



İç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: Bir özel hastane uygulaması

Effects of intrapreneurship on patient safety culture: A private hospital implementation

Güven Bektemür

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

Anahtar Kelimeler:
İç Girişimcilik, Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği Kültürü

Key Words:
Intrapreneurship, Medical Error, Patient Safety Culture

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Güven Bektemür,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye
guven.bektemur@sbu.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
01.07.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
13.07.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.08.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1536583381

ÖZET

Giriş: Sağlık hizmetlerinde kalitenin amaçlarından bir tanesi de güvenlidir. Meydana gelen tıbbi hatalar sonucunda hasta güvenliği büyük önem kazanmaya başlamıştır. Hasta güvenliğinin sağlamanın temelinde hasta güvenliği kültürünün hastanelerde yükseltilmesi gerekmektedir. Bu kültürü artırmak için hastanelerdeki iç girişimci özelliğine sahip insan kaynağı önemlidir. **Gereç ve Yöntemler:** araştırma özel hastane çalışanlarına uygulanmıştır. Araştırmada daha önceden geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılmış olan ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçeklerden oluşturulan anket çalışanlara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada anket sonuçları SPSS programı kullanılarak analiz yapılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılanların % 74,5'i kadın, % 52'si evli, % 26,2'si 21-25 yaş arasında bulunmaktadır. Öğrenim durumlarına bakıldığında; % 28,9'u ön lisans, % 26,8'inin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Haftalık çalışma saatlerine bakıldığında; % 50'si 41-50 saat arasında çalıştığını beyan etmiştir. Mesleklerine bakıldığında; araştırmaya katılanların % 48,5'inin hemşire olduğu görülmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri ise 0,887 bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü değişkeni ile iç girişimcilik değişkeni arasında ($r=0,357$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve orta bir ilişki elde edilmiştir. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan iç girişimcilik bağımlı değişken olan hasta güvenliği kültürünü anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir ($t=7,698$, $p<,001$). **Sonuç:** Araştırma sonucunda iç girişimcilik ve hasta güvenliği kültürü arasında ilişki bulunduğu ortaya çıkmıştır. İç girişimciliğin hasta güvenliği kültürünü etkilediği bulunmuştur.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: One of the aims of health care quality is patient safety. As a result of medical errors, patient safety has become very important. The basis for providing safe care for patients is the promote patients safety culture in the hospitals. In order to enhance this culture, it is important to have human resources who have intrapreneurial qualities. **Materials and Methods:** This research has been applied to private hospital employees. In the study, measures that have proven validity and reliability were used. The survey constructed from these measures was conducted among the employees with face to face interview technique. Survey results were analyzed using SPSS program. **Results:** 74.5% of the participants were female, 52.2% were married and 26.2% were between 21-25 years of age. When we look at their education level; 28.9% of them have associate degree and 26.8% of them have bachelor's degree. According to weekly working hours; 50% of them have worked for 41 to 50 hours. When we look at their profession; 48.5% of the participants were nurses. The Cronbach Alpha value of the measure was 0.887. A statistically significant positive, linear and moderate relationship was found between the patient safety culture variable and the intrapreneurship variable ($r=0,357$, $p<0,001$). When the standardized beta coefficient and t values are examined, it can be said that the intrapreneurship which is an independent variable, significantly influences the patient safety culture which is a dependent variable ($t = 7,698$, $p <, 001$). **Conclusion :** As a result of this research, it was found that there is a relation between intrapreneurship and culture of patient safety. Intrapreneurship has been found to affect patient safety culture.

GİRİŞ

Kalite kavramını, kalite guruları farklı açılardan ve şekillerde tanımlamışlardır. ISO (International Organization of Standardization) 9005 kalite sözlüğünde (1), kalite "Bir ürün veya hizmetin müşteri için belirlenen veya sonradan doğacak ihtiyaçlarının karşılanma oranıdır." şeklinde tanımlanmıştır. Farklı sektörlerin başyöncüsü olan kalite, sağlık hizmetleri için de önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinde

kalitenin başlıca parametrelerden biride hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunarken ortaya çıkabilecek hataların engellenmesi ve bu hataların sonucu oluşabilecek zararların ortadan kaldırılması ya da azaltılmasıdır (2). Hastanelerdeki hasta güvenliğinin için yapılacak olan faaliyetlerin sorumluluğu hastane yönetimindedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasının temelinde hasta güvenliği kültürünün olduğu düşünülürse, hasta güvenliği kültürünü artırmak gerekmektedir.

Hasta güvenliği kültürü de birçok etkenden etkilenir. Hasta güvenliğini sağlayacak ve hasta güvenliği kültürünü yükseltecek en önemli etkenlerin başında da insan kaynağı gelmektedir. Hasta güvenliği için; çalışanların katılımı esas alınmalı ve her öneriyi çok iyi analiz edilecek bireysel öneri sistemi kurulmalı ve işletilmelidir (3).

Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin sağlanması için bir araçtır. Bu kültürün oluşması hastane yönetiminin kuracağı sistem ve sağlık çalışanlarının ortaya koyacağı yenilikçilik hareketi önemlidir. İç girişimcilik, “Var olan bir örgüt içerisinde yenilikçi düşüncelerini somut gerçeklere değiştirme süreçlerinde özgür hareket etme niyetleri ile alışılmış davranışlar yerine yeni alışkanlıklar ile alakalı davranışların amaçlandığı ve ortaya konulduğu girişimcilik eğilimleridir.” (4). İç girişimciler fırsatları gören, çevrenin farkında olan, risk alabilen kişiler olmakla birlikte problemlere yenilikçi, yaratıcı bakış açısıyla yaklaşmaktadırlar (5). İç girişimciler örgüt içinde bir yetki, makam ve kaynakları olmamasına rağmen, örgüt içinde girişimci faaliyetlerde bulunarak örgütün yapısında, süreçlerinde ve uygulamalarında liderlik yapan çalışanlardır.

İÇ GİRİŞİMCİLİK

Kriz zamanlarında, krizden kurtulmak için iç girişimciliğin tam destekçisi olan inovasyon önemli bir yere sahiptir. Örgütlerde değişimin hızına ayak uydurabilmek için en iyi yollardan birisi, yenilikçilik düşüncesiyle hareket etmek ve yeni fikirlerin çok hızlı olarak uygulamaya koyabilmektedir. Değişim, dönüşüm, yenilikçilik ve girişimcilik, örgütlerin sürekliliği için yapması gereken şeyleri ortaya koyan kavramlar haline gelmiştir. Zamanımızda, tüm örgütler için iç girişimciliğin önemi artarak devam etmektedir (6).

Girişimcilik, değerlere değer katma ve ortaya koyma sürecini içerir (7), önceleri kâr için iş kurmak ve işini büyütmek olan girişimcilik şimdi ise risk almak, yenilikleri yakalamak, fırsatları değerlendirmek ve bunları hayata geçirmek süreçleri olarak tanımlanmaktadır (8). Girişimcilik, bir şey yapmak anlamına gelen Fransızca “entreprendre” kelimesinden türemiş ve genellikle risk, sermayenin tedariki ve üretim faktörlerinin koordinasyonu diye tanımlanmaktadır (9).

Girişimci sözü, günlük yaşamda, yönetim ve ekonomide sıklıkla kullanılır ve “Belirli proje tekliflerini üstlenerek, girişimciliğin doğasını anlayan ve gelişime açan insan demektir.” Bu açıdan dan girişimcilik girişimcinin yaptığı iştir (10).

İç girişimcilik, örgüt dâhilinde çalışanların çalıştıkları yerlerindeki ürün, hizmet ve süreçlerde yenilikçi fikirlerini uygulamaya koydukları faaliyetler ve (11) büyük örgütlerde de çalışanların yeni fikirler üretmek ve mevcut iş destek mekanizmaları içinde gerçekleştirilmesi hedeflenen yeni iş fırsatları belirlemektedir (12).

Pinchot (1985) iç girişimcilik çalışmasında, çalışanlarının düşüncelerini kabul etmek için büyük şirketlerde iç girişimcilere destek için 10 maddelik bir kurallar listesi hazırlamıştır. Bu liste şu şekildedir (13):

- İş tanımında olsun ya da olmasın proje çalışmasını yapmak için gerekli olan bir işi yapmak,
- Akıllı bir şekilde itibarı paylaşmak,
- Unutmayın, af dilemek izin istemekten kolaydır,
- İşten kovulmak için her gün istekli olarak gelin,
- Kaynakları sormadan önce tavsiyeleri sorun,
- İnsanlar hakkında sezgilerinizi takip edin ve en iyi takımı kurun,
- Düşüncelerini başlatmak için bir koalisyon kurun,
- Biriyle çalışmadıkça asla yarıştan bahsetme,
- Amaçlarınızı belirleyin, ama onlar ulaşılabilecek gerçeklikte olsun,
- Destekçilerine saygı gösterin,

İç girişimci; yeni yatırımı, buluşu, fikri ve davranış biçimini iyileştirip bunları örgütün her alanında kullanabilen kişidir. İç girişimciler mevcut örgütlerin yönetiminde, satışında, üretiminde yeni ve farklı metotları geliştirmektedirler (14). The American Heritage Dictionary of the English Language, iç girişimcileri “Büyük işletmeler içinde bir fikri, risk alma ve yenilikçilik yolu ile kar getiren son ürüne ve hizmete dönüştürebilme sorumluluğunu üzerine alan kişi.” diye tanımını yapmaktadır (4).

