakkında usamlama sonucu oluşan farklılıklar.
4. Değişime karşı hoşgörü düzeyinin düşüklüğü; farklı bireyler değişimi farklı ölçülerde benimseme yeteneklerine sahiptirler. Bu kişilik özellikleri daha çok psikolojiktir.

Değişime uyum sağlayabilme yeteneğinin düşük olması bir diğer direniş nedenidir. İşletmelerde, değişime uyum sağlama yeteneği bireyden bireye farklılık göstermektedir. Onların yaşantılarında aynı anda yaşadıkları diğer olaylarda bu süreçte önemli bir role sahiptir (Doe, 1994). Değişimi algılama farklılıkları temelinde değişimi olumlu algılamama ve değişime hazırlıklı olma düzeyinin düşüklüğü değişime direnişe yol açabilmektedir. Değişime yol açan etkenlerin ortadan kaldırılması değişime direncin de ortadan kaldırılmasına neden olabilir. Değişimin ortadan kaldırılabilmesi için örgütlerin dikkat etmesi gerektiği konular aşağıda sıralanmıştır.

2.2.6.1 Katılım

Katılım sayesinde çalışanlar değişimi sahiplenmektedirler. Katılımı sağlanan insanların kendilerini değişim amaçlarına uydurmaları daha kolaydır. Bunun yanında katılım, değişimin ve değişime neden ihtiyaç duyulduğunun daha iyi anlaşılmasını sağladığı için, belirsizlikleri ortadan kaldırarak değişimin içinde yer alacak olanların ne gibi yararlar sağlayacaklarını görmelerine neden olmaktadır. Çalışanlar değişim

alışmalarının doğruluğuna inanmaktadırlar. İçinde bulundukları durumu daha kolay algılamakta ve kabullenmektedirler. Böylece, alışanların kendi iştirak ettikleri değişim kararlarına direnmeleri zor olmaktadır (zkan, 2002: 92).

Ancak önemli bir nokta bu katılımın gerçekleşmesi süreci çok zaman almaktadır. Bu bakımdan değişime girişmeden önce, değişime en çok karşı çıkanları, karar verici pozisyonlarına getirmekte büyük yarar vardır. Böylece, yönetici durumunda olanlar sorumlulukları nedeniyle değişime daha çok katılacaklardır (ilesiz, 1997: 63).

Karara katılım çoğu örgütte ya yapılmamakta ya da yukarıda bahsedildiği gibi yapay bir hile olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden de pek çok örgüt özellikle de eğitim rgtlerimizde değişim süreci sağlıklı şekilde uygulanamayabilmektedir. Değişimi uygulaması beklenen öğretmenlerimiz, üstlerinin belirmiş olduğu bir bilinmeyenle baş etmek durumunda bırakılabilmektedirler (zenel, 2007).

2.2.6.2 İletilişim

Organizasyonda oluşan değerlerin organizasyon yeleri tarafından paylaşılması, kurum kültürünü oluşturmaktadır. Uzun yıllar paylaşılan değerler zaman içerisinde kişileri birbirine bağlayarak o kurumda çalışmayı ve aynı zamanda o kurumun mensubu olmayı bir gurur kaynağı haline getirmektedir.

Örgüt bir sosyal sistemdir ve bu sosyal sistemde iletişim önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle çalışanlarla “etkili iletişim kurup, böylelikle verimlilik, motivasyon ve işbirliğini arttırmak” gerekmektedir.

2.2.6.3 Eğitim

Çalıştığı ortam, çalışanın kişisel yaşamının bir parçasıdır. Çalışanın yaşamında kurduğu dengenin ve içinde yer aldığı grubun kendisi için bir güvence oluşturduğu inancındadır. Bu nedenle tepeden inme karar ve isteklere tepki göstereceği açıktır. O halde, konuyla doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkisi bulunabilecek çalışanlara, değişimi önceden haber vermek ve uygun bir ortamı yaratmak daha uygulamanın basında büyük yarar sağlayacaktır (Atak, 2001; 93).

Direncin alışanların yeterli bilgiye ve iletişime sahip olmamalarından kaynaklandığı durumlarda, iyi bir eğitim programı ile direnç azaltılabilmektedir.

Böylece çalışanlar değişimin mantığını anlayarak, direncin anlamsız olduğunu anlayabilmektedirler. Bu olay karşılıklı tartışma, raporlar, çeşitli memorandumlar ve grupların sunuşları ile yapılabilmektedir. İletişim, bazı bilinmeyenleri ortadan kaldırarak, korkuların yok olmasına yardımcı olmaktadır (Uslu, 2007).

2.2.6.4 Destekleme

Bir diğer olası strateji ise hem duygusal açıdan hem de materyal açısından değişimin zorluklarıyla baş etmeye çabalayan gruba kolaylık sağlama ve destektir. Bu yaklaşımı benimseyen bir yönetici çalışanlarının problemlerini, şikâyetlerini dinler ve bunlara cevap olabilecek çözümler arar. “İş görenlerin korku ve gerilimleri yüksekse değişim ajanları, iş görenler için danışma ve terapi, yeni beceri eğitimleri, destekleyici uyum gibi yöntemlere başvurabilirler” (Terzi, 2000: 130).

Destekleme yaklaşımı özellikle, işçilerin yapılacak değişimin planlanma safhasında faydalı olur. Ayrıca değişimin uygulama safhasında da bu teknik kullanılabilir. Genellikle, bu teknik yöneticiler arasında revaçtadır. Bu destek ikiye ayrılabilir (Dülger, 2003: 49):

- Kolaylaştırıcı Destek: Bu destek türü işçilere bazı alet ve malzeme sağlamak suretiyle yapılacak değişikliğe destek bulunmasıdır.
- Duygusal Destek: Bu destek türü ise, nezaretçiler ve diğer iş arkadaşları vasıtasıyla değişime karşı gelenlerin dikkatlerinin çekilmesi ve onların ikna edilmesidir. Bu amaçla bazı mesleki danışmanlar da kullanılabilir.

2.2.6.5 Pazarlık ve Anlaşma

Değişim sonucu bazı kişiler ve gruplar gerçekten bir şeyler kaybediyorsa ve bu kişilerin küçümsenmeyecek kadar güçleri varsa görüşme ve anlaşma etkin yöntemlerden birisi olabilir. Örneğin; yeni yönetim yapısından dolayı örgütün pazarlama bölümünde güç kaybı korkusu varsa yöneticiler pazarlama bölümündeki çalışanlarla çözüme ulaşmak için görüşme yapabilirler (Atak, 2001: 104).

2.2.6.6 Baskı ve Zor Kullanma

Başarılı örgütsel değişim çabalarının gerçekleştirilmesinde diğer bir önemli örgütsel koşul, yöneticilerin sahip olduğu liderliğin nitelikleridir. Liderlerin astlarıyla arasındaki ilişkileri gösteren liderlik biçimleri; işbirlikçi, danışmalı-yönlendirici ve zorlayıcı liderlik biçimleri olmak üzere üçe ayırmaktadır (Yeniçeri, 2002: 127-128).

- İşbirlikçi liderlik biçiminde, personel, örgütün geleceğine ilişkin önemli kararlara ve örgütsel liderlik biçiminde, lider, özellikle örgütsel değişmeye ilişkin konularda iş görene danışmaktadır.
- Yönlendirici liderlik biçiminde, lider, örgütün geleceğine ilişkin kararların alınması ve örgütsel değişim konusunda, yönetsel yetkiyi kullanmaktadır.
- Zorlayıcı liderlik biçiminde, lider, değişimi uygulama konusunda, örgüt içindeki ilgiyi birey ve grupları zorlama da kullanmaktadır.

3. GEREÇ YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, alan araştırması ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın kapsam ve sınırlılıkları ve yöntemi bu bölümde ele alınmaktadır.

3.1 Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtlılıklar

Araştırma evreni İzmir ilinde bulunan üniversite hastaneleridir. 2 üniversite hastanesinden Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığıyla araştırma izinleri alınmıştır. Araştırma kapsamında bu hastanelerde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 493 hemşire dahil edilmiştir.

Çalışma evreninin İzmir’de bulunan üniversitelerle sınırlanmasının nedeni, öncelikle Türkiye genelinde bir örneklemle çalışmak için yeterli zamanın ve finansman kaynağının olmayışıdır. Ayrıca araştırmanın bireysel olarak yapılması gereği, insan gücü açısından da bir sınırlılık oluşturmaktadır.

3.2 Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada öncelikle yazın araştırması yapılmıştır. Elde edilen ikincil verilerle çalışmanın I. ve II. Bölümleri oluşturulmuştur. Araştırmada, alan araştırması yöntemi ve anket tekniği uygulanmıştır.

Araştırmada esas olarak üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine bakış ile değişim arasındaki ilişkinin analizi ele alınmıştır. Araştırmanın evrenini İzmir ilinde bulunan üniversite hastanelerinde çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır. Bu iki üniversite hastanesi sağlıklı kıyaslama yapabilmek için benzer niteliktedir. Çalışan sayıları, çalışanların dağılımı ve aynı basamak düzeyinde olmaları uygulamanın hastaneler arası kıyaslamalar ve karşılaştırmalar yapılabilmesine de olanak sağlamaktadır.

Araştırma 15 Haziran - 15 Temmuz 2010 tarihleri arasında İzmir’de bulunan iki üniversite hastaneleri dahil edilerek gerçekleştirilmiştir.

Anket çalışması yapmak üzere Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığı ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden resmi yazı ile araştırma izni alınmıştır. Diğer üniversite hastanesi başhekimliği de uygulama izni vermiş fakat çalışmada hastane isminin kullanılmasını istememiştir. Bu nedenle çalışmada diğer üniversite hastanesi olarak geçecektir.

Hastane izinlerinden sonra çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonuna başvurulmuş, uygulama ve çalışma izni alınmıştır. Çalışmaya hastanelerde görev yapan tüm hemşireler dahil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu hastanelerde yaklaşık 1550 hemşire görev yapmaktadır. Ulaşılabilen 1100 hemşireye anketler dağıtılmıştır. Hastanelerden gelen destekle dağıtılan anketlerden 515 tanesi geri dönmüştür. Ancak, tamamlanmamış 22 anket kapsam analiz dışı bırakılmıştır. Toplamda 493 anket analiz edilmiştir (geri dönüş oranı %44,81'dir).

3.3 Veri Toplama ve Ölçüm Aracı

Alan araştırmasında, hasta güvenliği boyutu için Teksas Üniversitesi bünyesinde Sexton J.B. ve arkadaşları (2000) gerçekleştirilen “Sağlık Hizmeti Sunan İşletmelerde Hasta Güvenliği Anketi” kullanılmıştır. Örgütsel değişim boyutu için ise, Barret tarafından 2007 yılında bir telekomünikasyon işletmesinde kullanılan “The Proactive Supervisor-Subordinate, Two-Way Communicative Processes (PSSTWCP)” ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek Leader Member Exchange (LMX) teorisi (Schriesheim C.A, 1999) baz alınarak oluşturulmuştur.

Ölçme aracı olarak 63 soruyu kapsayan ve 2 bölümden oluşan anket düzenlenmiştir. İlk bölümde hasta güvenliği ve örgütsel değişimi ölçmeye yönelik olarak 54 soru bulunmaktadır. Bu soruların 19 tanesi hasta güvenliği bağımsız değişkenlerinin altında bulunan ifadelerden, 30 tanesi ise örgütsel değişim bağımsız değişkenlerinin altında bulunan ifadelerden, ayrıca 5 soru ise bu bağımsız değişkenlerle ilişkili olduğu düşünülen; hasta güvenliği ve örgütsel değişim ile ilgili bağımlı değişken ifadelerinden oluşmaktadır. İkinci bölümde ise demografik değerlendirmelerin (cinsiyeti, yaşı, eğitimi vb.) yer aldığı 9 soru bulunmaktadır. Ankette 5’li likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ankete katılanlar 1 seçeneğini işaretlediklerinde “Kesinlikle Katılmıyorum”, 2 seçeneğini işaretlediklerinde “Katılmıyorum”, 3 seçeneğini işaretlediklerinde “Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum”, 4 seçeneğini işaretlediklerinde “Katılıyorum”, 5 seçeneğini işaretlediklerinde ise “Kesinlikle Katılıyorum” cevabını vermiş olmaktadır.

Hasta güvenliği ve örgütsel değişim ile ilgili elde edilen veriler doğrultusunda geçerlilik ve güvenilirlik testleri, tanımlayıcı istatistikler, hipotez testleri ve çıkarımsal

istatistikler yapılmıştır. Bu bağlamda faktör analizi, T-testi, ANOVA Testi, korelasyon analizi, ve regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.00 (Statistical Programme for Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir.

3.4 Etik Kurul Onayı

“Hasta Güvenliği İle Değişime Direnç Arasındaki İlişkinin Analizi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Algılarının Değerlendirilmesi” isimli projenin uygulanması konusunda Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonuna başvurulmuş, gerekli uygulama izni alınmıştır. Komisyonun 30.06.2010 tarihli, 2010 / 06-22 sayılı ve 08-İOÇ/2010 protokol numaralı kararı ekte sunulmuştur.

3.5 Araştırma Hipotezleri

Araştırma Sorusu 1: Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Hasta Güvenliği değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₁: Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂: Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 2: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Hasta Güvenliği değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₃: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₄: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₅: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 3: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Örgütsel Değişim değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₆: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Kurumsal Değişim” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₇: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Liderlik Değişimi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₈: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₉: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Bireysel Çözüme Yaklaşım” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 4: Hemşirelerin yaş gruplarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₁₀: Hemşirelerin yaş gruplarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₁: Hemşirelerin yaş gruplarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 5: Hemşirelerin birimlerinde çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₁₂: Hemşirelerin birimlerinde çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₃: Hemşirelerin birimlerinde çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 6: Hemşirelerin hastanede çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₁₄: Hemşirelerin hastanede çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₅: Hemşirelerin hastanede çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 7: Hemşirelerin meslekte çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₁₆: Hemşirelerin meslekte çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₇: Hemşirelerin meslekte çalışma yıllarına göre Hasta Güvenliği değişkenlerinden “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 8: Hemşirelerin birimlerinde çalışma yıllarına göre Örgütsel Değişim değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₁₈: Hemşirelerin birimde çalışma yıllarına göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₉: Hemşirelerin birimde çalışma yıllarına göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Değişime Direnç” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 9: Hemşirelerin hastanede çalışma yıllarına göre Örgütsel Değişim değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₂₀: Hemşirelerin hastanede çalışma yıllarına göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 10: Hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre Örgütsel Değişim değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₂₁: Hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

Araştırma Sorusu 11: Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre Örgütsel Değişim değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık var mı?

H₂₂: Hemşirelerin çalıştıkları birime göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Liderlik Değişimi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₃: Hemşirelerin çalıştıkları birime göre Örgütsel Değişim değişkenlerinden “Bireysel Çözüme Yaklaşım” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde araştırma verilerine uygulanan frekans analizleri, faktör analizi ve güvenilirlik analizi, T-testi, ANOVA Testi, korelasyon analizi ve regresyon analizlerinin sonuçları ele alınacaktır.

4.1 Frekans Analizleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri ile ilgili bilgiler aşağıda belirtilen tablolarda incelenmektedir. Araştırmaya toplam 493 hemşire katılmıştır.

