



# KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE İLİŞKİSİNİN YAPISAL EŞİTLİK MODELLEMESİYLE İNCELENMESİ

Examining the relationship of clinical governance climate and patient safety culture with structural equation modelling

Nuran ERASLAN<sup>1</sup>, Osman HAYRAN<sup>2</sup>, Serhat YÜKSEL<sup>3</sup>

## Özet

Klinik yönetim, tıbbi hataların dikkate alındığı, uygun olmayan, zayıf ve etkisiz bakımın ortadan kaldırıldığı önemli bir ilkedir. Araştırmanın amacı, farklı statülerdeki hastanelerde klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü ile ilişkisinin incelenmesidir. Kesitsel nitelikteki bu araştırma; Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında İstanbul'da farklı statüdeki 9 hastanede görev yapan, çok aşamalı örnekleme yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 2.055 hekim ve hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, kişisel bilgi formu, klinik yönetim iklimi ölçeği ve hasta güvenliği kültürü ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Toplanan veriler, Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile değerlendirilmiş, verilerin analizinde IBM SPSS 24,0 ve IBM AMOS 24,0 programları kullanılmıştır. Ölçüm modelinin doğrulayıcı faktör analizi sonucu, standart faktör yüklerinin 0,52-0,90 aralığında olduğu, 6 alt boyuttan oluşan klinik yönetim iklimi ve 12 alt boyuttan oluşan hasta güvenliği kültürü ölçeklerinin boyut yapısının korunduğu tespit edilmiştir. YEM analizi sonuçlarına göre; klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüne etkisinin ( $\beta=0,690$ ;  $p<0,05$ ) pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ayrıca, klinik yönetim iklimi (KYİ) değişkeninin, hasta güvenliği kültürü (HGK) değişkenini %39,8 oranında açıkladığı ( $R^2=0,398$ ) belirlenmiştir. Hastanelerde klinik yönetim iklimi değişkenleri ile hasta güvenliği kültürü değişkenleri arasında pozitif yönde önemli ilişki olduğu, hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için klinik yönetimin güçlendirilmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulguların, sağlık politikacılarına strateji oluşturmada yol gösterebileceği ayrıca sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve güvenli sunulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Klinik Yönetişim İklimi, Hasta Güvenliği Kültürü, hastaneler, yapısal eşitlik modellemesi

## Abstract

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

**Keywords:** Clinical Governance Climate, Patient Safety Culture, hospitals, structural equation modelling.

- 1- İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
- 2- İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
- 3- İstanbul Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Dr. Nuran ERASLAN

e-posta / e-mail: nuran.eraslan@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 16.02.2022, **Kabul Tarihi / Accepted:** 13.04.2022

**ORCID:** Nuran ERASLAN :0000-0003-4683-4302, Osman HAYRAN :0000-0002-9994-5033, Serhat YÜKSEL:0000-0002-9858-1266

**Nasıl Atıf Yapırım / How to Cite:** Eraslan N, Hayran O, Yüksel S. Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisinin Yapısal Eşitlik Modeliyle İncelenmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7(3):444-60.

## Giriş

Klinik yönetim, sağlık hizmeti sunan kuruluşların mükemmel ve güvenli hizmet sunumu konusunda, yüksek standartları sağlayıcı bir ortam oluşturmasının yanı sıra kalitenin sürekli iyileştirilmesi konularında hesap verebilirliğini ifade etmektedir (1). Klinik yönetim çerçevesinin merkezinde, hasta güvenliği bulunmaktadır ve hasta güvenliği önemi sürekli olarak artan bir konudur (2). Hasta güvenliği açısından önemli bir kavram olan hasta güvenliği kültürü organizasyon kültürünün bir parçası olup; bu konuda paylaşılan inanç, tutum, değer, norm ve davranışları ifade etmektedir (3). Yapılan araştırmalarda hasta güvenliği kültürünün anahtar unsurları; birim içinde ekip çalışması, hastane yönetiminin desteği, olay bildirim sıklığı, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme faaliyetleri olarak bildirilmiştir (4). Dolayısıyla, literatürde elde edilmiş bu bulgulardan yola çıkılarak, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü arasında nedensel bir ilişki olabileceği varsayılmıştır.

Tıbbi hataların, pek çok ülkede önemli bir sorun hatta önde gelen ölüm nedenlerinden birisi olduğu ve bunların önlenmesinde örgütsel kültürün önemli rol oynadığı bilinmektedir (5). ABD’de, yapılan bir çalışmada tıbbi hataların kalp-damar hastalıkları ve kanserin ardından ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada geldiği vurgulanmıştır (6). Türkiye’de hasta güvenliğine verilen önem, yakın zamanda ivme kazanmaya başlamış ve Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliğine yönelik olarak oluşturulan, Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) ilk kez 2016 yılında faaliyete geçirilmiştir. Bu sistemle, sağlık kurumlarında hasta güvenliğine yönelik istenmeyen olayların tespit edilmesi amaçlanmıştır. GRS istatistiklerine göre, ülkemizde hasta güvenliğini tehdit eden olayların en çok laboratuvar, ameliyathane

ve kliniklerde yaşandığı görülmektedir (7). Ülkemizde yargıtay’a konu olan tıbbi hata dava dosyaları üzerinden retrospektif olarak yapılan bir çalışmaya göre, tıbbi hataların en çok jinekoloji ile genel cerrahi branşlarında ortaya çıktığı tespit edilmiştir (8). Bir başka çalışmada ise, yargıtay’a intikal eden ve karara bağlanan tıbbi hata konularının yarısından fazlasının (%53,9) hatalı tedaviler olduğu belirlenmiştir (9).

Klinik yönetim kavramı ise, ülkemiz sağlık yönetiminde yeni sayılabilecek bir kavram olup henüz önemli araştırmalara konu olmamıştır. Literatür incelendiğinde klinik yönetime dair, Türkçe bilimsel veri tabanlarında çok az çalışmaya rastlanmıştır (10-12). Uluslararası literatürde ise, klinik yönetime yönelik sistematik derleme çalışmaları bulunmamakta olup, konuya ilişkin iki farklı yönde tekil çalışmalar bulunmaktadır. Buna göre, çeşitli ülkelerde yapılan çalışma sonuçlarına göre; klinik yönetim ikliminin güçlendirilmesinin iş doyumunu, klinik birimlerin bazı performans göstergeleri ve mortalite oranları, klinik laboratuvar hizmet kalitesi ve enfeksiyon kontrolünü olumlu yönde etkilediği görülmektedir (13-15). Ancak bu bulgulardan farklı olarak klinik yönetim ikliminin önemsenmediği, hizmetlerin kalitesinde önemli bir belirleyiciliğinin olmadığı yönünde çalışmalar da bulunmaktadır (16-17).

Gerek dünyada gerekse ülkemizde, klinik hizmetlerin yönetimi ve hasta güvenliği konularının taşıdığı önem çok sık dile getirilmesine rağmen yapılan çalışmalarda bu iki konunun genellikle ayrı ele alındığı dikkati çekmektedir. Bu bilgilerden hareketle planlanan çalışmamızın amacı, İstanbul ilinde hizmet vermekte olan farklı statülerdeki hastanelerde klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü ile ilişkisini araştırmaktır.

## Gereç ve Yöntem

Sağlık hizmetleri genel anlamda, hastalıkların teşhis ve tedavisi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla yürütülmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda aktif rol alan ve iki meslek grubu hekimler ve hemşirelerdir. Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışma Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihte mevcut olan 226 hastanede çalışan hekim ve hemşireler (N=56.924) araştırma evrenini oluşturmaktadır.