İÇ Girişimcilik Boyutları

Literatürde iç girişimciliğin boyutları şu şekilde sıralanmıştır (15): Yenilik yapma (İnovasyon), Risk alma, Öngörücü olma (Proaktiflik), Özerklik (Otonomi), Yeni girişimler başlatma, Kendi kendini yenilemek ya da stratejik olarak yenilenmek, Rekabetçi girişkenlik.

İç girişimcilikte de temel unsur olan yenilik, örgütlerdeki yenilikçi faaliyetler değer katan yeni ürünler, hizmetler, süreçler, yönetim sistemleri ya da bunların oluşturduğu kombine biçiminde olabilmektedirler (16). İç girişimcilik, yenilik yapıcı becerilerin elde edilmesi

amacıyla var olan işletmelerin temel yeteneklerinin artırılmasına ve güçlendirilmesine odaklanmaktadır (4).

İşletme düzeyindeki yenilikçilik boyutunun bir tarafında ürünler ve hizmetlere ait olası yenilik sahaları; 1) tamamen yeni ürünler ya da hizmetler, 2) pazar için yeni ürünler ya da hizmetler, 3) işletmenin üretiminde yeni ürünler ya da hizmetler, 4) yeni ürünler ya da hizmetler hattı, 5) ürün ve hizmet geliştirme, 6) mevcut ürünlere veya hizmetlere yeni kullanım sahaları bulmak ve 7) mevcut ürünler ya da hizmetlerin pozisyonlarını yeni bir şekilde belirlemek; diğer tarafında ise bir görevin ya da fonksiyonun başarılabilmesi için yeni ve daha iyi metotların bulunması yer almaktadır (5).

Örgütsel risk alma; pazardaki fırsatları değerlendirmekte daha hızlı hareket etmek, hızlı kaynak bileşimleri gerçekleştirmek ve cesur hareketlerde bulunmayı gerektirmektedir. Fırsatların arkasından gidilmesinde ve sık sık yeni ürünler ya da hizmetler denemelerinde gösterilen cesurluk, iç girişimciliğin özellikleri arasında vurgulanır (4).

Proaktiflik, öncülük etmeyi, meydana gelen değişimlerin gerisinde kalmadan yeni fırsatları değerlendirmek için riskleri almayı gerektirirken (17) girişimcilerin proaktif olması; fırsatları takip etmeleri ve odaklanmaları, fırsatları tatmin edilememiş ihtiyaç olarak görebilmeleri, pazarları ve pazarlardaki eksiklikleri görerek hangi yeni ürünlerin ve hizmetlerin iyileştirilebileceklerini bilmeleri ve bütün bunların sürdürülebilir rekabet fırsatı ortaya koyabilmeleri için kullanmaları olarak ifade edilebilir (18).

Otonomi, İşletme içindeki kişilerin, fikirlerini ya da vizyonlarını ortaya koymak ve onları başarmak için bağımsız hareket etmesidir (4). Bir örgüt, nerede girişimde bulunulması gerektiğine bakmakta ve bu konuda önemli kararlar vermektedir. İşletme içerisinde ayrı ve yeni bir girişim bölümü yönetime doğrudan raporlama yapmaktadır. Bu bölümde devam eden operasyonlar kapsamında bir girişimde bulunabilmek için, yönetsel destek kapsamında bilgi ve öğrenme ihtiyaçlarını giderecek olan fırsatların sağlanması ve bu çerçevede kurumsal fikrin korunması gerekmektedir (19).

İç girişimciliğin boyutu olan “yeni girişimlerin başlatılması” sırasında “yenilikçilik”, “proaktiflik”, “risk alma” ve “özerklik” boyutları sürekli gündemde olmak zorundadır (5). Büyük ve küçük işletmelerde de yeni iş geliştirmeye yönelik girişimcilik, bağımsız birim veya işletme biçiminde oluşturulmaktadır (19).

Ravasi ve Lojaco (2005) tarafından stratejik yenilenme; “Tüketicilerin sosyo-kültürel değişimler

gibi bazı faktörlerin etkisi ile istek ve ihtiyaçlarında ya da hitap edilen pazarlarda yaşanan rekabet dolayısıyla pazar yapılarında meydana gelen dönüşümlerin, işletmeler tarafından ürünler veya hizmetler doğrultusunda yeteneklerini ve kaynaklarını yeniden şekillendirmesi.” olarak tanımlanmaktadır (5).

İşletmelerin kendini yenilemeleri ya da stratejik yenilenmeleri; hem yapı, sistem, süreç, ürün ve hizmetlerde değişikliğe gitmelerini, hem de yeni stratejiler belirleyerek ve yeni fikirler geliştirerek kökten yenilik gerçekleştirmelerini ifade etmektedir. Örgütlerin, proaktif davranarak pazarda değişen ihtiyaçlara daha hızlı cevap vererek, rekabetin yoğun olduğu çalışma ortamında sürdürülebilir avantaj elde etmelerini sağlamaktadır (5).