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı (n)	Yüzde %
29 yaş ve altı	195	39,6
30-39 yaş	196	39,8
40 yaş ve üzeri	102	20,7
Toplam	493	100,0

Hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %39,6’sı 29 yaş ve altında, %39,8’i 30 ile 39 yaş arasında ve 20,7’si 40 yaş ve üzerindedir.

Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde %
Önlisans ve altı	149	30,2
Lisans ve üzeri	344	69,8
Toplam	493	100,0

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %30,2’si önlisans ve altında eğitim düzeyine sahipken, %69,8’i lisans ve üzerinde eğitim düzeyine sahiptir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde %
Kadın	491	99,6
Erkek	2	0,4
Toplam	493	100,0

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun bayanlardan oluşması nedeniyle, araştırmaya katılan hemşirelerin %99,6'sının bayanlardan, %0,4'ünün ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Bu dağılım Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Birimlerinde Çalışma Şekillerine Göre Dağılımı

Birimde Çalışma Şekli	Sayı (n)	Yüzde %
Sorumlu Hemşire	39	7,9
Klinik Hemşiresi	453	91,9
Diğer	1	0,2
Toplam	493	100,0

Hemşirelerin birimlerindeki çalışma şekillerine göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %7,9'u sorumlu hemşiresi, %91,9'u klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Hemşirelerin %0,2'si ise diğer şekillerde çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 5: Araştırmaya Katılanların Birimlerinde Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

Birimde Çalışma Yılı	Sayı (n)	Yüzde %
1 yıldan az	56	11,4
1-5 yıl	180	36,5
6-10 yıl	114	23,1
11-15 yıl	79	16,0
16 yıl ve daha fazla	64	13,0
Toplam	493	100,0

Araştırma kapsamında, hemşirelerin birimlerindeki çalışma yıllarına göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %11,4'ü birimlerinde 1 yıldan az süredir çalıştıklarını, %36,5'i 1 ile 5 yıl arasında çalıştıklarını, %23,1'i 6 ile 10 yıl arasında çalıştıklarını, %16'sı 11 ile 15 yıl arasında çalıştıklarını ve son olarak, %13'ü 16 yıl ve daha fazla süredir aynı birimde çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Hastanede Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

Hastanede Çalışma Yılı	Sayı (n)	Yüzde %
1 yıldan az	47	9,5
1-5 yıl	153	31,0
6-10 yıl	84	17,0
11-15 yıl	101	20,5
16-20 yıl	66	13,4
20 yıldan daha fazla	42	8,5
Toplam	493	100,0

Hemşirelerin hastanedeki çalışma yıllarına göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %9,4'i hastanede 1 yıldan az süredir çalıştıklarını, %31'i 1 ile 5 yıl arasında çalıştıklarını, %17'si 6 ile 10 yıl arasında çalıştıklarını, %20,5'i 11 ile 15 yıl arasında çalıştıklarını, %13,4'ü 16 ile 20 yıl arasında çalıştıklarını ve son olarak, %8,5'i 20 yıldan daha fazla süredir aynı hastanede çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Meslekte Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

Meslekte Çalışma Yılı	Sayı (n)	Yüzde %
5 yıl ve daha az	163	33,1
6-10 yıl	96	19,5
11-15 yıl	114	23,1
16-20 yıl	53	10,8
20 yıldan daha fazla	67	13,6
Toplam	493	100,0

Araştırma kapsamında, hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %33,1’i hemşirelik mesleğinde 5 yıldan az süredir çalıştıklarını, %19,5’i 5 ile 10 yıl arasında çalıştıklarını, %23,1’i 11 ile 15 yıl arasında çalıştıklarını, %10,8’i 16 ile 20 yıl arasında çalıştıklarını ve son olarak, %13,6’sı 20 yıldan daha fazla süredir bu meslekte çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Birimlerine Göre Dağılımı

Çalıştıkları Birim	Sayı (n)	Yüzde %
Dâhili	163	33,1
Cerrahi	137	27,8
Yoğun Bakım	121	24,5
Ameliyathane	72	14,6
Toplam	493	100,0

Hemşirelerin hastanedeki çalıştıkları birimlere göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %33,1’i dahili birimde, % 27,8’i cerrahi birimde, %24,5’i yoğun bakımda, %14,6’sı ameliyathanede görev yaptıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 9: Araştırmaya Katılanların Hastanelere Göre Dağılımı

Çalıştıkları Birim	Sayı (n)	Yüzde %
Dokuz Eylül Ü.H.	259	52,5
Diğer Ü. H.	234	47,5
Toplam	493	100,0

Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre dağılım Tablo 9’da gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %52,5’i Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, %47,5’i diğer Üniversitesi Hastanesi’nde görev yaptıklarını belirtmişlerdir.

4.2 Geçerlilik Analizi

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeğin yapısal geçerliliği faktör analizi ile test edilmiştir. Ankette 2 farklı alan incelenmiştir. Bunlar, HASTA GÜVENLİĞİ ve ÖRGÜTSEL DEĞİŞİMDİR.

HASTA GÜVENLİĞİ veri seti için yapılan faktör analizinde;

Faktör analizlerinin uygunluğunu belirlemek amacıyla HASTA GÜVENLİĞİ veri setine uygulanan Küresellik Testi (Barlett's Test of Spirity) sonucu 0.001 düzeyinde anlamlı, Kaizer-Mayer-Olkin örneklem değeri de 0,914 olarak bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında faktör analizi tablosu aşağıda gösterilmekte ve incelenmektedir.

Tablo 10: Faktör Analizi (Hasta Güvenliği)

	Faktör Yüğü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	M	F Değeri	Alpha	P
1. FAKTÖR Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı		6,123	36,020	3,38	17,931	,86	,001
Hasta güvenliği hakkındaki önerilerimi, yöneticiler dikkate alır.	,819						
Hastanemizdeki yöneticiler hasta güvenliğiyle ilgili fikirlerimi dikkate alır.	,791						
Yönetim bizi güvenli bir kurum olmaya doğru yönlendirir.	,725						
Hekim arkadaşlarım hasta güvenliğiyle ilgili fikirlerimi dikkate alır.	,722						
Kliniğimizde tıbbi hatalar bilimsel şekilde değerlendirilir.	,524						
Yönetim herhangi bir çıkar için güvenliği tehlikeye atmaz.	,518						

2. FAKTÖR Hasta Güvenliğinde Çalışanların Tutumu		1,630	9,589	3,89	70,112	,74	,001
Sorumlu hemşirelerime hasta güvenliği konusunda rahatça ulaşabilirim.	,686						
Vardiya değişimlerinde, hasta güvenliği açısından bilgi paylaşıyoruz.	,669						
Çalışanlar tıbbi kurallara ve yönergelere aldırılmaz.	,572						
Hasta güvenliğini tehdit edici bir olayı rahatça rapor edebilirim.	,550						
Kliniğimizde yapılan tıbbi hatalardan ders çıkarırız.	,549						
Hasta güvenliğinde artı sorumluluk almaktan kaçınmam.	,534						
Yaptığım işin kalitesi ile ilgili geribildirimler alırım.	,435						
3. FAKTÖR Hasta Güvenliği Sistemi		1,090	6,412	3,01	40,231	,74	,001
Hastanemizde sıkça güvenlikle ilgili bilgilendirme toplantıları yapılır.	,741						
Kurumumuz hasta güvenliğinde, geçen yıla göre daha iyidir.	,728						
Birimimizde sistemden kaynaklanan hatalar, kişiye mal edilmez.	,668						
Hasta olsaydım, hastanemizde kendimi güvende hissederdim.	,540						
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü: ,914; Barlett's Test of Sphericity=2,883E3 (p<0,001) Açıklanan Toplam Varyans: 52,021							

Tablo 10 incelendiğinde, veri setinin üç faktör altında oluştuğu görülmektedir. İlk faktörün tanımladığı fark yüzdesi 36,020'dir ve özdeğeri 6,123'tür. Bu faktörün altında bulunan ifadeler incelendiğinde değişkenlerin "Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı" ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır ve altı ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,38 vermişlerdir. "Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı" değişkeninin parça güvenilirliği 0,86'dır ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan ikinci faktör "Hasta Güvenliğinde Çalışanların Tutumu" olarak adlandırılmıştır ve yedi ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktörün öz değeri 1,630'dur ve tanımladığı fark yüzdesi 9,589'dur. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,89 vermişlerdir. "Hasta Güvenliğinde Çalışanların Tutumu" değişkeninin parça güvenilirliği 0,74'tür ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan üçüncü faktör "Hasta Güvenliği Sistemi" olarak adlandırılmıştır ve dört ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktörün öz değeri 1,090'dır ve tanımladığı fark yüzdesi 6,412'dir. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,01 vermişlerdir. "Hasta Güvenliği Sistemi" değişkeninin parça güvenilirliği 0,74'tür ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM veri seti için yapılan faktör analizinde;

Faktör analizlerinin uygunluğunu belirlemek amacıyla ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM veri setine uygulanan Küresellik Testi (Barlett's Test of Spiritu) sonucu 0.001 düzeyinde anlamlı, Kaizer-Mayer-Olkin örneklem değeri de 0,892 olarak bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkeni ile ilgili faktör analizi tablosu aşağıda gösterilmekte ve incelenmektedir.

Tablo 11: Faktör Analizi (ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM)

	Faktör Yüğü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	M	F Değeri	Alpha	P
1. FAKTÖR							
Kurumsal Değişim		7,996	28,558	3,23	39,106	,87	,001
Kurumumdaki değişim sonucunda kaynaklar etkin ve verimli kullanılmaktadır.	,839						
Kurumumdaki değişimlerle hasta ihtiyaçları hızlı ve kaliteli karşılanmaktadır.	,747						
Kurumumda yaşanan değişimin kalıcı bir başarı sağladığına inanıyorum.	,724						
Kurumumdaki değişim, kişisel gelişimime katkıda bulunmaktadır.	,714						
Kurumumuzda değişimin vizyon ve misyona uygun gerçekleştiğine inanıyorum.	,656						
Kurumumdaki değişim sürecinde ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışıyorum.	,622						
Kurumumdaki değişim sırasında kendi iş alışkanlıklarımı sürdürmeme izin verilir.	,561						
2. FAKTÖR		2,872	10,257	2,80	38,977	,89	,001

Liderlik Değişimi							
Üstlerim değişimin uygulanmasıyla ilgili fikirlerimi dikkate alır.	,777						
Üstlerimle değişimin etkinliği için, değişimin olumlu ve olumsuz yönlerini tartışırız.	,776						
Üstlerim değişimlere karar verirken sıklıkla fikrimi alırlar.	,759						
Üstlerim tarafından değişim uygulanmadan önce haberdar edilirim.	,737						
Üstlerim değişim uygulandığında geribildirimlerime kulak verir.	,721						
3. FAKTÖR		1,767	6,311	3,27	31,903	,75	,001
Bireysel Değişime Yaklaşım							
Kişisel olarak yeni fikirleri araştırırım ve problemlerin üstüne giderim.	,724						
Personel toplantılarında açıkça konuşurum.	,701						
Ne kadar başarılı olduğum konusunda, amirlerimle açıkça konuşurum.	,673						
Kişisel olarak fikir ve projelerimi gerçekleştirmek için zaman yaratırım.	,566						
4. FAKTÖR		1,515	5,409	3,56	29,009	,72	,001
Bireysel Çözüme Yaklaşım							
Kişisel olarak örgüt içindeki kişilere karşı hoşgörölüyüm.	,719						
Karışık problemlerin çözümü için	,701						

takım içinde çalışırım.							
Kişisel olarak konuları parçalara ayırarak çözerim.	,579						
Kişisel olarak diğerleri için oldukça güç olan soruları çözmeye çalışırım.	,553						
5. FAKTÖR Değişime Direnç		1,188	4,242	2,71	48,670	,62	,001
Kurumumdaki değişim sürecinde bazen işten ayrılmayı düşünüyorum.	,774						
Üstlerimle iletişimimin sınırlı olması değişime karşı tutumumu etkiler.	,694						
Kurumumdaki değişimler iş yükümü artırır.	,622						
Üstlerim değişimle ilgili karşıt görüşleri dinlemezler.	,551						
6. FAKTÖR Bireysel Yenilik		1,149	4,102	3,07	10,546	,67	,001
Görevlerin dağılımında kişisel ilişkilerimi kullanırım.	,676						
Kişisel olarak kurumum dışındaki uzmanlarla iletişim kurarım.	,639						
Birlikte çalıştığım kişiler benim yaratıcı fikirli olduğumu söylerler.	,562						
Çalışma arkadaşlarım arasında yeni fikir ve yöntemleri ilk olarak ben denerim.	,505						
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü: ,892; Barlett's Test of Sphericity=5,733E3 (p<0,001) Açıklanan Toplam Varyans: 58,879							

Tablo 11 incelendiğinde, veri setinin altı faktör altında oluştuğu görülmektedir. İlk faktörün tanımladığı fark yüzdesi 28,558'dir ve öz değeri 7,996'dır. Bu faktörün altında bulunan ifadeler incelendiğinde değişkenlerin "Kurumsal Değişim" ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır ve yedi ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,23 vermişlerdir. "Kurumsal Değişim" değişkeninin parça güvenilirliği 0,87'dir ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan ikinci faktör "Liderlik Değişimi" olarak adlandırılmıştır ve beş ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktörün öz değeri 2,872'dir ve tanımladığı fark yüzdesi 10,257'dir. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 2,80 vermişlerdir. "Liderlik Değişimi" değişkeninin parça güvenilirliği 0,89'dur ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan üçüncü faktör "Bireysel Değişime Yaklaşım" olarak adlandırılmıştır ve dört ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktörün öz değeri 1,767'dir ve tanımladığı fark yüzdesi 6,311'dir. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,27 vermişlerdir. "Bireysel Değişime Yaklaşım" değişkeninin parça güvenilirliği 0,75'tir ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

"Bireysel Çözüme Yaklaşım" faktör analizinde tanımlanan dördüncü faktördür ve dört ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktörün öz değeri 1,515'tir ve tanımladığı fark yüzdesi 5,409'dur. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,56 vermişlerdir. "Bireysel Çözüme Yaklaşım" değişkeninin parça güvenilirliği 0,72'dir ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan beşinci faktör "Değişime Direnç" olarak adlandırılmıştır ve dört ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktörün öz değeri 1,188'dir ve tanımladığı fark yüzdesi 4,242'dir. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 2,71 vermişlerdir. "Değişime Direnç" değişkeninin parça güvenilirliği 0,62'dir ve $p < 0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Faktör analizi sonucu oluşan altıncı ve son faktör “Bireysel Yenilik” olarak adlandırılmıştır ve dört ifade ile açıklanmaktadır. Bu faktörün öz değeri 1,149’dur ve tanımladığı fark yüzdesi 4,102’dir. Bu faktöre göre anketi dolduranlar ortalama değer olarak 3,07 vermişlerdir. “Bireysel Yenilik” değişkeninin parça güvenilirliği 0,67’dir ve $p<0,001$ düzeyinde anlamlıdır.