Çalışma örnekleme çok aşamalı yöntemle seçilmiştir. İlk aşamada evrendeki hastaneler, akredite olup olmadıklarına göre ve kamu, özel, üniversite hastanesi şeklinde 5 kategoriye ayrılarak her gruptan bir hastanenin örnekleme girmesi sağlanacak şekilde kolay örnekleme yöntemi ile seçim yapılmıştır. Örnek seçimi sırasında veri toplamaya elverişli, iş birliği yapmaya gönüllü olan ve izin alınabilen hastaneler tercih edilmiştir. Seçilen hastanelerin özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1:** Araştırmada yer alan hastane grupları ve özellikleri, İstanbul, 2021.

Gruplar	Hastane Türü	Hastane Adı	Yatak Sayısı
I.Grup	Akredite Üniversite Hastaneleri	X Üniversite Hastanesi	293
		Y Üniversite Hastanesi	515
II.Grup	Akredite Olmayan Üniversite Hastaneleri	Z Üniversite Hastanesi	200
		T Üniversite Hastanesi	250
III.Grup	Akredite Özel Hastaneler	A Özel Hastanesi	316
		B Özel Hastanesi	170
IV.Grup	Akredite Olmayan Özel Hastaneler	C Özel Hastanesi	351
		D Özel Hastanesi	194
V.Grup*	Akredite Olmayan Kamu Hastanesi	A Kamu Hastanesi	640
<b>Toplam</b>		<b>9 Hastane</b>	

\*Araştırmanın yapıldığı tarihte akredite kamu hastanesi bulunmamaktadır

İkinci aşamada örnekleme girecek katılımcılar, tabakalı örnekleme yöntemiyle gruplanmış ve her grubun toplam popülasyondaki sayılarıyla orantılı olarak temsil edilmesi amaçlanmıştır. Daha sonra araştırma şartlarını karşılayan (gönüllü olma ve en az 1 yıl çalışma) hekim ve hemşireler, çalıştıkları hastanelerin ilgili birimlerinden basit tesadüfi yöntemle seçilmiştir.

Yapısal eşitlik modellemesinde, örneklem büyüklüğü modelin en önemli varsayımlarından birisidir ve örneklem sayısı konusunda literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Yeterli örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde tahmin edilecek parametre sayısının dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (18-19). Araştırmamızda bu yaklaşım dikkate

alınarak örnek büyüklüğü, madde sayısının 20 katı ( $102 \times 20 = 2.040$ ) olacak şekilde 2.040 kişi olarak belirlenmiştir (19).

Araştırmanın yapıldığı 9 hastanede bulunan toplam 3.912 hekim ve hemşireden, Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında çalışmakta olan 3.143 kişiye araştırma anketleri elden dağıtılmıştır. Bu anketlerden; eksik, kayıp ve çelişkili olması nedeniyle 1.088 adedi değerlendirmeden çıkarılarak, geçerli olan 2.055 adet ankette yer alan veriler analiz edilmiş ve araştırmada hedeflenen örneklem hacmine ulaşılmıştır.

Araştırmada veriler, 3 bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde; araştırmacı tarafından geliştirilen ve sosyo-demografik özelliklerle ilgili 6 soru, iş yaşamı özelliklerine ilişkin 4 soru

ve çalışılan kurum özellikleri ile ilgili 6 sorudan oluşan toplam 16 soruluk kişisel bilgi formu yer almıştır.

Anketin ikinci bölümünde, klinik yönetim iklimi ölçeği, üçüncü bölümünde ise, hasta güvenliği kültürü ölçeği yer almıştır. Klinik yönetim iklimi ölçeğinin hem

İngilizce hem de Türkçe analizinde, Cronbach's alpha değeri 0,89' dur (10, 20). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin orijinalinde Cronbach's alpha değeri (0,63-0,84) aralığında (21), Türkçe çalışmasında ise (0,57-0,86) aralığında bulunmuştur (22) (Tablo 2).

**Tablo 2:** Veri toplama araçları.

Ölçek Adı	Orijinal Geçerlilik ve Güvenilirlik	Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik	Boyut, Madde Sayısı	Ölçek Türü
Klinik Yönetişim İklimi	Freeman, 2003 (20)	Gürdoğan, 2012 (10)	6 boyut 60 madde	Likert (5'li)
Hasta Güvenliği Kültürü	Sorra&Nieva, 2004 (21)	Filiz, 2009 (22)	12 boyut 42 madde	Likert (5'li)

**Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği;** örgütsel süreç ve stratejileri ölçmekte olup, 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve madde sayıları aşağıdaki gibidir (20, 23).

**1-Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG):** Bu boyutta, kalite geliştirme faaliyetlerinin başarısı ile ilgili 21 madde bulunmaktadır.

**2-Önleyici Risk Yönetimi (ORY):** Bilginin karar vermede ne kadar etkili olduğu ve risk bilgilerinin sistematik olarak toplanmasına yönelik 11 madde yer almaktadır.

**3-Suç ve Ceza Ortamı (SCO):** Haksız yere suçlama, cezalandırma ve suçlama kültürüyle ilgili ifadelerle yönelik 9 madde bulunmaktadır.

**4-Meslektaşlarla Birlikte Çalışma (MBC):** Çalışanların birlikte çalışma şekline yönelik 6 madde bulunmaktadır.

**5-Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF):** Çalışanların eğitim ve gelişme olanaklarına yönelik 8 madde bulunmaktadır.

**6-Örgütsel Öğrenme (OO):** Örgütsel öğrenmeye yönelik 5 madde bulunmaktadır.

**Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği;** sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerini etkileyebilecek faktörlerin incelenmesi amacıyla kullanılan ve 12 alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Alt boyutların tanımları ve madde sayıları aşağıdadır (24).

**1-Güvenliğin kapsamlı algılanması (GKA):** Bu boyut kurumdaki prosedür ve

sistemler, hasta güvenliği sorunlarına yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.

**2-Hataların raporlanma sıklığı (HRS):** Hastayı etkilemeden önce tespit edilen ve düzeltilen hatalar, hastaya zarar verme potansiyeli olmayan hatalar ve hastaya zarar verebilecek hatalara yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.

**3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (HUAEC):** Hastane birimleri arasındaki iş birliği ve koordinasyona yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.

**4-Hastane müdahaleleri ve değişim (HMD):** Hasta bakımı bilgilerinin hastane birimleri arasında ve vardiya değişiklikleri sırasında aktarımına ilişkin 4 madde bulunmaktadır.

**5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (YBGGF):** Yönetimin hasta güvenliğine yönelik uygulama ve faaliyetlerine yönelik 4 madde yer almaktadır.

**6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (OOSG):** Öğrenme kültürü ve sürekli geliştirmeye yönelik 3 madde bulunmaktadır.

**7-Üniteler içinde ekip çalışması (UIEC):** Çalışanların birbirine destek olması, saygı göstermesi ve iş birliğine yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.

**8-İletişimin açık tutulması (İAT):** Çalışanların, olumsuz bir olayla karşılaştığında açıkça konuşabilmesi, hastayı



olumsuz etkileyebilecek olay ve durumların serbestçe sorgulanmasına yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.

**9-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (HKCOY):** Çalışan hatalarına ve olay raporlamaya yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.