Rekabetçi girişkenlik faktörü rakiplere karşı üstünlük sağlama için geliştirilen bir tutumdur. Rekabette sürdürülebilir avantaj elde etmek isteyen örgütler, rakiplerini geçmek için onların pazarlarına girip aynı ya da benzer ürünleri uygun fiyatlarla satma, tüketicinin değişen ihtiyaçlarına cevap verebilmek adına ürün çeşitliliğini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunma, sunulan hizmette iyileştirme ve geliştirmeler yaparak müşteri memnuniyetini arttırmaya yönelik çeşitli faaliyetlerde bulunarak rekabetçi girişkenlik göstermekte, bunun sonucu olarak da rakip firmaları devre dışı bırakabilmektedirler (5).

İç Girişimciliğin Engelleri

Easley ve Longenecker'e göre iç girişimciliğin önündeki engeller (5):

- İşletmede çalışanların yeni fikirlerin cezalandırıldığını algıladıklarında, risk almaktan ve yeni fikirler üretmekten vazgeçmeleri,
- Örgütün, çalışanlarının gelişmeye yönelik faaliyetlerini ve risk alma yönelimlerini desteklemediklerinde, daha iyi performans yaratma ihtimalinin büyük ölçüde azalması,
- Örgütlerin zayıf iletişime sahip olmasının, yararlı bilgi akışını geniş ölçüde engellemesi,
- Örgütlerin, çalışanlarının bir şeylerin daha iyi nasıl yapılabileceği hakkındaki fikirlerini dinlemediklerinde ve iyileştirme düşünceleri üzerinde araştırma yapmadıklarında, örgütsel gelişim için büyümeye yönelik gerekli olan çoğu konuda hayal kırıklığına uğramaları.

HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği, sağlık profesyonelleri için yeni bir ifade olmamasına rağmen 2000 yılında IOM (Institute

of Medicine) tarafından yayınlanan bir raporla bütün paydaşlar açısından dikkatleri çeken bir ifade olarak karşılaşılmakta ve bu rapordan bu yana son yıllarda artan bir öncelik olmuş durumdadır (20).

Hasta güvenliği, hasta güvenliği süreçlerini ve sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlar bunun yanında da sağlık hizmetleri süreçlerinde ortaya çıkan yaralanmalardan ve istenmeyen sonuçlardan hastaların korunması ve önlenmesini hedef alır (21). Hasta güvenliği, tüm sağlık sistemlerinin ve kalite güvence çalışmalarının önemli bir bileşeni olan bir konudur. Kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin azaltılması ve ortadan kaldırılması gerekmektedir (22). Son yıllarda hasta güvenliği açık bir şekilde uluslararası bir sorun olarak görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde hastaneye yatan her 10 hastadan biri zarar görürken gelişmekte olan ülkelerde bu orandan daha fazla risk taşımaktadır (23).

Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite; örgütlerin varlıklarını devam ettirmelerinin, gelişmelerinin, verimliliklerinin ve karlılıklarını arttırabilmelerinin en temel şartı durumundadır (24). Kaliteli sağlık hizmetleri sunumu, yalnızca sağlık hizmetlerinin sunucuları ve hastalar bakımından değil, hükümetler bakımından da önemi olan bir unsur olmasının yanında, insanların daha sağlıklı ve mutlu olmaları için katkı sağlayacaktır (25). IOM sağlık hizmetlerinde kalite için 6 amaç önermektedir. Bunlar, hasta güvenliği, hasta merkezlilik, etkililik, verimlilik, zamanlama ve eşitliktir (26).

Tıbbi Hatalar ve Zararlar

“Hastana önce zarar verme” bütün tıp mensuplarının bildiği bir düsturdur. Sağlık alanında birçok vakada yarar-zarar dengesinin korunması önemlidir. Ancak hastaya yarar vermeyen sadece zarar veren durumların da yaşandığı olmuştur (27). Tıbbi zarar, herhangi bir şekilde oluşan vücudun organlarının, yapısının ve işlevlerinin bozulması olarak tanımlanabilir ve hastalıkları, yaralanmaları, sakatlanmayı ve ölümü içerir (28).

Hasta güvenliğini tehditlerinin çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenler aktif ve gizli başarısızlık olmak üzere ikiye ayrılır. Aktif başarısızlıklar genellikle insan kaynaklıdır. Bu aktif başarısızlıklar çoğu hastalar için tehdit oluşturmaktadır. Gizli başarısızlıklar ise sağlık hizmetleri sistemi ile ilgilidir ve çoğu aktif başarısızlıkların kök nedeni olabilir (29). Tıp her zaman doğal şekilde riskli girişimler içermekte, ayrıca tıptan fayda beklentileri ve bakım daima zarar

görme olasılığı ile bağlantılıdır (30). Tıbbi hatalar ile yaralanma ve ölümler sağlık sistemi üzerine güven kaybı ve ekonomik maliyetlerle kamuda büyük sağlık problemlerine neden olmaktadır (31).