4.3 Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizi öncelikle HASTA GÜVENLİĞİ soru setine ve daha sonra ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM soru setine uygulanmıştır. HASTA GÜVENLİĞİ soru setinin güvenilirlik analizi sonucunda genel Cronbach Alfa değeri 0,88 bulunmuştur ($p<0,001$). Bu nedenle ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir. ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM soru setinin güvenilirlik analizi sonucunda genel Cronbach Alfa değeri 0,89 bulunmuştur ($p<0,001$). Bu nedenle ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir.

4.4 Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 12: Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ort.	Standart Sapma
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	493	3,3756	,78265
Hasta Güvenliğinde Çalışanların Tutumu	493	3,8847	,56327
Hasta Güvenliği Sistemi	493	3,0046	,79096
Kurumsal Değişim	493	3,2289	,70992
Liderlik Değişimi	493	2,7996	,87740
Bireysel Değişime Yaklaşım	493	3,2667	,71058
Bireysel Çözüme Yaklaşım	493	3,5548	,61012
Değişime Direnç	493	2,7064	,71984
Bireysel Yenilik	493	3,0690	,67102

HASTA GÜVENLİĞİ ve ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenlerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 12’de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hemşireler “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkenine ortalama olarak 3,38, “Hasta Güvenliğinde Çalışanların Tutumu” değişkenine 3,89, “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine ortalama olarak 3,01 vermişlerdir. Bu durumda HASTA GÜVENLİĞİ ile ilgili olarak hemşirelerin algılamalarının ve değerlendirmelerinin en olumlu olduğu değişken “Hasta Güvenliğinde Çalışanların Tutumu”, en olumsuz olduğu değişken ise, “Hasta Güvenliği Sistemi” olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşireler ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ile ilgili olarak “Kurumsal Değişim” değişkenine ortalama olarak 3,23, “Liderlik Değişimi” değişkenine 2,80, “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkenine ortalama olarak 3,27, “Bireysel Çözümeye Yaklaşım” değişkenine 3,56, “Değişime Direnç” değişkenine 2,71, “Bireysel Yenilik” değişkenine ortalama olarak 3,05 vermişlerdir. Bu durumda ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ile ilgili olarak hemşirelerin algılamalarının ve değerlendirmelerinin en olumlu olduğu değişken “Bireysel Çözümeye Yaklaşım”, en olumsuz olduğu değişken ise, “Değişime Direnç” olarak tespit edilmiştir.

4.5 T- Testi

Araştırma değişkenlerine katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla T-testi yapılmıştır. Bu test kapsamında öncelikle HASTA GÜVENLİĞİ değişkenleri ile ilgili yapılan T-testi, daha sonra da ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenleri ile ilgili yapılan T-Testi ele alınacaktır. T- testi kapsamında hemşirelerin eğitim düzeyleri ve çalıştıkları hastanelere göre verilen yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığı incelenmek istenmektedir.

HASTA GÜVENLİĞİ ölçeği ile ilgili olarak iki adet T-testi yapılmıştır

İlk olarak eğitim düzeyi ile HASTA GÜVENLİĞİ değişkenlerine verilen yanıtlar arasında farklılık olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir. Yapılan T- testi sonucuna göre HASTA GÜVENLİĞİ değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” ve “Hasta Güvenliği Sistemi” boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 13: Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	Önlisans ve altı	149	3,5213	,74190	,06078
	Lisans ve üzeri	344	3,3125	,79242	,04272
Hasta Güvenliği Sistemi	Önlisans ve altı	149	3,1795	,80333	,06581
	Lisans ve üzeri	344	2,9288	,77451	,04176

Araştırma değişkenlerinden “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” ile hemşirelerin eğitim düzeylerine ilişkin elde edilen sonuçlarda, anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, hemşirelerin eğitim düzeyine göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ($F=0,538$ ve $p=0,006$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 13’te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında önlisans ve altında eğitim düzeyine sahip hemşirelerin “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkeni ortalaması 3,52 iken lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,31’dir.

Gruplar arası anlamlı fark bulunan diğer bir değişken de “Hasta Güvenliği Sistemi”dir. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ($F=1,411$ ve $p=0,001$).

Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 13'te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında önlisans ve altında eğitim düzeyine sahip hemşirelerin "Hasta Güvenliği Sistemi" değişkeni ortalaması 3,18 iken lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 2,93'tür. Elde edilen bulgulara göre H1 ve H2 kabul edilmiştir.

İkinci olarak, hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre HASTA GÜVENLİĞİ algılamaları ve değerlendirmeleri arasında farklılık olup olmadığını incelemek için T-testi yapılmıştır. Yapılan T- testi sonucuna göre HASTA GÜVENLİĞİ değişkenlerinin tümünde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 14: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre T-testine ilişkin grup istatistikleri

	Hastane	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	DEÜH	259	3,5277	,72973	,04534
	Diğer	234	3,2073	,80600	,05269
Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu	DEÜH	259	3,9934	,51196	,03181
	Diğer	234	3,7643	,59333	,03879
Hasta Güvenliği Sistemi	DEÜH	259	3,0869	,75687	,04703
	Diğer	234	2,9135	,81906	,05354

Araştırma değişkenlerinden hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre "Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı" boyutuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre "Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı" bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ($F=2,561$ ve $p<0,001$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 14'te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında DEÜH'nde çalışan hemşirelerin "Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı" değişkeni ortalaması 3,53 iken diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalaması 3,21'dir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” boyutuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ($F=4,026$ ve $p<0,001$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 14’te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında DEÜH’nde çalışan hemşirelerin “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” değişkeni ortalaması 4,00 iken diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalaması 3,76’dır.

Gruplar arası anlamlı fark bulunan diğer bir değişken de “Hasta Güvenliği Sistemi”dir. Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ($F=0,225$ ve $p=0,015$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 14’te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında DEÜH’nde çalışan hemşirelerin “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkeni ortalaması 3,09 iken diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalaması 2,91’dir. Bulgulara göre H3, H4 ve H5 kabul edilmiştir.

ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ölçeği ile ilgili olarak iki adet T-testi yapılmıştır

İlk olarak eğitim düzeyi ile ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenlerine verilen yanıtlar arasında farklılık olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir. Yapılan T- testi sonucuna göre ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenlerinden hiçbirinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu durumda hemşirelerin eğitim düzeylerine göre ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenlerini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında farklılıkların olmadığı ortaya çıkmıştır.

İkinci olarak, hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM algılamaları ve değerlendirmeleri arasında farklılık olup olmadığını incelemek için T-testi yapılmıştır. Yapılan T-testi sonucuna göre ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenlerinden, “Kurumsal Değişim”, “Liderlik Değişimi”, “Bireysel Değişime Yaklaşım” ve “Bireysel Çözüme Yaklaşım” değişkenleri için anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 15: Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre T-testine ilişkin grup istatistikleri

	Hastane	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Kurumsal Değişim	DEÜH	259	3,3558	,67093	,04169
	Diğer	234	3,0885	,72669	,04751
Liderlik Değişimi	DEÜH	259	2,8981	,88385	,05492
	Diğer	234	2,6906	,85898	,05615
Bireysel Değişime Yaklaşım	DEÜH	259	3,3427	,69578	,04323
	Diğer	234	3,1827	,71878	,04699
Bireysel Çözüm Yaklaşım	DEÜH	259	3,6766	,54313	,03375
	Diğer	234	3,4199	,65162	,04260

Araştırma değişkenlerinden hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre “Kurumsal Değişim” boyutuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. ($F=1778$ ve $p<0,001$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 15’te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında DEÜH’nde çalışan hemşirelerin “Kurumsal Değişim” değişkeni ortalaması 3,36 iken diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalaması 3,09’dur.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre “Liderlik Değişimi” boyutuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre “Liderlik Değişimi” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ($F=0,057$ ve $p=0,009$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 15’te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında DEÜH’nde çalışan hemşirelerin “Liderlik Değişimi” değişkeni ortalaması 2,90 iken diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalaması 2,69’dur.

Gruplar arası anlamlı fark bulunan diğer bir değişken de “Bireysel Değişime Yaklaşım”dır. Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre “Bireysel Değişime Yaklaşım” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ($F=0,733$ ve $p=0,012$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 15’te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında DEÜH’nde çalışan hemşirelerin “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkeni ortalaması 3,34 iken diğer üniversite hastanesinde

alışan hemşirelerin ortalaması 3,18'dir. Elde edilen bulgulara göre H6, H7, H8 ve H9 kabul edilmiştir.

Son olarak, araştırma değişkenlerinden hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre "Bireysel zme Yaklaşım" boyutuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. ($F=8,376$ ve $p<0,001$). Bu farklılığı incelemek amacıyla Tablo 15'te tanımlayıcı istatistikler yapıldığında DEH'nde çalışan hemşirelerin "Bireysel zme Yaklaşım" değişkeni ortalaması 3,68 iken diğer niversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalaması 3,42'dir.

4.6 ANOVA Testi

Araştırma değişkenlerine katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan diğer analiz ise, ANOVA Testidir. Bu test kapsamında öncelikle HASTA GüVENLİğİ değişkenleri ile ilgili yapılan ANOVA Testi, daha sonra da ÖRGÜTSEL DEğİşİM değişkenleri ile ilgili yapılan ANOVA Testi ele alınacaktır. ANOVA Testi kapsamında hemşirelerin yaşı, birimdeki çalışma yılı, hastanede çalışma yılı, meslekte çalışma yılı ve hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre değişkenlere verilen yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığı incelenecektir.

HASTA GÜVENLİĞİ değişkenleri ile ilgili olarak beş adet ANOVA Testi yapılmıştır.

Tablo 16: Değişkenlerin Hemşirelerin Yaş Gruplarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	29 yaş ve altı	195	3,2624	,79424	,05688	3,1502	3,3746
	30-39 yaş	196	3,3869	,79122	,05652	3,2754	3,4984
	40 yaş ve üstü	102	3,5703	,70728	,07003	3,4313	3,7092
	Toplam	493	3,3756	,78265	,03525	3,3063	3,4448
Hasta Güvenliği Sistemi	29 yaş ve altı	195	2,8846	,82340	,05896	2,7683	3,0009
	30-39 yaş	196	3,0536	,76397	,05457	2,9459	3,1612
	40 yaş ve üstü	102	3,1397	,75335	,07459	2,9917	3,2877
	Toplam	493	3,0046	,79096	,03562	2,9346	3,0746

ANOVA testinde, hemşirelerin verdikleri cevapların yaş gruplarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine verilen cevaplarla hemşirelerin yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaş gruplarına göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=5,307$ ve $p=0,005$). Tablo 16’da da görüldüğü gibi “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine 29 yaş altında olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,26, 30-39 yaş arasında olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,39, 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,57’dir.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,570$ ve $p=0,016$). Tablo 16’da da görüldüğü gibi “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenine 29 yaş altında olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 2,89, 30-39 yaş arasında olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,05, 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,12’dir. Bulgulara göre H10 ve H11 kabul edilmiştir.

Hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı değişkeni için, 20-29 yaş arasında olan katılımcıların verdikleri yanıtlar ile 40 yaş ve üzerinde olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,001$). Aynı şekilde 30-39 yaş arasında olan katılımcılarla 40-49 yaş arasında olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,053$). Hasta Güvenliği değişkeni için 20-29 yaş arasında olan katılımcılar ile 30-39 yaş arasında olan katılımcıların verdikleri yanıtlar ($p=0,034$) ve 40-49 yaş arasında olan katılımcıların verdikleri yanıtlar ($p=0,008$) arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 17: Değişkenlerin Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Birimdeki Çalışma Yılı	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	1 yıldan az	56	3,4464	,66599	,08900	3,2681	3,6248
	1-5 yıl	180	3,2204	,80533	,06003	3,1019	3,3388
	6-10 yıl	114	3,3830	,80036	,07496	3,2345	3,5316
	11-15 yıl	79	3,5232	,73947	,08320	3,3576	3,6888
	16 yıl ve daha fazla	64	3,5547	,77098	,09637	3,3621	3,7473
	Toplam	493	3,3756	,78265	,03525	3,3063	3,4448
Hasta Güvenliği Sistemi	1 yıldan az	56	3,0625	,67462	,09015	2,8818	3,2432
	1-5 yıl	180	2,8514	,84591	,06305	2,7270	2,9758
	6-10 yıl	114	3,0526	,75586	,07079	2,9124	3,1929
	11-15 yıl	79	3,1076	,75711	,08518	2,9380	3,2772
	16 yıl ve daha fazla	64	3,1719	,77776	,09722	2,9776	3,3662
	Toplam	493	3,0046	,79096	,03562	2,9346	3,0746

HASTA GÜVENLİĞİ ile ilgili olarak yapılan ikinci ANOVA testinde, hemşirelerin birimdeki çalışma yıllarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine verilen cevaplarla hemşirelerin birimlerindeki çalışma yılları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin birimlerindeki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,497$ ve $p=0,008$).

Tablo 17’de de görüldüğü gibi “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması, 3,45, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,22,

6-10 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,38, 11-15 yıldır çalışanların ortalaması 3,52, 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ortalaması 3,56'dır.

Aynı zamanda, hemşirelerin birimlerindeki çalışma yıllarına göre "Hasta Güvenliği Sistemi" bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında da anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,966$ ve $p=0,019$). Tablo 17'de de görüldüğü gibi "Hasta Güvenliği Sistemi" bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması, 3,06, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,85, 6-10 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,05, 11-15 yıldır çalışanların ortalaması 3,11, 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ortalaması 3,17'dir. Bulgulara göre H12 ve H13 kabul edilmiştir.

Hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre "Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı" değişkeni için 1-5 yıldır birimde çalışanların verdikleri yanıtlar ile 11-15 yıldır çalışanların ($p=0,004$) ve 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ($p=0,003$) verdikleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. "Hasta Güvenliği Sistemi" değişkeni için 1-5 yıl arasında birimde çalışanların verdikleri yanıtlar ile 6-10 yıl arasında çalışanların ($p=0,033$), 11-15 yıl arasında çalışanların ($p=0,016$) ve 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ($p=0,005$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 18: Değişkenlerin Hemşirelerin Hastanedeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Hastanedeki Çalışma Yılı	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	1 yıldan az	47	3,3972	,66354	,09679	3,2023	3,5920
	1-5 yıl	153	3,1928	,82188	,06644	3,0615	3,3241
	6-10 yıl	84	3,3730	,77555	,08462	3,2047	3,5413
	11-15 yıl	101	3,4307	,76131	,07575	3,2804	3,5810
	16-20 yıl	66	3,5253	,75007	,09233	3,3409	3,7096
	20 yıldan fazla	42	3,6548	,76189	,11756	3,4173	3,8922
	Toplam	493	3,3756	,78265	,03525	3,3063	3,4448
Hasta Güvenliği Sistemi	1 yıldan az	47	3,0319	,67085	,09785	2,8349	3,2289
	1-5 yıl	153	2,8366	,83574	,06757	2,7031	2,9701
	6-10 yıl	84	3,0446	,74765	,08158	2,8824	3,2069
	11-15 yıl	101	3,0099	,77373	,07699	2,8572	3,1626
	16-20 yıl	66	3,1742	,75825	,09333	2,9878	3,3606
	20 yıldan fazla	42	3,2262	,83886	,12944	2,9648	3,4876
	Toplam	493	3,0046	,79096	,03562	2,9346	3,0746

HASTA GÜVENLİĞİ ile ilgili olarak yapılan üçüncü ANOVA testinde, hemşirelerin hastanedeki çalışma yıllarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine verilen cevaplarla hemşirelerin hastanedeki çalışma yılları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin hastanelerindeki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,409$ ve $p=0,005$).