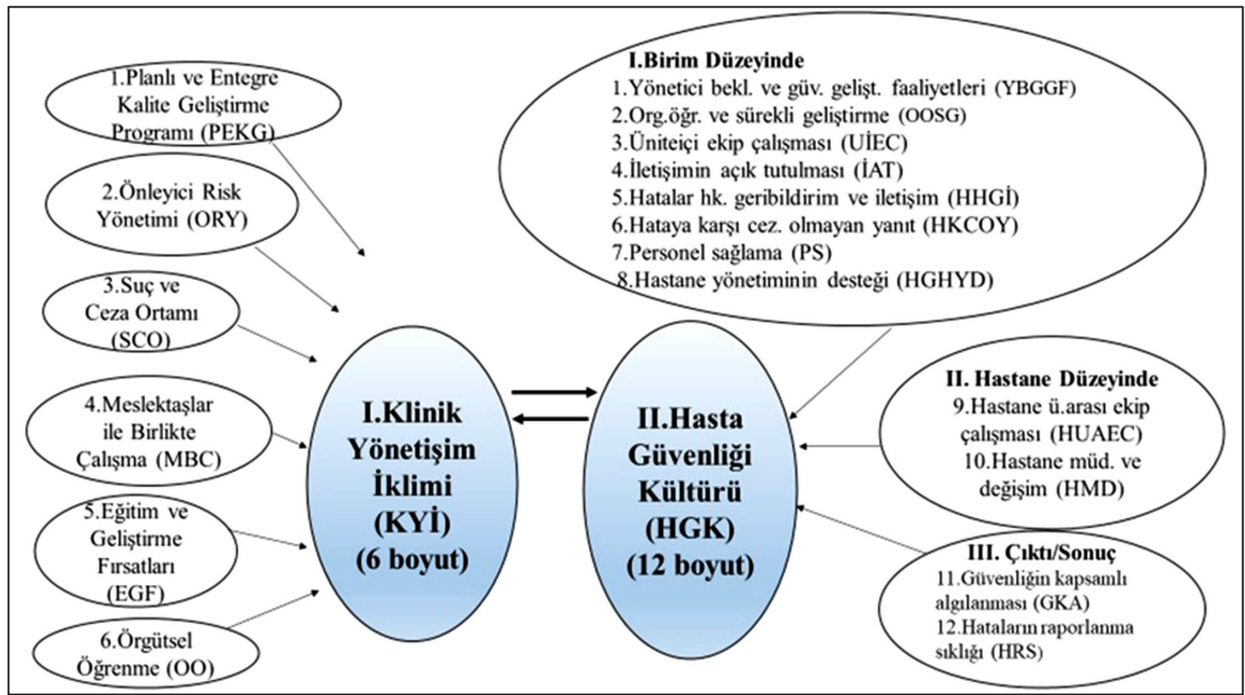
**10-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (HHGİ):** Oluşan hatalar hakkında çalışanlara bilgi verilmesi, değişiklikler hakkında geri bildirimde bulunulmasına yönelik 3 madde yer almaktadır.

**11-Personel Sağlama (PS):** Personele yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.

**12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (HGHYD):** Hasta güvenliğini destekleyen ve önceliklendiren çalışma ortamına yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan yapısal eşitlik

modellemesi (YEM), çeşitli değişkenler arasındaki nedensel ilişkileri incelemek için kullanılan, farklı istatistik analizlerin bir arada kullanıldığı güçlü bir modelleme tekniğidir. YEM' in geleneksel çok değişkenli tekniklere göre 3 büyük avantajı vardır. Bunlar ölçüm hatasının açık bir şekilde değerlendirilmesi, gizli değişkenlerin gözlenen değişkenler aracılığıyla tahmini ve modelin verilere uygunluğunu değerlendirmeyi sağlamasıdır (25). Bu yöntem, bilimsel teorileri doğrulamak için siyaset bilimi, ekonomi, yönetim, pazarlama, psikoloji, sosyoloji, eğitim ve sağlık gibi özellikle sosyal bilimler alanında kullanılmaktadır (26). Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi değişkeni ve hasta güvenliği kültürü değişkeni arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için oluşturulan model Şekil 1'de yer almaktadır.



Şekil 1: Araştırma modeli.

Not: Araştırmacının kendisi tarafından oluşturulmuştur.

Araştırma modelinde, klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisini test etmek üzere model oluşturulmuştur.

Araştırmanın analiz birimi; dahili, cerrahi ve karma servisler ile, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, organ nakli, palyatif bakım, idari birimler, poliklinik,

günübirlik ve ayaktan tedavi birimlerinden oluşmaktadır.

**İstatistiksel Analiz ve Etik:** Araştırma grubunun özellikleri, tanımlayıcı istatistiklerle belirtilmiş olup, çalışmada yer alan tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 24,0 ve IBM AMOS 24,0 programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma modeli, YEM

ile analiz edilmiştir. Çalışmada, örtük değişkenlerle yapısal basit regresyon modeli uygulanmıştır.

Araştırma İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi bölümü doktora bitirme tezinden

hazırlanmıştır. Çalışmanın gerçekleştirilmesi için, "İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu"ndan 15.11.2019 tarihinde 61613 karar numarasıyla, etik kurul onayı alınmıştır.

## Bulgular

Araştırmada anket geri dönüş oranı %65,3 ( $2.055/3.143=65,3$ ) olup, örneklem içerisinde hastanelere göre yanıt oranları; %77,3 ile %33,0 arasında değişmektedir.

Tablo 3' te araştırma grubunun demografik ve mesleki özellikleri yer almaktadır. Örneklemin yaş ortalaması 31,04

ve standart sapması 10,18'dir. Grubun %70,5'i kadın, %29,5'i erkektir. En düşük öğrenim düzeyi lise olup katılımcıların %20,1'i lisans, %34,8'i lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Tüm grubun; %30,7'si hekim, %69,3'ü hemşiredir.

**Tablo 3:** Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı, İstanbul, 2021.

<b>Sosyo-demografik Özellikler (n=2.055)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Değişken</b>		
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	1.448	70,5
Erkek	607	29,5
<b>Yaş (Ort: 31,04±10,18) (Min.19-Mak.73)</b>		
<25	740	36,0
25-34	698	34,0
35-44	346	16,8
45 ve üstü	271	13,2
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	1.172	57,0
Evli	817	39,8
Boşanmış	66	3,2
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Lise	486	23,6
Önlisans	441	21,5
Lisans	413	20,1
Y. Lisans ve üzeri	715	34,8
<b>Meslek</b>		
Hekim	630	30,7
Hemşire	1.425	69,3
<b>İdari Görev</b>		
Yönetici	128	6,2
Yönetici Değil	1.927	93,8
<b>Toplam</b>	<b>2.055</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4'de ise, araştırma grubunun çalıştıkları kuruma ilişkin özellikleri yer almaktadır. Araştırma grubunun; %38,4'ü özel hastanede, %17,6'sı kamu hastanesinde, %44'ü üniversite

hastanesinde görev yapmaktadır. Klinik yönetim konusunda eğitim aldığını belirtenlerin oranı %33,5, hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını belirtenlerin oranı %86,3'tür.