Tıbbi uygulama hataları ile çok farklı şekillerde ve her türlü girişimde karşı karşıya kalınabilir. Tıbbi uygulama hatalarına farklı bir yaklaşımda, olgular hukuki, tıbbi etik, klinik ve sosyal prosedürler açısından da değerlendirilmektedir (27).

Güvenlik Raporlama Sistemi

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve değişimi hakkında yapılan olay raporlamanın etkili ve yararlarını ortaya koyan son on yılda pek çok çalışma vardır (32). Hata raporlama sistemi, hasta güvenliğinin sürdürülebilir gelişimine yol açmak için başarısızlıklara yapılan müdahaleler ve daha çok olay raporlamanın başarılı şekilde üstlenmiş olan bir yolculuk gibi gözükmektedir. Sağlık kuruluşları öğrenen organizasyonlar ve raporlama için yayınlamış oldukları süreçlere alternatif yaklaşımlar bulabilirler (32).

Hasta güvenliğini geliştirmek için programların en önemlilerinden biri gelecekte oluşabilecek olayları önlemek için temel olarak ya da öğrendiklerimizin kaynağı olarak kullanmış olabileceğimiz advers olaylar, hatalar ve ramak kala üzerine kapsamlı bilgileri elde etme kapasitesine ve yeteneğine sahip olabilmeyebilir (33). Olay raporlama sistemleri, hem hasta güvenliği sorunlarını tespit etmek hem de örgütsel ve sistemsel öğrenme için veri sağlamak amacıyla önemli bir araç olarak ortaya çıkmaktadır. Olay raporlama sistemleri öncelikle hastalar için daha güvenli sağlık bakımını yapmanıza yardımcı olmak için tasarlanmıştır (34).

Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi

Hasta güvenliği ve risk yönetimi arasında hem farklılıklar hem de benzerlikler ile ilgili pek çok kafa karışıklığı vardır (35). Risk “Bir talihsizlik ya da zarara uğrama olasılığı”, günlük yaşamın bir parçasıdır (29). Risk yönetimi, hastalar, ziyaretçiler ve çalışanlar için zararlı potansiyel risklerin ya da organizasyonun finansal durumunun sürdürülebilirliğini tehdit eden olası risklerin farkındalık seviyesini yükseltmek amacıyla örgütün bir fonksiyonudur (36).

Genellikle tüm risklerin önlenemez, ancak bu gerçekçi olmayan ve negatif bir görüştür. Daha pozitif ve alternatif bir görüş ise, riskler sürekli var olan ancak uygun risk yönetim süreçleri ile başarılı olunabilir. Geçmişte, klinik risk yönetimi advers olaylara yanıt vermeyi ve reaktif olmaya meyilliydi, fakat şimdi uygun olarak başarmayı ve tahmin etmeyi içeren proaktif olmayı vurgulamaktadır (29).

Hasta Güvenliği İçin Liderlik

Liderliğin amacı, çalışanların ve makinelerin performanslarını, kaliteyi, üretimi artırmak ve çalışanların emeklerinden gururlanmalarını sağlamaktır (37). Hasta güvenliği için liderlik desteği, kritik öneme sahiptir. Kanıta dayalı uygulamaların kullanımı, hata raporlamanın yanıtı, değişikliklerin uygulanması ve paylaşılan kaynakların türleri liderlik desteğinin açık bir şekilde ortaya konulmasıdır (38).

Liderler, etkili bir hasta güvenliği sistemi kurulmasını aşağıdakileri yaparak sağlar (39):

- Öğrenmeyi teşvik etmek
- Adaleti ve güvenlik kültürünü sürdürmek için personeli motive etmek
- Hataların özgürce paylaşıldığı ve kalite ölçümlerinin yapıldığı şeffaf bir ortam sağlamak
- Profesyonel davranışı modellemek
- Güvenli davranışlara engel olabilecek korkutucu davranışları ortadan kaldırmak
- Gelişimlere başlamak için gerekli eğitim ve kaynakları sağlamak

Liderlerin desteği olmadan, hastanede geniş değişiklikler ve iyileştirme girişimleri elde etmek zordur. Hasta güvenliğinde ve kalite değişimlerinde liderin taahhüdü gereklidir ve klinik bir ortamda etkin liderlik daha yüksek kalite ve güvenlik ile ilişkilidir. Liderlik hastanelerde değişim için uzun süreli bir taahhüt almalıdır (39). Liderliğe her durumda ve seviyede ihtiyaç vardır (40). Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteğinin artması ile hata raporlama sıklığı ve personelinin güvenlik üzerine genel farkındalık artacak; Bu da, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak ve pozitif geri dönüşler ile sonuçlanır (41).