Tablo 18’de de görüldüğü gibi “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı hastanede çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması, 3,40, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,19, 6-10 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,37, 11-15 yıldır çalışanların ortalaması 3,43, 16-20 yıldır çalışanların ortalaması 3,53, 20 yıldan daha fazla süredir çalışanların ortalaması 3,66’dır.

Aynı zamanda, hemşirelerin hastanedeki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,750$ ve $p=0,018$). Tablo 18’de de görüldüğü gibi “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı hastanede çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması, 3,03, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,84, 6-10 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,05, 11-15 yıldır çalışanların ortalaması 3,01, 16-20 yıldır çalışanların ortalaması 3,17, 20 yıldan daha fazla süredir çalışanların ortalaması 3,23’tür. ANOVA testinden bulgulara göre H14 ve H15 kabul edilmiştir.

Hastanedeki çalışma yılına göre hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkeni için 1-5 yıldır hastanede çalışanların verdikleri yanıtlar ile 11-15 yıldır çalışanların ($p=0,017$), 16-20 yıldır çalışanların ($p=0,004$) ve 20 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ($p=0,001$) verdikleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkeni için 1-5 yıl arasında hastanede çalışanların verdikleri yanıtlar ile 16-20 yıldır çalışanlar ile ($p=0,004$) ve 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ($p=0,005$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 19: Değişkenlerin Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Meslekteki Çalışma Yılı	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	5 yıl ve daha az	163	3,2628	,77466	,06068	3,1430	3,3826
	6-10 yıl	96	3,3021	,83502	,08522	3,1329	3,4713
	11-15 yıl	114	3,3889	,76221	,07139	3,2475	3,5303
	16-20 yıl	53	3,4025	,69602	,09561	3,2107	3,5944
	20 yıldan fazla	67	3,7114	,74738	,09131	3,5291	3,8937
	Toplam	493	3,3756	,78265	,03525	3,3063	3,4448
Hasta Güvenliği Sistemi	5 yıl ve daha az	163	2,8666	,79557	,06231	2,7435	2,9896
	6-10 yıl	96	3,0234	,77551	,07915	2,8663	3,1806
	11-15 yıl	114	3,0066	,78879	,07388	2,8602	3,1529
	16-20 yıl	53	3,0472	,75169	,10325	2,8400	3,2544
	20 yıldan fazla	67	3,2761	,78109	,09543	3,0856	3,4666
	Toplam	493	3,0046	,79096	,03562	2,9346	3,0746

HASTA GÜVENLİĞİ ile ilgili olarak yapılan dördüncü ANOVA testinde, hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. Hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=4,278$ ve $p=0,002$).

Tablo 19’da da görüldüğü gibi “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine 5 yıldan az süredir hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,26, 6-10 yıl arasında hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,30, 11-15

yıl arasında hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,39, 16-20 yıldır hemşire olanların ortalaması 3,40 ve 20 yıldan daha fazla süredir hemşire olanların ortalaması 3,71'dir.

Aynı zamanda, hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre "Hasta Güvenliği Sistemi" bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,329$ ve $p=0,011$). Tablo 19'da da görüldüğü gibi "Hasta Güvenliği Sistemi" bağımsız değişkenine 5 yıldan az süredir hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,87, 6-10 yıl arasında hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,02, 11-15 yıl arasında hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,01, 16-20 yıldır hemşire olanların ortalaması 3,05 ve 20 yıldan daha fazla süredir hemşire olanların ortalaması 3,28'dir. Bulgulara göre H16 ve H17 kabul edilmiştir.

Meslekteki çalışma yılına göre hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre "Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı" değişkeni için 20 yıl ve daha uzun süredir meslekte çalışanların verdikleri yanıtlar ile 5 yıl ve daha kısa süredir çalışanların ($p<0,001$), 6-10 yıl arasında çalışanların ($p=0,001$), 11-15 yıl arasında çalışanların ($p=0,007$) ve 16-20 yıl arasında çalışanların ($p=0,30$) verdikleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. "Hasta Güvenliği Sistemi" değişkeni için 20 yıldan fazla süredir çalışanların verdikleri yanıtlar ile 1-5 yıl arasında çalışanların ($p<0,001$), 6-10 yıl arasında çalışanlarla ($p=0,043$) ve 11-15 yıl arasında çalışanların ($p=0,026$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir.

Son olarak, HASTA GÜVENLİĞİ ile ilgili yapılan ANOVA testinde, hemşirelerin çalıştıkları birimlerine göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre HASTA GÜVENLİĞİ boyutlarını algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenleri ile ilgili olarak beş adet ANOVA Testi yapılmıştır.

İlk olarak, ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ile ilgili yapılan ANOVA testinde, hemşirelerin yaş gruplarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. Hemşirelerin yaş gruplarına göre ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM boyutlarını algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 20: Değişkenlerin Hemşirelerin Birimdeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Birimdeki Çalışma Yılı	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Bireysel Değişime Yaklaşım	1 yıldan az	56	3,3259	,77448	,10349	3,1185	3,5333
	1-5 yıl	180	3,1444	,67990	,05068	3,0444	3,2444
	6-10 yıl	114	3,2829	,68446	,06411	3,1559	3,4099
	11-15 yıl	79	3,3323	,76974	,08660	3,1599	3,5047
	16 yıl ve daha fazla	64	3,4492	,66842	,08355	3,2823	3,6162
	Toplam	493	3,2667	,71058	,03200	3,2039	3,3296
Değişime Direnç	1 yıldan az	56	2,7768	,64786	,08657	2,6033	2,9503
	1-5 yıl	180	2,7986	,70170	,05230	2,6954	2,9018
	6-10 yıl	114	2,5614	,74635	,06990	2,4229	2,6999
	11-15 yıl	79	2,6076	,80631	,09072	2,4270	2,7882
	16 yıl ve daha fazla	64	2,7656	,62817	,07852	2,6087	2,9225
	Toplam	493	2,7064	,71984	,03242	2,6427	2,7701

ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ile ilgili olarak yapılan ikinci ANOVA testinde, hemşirelerin birimdeki çalışma yıllarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. “Bireysel Değişime Yaklaşım” bağımsız değişkenine verilen

cevaplarla hemşirelerin birimlerindeki çalışma yılları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin birimlerindeki çalışma yıllarına göre “Bireysel Değişime Yaklaşım” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,705$ ve $p=0,030$).

Tablo 20’de de görüldüğü gibi “Bireysel Değişime Yaklaşım” bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması, 3,33, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,14, 6-10 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,28, 11-15 yıldır çalışanların ortalaması 3,33, 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ortalaması 3,45’tir.

Hemşirelerin birimlerindeki çalışma yıllarına göre “Değişime Direnç” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,540$ ve $p=0,039$). Tablo 20’de de görüldüğü gibi “Değişime Direnç” bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması, 2,78, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,80, 6-10 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,56, 11-15 yıldır çalışanların ortalaması 2,61, 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ortalaması 2,77’dir. Bulgulara göre H18 ve H19 kabul edilmiştir.

Birimdeki çalışma süresi açısından değişkenlere göre hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkeni için 1-5 yıl arasında birimde çalışanlar ile 11-15 yıl arasında çalışanların ($p=0,049$) ve 16 yıl ve daha uzun süredir çalışanların ($p=0,003$) çalışanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. “Değişime Direnç” değişkeni için 1-5 yıl arasında birimde çalışanlar ile 6-10 yıl arasında çalışanların ($p=0,006$) ve 11-15 yıl arasında çalışanların ($p=0,048$) çalışanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 21: Değişkenlerin Hemşirelerin Hastanedeki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Hastanedeki Çalışma Yılı	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Bireysel Değişime Yaklaşım	1 yıldan az	47	3,2713	,72575	,10586	3,0582	3,4844
	1-5 yıl	15 3	3,1258	,68232	,05516	3,0168	3,2348
	6-10 yıl	84	3,3185	,67924	,07411	3,1710	3,4659
	11-15 yıl	10 1	3,2772	,78414	,07802	3,1224	3,4320
	16-20 yıl	66	3,3939	,65053	,08008	3,2340	3,5539
	20 yıldan fazla	42	3,4464	,70611	,10895	3,2264	3,6665
	Toplam	49 3	3,2667	,71058	,03200	3,2039	3,3296

ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ile ilgili olarak yapılan üçüncü ANOVA testinde, hemşirelerin hastanedeki çalışma yıllarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. Sadece, “Bireysel Değişime Yaklaşım” bağımsız değişkenine verilen cevaplarla hemşirelerin hastanedeki çalışma yılları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($F=2,287$ ve $p=0,045$).

Tablo 21’de de görüldüğü gibi “Bireysel Değişime Yaklaşım” bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı hastanede çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması, 3,27, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,13, 6-10 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,32, 11-15 yıldır çalışanların ortalaması 3,28, 16-20 yıldır çalışanların ortalaması 3,39, 20 yıldan daha fazla süredir çalışanların ortalaması 3,45’tir. Bulgulara göre H20 kabul edilmiştir.

Hastanedeki çalışma süresi açısından hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre

“Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkeni için 1-5 yıl arasında hastanede çalışanlar ile 6-10 yıl arasında çalışanların ($p=0,045$), 16-20 yıl arasında çalışanların ($p=0,010$) ve 20 yıl ve daha uzun süredir çalışanların ($p=0,009$) çalışanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 22: Değişkenlerin Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Yıllarına göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Meslekteki Çalışma Yılı	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Değişime Direnç	5 yıl ve az	163	2,7914	,68677	,05379	2,6852	2,8976
	6-10 yıl	96	2,5859	,71158	,07263	2,4418	2,7301
	11-15 yıl	114	2,5899	,81613	,07644	2,4385	2,7413
	16-20 yıl	53	2,7358	,70781	,09723	2,5408	2,9309
	20 yıldan fazla	67	2,8470	,59822	,07308	2,7011	2,9929
	Toplam	493	2,7064	,71984	,03242	2,6427	2,7701

ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ile ilgili olarak yapılan dördüncü ANOVA testinde, hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. Hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre “Değişime Direnç” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,684$ ve $p=0,031$).

Tablo 22’de de görüldüğü gibi “Değişime Direnç” bağımsız değişkenine 5 yıldan az süredir hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,79, 6-10 yıl arasında hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,59, 11-15 yıl arasında hemşire olanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,60, 16-20 yıldır hemşire olanların ortalaması 2,74 ve 20 yıldan daha fazla süredir hemşire olanların ortalaması 2,85’tir. Bulgulara göre H21 kabul edilmiştir.

Meslekteki çalışma süresi açısından hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre “Değişime

Direnç” değişkeni için 5 yıldan daha az süredir meslekte çalışanlar ile 6-10 yıl arasında çalışanların ($p=0,026$) ve 11-15 yıl arasında çalışanların ($p=0,021$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Aynı zamanda, 6-10 yıl arasından çalışanların verdikleri yanıtlar ile 20 yıl ve daha uzun süredir çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtlar arasında da anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,022$). Son olarak, 11-15 yıl arasında meslekte çalışanlar ile 20 yıl ve daha uzun süredir çalışanların verdikleri yanıtlar arasında da anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,020$).

Tablo 23: Değişkenlerin Hemşirelerin Birimlerine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Birim	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Liderlik Değişimi	Dâhili	163	2,8896	,88084	,06899	2,7533	3,0258
	Cerrahi	137	2,8029	,86704	,07408	2,6564	2,9494
	Yoğun Bakım	121	2,8446	,85498	,07773	2,6907	2,9985
	Ameliyathane	72	2,5139	,88545	,10435	2,3058	2,7220
	Toplam	493	2,7996	,87740	,03952	2,7220	2,8772
Bireysel Çözüm Yaklaşım	Dâhili	163	3,5429	,64883	,05082	3,4426	3,6433
	Cerrahi	137	3,6752	,52542	,04489	3,5864	3,7640
	Yoğun Bakım	121	3,4525	,66090	,06008	3,3335	3,5714
	Ameliyathane	72	3,5243	,55214	,06507	3,3946	3,6541
	Toplam	493	3,5548	,61012	,02748	3,5008	3,6088

Son olarak, ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM ile ilgili yapılan ANOVA testinde, hemşirelerin çalıştıkları birimlerine göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları birime göre “Liderlik Değişimi” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,268$ ve $p=0,021$).

Tablo 23'te de görüldüğü gibi "Liderlik Değişimi" bağımsız değişkenine dâhili birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 2,89, cerrahi birimde çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 2,80, yoğun bakımda çalışanların ortalaması 2,85 ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 2,51'dir.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre "Bireysel Çözüm Yaklaşım" bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,030$ ve $p=0,029$).

Tablo 23'te de görüldüğü gibi "Bireysel Çözüm Yaklaşım" bağımsız değişkenine dâhili birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,54, cerrahi birimde çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması 3,68, yoğun bakımda çalışanların ortalaması 3,45 ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,52'dir. Bulgulara göre H22 ve H23 kabul edilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimler açısından değişkenlere göre hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc Testlerinden LSD analizine göre "Liderlik Değişimi" değişkeni için ameliyathanede çalışan hemşireler ile dahili birimde çalışanların ($p=0,002$), cerrahi birimde çalışanların ($p=0,023$) ve yoğun bakımda çalışanların ($p=0,011$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. "Bireysel Çözüm Yaklaşım" değişkeni için ise sadece cerrahi birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtlar ile yoğun bakımda çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

4.7 Korelasyon Analizi

Araştırmada bağımsız değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin yönünü ve kuvvetini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analizde hem HASTA GÜVENLİĞİ değişkenleri arasında hem ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenleri arasında hem de bu iki bağımlı değişkenin bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

HASTA GÜVENLİĞİ değişkenlerinin korelasyon analizi:

Tablo 24: Korelasyon Analizi (HASTA GÜVENLİĞİ)

		Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu	Hasta Güvenliği Sistemi
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 493		
Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,550 ,000 493	1 493	
Hasta Güvenliği Sistemi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,639 ,000 493	,435 ,000 493	1 493

Tablo 24'ten de görüldüğü gibi “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkeni ile “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,550$) olduğu görülmektedir. “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkeni ile “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,639$) olduğu tablodan anlaşılmaktadır. “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” değişkeni ile “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p < 0,001$ ve $r = ,435$) olduğu

görülmektedir. Bu ilişki bu boyutların birbirlerinden etkilendiği sonucunu bize çıkartmaktadır.

ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenlerinin korelasyon analizi:

Tablo 25: Korelasyon Analizi (ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM)

		Kurumsal Değişim	Liderlik Değişimi	Bireysel Değişime Yaklaşım	Bireysel Çözüm Yaklaşım	Değişime Direnç	Bireysel Yenilikçilik
Kurumsal Değişim	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 493					
Liderlik Değişimi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,606 ,000 493	1 493				
Bireysel Değişime Yaklaşım	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,408 ,000 493	,450 ,000 493	1 493			
Bireysel Çözüm Yaklaşım	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,428 ,000 493	,358 ,000 493	,488 ,000 493	1 493		
Değişime Direnç	Pearson Correlation	,136	,141	-,056	-,158	1	
	Sig. (2-tailed)	,003	,002	,213	,000		
	N	493	493	493	493	493	
Bireysel Yenilikçilik	Pearson Correlation	,297	,356	,510	,451	-,109	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,015	
	N	493	493	493	493	493	493

Tablo 25'te görüldüğü gibi "Kurumsal Değişim" değişkeni ile "Liderlik Değişimi" değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,606$) olduğu görülmektedir. "Kurumsal Değişim" değişkeni ile "Bireysel Değişime Yaklaşım" değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,408$) olduğu tablodan anlaşılmaktadır. "Kurumsal Değişim" ile "Bireysel Çözümeye Yaklaşım" değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,428$) olduğu görülmektedir. "Kurumsal Değişim" ile "Değişime Direnç" değişkeni arasında pozitif yönde zayıf kuvvette bir ilişki ($p=0,003$ ve $r = ,136$) olduğu görülmektedir. "Kurumsal Değişim" ile "Bireysel Yenilikçilik" değişkeni arasında pozitif yönde zayıf kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,297$) olduğu görülmektedir.

"Liderlik Değişimi" değişkeni ile "Bireysel Değişime Yaklaşım" değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,450$) olduğu tablodan anlaşılmaktadır. "Liderlik Değişimi" ile "Bireysel Çözümeye Yaklaşım" değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,358$) olduğu görülmektedir. "Liderlik Değişimi" ile "Değişime Direnç" değişkeni arasında pozitif yönde zayıf kuvvette bir ilişki ($p=0,002$ ve $r = ,141$) olduğu görülmektedir. "Liderlik Değişimi" ile "Bireysel Yenilikçilik" değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,356$) olduğu görülmektedir.

"Bireysel Değişime Yaklaşım" ile "Bireysel Çözümeye Yaklaşım" değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,488$) olduğu görülmektedir. "Bireysel Değişime Yaklaşım" ile "Değişime Direnç" değişkeni arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,213$). "Bireysel Değişime Yaklaşım" ile "Bireysel Yenilikçilik" değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,510$) olduğu görülmektedir.

"Bireysel Çözümeye Yaklaşım" ile "Değişime Direnç" değişkeni arasında negatif yönde zayıf kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = -,158$) olduğu görülmektedir. "Bireysel Değişime Yaklaşım" ile "Bireysel Yenilikçilik" değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki ($p<0,001$ ve $r = ,451$) olduğu görülmektedir. "Bireysel Yenilikçilik" ile "Değişime Direnç" değişkeni arasında negatif yönde zayıf kuvvette bir ilişki ($p=0,015$ ve $r = -,109$) olduğu görülmektedir.

Tablo 26: Korelasyon Analizi (HASTA GÜVENLİĞİ ve ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM)

		Hasta Güvenliği	Örgütsel Değişim
Hasta Güvenliği	Pearson Correlation	1	
	Sig. (2-tailed)		
	N	493	
Örgütsel Değişim	Pearson Correlation	,683	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	493	493

Tablo 26’da görüldüğü üzere, hemşirelerin HASTA GÜVENLİĞİ ile ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM bağımlı değişkenine genel olarak verdikleri yanıtlar doğrultusunda değişkenlerin pozitif yönde birbirleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. HASTA GÜVENLİĞİ ile ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki vardır ($p<0,001$ ve $r=,683$).

4.8 Regresyon Analizi

Araştırma kapsamında bağımlı değişkenlere yönelik regresyon analizi yapılmıştır. Öncelikle tıbbi güvenliğin eksiksiz olarak sağlanmasına yönelik olarak HASTA GÜVENLİĞİ değişkenleri ele alınarak regresyon analizi yapılmıştır. Daha sonra hastanedeki değişimlerin iyi yönetilmesi ile ilgili olarak ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkenleri ele alınarak bu analiz tekrarlanmıştır.

“Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır” ifadesi ile ilgili hemşirelerin düşüncelerini etkileyen HASTA GÜVENLİĞİ bağımsız değişkenlerinin önem sıralarını belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 27: “Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır” ile ilgili hemşirelerin düşüncelerine yönelik HASTA GÜVENLİĞİ değişkenlerinin regresyon analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	$Sig\ T$
Hasta Güvenliği Sistemi	,226	4,487	,000
Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı	,213	3,927	,000
Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu	,190	4,093	,000
SABİT	,176	,626	,532
Not: Multiple R: ,526; R Square: ,277; Adjusted R Square: ,272; F: 62,388; Signif F: ,001			

Tablo 27 incelendiğinde F değerinin 62,388 ve Signif F değerinin 0,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= , 526 ve R Square= ,277 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır” ile ilgili çalışanların görüşlerini etkileyen HASTA GÜVENLİĞİ değişkenleri ilk olarak, “Hasta Güvenliği Sistemi” ($p<0,001$ ve $\beta= ,226$), “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” ($p<0,001$ ve $\beta= ,213$), “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” ($p<0,001$ ve $\beta= ,190$) olarak belirlenmiştir. Bu değişken “Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır” ifadesi ile ilgili çalışanların görüşlerini %28 oranında açıklamaktadır ($R^2=,277$).

Tablo 28: “Hastanemizde değişimler iyi yönetilir” ifadesi ile ilgili çalışanların görüşlerini etkileyen ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişken gruplarının regresyon analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
Kurumsal Değişim	,505	11,945	,000
Liderlik Değişimi	,163	3,771	,000
Bireysel Yenilikçilik	,106	2,898	,004
Değişime Direnç	,085	2,481	,013
SABİT	-,32	-1,463	,144
Not: Multiple R: ,677; R Square: ,458; Adjusted R Square: ,454; F: 103,151; Signif F:0,001			

Tablo 28 incelendiğinde F değerinin 103,151 ve Signif F değerinin 0,001 düzeyinde gerçekleştiği görölmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,677 ve R Square= ,458 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastanemizde değişimler iyi yönetilir” ile ilgili çalışanların görüşlerini etkileyen ilk değişken ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM değişkeni “Kurumsal Değişim” olarak belirlenmiştir ($p < 0,001$ ve $\beta = ,505$). Diğer değişkenler sırasıyla, “Liderlik Değişimi” ($p < 0,001$ ve $\beta = ,163$), “Bireysel Yenilikçilik” ($p = 0,004$ ve $\beta = ,106$) ve “Değişime Direnç” ($p = 0,013$ ve $\beta = ,085$) olarak belirlenmiştir. Bu değişkenler “Hastanemizde değişimler iyi yönetilir” ile ilgili hemşirelerin görüşlerini %46 oranında açıklamaktadır ($R^2 = ,458$).

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 TARTIŞMA

Araştırma kapsamında yapılan tanımlayıcı istatistiklere göre araştırmaya katılan hemşirelerin yaklaşık %80 i 29 yaş ve altı grup ve 30-39 yaş arası gruba dahildir. Bu durumda hastanelerde genç bir hemşire grubu çalıştığı olduğu söylenebilir. Üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun en az lisans düzeyinde eğitim almış olduğunu ve çoğunun birimlerinde klinik hemşiresi olarak çalıştığını söyleyebiliriz.

Genelde mesleklerinde, çalıştıkları hastanede ve çalıştıkları birimde 1 ila 5 yıl arasında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç bize hem çalışan hemşire grubunun genç olduğunu hem de hastane içindeki hemşire görev yeri sirkülasyonun yüksek olduğunu göstermektedir. Görev yeri olarak bakıldığında en çok dahili birimlerde çalışan hemşirelerin ve DEÜH’nde çalışan hemşirelerin çalışmaya katıldıkları görülmüştür. Diğer üniversite hastanesine daha fazla ziyaret yapıldığı halde bu hastanede çalışan hemşirelerin katılımını sağlamak konusunda çok fazla çaba gerekmiştir. Bunun sebebi olarak zamanlarının olmadığını ve bu tür çalışmalardan sıkıldıklarını ifade etmişlerdir. DEÜH ve diğer üniversite hastanesinde yatak başına düşen hemşire sayıları hesaplandığında DEÜH’de yatak başına düşen hasta sayısı 0,84 iken bu oran aynı dönemde diğer üniversite hastanesinde 0.57 olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamında ilk olarak hasta güvenliğini açıklayan 3 faktör elde edilmiştir. Bu faktörlere bakıldığında hasta güvenliği ile ilgili olarak hemşirelerin algılamalarının ve değerlendirmelerinin ortalamalarına göre en olumlu olduğu değişken “hasta güvenliğinde çalışanların tutumu”, daha sonra “hasta güvenliğine yönetimin bakışı”, en olumsuz olduğu değişken ise “hasta güvenliği sistemi” olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşireler örgütsel değişim kavramını 6 boyutta değerlendirmişlerdir. Buna göre en olumlu değerlendirdikleri değişken “bireysel

çözümüne yaklaşım” olmakla beraber sırasıyla “bireysel değişime yaklaşım”, “kurumsal değişim”, “bireysel yenilik”, “liderlik değişimi”, en olumsuz değerlendirdikleri değişken ise “değişime direnç” olarak tespit edilmiştir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre hasta güvenliği değişkenleri, yapılan T-testi ile incelenmiş, bu değişkenler içinde “hasta güvenliğine yönetimin bakışı” ve “hasta güvenliği sistemi” boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeylerine göre hasta güvenliğine yönetimin bakışını nasıl değerlendirdikleriyle ilişkin elde edilen sonuçlara göre lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu hemşireler yönetimin hasta güvenliği konusuna bakışını daha olumsuz bulmuşlardır. Eğitim düzeyi sağlık meslek lisesi ve ön lisans olan hemşireler ise hastane yönetiminin hasta güvenliğine bakışını ve bu konudaki çalışmaları daha olumlu bulmuşlardır. Bu çıkan sonuçlara göre hemşirelik adına verilen eğitim ve bilgilenme düzeyi arttıkça bununla paralel olarak hasta güvenliği adına yapılması gereken çalışmalar konusunda da yönetimden beklenti fazlalaşmaktadır diyebiliriz.

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında da anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir. Ön lisans ve lise düzeyinde eğitim alan hemşirelerin “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkeni ortalaması, lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalamasından yüksektir. Çıkan bu sonuç yine eğitim ve doğal olarak bilgi seviyesi arttıkça sistemin daha iyi irdelendiğini, sistemden beklentinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre hasta güvenliği algılamaları ve değerlendirmeleri arasında farklılık olup olmadığını incelemek için T-testi yapılmıştır. Yapılan T - testi sonucuna göre hasta güvenliği değişkenlerinin tümünde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Çıkan sonuçlara bakıldığında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde (DEÜH) çalışan hemşirelerin “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı”, “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu”, “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenlerini diğer üniversite

hastanesinde çalışan hemşirelerden daha olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Anket uygulamasının yapıldığı dönemde diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde çok fazla halinden bıkmışlık ve mutsuzluk fark edilmektedir. Hemşireler bunun nedenini az hemşire ile çok fazla hasta bakma, hastaların sosyo ekonomik düzeylerinin düşük olması ve aldıkları ücretin diğer üniversite hastanelerinden düşük olması olarak dile getirmektedirler. Aynı dönemde bu hastanede çalışan hemşirelerin aldıkları döner sermaye katkı payı DEÜH’de çalışanların aldıklarından belli oranda düşük olduğu gözlenmiş, DEÜH de yoğun bakım, ameliyathaneler vs. döner sermaye katkı paylarında servis ve polikliniklere göre daha fazla ücret almakta iken diğer üniversite hastanesinde ameliyathaneler ve yoğun bakımlarda ücretlendirme farkı olmadığını bilinmektedir. Diğer hastanelerde çalışan meslektaşlarından düşük ücret almak motivasyonu azaltma yönünde etkili olduğu görülmektedir.

DEÜH ve diğer üniversite hastanesinde yatak başına düşen hemşire sayıları hesaplandığında ise DEÜH’de yatak başına düşen hasta sayısı 0,84 iken bu oran aynı dönemde diğer üniversite hastanesinde 0.57 olarak bulunmuştur. Bu durum sonuçlardaki farkı bir anlamda açıklamaktadır. Hemşirelerin iş yüklerinin artması, motivasyon eksikliği ve tükenmişlik sendromuna neden olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada kalite belgesi alan hastanelerde hasta güvenliğine bakış daha olumlu iken belgesi olmayan hastanelerde daha olumsuz bulunmuştur. (Çakır 2008) bu durum bizim sonuçlarımızda da doğrulanmıştır. DEÜH’de hemşirelik hizmetleri yönetimi 2007 yılında İSO 9001:2000 kalite yönetim sistemi belgesi almaya hak kazanmışlardır. Diğer üniversite hastanesinin hemşirelik hizmetlerine yönelik kalite yönetim sistemi çalışmaları devam etmektedir.

Eğitim düzeyi ile örgütsel değişim değişkenlerine verilen yanıtlar arasında farklılık olup olmadığı araştırılmış, yapılan T- testi sonucuna göre hemşirelerin eğitim düzeylerine göre örgütsel değişim değişkenlerini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında farklılıkların olmadığı ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin görev yaptıkları hastanelere göre örgütsel değişim algılamaları ve değerlendirmeleri arasında farklılık olup olmadığını incelemek için Yine T-testinde yararlanılarak alınan sonuca göre örgütsel değişim değişkenlerinden, “kurumsal

değişim”, “liderlik değişimi”, “bireysel değişime yaklaşım” ve “bireysel çözüme yaklaşım” değişkenleri için anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

DEÜH’nde çalışan hemşireler “Kurumsal Değişim”i, “Liderlik Değişimi”ni, “Bireysel Çözüme Yaklaşım” ve “Bireysel Değişime Yaklaşım” değişkenlerini kendi hastaneleri için, diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha olumlu değerlendirmişlerdir. Bu değişkenlerin hepsinde diğer üniversite hastanesinde çalışan hemşireler daha olumsuz bakmaktadırlar. 2007 yılında DEÜH’de çeşitli birimlerle beraber hemşirelik hizmetleri de ISO 9001-2000, 2010 yılında İSO 9001:2008 kalite yönetim sistemi belgesini almıştır. Aynı zamanda hastane çapında akreditasyon çalışmaları devam etmektedir. DEÜH’de değişimlerin daha iyi yönetildiğini, çalışma ortamının daha olumlu söylemek mümkündür. Diğer üniversite hastanesinde kalite çalışmaları daha sonra başlamıştır. Seren tarafından yapılan bir araştırmada (2005), kalite çalışması yapılan ve bu yönde katılımın sağlandığı hastanelerde değişime karşı tutum daha olumlu çıkmıştır. Bu durum bizim çalışmamızı da desteklemektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşı, birimdeki çalışma yılı, hastanede çalışma yılı, meslekte çalışma yılı ve hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre hasta güvenliği ve örgütsel değişim değişkenlerine verilen yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığı ANOVA Testi kapsamında incelenecektir.

İlk olarak hasta güvenliği değişkeninin boyutlarını algılamalarının araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre farklı olup olmadığı incelenmek istenmiştir.

“Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine verilen cevaplarla hemşirelerin yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine 29 yaş altında olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması en düşükken 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması en yüksektir.

Yine yaş gruplarına göre bakıldığında “Hasta Güvenliği Sistemi”ni en olumsuz bulan 29 yaş altında olan hemşireler, en olumlu bulanlar ise 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerdir. Bu sonuç bize yeni mezun ve genç hemşirelerin çalışma koşullarını

hasta güvenliği anlamında daha çok irdelediklerini ve daha fazla beklentilerinin olduğunu, hemşirelerin yaşı, çalışma yılı, tecrübesi arttıkça bulundukları durumdan ve hasta güvenliği anlamında yapılanlardan daha memnun olduklarını göstermektedir.