**Tablo 4:** Araştırma grubunun çalıştığı kurum özellikleri, İstanbul, 2021.

<b>Çalıştığı Hastane Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastane Türü</b>		
Özel	790	38,4
Kamu	362	17,6
Üniversite	903	44,0
<b>Akreditasyon Durumu</b>		
JCI Belgeli	1.058	51,5
JCI Belgesiz	997	48,5
<b>Hastane Sertifika/Belgeleri</b>		
HIMSS	123	6,0
LEED*	41	2,0
Diğer (SKS**, ISO***, Bebek dostu)	174	8,5
Yanıt Vermeyenler	1.717	83,5
<b>Klinik Yönetişim eğitimi alan</b>		
Evet	688	33,5
Hayır	1.367	66,5
<b>Hasta Güvenliği eğitimi alan</b>		
Evet	1.773	86,3
Hayır	282	13,7
<b>Toplam</b>	<b>2.055</b>	<b>100,0</b>

\*LEED: Enerji ve Çevre Dostu Tasarımda Liderlik, \*\*SKS: Sağlıkta Kalite Standartları,

\*\*\*ISO: Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı

Çalışmamızda; klinik yönetim iklimi genel puanı 113,51 hasta güvenliği kültürü olumlu yanıt ortalaması %59,3 olarak bulunmuştur.

Çok değişkenli normalliğin ölçümü, AMOS yazılımında Mardia çok değişkenli basıklık ve kritik oranı kullanılarak yapılmaktadır (27). Yapılan analizler sonucu; çalışmamızda yer alan ölçeklerin Mardia katsayısı yüksek olduğundan (KYİ:448,038;172,791 ve HGK: 326,127;147,353) ölçekler için çoklu normal dağılım şartının sağlanamadığı tespit edilmiştir. Phakiti, Costa, Plonsky ve Starfield (2018) göre, Mardia katsayısının üç değerinden küçük (Mardia<3) olması gerekmektedir (28). Bu kapsamda çalışmamızda, parametrelerin tahmini için normal dağılımlı olmayan veriler için

kullanılan asimptotik dağılım fonksiyonu (ADF) yöntemi tercih edilmiştir. Veri setindeki değişkenlerin çoklu normallik varsayımını sağlayamaması durumunda, ADF olarak da adlandırılan ağırlıklandırılmış en küçük kareler yöntemi (AEKK) kullanılmaktadır. Bu yöntemin yansız ve tutarlı tahminler verebilmesi, çok büyük örneklem genişlikleri ile mümkün olmaktadır (29). Araştırma modelinden önce, modeli oluşturacak her iki ölçeğe ait alt boyutların bir arada olduğu modele doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçüm modelinde, standart faktör yüklerinin 0,52-0,90 aralığında yer aldığı ve tüm faktör yüklerinin anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) tespit edilmiştir (30).

Araştırmanın ölçüm modelinde, örnekleme uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucu, her iki ölçeğin de boyut yapısı

korunmuş ancak standart faktör yükleri ( $FY < 0,50$ ) düşük olan (30), toplam 28 madde kapsam dışı bırakılarak analize alınmamıştır. Bu maddeler; Klinik Yönetişim İklimi (KYİ) ölçeğindeki, kalite iyileştirme boyutundan 6, önleyici risk yönetimi ile suç ve ceza ortamı boyutlarından 3'er, meslektaşlarla birlikte çalışma ile örgütsel öğrenme boyutlarından 2'şer ifade, eğitim ve geliştirme fırsatları boyutundan 4 ifade olmak üzere toplam 20 madde ile, Hasta Güvenliği Kültürü (HGK) ölçeğindeki, güvenliğin kapsamlı algılanması boyutundan 2, yönetici beklentileri ve

personel sağlama boyutlarından 2'şer, üniteler içinde ekip çalışması ve hastane yönetiminin desteği boyutlarından 1'er ifade olmak üzere toplam 8 maddedir. Sonuçta, toplam 28 ifade kapsam dışı bırakılarak YEM ile 74 madde üzerinden analiz yapılmıştır.

Ölçüm modelinden elde edilen bulgulara göre; tümünde  $p < 0,05$  olmak üzere,  $\chi^2=6239,68$ ,  $\chi^2/df=3,012$  GFI=0,898, CFI=0,913, SRMR=0,079, RMSEA=0,058 bulunduğundan modelin kabul edilebilir olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 5).

**Tablo 5:** Ölçüm modeli uyum endeks değerleri.

Endeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Ölçüm Modeli (KYİ ve HGK)
$\chi^2/df$ : Ki-Kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilir.	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$	(3,012)
<b>GFI:</b> Uyum iyiliği endeksidir.	$\geq 0,90$	0,85-0,89	(0,898)
<b>CFI:</b> Karşılaştırmalı uyum endeksidir.	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$	(0,913)
<b>SRMR:</b> Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının kareköküdür.	$\leq 0,05$	$0,06 \leq SRMR \leq 0,08$	(0,079)
<b>RMSEA:</b> Yaklaşık hataların ortalama kareköküdür.	$\leq 0,05$	$0,06 \leq RMSEA \leq 0,08$	(0,058)

*Kaynak: (31) Meydan CH. Yapısal Eşitlik Modellenmesi Amos Uygulamaları. Birinci Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık, s.182-37, 2011.*

Klinik Yönetişim İklimi ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ikili ilişkiyi gösteren korelasyon değerleri ve ayrışım geçerliliği analiz bulguları Tablo 6'da ayrıntılı şekilde verilmiştir ve bu tablodan çıkarılabilecek önemli sonuçlar şu şekildedir:

**1-Cronbach's Alpha Değeri (CA):** Cronbach's alpha değerlerinin; KYİ ölçeği alt boyutları için (0,734-0,898) arasında olduğu ve HGK ölçeği alt boyutları için (0,560-0,887) arasında olduğu saptanmış olup her iki ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür.

**2-Birleşik Güvenilirlik Değeri (CR):** Birleşik güvenilirlik değerlerinin, ölçeklere ait alt boyutlarda 0,909-0,703 arasında olduğu, dolayısıyla tüm CR değerleri  $> 0,70$

bulduğundan birleşik güvenilirlik koşulunun sağlandığı görülmektedir. Bir başka deyişle, tüm değişkenler için  $CR > 0,70$  olarak tespit edildiğinden birleşik güvenilirlik koşulu sağlanmaktadır (32).

**3-Yakınsama (CV) ve Ayrışım (DV) Geçerliliği:** Yakınsama geçerliliğinin göstergesi, açıklanan ortalama varyans (AVE) değeridir. Yakınsama geçerliliğinin teyit edilebilmesi için açıklanan ortalama varyans değerinin ( $AVE \geq 0,50$ ) olması gerekmektedir. Ancak birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamı (0,70) değerinden yüksek olduğunda, ( $AVE \geq 0,40$ ) olması yeterli görülmüştür (30) Bir DFA modelinde, faktörlerin ayrışım geçerliliğine sahip olabilmesi için AVE karekök değerlerinin korelasyon değerlerinden yüksek olması



şartının sağlanması gereklidir (30). Buna göre; Tablo 6'da AVE karekök değerleri parantez içinde verilen değerler, o sütun ve satırda yer alan tüm korelasyon değerlerinden yüksek bulunduğu için boyutların ayrışım geçerliliğinin sağlandığı görülmekte yani iki boyutun birbirinden ayrıştığı görülmektedir. Araştırmamızda, ölçek alt boyutlarının AVE değerleri ise, aşağıdaki gibidir;

• **Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Varyans (AVE) Değerleri:** OO boyutunda (0,579), EGF boyutunda (0,561), ORY boyutunda (0,559), MBC boyutunda (0,558), PEKG boyutunda (0,505) bulunmuştur. Sadece, SCO boyutunda (0,490) olarak değerinden (AVE<0,50) düşük olarak bulunmuştur. AVE değerinin (0,50) değerinden düşük olması, birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamının (0,70) değerinden büyük olması ile kabul edilebilir duruma gelmiştir.