İletişim ve Hasta Güvenliği

Etkili bir iletişim olmadan ne çalışanlar yapacakları faaliyetlerden haber sahibi olabilir ne de sorular yanıtlanabilir, problemler çözülebilir, geribildirimler sağlanabilir ya da sonuçlar değerlendirilebilir (42). Bir faaliyetin başarılı ya da başarısız olması, faaliyetin tekniklerini bilmekten ziyade, iletişim kurabilme becerisinden geçer (43). Çalışmalar iletişim sorunlarının tıbbi hataların ana kaynağı olduğunu göstermiştir. Güvenli bakımı sağlayan farklı eğitim, öğretim ve deneyimi ile farklı görevi yerine getirme bireyler arasındaki iletişimi gerektirir (44).

Hasta güvenliğinde iletişimin kapsamı (45);

1. İletişim, hasta için en iyi bakımı sürecini garanti etmek, hasta ile bakım amaç ve hedeflerini paylaşmak ve ilgili diğer profesyoneller ile bakımı paylaşmak için temel araçtır.

2. Tıpta iletişim genellikle stres ve zaman baskısı altında gerçekleşir.

3. İletişim özellikle zor durumlarla başa çıkmak için bize yardımcı olabilir. İletişim belirsizliklerde uzmanlaşmak ve hasta güvenliği için takım içinde işbirliği ile geliştirebilir.

Etkili iletişim, hasta güvenliği için çok önemlidir. Kök neden analizleriyle ilgili bir çalışma önermektedir ki hataların % 60'ından fazlasında, zayıf iletişim önemli bir nedensel faktör olduğunu göstermektedir. Etkili iletişim, aynı zamanda ortaya çıktıktan sonra bir olayı yönetmek için çok önemlidir (46). JCI tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmaya göre; iletişim hataları rapor edilmiş sentinel olayların en büyük kaynağıdır ve yine zayıf iletişimin klinik uygulamalarda ki önlenemez zıt olaylara yol açan temel faktörlerden biri olabileceğini göstermiştir (47). Sağlık sisteminde etkili iletişim, hataları önlemek ve iş memnuniyetini artırmak için çok önemlidir (48).

Hasta Güvenliğinin Amaçları

Ulusal hasta güvenliği hedeflerinin amacı hasta güvenliğini geliştirmektir.

JCI 2015 yılı hasta güvenliği amaçları (39);

1. Hasta kimliğinin doğrulanmasını geliştirmek
2. Sağlık profesyonelleri arasında iletişim etkinliğini artırmak
3. İlaç kullanımının güvenliğini artırmak
4. Klinik alarm sistemleri ile ilişkili zararı azaltmak
5. Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak
6. Hastane hasta popülasyonuna doğasında güvenlik riskleri tanımlar.

Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin başarısı için çok önemlidir. Hasta güvenliğini sağlayabilmek amacıyla pozitif bir hasta güvenliği kültürü oluşturmak gereklidir. Bu yüzden, pozitif bir hasta güvenliği kültürü yaratmak bir öncelik olmalıdır.

Antropolojik olarak, kültür genellikle toplumların tarih boyunca geliştirdikleri gelenek ve ritüelleri atfetmek için kullanılırdı. Bununla beraber bu terim, bazı kişilerce edebi, sanat mirası ve sofistik göstergeleri çok

kültürlü olarak tanımlamak için de kullanılabilir (40). Sosyal bilimler bakımından kültür, çoğunlukla bilgi, inanç ve adetleri içinde barındıran bir katılım olarak tanımlanır. Bu hâlde kültür, bir taraftan insanların toplumsal yollar ile elde ettikleri ve toplumsal yollar ile ilettikleri bir değer, yargı, inanç, simge davranış ölçütleri düzeninden, diğer taraftan, bu şekilde ortaya çıkan geleneksel davranış kalıplarının simgesel ve maddi ürünlerinden oluşmaktadır (49).

Kurum kültürü genellikle kurumun işlevleri, amaçları ve süreçleri ile kurumun üyelerinin ortak olan davranışları, inançları, değerleri ve tutumları olarak tanımlanmıştır (50).

Son yıllarda, tıp uygulamalarında özellikle hasta güvenliğinde anlamlı değişiklikler olmaya başladı. Sağlık hizmetleri de morbite ve mortalite için büyük risk içerdiğinden yüksek riskli sektör olarak kabul edilmiştir (51).

Güvenliğin 7 temel prensibi (52):

1. Tüm yaralanmalar önenebilir.
2. Çalışanların katılımı zorunludur.
3. Yönetim güvenliği desteklemelidir.
4. Güvenli çalışma çalışanların bir şartıdır.
5. Tüm işletim maruziyetleri korunmuş olabilir.
6. Eğitim gereklidir.
7. Güvenlik iyi bir iştir.