Hemşirelerin birimlerindeki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkenine en olumlu bakanlar 16 ve daha fazla aynı birimde çalışan hemşireler olduğu gibi en olumsuz bakanlar 1 ila 5 yıldır aynı birimde çalışan hemşirelerdir. 1 yıldan az süredir aynı birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması 1 ila 5 yıldır çalışanlardan yüksektir. Bu da birimde çalışan hemşirenin 1 yıldan önce sistem hakkında fazla bilgisi olmadığı ve hasta güvenliği konusunda oluşabilen aksaklıkları göremeyebileceğinden kaynaklanabilmektedir.

Hemşirelerin hastanedeki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” algılamalarının farklı olup olmadığı incelendiğinde en olumlu bakanların 20 yıldan daha fazla süredir çalışanlar olduğu, en olumsuz bakanların ise 1-5 yıl arasında çalışanlar olduğu görülmüştür.

Aynı zamanda, hemşirelerin hastanedeki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliği Sistemi” bağımsız değişkenini en olumlu değerlendirenler 20 yıldan fazla süredir çalışanlar, en olumsuz değerlendirenler ise çalışma yılı 1-5 yıl olanlardır.

Hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” bağımsız değişkenine en çok puan verenler 20 yıldan daha fazla süredir hemşire olarak çalışan katılımcılar, en az puan verenler ise 5 yıldan az süredir çalışan hemşirelerdir.

Hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre “Hasta Güvenliği Sistemi” ne en olumlu bakanlar 20 yıldan daha fazla süredir hemşire olanlar, en olumsuz bakanlar 5 yıldan az süredir hemşire olanlardır.

Hasta güvenliği boyutları ile ilgili yapılan son ANOVA testinde, hemşirelerin çalıştıkları birimlerine göre algılamalarının farklı olup olmadığı incelenmiş, hemşirelerin cerrahi, dahili birim, yoğun bakım, ameliyathane olarak çalıştıkları

birimlere göre hasta güvenliği boyutlarını algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

İlk olarak, örgütsel değişim ile ilgili yapılan ANOVA testinde, hemşirelerin yaş gruplarına göre örgütsel değişim boyutlarını algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin birimdeki çalışma yıllarına göre “Bireysel Değişime Yaklaşım” konusunda en çok puan verenler 16 yıldan fazla çalışanlar, en az puan verenler ise 1-5 yıldır biriminde çalışanlardır.

Hemşirelerin birimlerindeki çalışma yıllarına göre “Değişime Direnç” bağımsız değişkenine 1 yıldan az süredir aynı birimde çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalaması en düşük, 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların ortalaması en yüksektir.

Hemşirelerin hastanedeki çalışma yıllarına göre , “Bireysel Değişime Yaklaşım” bağımsız değişkenini algılamaları incelenmiş, 1-5 yıl arasında çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması en düşük, 20 yıldan daha fazla süredir çalışanların ortalaması en yüksektir.

Hemşirelerin meslekteki çalışma yıllarına göre “Değişime Direnç” bağımsız değişkenine ankete katılanların verdikleri yanıtlar incelenmiş, 6-10 yıl arasında hemşirelik yapanların diğerlerine göre ortalamasının en düşük olduğu, 20 yıldan daha fazla süredir hemşire olanların ise değişime direnç değişkeninin ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Burada aslında değişime daha çok direnen kesimin hastanelerde 6 – 10 arası çalışanlar olduğu, yeni mezun ve meslekte tecrübeli hemşirelerin değişime daha sıcak baktıkları görülmektedir.

“Liderlik Değişimi” bağımsız değişkenine en olumlu bakanlar dâhili birimde çalışan hemşireler, en olumsuz düşünenler ise ameliyathanede çalışan hemşirelerdir. Ameliyathanelerde yoğun bir çalışma temposu vardır ve çalışma stresi bakımında diğer birimlerden ayrılmaktadırlar. Liderlerin değişim konusunda değişim ajanı olarak ameliyathanelerde değişim sürecini başlatabilmesi için zamana, iletişime ve uygun ortam koşullarının oluşmasına ihtiyaçları vardır. Bu gereklilikler ameliyathane için pek mümkün olamadığından ameliyathanelerde çalışan hemşireler liderlerinin değişime karşı tutumlarını olumlu karşılamamaktadırlar.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre “Bireysel Çözüm Yaklaşım” bağımsız değişkenine cerrahi birimde çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması en yüksek, yoğun bakımda çalışanların ortalaması en düşüktür. Yoğun bakımlarda ameliyathaneler gibi çok yoğun bir iş temposunun ve sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastaların olduğu bir sağlık bakım yeridir. Kişilerin bireysel olarak çözüme yaklaşım gösterebilmeleri için problem karşısında çözüm yollarını araştırmaya ihtiyaçları vardır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde zaman kısıtı çok fazladır. Bu nedenle kişisel olarak çözüme yaklaşımlarını olumlu bulmamışlardır.

Araştırmada bağımsız değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin yönünü ve kuvvetini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analizde hem hasta güvenliği değişkenleri arasında hem örgütsel değişim değişkenleri arasında hem de bu iki bağımlı değişkenin bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

“Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” değişkeni ile “Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu”, “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki vardır. Çalışanlar hastanedeki hasta güvenliği sistemini ve kendilerinin tutumlarını hastane yönetiminin tutumu ile özdeşleştirmişlerdir. Hastane yönetiminin hasta güvenliğine karşı tutumu nasılsa çalışanların tutumu ve dolayısıyla tüm sistemde öyle olur fikrindedirler.

“Hasta Güvenliğine Çalışanların Tutumu” değişkeni ile “Hasta Güvenliği Sistemi” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişki bu boyutların birbirlerinden etkilendiği sonucunu ortaya çıkartmaktadır. Hasta güvenliği sistemini oluşturan parçalardan biri uygulamaları ile bu sistemin işlerliğini sağlayan sağlık çalışanlarıdır. Çalışanların tutumu ne derece olumlu olursa sistem o derece işler pozisyonunda olacaktır. Yine aynı şekilde sistem ne kadar iyi kurulur ve işletilirse çalışanların hasta güvenliği uygulamalarına katılımı ve bakışı o oranda olumlu olacaktır.

“Kurumsal Değişim” değişkeni ile “Liderlik Değişimi” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişkiden kurumda değişime olan bakışın liderin değişime karşı tutumunu etkilediği ve bundan etkilendiği

görülmektedir. Genel olarak başarılı kurumsal değişim çabalarının gerçekleştirilmesinde en önemli örgütsel koşul, kurumda lider pozisyonundaki kişilerin değişime karşı tutumudur denebilmektedir.

“Kurumsal Değişim” değişkeni ile “Bireysel Değişime Yaklaşım” ve “Bireysel Çözüm Yaklaşım” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Yine biraz önceki liderlik değişiminde olduğu gibi kişilerin bireysel olarak değişime yaklaşımlarının, değişime karşı tutumlarının ve problemler karşısında çözüme yaklaşımlarının kurumun genel olarak değişime karşı tutumuyla alakalı olduğunu görmekteyiz.

“Liderlik Değişimi” değişkeni ile “Bireysel Değişime Yaklaşım” , “Bireysel Yenilikçilik” ve “Bireysel Çözüm Yaklaşım” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu ilişki bize kişinin bireysel olarak yeniliklere ve problemler karşısında çözüme yaklaşımlarının liderin bu konudaki tutumundan etkilendiğini göstermektedir.

“Bireysel Değişime Yaklaşım” ile “Bireysel Yenilikçilik” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişki, kişilerin yeniliklere karşı açık olmasının, değişime karşı yaklaşımlarını ve tutumlarını etkilemekte olduğunu göstermektedir. Çünkü her oluşan yeni bir uygulama ve durum karşısında uyum sağlama yeteneği ve değişime karşı tutum bireyden bireye farklılık göstermektedir.

“Bireysel Değişime Yaklaşım” ile “Bireysel Çözüm Yaklaşım” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olduğu görülmektedir. Çünkü problemleri çözebilmek için yeni düşünceler, fikirler gerekir. Bir anlamda yenilik ve değişimi getirmektedir. Doğal olarak kişilerin çözüm üretmeye olan yatkınlığı ve bu konudaki tutumu değişime karşı olan tutumu ile örtüşmektedir. Bunlarla alakalı olarak kişisel olarak yeniliklere açık olmakla değişime karşı tutumda birbirini desteklemektedir. Bu nedenlerle araştırmada “Bireysel Değişime Yaklaşım” ile “Bireysel Yenilikçilik” değişkeni arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin hasta güvenliği ile örgütsel değişim bağımlı değişkenine genel olarak verdikleri yanıtlar doğrultusunda değişkenlerin pozitif yönde birbirleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Hasta güvenliği ile örgütsel değişim arasında pozitif yönde gl kuvvette bir ilişki vardır. Hasta güvenliğinde iyileşme sağlanması için hastaların karşılaşabilecekleri risklerin azaltılmasına yönelik dikkatli bir şekilde tasarlanmış sistemlere ihtiyaç vardır. Yan etkilerin önlenmesi, gerçekleşme halinde hızlı bir şekilde anlaşılması, hasta ve yapılan tedavi üzerindeki olumsuz etkilerinin hızlı bir şekilde giderilmesi ve gelecekteki hastaların başına gelmesi muhtemel sorunların en aza indirilmesi için bireysel düzeyde sağlık hizmeti sağlayıcıları açısından, ekipler düzeyinde, kurumsal olarak ve nihai olarak sağlık sisteminde bir bütün olarak değişime gereksinim vardır. Bu nedenle hasta güvenliği ile örgütsel değişim kavramları birbirlerini tamamlamaktadır.

“Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır” ifadesi ile ilgili hemşirelerin düşüncelerini etkileyen hasta güvenliği bağımsız değişkenlerinin önem sıralarını belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, “Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır” ile ilgili çalışanların görüşlerini etkileyen hasta güvenliği değişkenleri ilk olarak, “Hasta Güvenliğine Yönetimin Bakışı” , “Hasta Güvenliği Sistemi” ve “Hasta Güvenliğine alışanların Tutumu” olarak belirlenmiştir. Katılımcılar hastaların tıbbi güvenliğinin sağlanması konusunda yönetimin bu konuya karşı tutumunun en önemli olduğu, daha sonra sistemin uygun dizayn edilmesi gerektiğini belirtmişler, tüm bunlar sağlandığı zaman kendilerinin bu konudaki tutumlarının önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

“Hastanemizde değişimler iyi yönetilir” ile ilgili çalışanların görüşlerini etkileyen ilk örgütsel değişim değişkeni “Kurumsal Değişim” olarak belirlenmiştir, diğer değişkenler sırasıyla “Liderlik Değişimi”, “Bireysel Yenilikçilik” ve “Değişime Direnç” olarak belirlenmiştir. Hastane yönetimlerinin değişimi ynetmekteki başarısını ilk olarak kurumsal yapının değişime olan tutumuna, daha sonra liderin ve kişisel olarak çalışanların tutumuna bağlamışlardır. En son olarak da değişime direnç kavramıyla ilişkilendirmişlerdir. Bir anlamda değişimlerin iyi yönetilmesi durumunda değişime direnç oluşmayacaktır düşüncesi ile bütünleşmektedir.

5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmet sunumu oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aynı amaca hizmet eden birçok meslek grubunun dâhil olduğu bir sürecin karmaşık olmaması düşünülemez. Fakat bu en karmaşık süreçteki en önemli unsur hastadır. Bu süreç tüm hastalara ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini hastaneye girdiklerinden itibaren en güvenli şekilde verebilmelidir. Çağdaş sağlık hizmeti, hasta merkezli olmalıdır, zamanında alınabilmelidir. Tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve tabii ki güvenli olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin girdi ve çıktısının insan sağlığı olması nedeniyle hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez. Hasta güvenliğinin temelinde yer alan tıbbi hataların azaltılması hatta ortadan kaldırılması hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında, hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla kuruluş ve çalışanların aldığı önlemlerin tamamıdır. Aynı zamanda bu önlemler, süreçlerdeki basit hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapılmasını, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacaktır.

Tüm bu nedenlerle hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunan hastaneler için çok önemli hale gelmiştir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi, değerlendirilmesi, çalışanların bu konudaki tutum ve düşüncelerinin belirlenmesi sağlık kurumlarının daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Kurum için hasta güvenliği kültürünün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerin önem düzeylerinin belirlenmesi hastane yönetimlerinin güvenlik kültürü politikalarını belirlerken dikkat etmeleri gereken hususları saptamalarına yardımcı olmaktadır.

Hastane yönetiminin hasta güvenliğinin önemini vurgulanması ve bunun tüm çalışanlarca benimsenmesi de hasta güvenliği kültürünün oluşmasında en önemli unsurlardan biridir. Kurumda hasta güvenliği konusunda iyileştirmeler yapabilmek için

öncelikle hasta güvenliği odaklı, hasta güvenliği kültürünü yaratıcı, yerleştirici ve kalıcı olmasını sağlayıcı yeni sistemler kurmak gerekir.

Her tür yeni bir sistem kurma çalışması aslında yeni bir düzeni beraberinde getirmektedir. Yeni bir düzen kurmak girişimi, yönetim tarafından iyi bir değişim yönetimi uygulanarak başarıya ulaştırılabilir. Değişikliğin politikası, uygulayıcıların anlayabileceği ve kabul edebileceği nitelikte olmazsa, değişiklik direnme ile karşılaşacaktır. Değişim öncesi yöneticiler değişimin gerekliliği konusunda farkındalık yaratmalı, değişimi önceden haber vermeli, değişimin nasıl uygulanacağı konusunda katılımı sağlamalı, çalışanları değişim sürecine katılmaya teşvik etmeli ve sürekli iletişim sağlamalıdır.

Değişimin başarı ile gerçekleştirilmesinde çalışanların değişime ve yeniliklere karşı tutumları da çok önemli bir rol oynamaktadır. Değişimin planlanması aşamasında çalışanların değişime karşı tutumlarının bilinmesi, önceliklerinin değerlendirilmesi çok önemlidir.

Bu bağlamda hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek için yeni sistem değişikliklerinde sağlık sisteminde çalışan çoğunluğunu oluşturan ve sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olan hemşirelerin değişime karşı tutumunu göz önüne alarak planlama yapmak çok önemlidir. Hemşireler hastanedeki değişim sürecinde çalışanlarla iletişimi başlatmak, uygulamaya dönük yöntem ve süreçleri oluşturmaktadırlar.

Çalışma yapılan üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin yarıya yakını 29 yaşın altındadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğu birimlerinde, mesleklerinde ve çalıştıkları hastanelerde en fazla 5 yıldır çalışmaktadırlar. Bu sonuç yeniliklere ve değişime karşı gençler daha yatkın oldukları için sevindiricidir. Hasta güvenliği kültürü oluşturulurken yaşanan değişimlerde gençlerin daha fazla dikkatini çekebilecek yöntemler kullanılabilir, teknolojiye daha fazla yararlanılabilir.