• **Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Varyans AVE Değerleri:** GKA boyutu için (0,798), YBGGF boyutu için (0,798), HRS boyutu için (0,746),

HUAEC boyutu için (0,698), HKCOY boyutu için (0,654), UIEC boyutu için (0,647), İAT boyutu için (0,598), PS boyutu için (0,508) olarak elde edilmiştir. AVE (0,50) değerinden düşük elde edilen boyutlar; HGHYD boyutu için (0,496), OOSGG boyutu için (0,494), HMD boyutu için (0,494) ve HHGİ boyutu için (0,440) olarak hesaplanmıştır. AVE değerinin (0,50) değerinden düşük olması, birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamının (0,70) değerinden büyük olması ile kabul edilebilir duruma gelmiştir.

Sonuç olarak Tablo 6'ya göre, ortalama varyans değeri (AVE) 0,440-0,798 değer aralığında bulunduğundan, çalışmamızda tüm değişkenler için (AVE>0,40) bulunmuş olması ölçüm modelinde yakınsama geçerliliği için gerekli şartın sağlandığını göstermektedir (30). Ayrıca hem KYİ hem de HGK ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerliliklerinin bulunduğu, aynı zamanda bu iki ölçek ile model oluşturulabilmesi için, boyutlar arasında ayrışım geçerliliğinin de (AVE>0,40) sağlandığı görülmektedir.

**Tablo 6:** Ölçeklerin korelasyon matrisi ve ayrışım geçerliliği.

Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. PEKG	(0,710)																	
2. ORY	-0,627**	(0,773)																
3. SCO	0,550**	-0,455**	(0,700)															
4. MBC	-0,733**	0,567**	-0,499**	(0,746)														
5. EGF	-0,508**	0,692**	-0,408**	0,441**	(0,748)													
6. OO	-0,338**	0,552**	-0,304**	0,380**	0,544**	(0,760)												
7. GKA	0,349**	-0,332**	0,266**	-0,315**	-0,232**	-0,191**	(0,893)											
8. HRS	0,317**	-0,307**	0,241**	-0,271**	-0,274**	-0,205**	0,280**	(0,863)										
9. HUAEC	-0,343**	0,352**	-0,254**	0,355**	0,342**	0,294**	-0,224**	-0,205**	(0,835)									
10. HMD	0,352**	-0,375**	0,281**	-0,360**	-0,329**	-0,257**	0,309**	0,226**	-0,660**	(0,702)								
11. YBGGF	0,422**	-0,377**	0,302**	-0,373**	-0,321**	-0,241**	0,430**	0,321**	-0,272**	0,273**	(0,893)							
12. OOSG	0,394**	-0,342**	0,280**	-0,354**	-0,276**	-0,216**	0,569**	0,305**	-0,223**	0,244**	0,442**	(0,702)						
13. UJEC	0,388**	-0,322**	0,325**	-0,379**	-0,219**	-0,215**	0,544**	0,279**	-0,257**	0,304**	0,471**	0,646**	(0,804)					
14. İAT	0,463**	-0,462**	0,334**	-0,404**	-0,378**	-0,330**	0,412**	0,481**	-0,283**	0,333**	0,501**	0,419**	0,444**	(0,773)				
15. HHGİ	0,243**	-0,179**	0,244**	-0,235**	-0,222**	-0,164**	-0,017	0,100**	-0,208**	0,206**	0,157**	0,021	0,077**	0,150**	(0,663)			
16. HKCOY	0,431**	-0,428**	0,320**	-0,374**	-0,364**	-0,291**	0,393**	0,757**	-0,276**	0,313**	0,463**	0,412**	0,416**	0,856**	0,156**	(0,802)		
17. PS	-0,206**	0,096**	-0,154**	0,173**	0,065**	0,036**	-0,299**	-0,176**	0,095**	-0,092**	-0,301**	-0,428**	-0,504**	-0,237**	0,048*	-0,228**	(0,712)	
18. HGHYD	0,491**	-0,462**	0,336**	-0,421**	-0,403**	-0,304**	0,418**	0,378**	-0,363**	0,420**	0,490**	0,392**	0,382**	0,530**	0,134**	0,493**	-0,226**	(0,704)
CA	0,898	0,814	0,780	0,780	0,734	0,770	0,671	0,887	0,560	0,752	0,827	0,684	0,851	0,790	0,655	0,613	0,601	0,675
CR	0,869	0,909	0,850	0,834	0,835	0,805	0,831	0,898	0,807	0,795	0,883	0,742	0,880	0,817	0,703	0,754	0,792	0,732
AVE	0,505	0,559	0,490	0,558	0,561	0,579	0,798	0,746	0,698	0,494	0,798	0,494	0,647	0,598	0,440	0,654	0,508	0,496

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

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

6. OO: Örgütsel Öğrenme

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Boyutları: 7. GKA: Güvenliğin kapsamlı algılanması, 8. HRS: Hataların raporlanma sıklığı, 9. HUAEC: Hastane üniteleri arasında ekip çalışması, 10. HMD: Hastane müdahaleleri ve değişim,

11. YBGGF: Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, 12. OOSG: Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, 13. UJEC: Üniteler içinde ekip çalışması, 14. İAT: İletişimin açık tutulması, 15. HHGİ: Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, 16. HKCOY: Hataya karşı cezai olmayan yanıt, 17. PS: Personel sağlama 18. HGHYD: Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği

## **Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi**

Çalışmamızda Klinik Yönetişim İkliminin (6 boyut), Hasta Güvenliği Kültürü değişkenine (12 boyut) olan etkisi yapısal modelle incelenmiş, yapılan doğrulayıcı faktör (DFA) analizi sonucu her iki ölçeğin boyut yapısı korunurken, ölçeklerdeki bazı maddeler kapsam dışı bırakılarak toplam 74 madde üzerinden YEM ile analiz yapılmıştır.

### **A) Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği:**

Literatürde 60 madde ve 6 boyut olarak yer alan KYİ ölçeğinin, örneklemimize uygulanan (DFA) analizi sonucu standart faktör yükleri düşük ( $FY < 50$ ) olan 20 madde elenmiş ve analize alınan 40 maddenin faktör yükleri standart değerlerinin 0,594-0,860 aralığında yer aldığı tespit edilmiştir.