1986 yılında Çernobil nükleer santralinde oluşan kaza sonrasında güvenlik kültürü kurum kültürünün spesifik bir kavramı haline gelmiştir (44). Güvenlik kültürü örgütün daha geniş kültürünün yönlerinden birisidir (30). Organizasyonda güvenlik konularına dayanan güvenlik kültürü organizasyon kültürünün bir yönüdür (53). Güvenlik kültürü, kişisel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yetkinliklerinin ve iş sağlığı ve güvenliği yönetiminin yeterliliğinin, stiline ve bağlılığının belirlenmesi olan davranışların modeli olarak belirlenmiştir (54).

Güvenlik kültürü literatüründe fikir birliği ve açıklık eksikliğinin en azından iki faktör yüklenmiş olabileceği ortaya konulmuştur. Birincisi tutarlı ve yeterli kompleks tanımlamanın olmaması, ikincisi ise yeterli kavramsal çerçevenin olmamasıdır. Güvenlik kültürü disiplinler arası ve disiplinlerde tanımsal fikir birliğinde eksikliği olan nispeten yeni bir kavramdır. Bununla birlikte, kavramsal ilerleme güvenlik kültürünün etkisi ve gücüyle yaygın özellikleri sayesinde yapılmış durumdadır. Açıkçası güvenlik kültürü karmaşık bir kavramdır (23). Organizasyonlardaki pozitif

güvenlik kültürü organizasyon üyelerinin birbirleriyle arasındaki karşılıklı destek ve paylaşılmış algılarının yanı sıra ortak kurulmuş güven ve değerlere dayanan açık iletişim ile karakterizedir (53).

Güvenlik kültürü oluşturmanın ilk adımı; liderliğin ve organizasyonun tamamının hasta güvenliğine odaklanması ve problemin iç yüzünü kavrayıp mantıksal nedeninin bulunup çözümlenmesini sağlamak olarak tanımlanabilir. Liderlerin hata azaltmanın zorluğunu, sağlık hizmetlerinde hataların bireylerin değil, kusurlu sistemlerin bir fonksiyonu olduğunu ve sağlık sistemlerinin gittikçe karmaşıklaştığını anlamaları gerekebilir (55). Çalışmalar göstermiştir ki güvenlik kültürü ve iklimi, hata raporlama, istenmeyen olayların ve mortalitelerin azaltılması gibi kliniksel davranışlar ile ilişkilidir (20).

Hasta güvenliği kültürü sağlık hizmetlerinde geliştirilmesi gereken konular arasındadır (22). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünü geliştirme hasta güvenliğini iyileştirmek için gerekli bir öncelikdir (50). Yine pozitif bir hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, hasta güvenliği ve sağlık kuruluşlarında kalite için önemli bir stratejidir (56). Hasta güvenliğini geliştirmek için en temel konu hasta güvenliği kültürünü yapılandırmaktır (57). Sağlık alanında hasta güvenliği kültürü ölçümleri 1990'lı yılların sonunda başlamıştır (53).

Hasta güvenliği kültürü uygulamalarının sağlık kuruluşlarında önenebilir zararları elimine edeceği ve yan etkilerini azaltacağı düşünülmektedir (54). Sağlık kuruluşlarında pozitif hasta güvenliği kültürünün önemli belirleyicileri, karşılıklı güven üzerine kurulmuş bir iletişim, iyi bir bilgi akışı, yönetim ve liderlik bağlılığı, örgütsel öğrenme, güvenliğin öneminin paylaşılan algısı, olay ve hata raporlamanın cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım varlığını içermektedir (58).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması amacıyla öncelikli olarak, yüksek riskli ve hata oluşturacak faaliyetlerin belirlenmesi, tıbbi hatanın korkmadan ve çekinmeden bildirildiği ve insanların cezalandırılmadığı açık ve net iletişim ortamlarının yaratıldığı, olay raporlama sisteminin çalışanları cezalandırma yaklaşımlarından uzak, olayların gerçek sebebinin belirlemeye ve sistemleri iyileştirmeye yönelik ele alınması, riskli uygulamalarda her seviyede çözümleri üretilebilir olması, hasta güvenliği hususunda kurum ve kuruluşların kaynak ayırması gerekmektedir (59).