Değişimlerin iyi yönetilmesi için süreç içinde tüm çalışanların katılımı sağlanmalıdır. Hastane çalışanlarının büyük çoğunluğu oluşturan hemşirelere de çok büyük görevler düşmektedir. Üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin büyük

çoğunluğunun en az lisans düzeyinde eğitim almış olması yönetimin işini kolaylaştıracaktır.

Yoğun bakım ve ameliyathaneler gibi iş yoğunluğu ve sirkülasyonunun çok fazla olduğu, teknolojik aletlerin en fazla kullanıldığı birimlerde hasta güvenliği uygulamaları konusundaki eğitime ve değişim sürecinde katılımlarının sağlanması konusunda daha fazla desteklenmelidirler. Birimlerinde herhangi bir problem olduğunda çözüme ilişkin olarak daha fazla çözüm üretmeleri için cesaretlendirici bir ortam sağlanmalıdır.

Hemşireler hasta güvenliği sistemlerini beğenmemektedirler. Bunun nedenini yönetimin hasta güvenliğine bakışına bağlamakta, çalışanların yani kendilerinin hasta güvenliği uygulamalarına karşı tutumlarını olumlu bulmaktadırlar. Sistem kötü ise bu yönetim kaynaklı fikrini vermektedirler. Hasta güvenliği kültürü oluşturulurken hastane yönetimi daha fazla katılım sağlamalı, daha fazla iletişim kurmalı, süreçler ve gidişat hakkında sürekli bilgilendirmelidir.

Lisans ve üzeri eğitim alan hemşireler, yönetimin hasta güvenliği konusuna bakışını, hasta güvenliği sistemini daha olumsuz bulmaktadırlar. Bu bize hemşirelik adına verilen eğitim ve bilgilenme düzeyi arttıkça bununla paralel olarak hemşirelerin sistemi daha fazla irdeledikleri ve hasta güvenliği adına yapılması gereken çalışmalar konusunda da yönetimden beklentinin fazlaştığını göstermektedir. Lisans mezunu olmayan hemşirelerin bu anlamda lisans tamamlama programlarına katılım konusunda teşvik edilmesi yerinde olacaktır.

20 yıldan daha fazla süredir hemşire olanların ve 16 yıldan fazla süredir aynı birimde çalışanların ve mesleğe yeni başlayan hemşirelerin değişime karşı daha uyumlu oldukları, en fazla direnç gösterenlerin ise genellikle mesleğinde orta kıdemdeki hemşireler (6-10 yıl) olduğu görülmüştür. Değişim politikaları uygulanırken orta kıdemdeki hemşirelerde değişime karşı direncin önlenmesi için daha fazla iletişim ve katılım sağlamak gerekmektedir.

Hastanedeki hasta güvenliği sistemi ve hemşirelerin hasta güvenliğine karşı tutumları hastane yönetiminin tutumuna bağlıdır. Hasta güvenliği konusunun hastane yönetiminin öncelikleri arasında yer alması, tüm birimlerce de benimsenip, etkin uygulamalarla desteklenmesiyle uygulamaları daha başarılı olacaktır. Hastane yönetiminin hasta güvenliğine bakışı nasılsa çalışanların tutumu öyle şekillenmekte ve dolayısıyla tüm sistemde aynı şekilde işlemektedir. Hastane yönetimi öncelikle bu kültürü benimsemek yolunda yaptığı çalışmaları sürekli paylaşmalıdır.

Hasta güvenliği sistemini oluşturan parçalardan biri uygulamaları ile bu sistemin işlerliğini sağlayan sağlık çalışanlarıdır. Çalışanların tutumu ne derece olumlu olursa sistem o derece işler pozisyonunda olacaktır. Yine aynı şekilde sistem ne kadar iyi kurulur ve işletilirse çalışanların hasta güvenliği uygulamalarına katılımı ve bakışı o oranda olumlu olacaktır.

Genel olarak başarılı kurumsal değişim çabalarının gerçekleştirilmesinde en önemli örgütsel koşul değişim ajanıdır. Bu ajan genellikle kurumda lider pozisyonundaki kişilerdir. Kurumun değişime bakışı liderlerin bakışından etkilenmekte ve liderin bakışını etkilemektedir. Lider pozisyonundaki kişilere değişimin gerekliliğini çalışanlara fark ettirmesi, devamında sürekli iletişimi sağlayıp katılımı desteklemesi yönünde çok fazla görev düşmektedir.

Her oluşan yeni bir uygulama ve durum karşısında uyum sağlama yeteneği ve değişime karşı tutum bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu yüzden planlamalar yapılırken birim amirlerinin çalışanlarının bireysel farklılık ve tutumlarını göz önüne almaları gerekecektir.

Hasta güvenliğinde iyileşme sağlanması için hastaların karşılaşılabilecekleri risklerin azaltılmasına yönelik dikkatli bir şekilde tasarlanmış sistemlere ve sağlık sisteminde bir bütün olarak değişime gereksinim vardır. Bu nedenle hasta güvenliği ile örgütsel değişim kavramları birbirlerini tamamlamaktadır. Hasta güvenliği ile ilgili sistemler kurulurken yeni uygulamalara direncin önlenmesi için örgütsel değişimle ilgili kavramlara hakim olmak ve buna göre planlamalar yapmak gerekmektedir.

Hastaların tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanması için en önemli görev yönetimidir. Yönetim hasta güvenliği sistemini, sistemden kaynaklanacak tıbbi hataları en aza indirecek şekilde dizayn etmelidir.

Hastane yönetimlerinin değişimi yönetmekteki başarısı ilk olarak kurumsal yapının değişime olan tutumuna, daha sonra liderin ve kişisel olarak çalışanların tutumuna bağlıdır. Değişimlerin iyi yönetilmesi ile değişim karşı direnç oluşmayacaktır. Bunun için değişim sürecinin planlanması aşamasında çalışanların farkındalıklarının sağlanması, görüşlerinin alınıp katılımlarının desteklenmesi gerekmektedir.

Hasta güvenliği konularında hastaneye yeni başlayan çalışanlar ve hemşireler için oryantasyon eğitimi olarak hasta güvenliği uygulamaları konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Hemşirelerin bu konulardaki uygulamaları hasta başında rehber hemşirelerce izlenmelidir. Oryantasyon eğitiminden hariç sürekli bir hizmet içi eğitim programı planlanmalı, uygulanmalıdır. Bu eğitim konularında özellikle hemşireler için tıbbi hataların belirlenmesi ve bildirilmesi, sağlık hizmetinde hatalara proaktif yaklaşım, hatalardan ders almak, teknolojinin doğru kullanımı ve hasta eğitimi konularına önem verilmelidir.

Çalışanlar ve hasta bakımında en fazla rolü üstlenen hemşirelerin tıbbi hataların bildirimini yönünde desteklenmeleri gerekmektedir. Bildirimi yapılan tıbbi hatalar ve ramak kala olaylar sistemlerin yeniden dizaynının daha doğru yapılmasına ve sistemden kaynaklanan birçok hatanın önlenmesine neden olacaktır.

Çalışanların tamamının hasta güvenliğine bakışının ve değişime karşı olan tutumlarının da değerlendirilmesi yerinde olacaktır. Hastanedeki tüm çalışanlarının görüşlerinin bilinmesi değişimlerin planlanması sürecinde çok faydalı olacaktır.

Özellikle hasta güvenliği kültürü konusunda yapılan çalışmalarının her yıl gözden geçirilmesi, bildirilen tıbbi hataların kök neden analizlerinin yapılması gerekmektedir. Kurumun hasta güvenliği kültürünü belirleyen araştırmaların her yıl tekrarlanması yeni uygulamaların işlerliği konusunda yönetime yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

- Budak M., Hasta güvenliği kültürü, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2008, 7. Sayı (Haz-Tem-Ağu 2008); 54-57
- Güven R., Güvenlik kültürü, IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007, Adana. MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, 411-422
- IOM-Institute of Medicine Priority areas for natonal action: Transforming Health Care Quality, 2003, <http://www.iom.edu> , <http://www.nap.edu> (22.6.2007)
- IOM-Institute of Medicine, Achieving a new standard for care, Washington, DC : The National Academy Pres., 2004, <http://www.iom.edu> , <http://www.nap.edu> (22.6.2009)
- Piotrowski MM., Cohen M, Mercier J, Saint S, Steinbinder A, Thompson M. (2005). Introducing the national patient safety goals department: Sharing programs of excellence from individual organizations. Joint Commission Journal on Quality and Pati8ent Safety, (31,1), 43-46
- Yorgun S., Kayabaş M. ve Yapıcı M., Hizmet kalitesi standartlarına geçişte hasta güvenliği farkındalığı ve uygulamaları "Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi" Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiri Kitabı, (2009), Cilt 2, 19-21 Mart 2009, Antalya, 51-55
- JCI, Joint Commission International Center for Patient Safety, Performance of correct procedure at correct body site, Patient Safety Solutions [www.jcipatientsafety.org/fpdf/presskit/ PSSolution4.pdf](http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/presskit/PSSolution4.pdf), (11.10.2008)
- WHO, (2008), National healthcare objectives.
[www.who.int/features/factfiles/patient_safety/ en /index.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.html), (11.10.2008).

- Akalın E., Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz?, 2004, Ankem Dergisi, 2004-18 (Ek 2), 12-13
- Reiman T., ve Oedewald P., The assessment of organizational culture: A methodological study, (2002), VTT Research Notes 2140, Finland, 12
- Usal A. ve Kuşluvan Z., Davranış bilimleri, Fakülteler Kitapevi Barış Yayınları, (2002), İzmir, 105-106
- Schein E. H., Organizational culture, American Psychologist Published, Vol.45, No:2, s.109-119. Çev: Atilla Akbaba, (1990). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, İzmir, (4,3), 6 - 8
- Erdoğan İ., İşletmelerde davranış, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. / İşletme Ekonomi Dizisi, İstanbul, 1991, 121
- Çakır A., Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (2007)., Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, Toplam Kalite Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 92 - 100
- Redfern S. ve Cristian S., Achieving change in Health Practice, (2003), Journal Of Evaluation in Clinical Practice, 225-238
- Jones K.R. ve Redman R.W., Organizational culture and work redesign, Journal of Nursing Administration, (2000), 604-610
- Özkan T. ve Lajunen T., (2003). Güvenlik kültürü ve iklimi, PiVOLKA, (2, 10), 3-4.
- Tütüncü Ö., Küçükusta D., ve Yağcı K., Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (2007), İzmir, (9,1), 519 - 533

Zorlutuna Y., (2008). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği.
http://www.saglikyonetimikongresi.org/OnlineWebEditor/userfiles/SYK_Sunumlar/YZ-SKHG.pdf. (11.10.2008).

Akgün S. ve Al-Assaf A.F., Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz?, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Yaz 2007, 3, 42-47

Yıldırım Ö. ve Saral Ç., İ.T.Ü Sağlık kurumları yönetimi sertifika programı, (2005).
http://www.ufukcebeci.com/Portals/57ad7180-c5e7-49f5-b282-c6475cdb7ee7/jci_sunum.pdf (11.10.2008).

Ünsal İ., Hasta güvenliği perspektifi ile laboratuvar kalite yönetimi ve ISO 15189, Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi, 15- 19 Kasım 2006, Antalya

Kohn L.T., Corrigan J. M. ve Donaldson M.S., Editors. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, Washington, DC : The National Academy Pres. <http://www.iom.edu>, <http://www.nap.edu> (22.6.2007)

Sezgin B., Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2007, 72-110

Erdemir A.D. ve Elçioğlu Ö.Ş., (2000), Tıp etiği ışığında hasta ve hekim hakları, Ankara, 43

Karan İ., Hastanelerde fiziksel ortamın hastalar üzerindeki etkilerinin araştırılması, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999, 28

- Yıldırım Ö., Sağlık kuruluşlarında insan faktörü mühendisliğinin önemi ve hasta güvenliği alanında uygulama örnekleri Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (2008), Doktora Tezi, İstanbul, 61
- Şen S., Er S., Sevil Ü., Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiri Kitabı, Cilt 2, 19-21 Mart 2009, 24-34, Antalya,
- Richardson W.C, Briere R., (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. 1st ed, National Academies Press. Washington, DC. <http://www.nap.edu/catalog/10027.html> (11.05.2009)
- Kohn L.T, Corrigan J.M, Donaldson M.S., (1999). To Err is Human: Building a safer health system. National Academy Press, Washington. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html> (11.05.2009)
- Mrayyan M.T., Shishani K., Al-Faouri I., (2007). Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives, Journal of Nursing Management, Vol 15 Issue 6, 659-670
- Pronovost et al., Defining and measuring patient safety, Critical Care Clinics, 21, 2005, 1-19
- Özmen F. ve Sönmez Y. (2007)., Değişim sürecinde eğitim örgütlerinde değişim ajanlarının rolleri. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (17, 2), 177 - 198
- Özmutaf N.M., (2007). Örgütlerde bireysel performans unsurları ve çatışma. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, (8, 2), 41
- Dooley J., (1995). Cultural aspects of systematic change management. (15.09.2008) <<http://www.well.com/user/dooley/culture.pdf.htm>>.

İnce M. Değişim olgusu ve örgütlerde insan kaynakları yönetiminin değişen fonksiyonları, 2006, http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2005/14/MINCE.PDF (23.02.2010)

Erdoğan İ., Eğitimde değişim yönetimi, (2004), Ankara: Pegem A Yayıncılık No: 1, 51-54

Coventry H., “Organizational design and change”, (1998), <http://www.canberra.edu.au/uc/lectures/mantech/manpol/sem982/unit3609/OrganisationalChange.html>, (15. 10. 2004).

Sabuncuoğlu Z., (1987). Çalışma psikolojisi, Uludağ Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 3–042–0116, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 209-210, 246, 261.

Şişman M., Örgütler Ve Kültürler, Pegem Yayıncılık, Ankara, 2002, 4

Owens R. G., Organizational behavior in education. 2.nd. Edition., (1987), Prentice-Hall International Inc. New Jersey, 243.

Balcı A., Örgütsel gelişme, (1995), Pegem. Yay. No:18. Ankara, 47

Dinçer Ö., Stratejik yönetim ve işletme politikası, (1998), Beta Yayınları, İstanbul, 8,75.

Leblebici Ö., Örgütsel değişim ve değişim liderliği. (2003), Erişim: Http://Www.Mcozden.Com/Joomla1/İndex.Php?Option=Com_Content&Task=View&İd=126&Itemid=32 (24 Şubat 2010)

George J. M., Organizational Behavior (3. Edition). (2002), New Jersey: Prentice Hill.

Scholl R. W., Organizational culture-the inducement system, 2003, (18/01/2009)
<http://www.Cba.uri.edu/school/Notes/Culture.html>.

Erdil O. ve Keskin H. Örgütsel değişim sürecinin özellikleri, enformasyon sisteminin etkinliği, iş değişimlerine uygulama etkinliği, rekabet stratejileri ve işletme performansı arasındaki ilişkiler, (2004), Yönetim Dergisi, Yıl: 15, Sayı: 47, İstanbul, 5

Şimşek M. Ş., Akgemici T. ve Çelik A., Davranış bilimlerine giriş ve örgütlerde davranış. Nobel Yayın Dağıtım, Konya, 1998, 239

Aldemir C., Örgütler ve yönetimi, Makro Bir Yaklaşım. (1985), İzmir, 123

Başaran E. İ., Yönetimde insan ilişkileri yönetsel davranış, (1998), Aydan Web Tesisleri, Ankara, 160.