### **B) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği:**

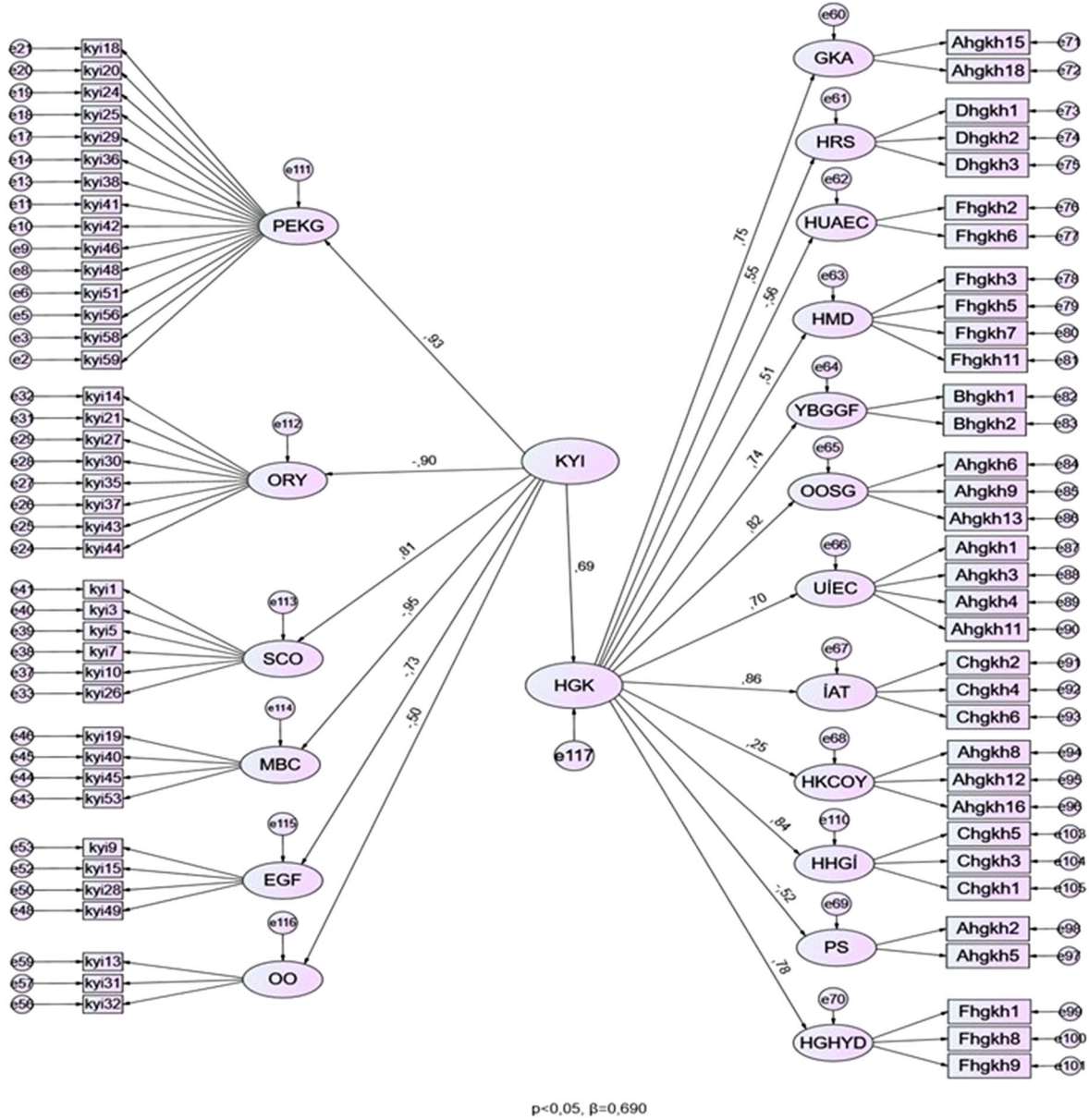
Literatürde 42 madde ve 12 boyut olarak yer alan HGK ölçeğinin, örneklemimizde uygulanan (DFA) analizinde standart faktör yükleri düşük ( $FY < 50$ ) olan 8 madde elenmiş ve analize alınan 34 maddenin faktör yükleri standart değerlerinin 0,532-0,903 aralığında yer aldığı tespit edilmiştir. Her iki ölçeğin DFA analizine alındığı ölçüm modelinin standart faktör yükleri ise, 0,52-0,90 aralığında yer almaktadır (Şekil 2).

Çalışmamızda KYİ ve HGK değişkenlerine aynı anda uygulanan ölçüm modeli; araştırmada yer alan ölçeklerin alt boyutlarının ayrışım geçerliliğinin sağlanıp sağlanmamasına bağlı olarak, yapısal modelin kurulabilmesi konusunda bilgi sağlamıştır. Birleşik güvenilirlik (CR) değerleri doğrulayıcı faktör analiziyle hesaplanan faktör yüklerinden hesaplanmış

ve Tablo 6'da görülebileceği üzere birleşik güvenilirlik değerlerinin 0,70 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yakınsama geçerliliğinin göstergesi açıklanan ortalama varyans (AVE) değeridir ve yakınsama geçerliliğinin teyit edilebilmesi için açıklanan ortalama varyansın ( $AVE \geq 0,50$ ) olması gereklidir. Ancak, çalışmamızda birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamı (0,70) değerinden yüksek olduğu için ( $AVE \geq 0,40$ ) olması yeterli görülmüştür (30) (Tablo 6).

Araştırmada, klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüne etkisi YEM ile araştırılmıştır. Araştırma modelinden elde edilen değerler;  $p < 0,05$  olmak üzere,  $\chi^2 = 7795,312$ ,  $\chi^2/df = 2,989$  bulunduğundan modelin kabul edilebilir olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum endeks değerleri  $GFI = 0,881$ ,  $CFI = 0,931$ ,  $SRMR = 0,0689$ ,  $RMSEA = 0,0778$  kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin kabul edilebilir olduğu anlaşılmaktadır.

Örtük değişkenlerle uygulanan yapısal basit regresyon modeline göre; klinik yönetim ikliminin (KYİ) değişkeninin, hasta güvenliği kültürü (HGK) değişkenine etkisi ( $\beta = 0,690$ ;  $p < 0,05$ ) pozitif yönde ve istatistik olarak anlamlıdır. Klinik yönetim iklimi değişkeni, hasta güvenliği kültürü değişkeninin %39,8'ini açıklamaktadır ( $R^2 = 0,398$ ). Buna göre; klinik yönetim iklimi değişkeninin değerinin artması, hasta güvenliği kültürü değişkeninin de artmasına neden olmaktadır. Tüm hastanelerde, klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etki değeri Şekil 2'de verilmiştir.



**Şekil 2:** Klinik Yönetişim İkliminin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etki değeri (n=2.055).

## Tartışma

Çalışmamız İstanbul ilinde hizmet vermekte olan farklı statülerdeki hastanelerde, klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla, 9 hastanede çalışan 2.055 hekim ve hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sağlık kurumlarında, klinik yönetim ve hasta güvenliği son yılların tartışmalı konuları arasında yer almaktadır. Özellikle 2000 yılında ABD’de, tıbbi hatalara bağlı ölümlerin inanılması güç boyutlarda olduğunun anlaşılması konusundaki devlet raporunun yayınlanması, tüm ülkelerin

dikkatini kendi sağlık sistemlerindeki tıbbi hatalara yöneltmesine neden olmuştur (5). Aslında Hipokrat’tan beri, tıbbın temel ilkesi olan, “önce zarar verme” ilkesinin tekrar hatırlanması yeni arayışları beraberinde getirmiştir. Sağlık kuruluşlarında yapılan tıbbi hataların, hasta güvenliği sorunlarının önlenmesi için güvenlikçi politikaların yerine kurumsal kültürün, yönetim anlayışının değişim göstermesine ihtiyaç bulunduğu anlaşılmıştır. Nitekim, klinik yönetim kavramının da sağlık sektöründe sıkça seslendirilmeye başlanması aynı tarihlere



yani, ikibinli yılların başına denk gelmektedir.

Kolay örnekleme verilerin ana kütleden, kolay, hızlı ve ekonomik şekilde toplandığı bir yöntem olup literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda, her gruptan bir hastanenin örnekleme girmesi sağlanacak şekilde 'kolay örnekleme' yöntemiyle seçim yapılmıştır. Ancak bu yöntemde, örnek birimlerin seçiminin araştırmacıya bırakılmasının, tarafsızlığa neden olabileceği ve ana kütleyi temsil yeteneğini zayıflatabileceği belirtilmektedir (33).

Çalışmamızda, "Bu kurumda klinik yönetim eğitimi aldınız mı?" sorusuna araştırma grubunun %33,5'i Evet yanıtı verirken, %66,5'i Hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4). Bu bulguların, literatürde daha önce yapılan çalışmalarla (11, 34, 35) uyumlu olduğu görülmüştür. "Bu kurumda hasta güvenliği eğitimi aldınız mı?" sorusuna araştırma grubunun; %86,3'ü eğitim aldığı, %13,7'si eğitim almadığı yanıtını vermiştir (Tablo 4). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; asistan hekim ve tıp öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda yeterli düzeyde eğitim almadığı (36) ayrıca ameliyathane ve yoğun bakım gibi riskli birimlerdeki sağlık çalışanlarının benzer şekilde yeterli düzeyde eğitim almadığı belirlenmiştir (37). İspanya'da tıp ve hemşirelik okullarında yapılan bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerine hasta güvenliğine yönelik daha fazla bilgi verildiği ayrıca hem hemşirelik hem de tıp öğrencileri için hasta güvenliği eğitimlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (38).

Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi genel puanı 113,51 olduğundan hastanelerde klinik yönetim ikliminin desteklendiği bulunmuştur. Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan araştırmalarda, çalışmamızla benzeyen şekilde desteklendiği (10-12) görülmüştür. Buna göre, ülkemizde klinik yönetimin henüz yeni bir kavram olduğu ve bu konuda çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Yunanistan ve Makedonya'da yapılan araştırmalarda çalışmamızdan farklı olarak, KYİ genel puan ortalamasının düşük olduğu ve hastane ortamlarındaki iklimin klinik yönetimi desteklemediği belirlenmiştir (16-17). Yapılan bir derleme çalışmasında

literatürde klinik yönetime yönelik çalışmaların; hemşirelik alanında öne çıkmakta (%27) olduğu ve ardından tıp (%26), diş hekimliği (%26), halk sağlığı (%16) ve eğitim (%5) alanlarının izlediği belirlenmiştir (39).

Hasta güvenliği kültürü pozitif yanıt ortalamasının orta düzeyde (%59,3) olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan sistematik derleme çalışmasında, hasta güvenliği kültürünün genellikle orta düzeyde olduğu ve çoğunlukla Marmara Bölgesi'nde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve hemşireler üzerinde yürütüldüğü görülmüştür (40). Uluslararası literatürde yapılan sistematik derleme çalışmalarında ise, hasta güvenliği kültürü açısından kurumların orta (41) veya az gelişmiş düzeyde (42) olduğu bulunmuştur. Bu bilgiler kapsamında; sağlık bakım kuruluşlarında, güvenlik kültürü değerlendirmelerinin belirli periyotlarla uygulanması ve güvenlik kültürünü geliştirmek için gerekli iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir.

Bu araştırmada klinik yönetim iklimi (6 boyut) ve hasta güvenliği kültürü (12 boyut) değişkenleri ile incelenmiştir. Fornell ve Larcker (1981)'e göre; bir doğrulayıcı faktör analizinde boyut yapısının korunması önerilmektedir (30). Çalışmamızda örnekleme uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucu, her iki ölçeğin (KYİ ve HGK) boyut yapısı korunmuş ancak standart faktör yükleri düşük olan (FY<0,50) toplam 28 madde elenmiştir.

Tablo 5' de literatürdeki çalışmalarda en çok kullanılan beş uyum endeksi;  $X^2/df$ , GFI, CFI, SRMR ve RMSEA değerleri verilmiştir. Çalışmamız sonucunda; klinik yönetim iklimi değişkeninin hasta güvenliği kültürüne olan etkisinin belirlenmesinde sözü edilen bu uyum endeks değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu sadece uyum iyiliği endeksinin, modelin genelini etkilemeyecek değerde (GFI=0,881) olduğu bulunmuştur. Ayrıca literatürde GFI≥0,85 değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğuna yönelik farklı görüşler bulunmaktadır (43).

Klinik yönetim ilke ve uygulamalarının sağlık çalışanlarının iş doyumunu arttırdığı (10), örgütsel



performansı olumlu yönde etkilediği (13), hizmetlerin kalitesi ve güvenliği konusunda olumlu katkılar sağladığı (44) görülmektedir. Söz konusu bu çalışmalara ek olarak klinik yönetim uygulamalarının; tüm bu olumlu katkılarının yanı sıra ve belki de onlardan daha önemli olarak hasta güvenliği kültürünü geliştirici etkisi bulunmaktadır. Ülkemizde, Taş ve arkadaşlarının (45) yaptığı bir çalışmada; kalite yönetim sistemleri ile hasta güvenliği kültürü ilişkisini incelenmiş ve iki değişken arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki olduğu, kalite yönetim sisteminin hasta güvenliği kültürünü önemli şekilde etkilediği saptanmıştır.

Brown (46) Avustralya'da yaptığı bir çalışmada, sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminde iletişim ve liderlik arasındaki ilişki olup olmadığının incelendiği bir çalışmada, farklı statülerdeki hastaneler karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda, ağı hastanelerinde hasta güvenliği kültürünün alt

bileşenleri olan iletişimin açık tutulması (İAT) ve olay raporlamanın sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde etkili olduğu, ayrıca kalite iyileştirme, iletişim ve liderliğin sağlık yönetişimini olumlu etkilediği belirlenmiştir.

**Araştırmanın Kısıtlılıkları:** Araştırmanın en önemli kısıtlılığı, kesitsel nitelikte olmasıdır. Elde edilen bulguların izlem sonuçları değil de belirli bir zaman kesitine ait olması nedeniyle, neden-sonuç ilişkisi olarak değerlendirilmesi zordur. Bazı hastanelerden izin alınamamış olması, araştırmanın sadece hekimleri ve hemşireleri kapsayan bir örnek üzerinde yapılmış olması ve verilerin COVID-19 pandemisi nedeniyle yüz yüze görüşmeler yoluyla yapılamamış olması, bu nedenle bazı hastanelerde katılımın düşük kalmış olması araştırmanın diğer kısıtlılıklarıdır. Tüm kısıtlara karşın elde edilen bulgular, bu konuda önemli bir eksikliği giderecek niteliktedir.

## Sonuç ve Öneriler

Araştırmamızda, klinik yönetim iklimi değişkeninin değerinin artması, hasta güvenliği kültürü değişkeninin de artmasında belirleyici bir role sahip olduğu belirlenmiştir.