Eren E., Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. İstanbul: Beta Yayınevi Şahin Murat, Değişim Yönetimi ve Çalışanların Motivasyonu, (2000), İstanbul Üniversitesi Yayınları, No: 11,1995, s. 42, 73, 88-90, 565.

Marşap A., Yönetim kontrol sistemleri, (1995), Ankara: KHO Basımı, 42

Bennis W., The leadership advantage. <http://www.pfdf.org/leaderbooks/121/spring99/bennis.html>, (02. 09. 2009).

Aktan C. C., Değişim ve yeni global yönetim, (1997), MESS yayını no:257, İstanbul, 15

Dursun A., Örgütsel değişim ve değişim karşısında bireysel direnç, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler, Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, (2007),Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 56

- Ülgen, H., Mirze, S.K., İşletmelerde Stratejik Yönetim, Literatür Yay., İstanbul, 2004, 260-261.
- Baykal B., Organizasyonların yönetimi: ilkeler süreçler, Met–Er Matb. İstanbul, 1981, 470
- İnal M. E., Durna U., Değişmeyeceğim diyebilir misiniz?, İşletmelerde Değişim Gereği, Pazarlama Dünyası, Eylül – Ekim, 2001, 24-31
- Yeniçeri Ö., Örgütsel değişimin yönetimi, (2002), Ankara: Nobel Yayıncılık, 127-128, 146
- Pearce J.A. and Robinson R.B., Strategic management: formulation, implementation, and control, (1994), Irwing. Adapted by Diego Medina. Las Palmas de Gran Canaria University, 65
- Altuğ D., Toplam kalite yönetimi anlayışı içinde örgütsel davranış, (1997), Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 126
- Aldağ R., J., Stearns T.M., Management., (1987). South-Western Publishing Co. Cincinnati, 387
- Robbins S. P., Örgütsel davranışın temelleri, San Diego State University, Prentice-Hall International, Inc., (Çev. Sevgi Ayşe Öztürk), (Etam Yay., 1994), 256, 307, 635
- Kozak M. A. ve Güçlü H., Turizm işletmelerinde değişim yönetimi üzerine kavramsal bir inceleme. Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Kocaeli, 2003, (5, 1), 3
- Reiling J., Safe design of health care facilities. Quality and Safety in Health Care, (2006), 15 (Suppl 1), İ34-İ40 (Doi:10.1136/Qshc.2006.019422.)

Özençel E., Örgütsel değişimin ve değişime direnme olgusunun algılanması üzerine bir araştırma (Selçuk Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu Örneği), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Eğitim Yönetimi, Teftişi, Planlaması Ve Ekonomisi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2007, 42

Özkalp E., Örgütsel davranış, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2005, 600

Uyargil C., Yönetici ve örgütsel değişim, Etkin Yönetici Organizasyonları Yönetme Semineri, 1998, 112, 115

Özkara B., Evrimci ve devrimci örgütsel değişim, İleri Ofset, Afyon, 1999,122

Çelebioğlu F., Davranış açısından örgütsel değişim, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayını no; 238, İstanbul, 1990, 107

Hotamışlı M., Örgütsel değişim ve afyon mermer sanayi, işletmelerinde örgütsel değişim uygulaması ile ilgili bir alan araştırması, (1996), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon, 55.

Quinn R. E., Sue R. F., Michael P. T., McGrath, M.R. Becoming a master manager a competency framework, (1996), 2nd Ed. John Wiley and Sons Inc., 339

Koçel T., İşletme Yöneticiliği; Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik–Modern–Çağdaş Yaklaşımlar, Arıkan Bas. Yay. Dag. Ltd.Sti, 10. Bas., Ekim, İstanbul, 2005, 691

Pekdemir L., Semerciöz F. Ve Ark., Organizasyonlarda değişim: 1995-1999 itibariyle karşılaştırmalı bir araştırma, 9.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri, 24-26 Mayıs 2001, 593, İstanbul

Hitt M. A., Middlemist D. R., ve Mathis R.L. Management Concepts and Effective Practice, 2. Ed. Saint Paul: West Pub. Co., 1986, 433.

Bedeian, G. ve F. Guleck, Management, The Dryden Pres, 1983, 388-389

DoE (1994). Sampling strategies for contaminated land. Report by The Centre for Research into the Built Environment, Nottingham Trent University..
http://www.eugris.info/envdocs/CLR04_00.pdf (11.02.2010).

Özkan Y., İşletmelerde Örgütsel Değişime Direnme ve Bu Sorunun Çözümlemesi Üzerine Bir Uygulama, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, 2002, 92

Çilesiz R.K., Örgütsel değişimin çalışanlar üzerindeki sosyal psikolojik ekonomik etkileri ve bir uygulama çalışması, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1997, 63

Atak M., Örgütsel değişim ve değişime direnç, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2001, 93, 104.

Uslu A., Hasta güvenliği ve hemşirelik, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Paneli Sunum, 24 Şubat 2007, İzmir

Terzi R. A., Örgüt kültürü, Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti., Ankara, 2000, 130

Dülger Ö., Örgütsel değişim yönetimi ve gıda sektöründe örgütsel değişim uygulamaları, Ankara Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003, 49

Sexton J.B., Thomas E.J., Helmreich R.L., Error, stres and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys, BMJ, 2000, 320, 745- 749

Barret M.O., Reducing Subordinate Resistance To Organizational Change In A United States Telecommunications Company: Proactive Supervisor - Subordinate, Two-Way Communicative Processes, Walden University, School Of Management, Doctoral Dissertation, 2007, 52

Schriesheim C.A., Castro S.L., Cogliser, C.C., Leader-member exchange (lmx) research: a comprehensive review of theory measurement and data-analytic practices, Leadership Quarterly, (10, 1), 1999, 63-114

Seren Ş., Değişime karşı tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve kalite belgesi alan hastanelerde değişim ile örgüt kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim ABD Doktora Tezi, 2005, İstanbul, 90-98

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, hasta güvenliğine bakış ile değişim arasındaki ilişkiyi analiz etmektir. Anketin doldurulması en fazla beş dakikanızı alacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacak, çalışmanın sonuçları eğitim amaçlı kullanılacaktır. İlginize teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

<i>Lütfen aşağıdaki soruları katılma düzeyinize göre işaretleyiniz.</i>	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
HASTA GÜVENLİĞİ					
Kliniğimizde yapılan tıbbi hatalardan ders çıkarırız.	⑤	④	③	②	①
Kliniğimizde tıbbi hatalar bilimsel şekilde değerlendirilir.	⑤	④	③	②	①
Hastanemizdeki yöneticiler hasta güvenliğiyle ilgili fikirlerimi dikkate alır.	⑤	④	③	②	①
Hekim arkadaşlarım hasta güvenliğiyle ilgili fikirlerimi dikkate alır.	⑤	④	③	②	①
Yönetim bizi güvenli bir kurum olmaya doğru yönlendirir.	⑤	④	③	②	①
Hasta güvenliği hakkındaki önerilerimi, yöneticiler dikkate alır.	⑤	④	③	②	①
Yönetim herhangi bir çıkar için güvenliği tehlikeye atmaz.	⑤	④	③	②	①
Hasta güvenliğini tehdit edici bir olayı rahatça rapor edebilirim.	⑤	④	③	②	①
Hasta güvenliği ile ilgili başvuracağım yerleri bilirim.	⑤	④	③	②	①
Yaptığım işin kalitesi ile ilgili geribildirimler alırım.	⑤	④	③	②	①
Hasta olsaydım, hastanemizde kendimi güvende hissederdim.	⑤	④	③	②	①
Vardiya değişimlerinde, hasta güvenliği açısından bilgi paylaşıyoruz.	⑤	④	③	②	①
Hastanemizde sıkça güvenlikle ilgili bilgilendirme toplantıları yapılır.	⑤	④	③	②	①
Sorumlu hemşirelerime hasta güvenliği konusunda rahatça ulaşabilirim.	⑤	④	③	②	①
Kurumumuz hasta güvenliğinde, geçen yıla göre daha iyidir.	⑤	④	③	②	①
Birimimizde sistemden kaynaklanan hatalar, kişiye mal edilmez.	⑤	④	③	②	①
Hasta güvenliğinde artı sorumluluk almaktan kaçınmam.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlar tıbbi kurallara ve yönergeler aldırılmaz.	⑤	④	③	②	①
Birimimizde hasta güvenliği önceliklidir.	⑤	④	③	②	①
KALİTE SİSTEMİ					
Sağlık hizmetlerimize yönelik genel kalite şartları belirlenir.	⑤	④	③	②	①
Sağlık hizmetlerimize yönelik gerekli kayıtlar eksiksiz tutulur.	⑤	④	③	②	①
Sağlık hizmetlerimiz görev tanımı ve yönergeler gibi tanımlanır, yazılı hale getirilir.	⑤	④	③	②	①
Yönetim verdiği sözleri yerine getirir.	⑤	④	③	②	①
Yönetim hasta odaklıdır.	⑤	④	③	②	①
Yönetim yetki, sorumluluk ve iletişim olanaklarını sağlar.	⑤	④	③	②	①
Yönetimin planlama ve geleceği görme yeteneği vardır.	⑤	④	③	②	①
İyi bir hizmet sunmak için uygun altyapı sağlanır.	⑤	④	③	②	①
İyi bir hizmet sunmak için, konusunda uzman çalışanlar vardır.	⑤	④	③	②	①
İyi bir hizmet sunmak için çalışma ortamımızın uygunluğu sağlanır.	⑤	④	③	②	①
Hemşirelik hizmetleri planlı yapılır.	⑤	④	③	②	①
Hemşirelik hizmetleri (süreçler) koordine edilir.	⑤	④	③	②	①
Sunulan hizmetler yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Verilen hizmetler değerlendirilir.	⑤	④	③	②	①
Elde edilen bulgu/veriler kontrol ve analiz edilir.	⑤	④	③	②	①
Elde edilen veriler ışığında, hizmetler iyileştirilir.	⑤	④	③	②	①

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM					
Kurumumdaki değişimler hasta ihtiyaçları hızlı ve kaliteli karşılanmaktadır.	5	4	3	2	1
Kurumumdaki değişim sonucunda kaynaklar etkin ve verimli kullanılmaktadır.	5	4	3	2	1
Kurumumdaki değişim sırasında kendi iş alışkanlıklarımı sürdürmemeye izin verilir.	5	4	3	2	1
Kurumumdaki değişim sürecinde ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışıyorum.	5	4	3	2	1
Kurumumdaki değişim, kişisel gelişimime katkıda bulunmaktadır.	5	4	3	2	1
Kurumumdaki değişimler iş yükümü artırır.	5	4	3	2	1
Kurumumda yaşanan değişimin kalıcı bir başarı sağladığına inanıyorum.	5	4	3	2	1
Kurumumuzda değişimin vizyon ve misyona uygun gerçekleştiğine inanıyorum.	5	4	3	2	1
Kurumumdaki değişim sürecinde bazen işten ayrılmayı düşünüyorum.	5	4	3	2	1
Üstlerimle iletişimimin sınırlı olması değişime karşı tutumumu etkiler.	5	4	3	2	1
Üstlerim değişimlere karar verirken sıklıkla fikrimi alırlar.	5	4	3	2	1
Üstlerim tarafından değişim uygulanmadan önce haberdar edilirim.	5	4	3	2	1
Üstlerimle değişimin etkinliği için, değişimin olumlu ve olumsuz yönlerini tartışırız.	5	4	3	2	1
Üstlerim değişimle ilgili karşıt görüşleri dinlemezler.	5	4	3	2	1
Üstlerim değişimin uygulanmasıyla ilgili fikirlerimi dikkate alır.	5	4	3	2	1
Üstlerim değişim uygulandığında geribildirimlerime kulak verir.	5	4	3	2	1
Kişisel olarak fikir ve projelerimi gerçekleştirmek için zaman yaratırım.	5	4	3	2	1
Personel toplantılarında açıkça konuşurum.	5	4	3	2	1
Kişisel olarak yeni fikirleri araştırırım ve problemlerin üstüne giderim.	5	4	3	2	1
Ne kadar başarılı olduğum konusunda, amirlerimle açıkça konuşurum.	5	4	3	2	1
Kişisel olarak sorumluluklarımla ilgili belirsiz durumları hoşgörüyü karşılarım.	5	4	3	2	1
Çalışma arkadaşlarım arasında yeni fikir ve yöntemleri ilk olarak ben denerim.	5	4	3	2	1
Kişisel olarak konuları parçalara ayırarak çözerim.	5	4	3	2	1
Karışık problemlerin çözümü için takım içinde çalışırım.	5	4	3	2	1
Kişisel olarak diğerleri için oldukça güç olan soruları çözmeye çalışırım.	5	4	3	2	1
Diğer birimlerle kendi çalışma grubum arasında iletişimi sağlarım.	5	4	3	2	1
Kişisel olarak örgüt içindeki kişilere karşı hoşgörülüyüm.	5	4	3	2	1
Görevlerin dağılımında kişisel ilişkilerimi kullanırım.	5	4	3	2	1
Kişisel olarak kurumum dışındaki uzmanlarla iletişim kurarım.	5	4	3	2	1
Birlikte çalıştığım kişiler benim yaratıcı fikirli olduğumu söylerler.	5	4	3	2	1
GENEL OLARAK;					
Hastalarımızın tıbbi güvenliği eksiksiz sağlanmaktadır.	5	4	3	2	1
Hastanemizde sağlık kalitesi güvence altındadır.	5	4	3	2	1
Hastanemizde değişimler iyi yönetilir.	5	4	3	2	1
Değişime yönelik girişimleri desteklerim.	5	4	3	2	1
Değişime yönelik girişimlere direnç gösteririm.	5	4	3	2	1
Arkadaşlarım değişime yönelik girişimlere destek verir.	5	4	3	2	1

Yaşınız: a) 20'den az b) 20-29 c) 30-39 d) 40-49 e) 50 ve üzeri
Eğitim durumunuz: a) Lise b) Önlisans c) Lisans d) Lisansüstü e) Doktora
Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
Biriminizde çalışma şekliniz: a) Sorumlu hemşire b) Klinik hemşiresi c) Diğer (belirtiniz)
Biriminizde çalışma yılınız: a) 1 den az b) 1-5 Yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16-20 yıl f) 20 ve üzeri
Hastanedeki çalışma yılınız: a) 1 den az b) 1-5 Yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16-20 yıl f) 20 ve üzeri
Meslekteki çalışma yılınız: a) 1 den az b) 1-5 Yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16-20 yıl f) 20 ve üzeri
Birim: **Hastane:**

İLGİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER...

ÖZGEÇMİŞ
Yük. Hem. Emre Yıldız

TC Kimlik No / Pasaport No	21332034716
Doğum yılı	1979
Yazışma adresi	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Merkezi Sterilizasyon Ünitesi
Telefon	505 7573575, 232 4122540
Fax	--
e-posta	emre.pamuk@deu.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet yılı
Türkiye	Ege Üniversitesi	Hemşirelik Yüksek Okulu	-	-	2000

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Ege Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Anestezi Y.B	Hemşire	2001
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Merkez Ameliyathane	Ameliyathane Hemşiresi	2002-2009
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Merkezi Sterilizasyon Ünitesi	Sorumlu Hemşire	2009-Devam