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

Literatürde klinik yönetişime ve hasta güvenliği konularına yönelik, çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Buna karşın, farklı statüdeki hastanelerde klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüyle ilişkisini inceleyen çalışmaların sayısı, oldukça kısıtlıdır. Bu iki değişken arasındaki ilişkinin, Yapısal Eşitlik Modellemesi ile incelenmesi ülkemizde ilk kez bu çalışmada kullanılmıştır. Bu bağlamda, çalışmamızın özgün bir yönü olduğundan söz etmek mümkündür. Çalışmamızdan elde edilen bulguların, sağlık alanındaki karar vericilere strateji oluşturmada ve politika geliştirmede yol gösterebileceği ayrıca sağlık sektörünün daha kaliteli hizmet sunmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## Kaynaklar

1. Scally L, Donaldson J. *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. *British Medical Journal*. 1998; 317(7150): 61–65. doi:10.1136/bmj.317.7150.61.
2. Haxby E, Hunter D, Jaggar S. *Clinical governance and patient safety*. In: Hammond S. *An Introduction to Clinical Governance and Patient Safety*. 1st edition. Oxford University Press; New York 2010, pp 1-9.
3. Nieva VF, Sorra J. *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations*. *Qual Saf Health Care*. [Internet]. 2003 [cited 2020 Aug 16];12(2):17-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/>
4. Gunawan D, Hariyati TS. *The implementation of patient safety culture in nursing practice*. *Enfermería Clínica*. 2019; 29(S2):139-145. doi:10.1016/j.enfcli.2019.05.007.
5. *Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
6. Makary M, Daniel M. *Medical error—the third leading cause of death in the US*. *BMJ*. 2016;353.
7. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Türkiye İstatistikleri Raporu. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2018. ISBN: 978-975-590-695-9.
8. Çakmak C, Demir H, Kıdak LB. *A Research on Examination of Medical Errors through Court Judgments*. *J Turgut Ozal Med Cent*. 2017;24(4):443-49.
9. Artar C, Güçlü A. *Sağlık İşletmelerinde Yanlış Tedavi Sonucu Hasta Mağduriyetleri ve Hukuki Boyutunun İncelenmesi*. *Aydın Sağlık Dergisi*. 2020;6(3):235-47.
10. Gürdoğan EP. *Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin Klinik Yönetişim İklim Düzeyinin İş Doyumuna Etkisi, [Doktora Tezi]*, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
11. Köroğlu N. *Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Klinik Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi*. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2018.
12. Lale BM. *Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Algıları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]*, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2019.
13. Sarchielli G. et al. *Is medical perspective on clinical governance practices associated with clinical units performance and mortality?. A cross-sectional study through a record-linkage procedure*. *SAGE Open Medicine*. 2016;4:1–12. DOI:10.1177/2050312116660115.
14. Marin GA, Ruiz FR. *Clinical governance and patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System*. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017;32(6):303-15. DOI:10.1016/j.cali.2017.07.003.
15. Halton K, Hall L, Gardner A, MacBeth D, Mitchell BG. *Exploring the context for effective clinical governance in infection control*. *American Journal of Infection Control*. 2017;45(3): 278-83. DOI:10.1016/j.ajic.2016.10.022.
16. Karassavidou E, Glaveli N, Zafiroopoulos K. *Assessing hospital's readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate*. *Journal of Health Organization and Management*. 2011;25(2):214-40. DOI:10.1108/14777261111134437. -
17. Dreliozzi A, Siskou O, Maniadakis N, Prezerakos P. *Clinical Governance and Effective Quality&Risk Management in*

- Greek Hospitals. *International Journal of Health Research and Innovation* [Internet]. 2013 [cited 2021 Sep 6];1(3):7-17. Available from: [http://www.scienpress.com/Upload/IJHR/Vol%201\\_3\\_2.pdf](http://www.scienpress.com/Upload/IJHR/Vol%201_3_2.pdf)
18. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005.
  19. Jackson DL. Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the  $N:q$  hypothesis. *Structural Equation Modeling. A Multidisciplinary Journal*. 2003;10(1):128–41. [https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1001\\_6](https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1001_6).
  20. Freeman T. Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Services Management Research, Health Services Management Centre*. [Internet]. 2003 [cited 2021 Feb 02];16(4):234-250. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14613621/>
  21. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville. [Internet]. 2004 [cited 2021 Jun 30];MD:AHRQ Publ. No.04-0041. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
  22. Filiz E. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi ], Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009.
  23. Chandraran E, Arulkumaran S. *Clinical Governance. Obstetrics Gynaecology & Reproductive Medicine*. [Internet]. 2007 [cited 2022 Jan 16];17(7):222–24. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/257692469\\_Clinical\\_governance](https://www.researchgate.net/publication/257692469_Clinical_governance)
  24. AHRQ, Hospital Survey on Patient Safety Culture:2018 User Database Report. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services 5600 Fishers Lane Rockville, MD 20857 [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 23]:1-146. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsappendixes.pdf>
  25. Novikova SI, Richman DM, Supekar K, Barnard Brak L, Hall D. NDAR: A Model Federal System for Secondary Analysis in Developmental Disabilities Research. 2013;45:123-53. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407760-7.00003-7>.
  26. Alkış N. BAYES Yapısal Eşitlik Modellemesi: Kavramlar ve Genel Bakış. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi* [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 30];2(3):105-16. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/222932>
  27. Byrne BM. *Structural Equation Modelling with AMOS; Basic Concepts, Applications and Programming*. 2nd. ed., New York-London: Routledge Taylor & Francis Group; 2010.
  28. Phakiti A, De Costa P, Plonsky L, Starfield S. *The Palgrave handbook of applied linguistics research methodology*. 1st ed. Sydney: Palgrave; 2018.
  29. Schumacker RE, Lomax RG. *A Beginner's Guide to Structural Equation Modelling*. 3rd. ed., New York-London: Taylor & Francis Group; 2010.
  30. Fornell C, Larcker DF. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error [Internet]. 1981 [cited 2021 Oct 1];18(1):39-50. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3151312>
  31. Meydan CH. *Yapısal Eşitlik Modellenmesi Amos Uygulamaları*. Birinci Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık, s.182-37, 2011.
  32. Raykov T. *Estimation of composite reliability for congeneric measures*. SAGE Publications, *Applied Psychological Measurement*. 1997;21(2):173–84. doi:10.1177/01466216970212006.
  33. Nakip M, Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2006.

34. Firth-Cozens J. Clinical governance development needs in health service staff. *Clin Perform Qual Health Care*. 1999;7(4):155-60.
35. Murray J, Rayner HF, Fine H, Karia N, Sweetingham R. What do NHS staff think and know about clinical governance?. *Clinical Governance: An International Journal*. 2004;9(3):172-80.
36. Ketrez G. Asistan hekimlerin ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorların) hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020.
37. Önler E. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2010.
38. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Training in patient safety in medical and nursing schools. *Rev Calid Asist*. 2016;31(3):141-5.
39. Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, et al. The Polisemy of Clinical Governance: a review of literature. *Cien Saude Colet*. 2015;20(8):2431-9.
40. Bacaksız FE, Eskici GT, Uğuz G, Seren AK. Türkiye’de “Hasta Güvenliği” Konusunda Son On Yılda (2008-2017) Yayımlanan Ulusal Çalışmaların Değerlendirilmesi: Bibliyografik Bir İnceleme. *JAREN*. 2020;6(3):523-37.
41. Agdash SA, Azar FE, Rezapour A, Mirnia K, Azami A, Saadati M. Patient Safety Culture: A Meta-analysis of Data from Hospitals. *International Journal of Hospital Research*. 2014;3(4):209-17.
42. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care*. 2018;1;30(9):660-77.
43. Meydan CH, Şeşen H. Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları, Detay Yayıncılık, Ankara, 2015.
44. Hayran O. Sağlık için Yönetişim ve Klinik Yönetişim. *SD Dergi*. [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 30] Available from: <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/485/Saglik-icin-yonetisim-ve-klinik-yonetisim.aspx>
45. Taş Y, Akpınar AT, İşçi E. Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi. [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 08]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/270271279>
46. Brown A. Communication and leadership in healthcare quality governance finding from comparative case studies of eight public hospitals in Australia. *Journal Health Organizational Managing*. 2020;34(2):144-61. DOI:10.1108/JHOM-07-2019-0194.