Etkili hasta güvenliği kültürü oluşturmak amacıyla dikkat edilmesi gerekli temel prensipler aşağıdaki biçimde sıralanır (60, 61):

1. Yüksek riske sahip ve hataların oluşabileceği durumları belirlemek,
2. Tıbbi hataları araştıran ve tespit eden ortamları oluşturmak,
3. Zamanında ve israfları engelleyerek verimli sağlık hizmetleri sunmak,
4. Bilgisayar programlarını, protokolleri, kontrol listelerini daha geniş çapta kullanarak sağlık çalışanlarının hafızalarına güvenip karar vermelerini engellemek,
5. Doktorun gereken bilgilere daha hızlı ve daha rahat ulaşmasını sağlamak,
6. Tedavilerin bilgisayar destekli programlarla düzenlenmesi,
7. Bilgisayarla desteklenen ilaç barkod sistemlerinin oluşturulması,
8. I.V. ilaç karışımlarının hasta başı değil, hastanelerin eczanelerinde hazırlanması,
9. Yüksek risk içeren ve ender kullanılan ilaçlarla alakalı özel protokollerin hazırlanması,
10. Hastane eczanelerinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak,
11. Tedavi işlemlerinin olabildiğince standart hale getirilmesi,
12. Cezalandırmanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturulması,
13. Yüksek risk içeren durumlarda işbirliğiyle ortak çözümler oluşturmak,
14. Yeni teknolojilerin içerdiği riskler hususunda hastaları bilgilendirmek, bu çeşit tedavilerde ve cerrahilerde hastaların bilgilendirilmiş onamını almak için doktorlara eğitim vermek,
15. Tıp alanındaki problemleri ortaya koymak ve kaynak eksikliği hususunda kamuoyu oluşturmak,
16. Okullarda ve sosyal ortamlarda, sağlık eğitim programları yapmak,
17. Tıp eğitiminin seviyesini artırmak,
18. Doktorlar için, tıbbi hizmetlerin kalitesini yükseltecek programlar yapmak,
19. Bilgisi ve becerisi eksik olan doktorlar için uygun politikalar geliştirmek,
20. Halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının farklı yönleri konusunda uyarmak,
21. Halkı, tıbbi uygulamalar anında önceden

belirlenemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı hususunda uyarıda bulunmak,

22. Ulusal mevzuatlarda, hastaların tıbbi hatalardan dolayı gördükleri zararın karşılanabilmesi için herhangi bir mani olmaması,

23. Kanunların, tıbbi hatalardan dolayı oluşan zararların ödenmesi için yöntemlerin ve zarar ispatlandığında ödenmesi gerekli miktarların belirlenmesi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Yöntemi

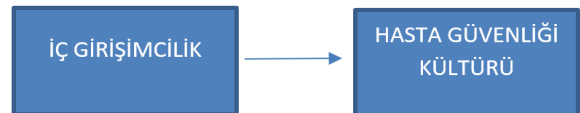
Araştırmanın amacı; iç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin ayrıntılı biçimde incelemektir.

Bu araştırmanın evreni olarak İstanbul ilinde faaliyet gösteren özel bir hastanenin 450 çalışanı belirlenmiştir. Örneklem yöntemine gidilmeden tam sayım metodu ile gönüllülük esasına dayalı tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ankete katılmayı kabul eden 408 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmanın ölçeğinde kullanılan değişkenler yapılan literatür taraması sırasında titizlikle incelenerek tespit edilen ve değişik kişiler tarafından farklı hakemli makalelerde ve tezlerde kullanılan, orijinali İngilizce ve Türkçe olan ölçeklerdir. Ölçeklerde yer alan ifadeler, bilimsel yöntemler esas alınarak geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılan araştırmalar ile test edilmiş ve kullanılabilir olduğu tespit edilmiş olan ifadelerdir.

Araştırmada veri toplama metodu olarak önceden hazırlanan kapalı uçlu soru ve ifadelerin olduğu anket formu kullanılmış ve yüz yüze görüşme metoduyla formlar doldurulmuştur. Yüz yüze anket metoduna, cevaplanma oranının üst seviyede olması, gözlem yapmaya fırsat sağlaması gibi avantajlarından dolayı öncelik verilmiştir.

Çalışmada iç girişimciliğin hasta güvenliği kültürünü pozitif yönde etkilediği şeklinde teorik bir model geliştirilmiştir.



Şekil 1: Araştırmanın Modeli

Araştırmanın bağımsız değişkeni iç girişimcilik değişkeninden oluşmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise hasta güvenliği kültürüdür. Araştırmanın hipotezi ise;

H₁: İç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Araştırma ölçeği ankete katılan katılımcılara araştırmaya ilişkin bilgi vermek amacıyla yazılmış tanıtım yazısı ve üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini kapsayan 6 soru yer almaktadır. İkinci bölümde iç girişimcilikle ilgili 15 soru yer almaktadır. Üçüncü bölümde hasta güvenliği kültürü ile ilgili 42 soru yer almaktadır.

Araştırmada iki ölçek kullanılmıştır. Araştırma ölçeği ankete katılan katılımcılara araştırmaya ilişkin bilgi vermek amacıyla yazılmış tanıtım yazısı ve üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler, diğer iki bölümde ise aşağıdaki ölçekler ait maddeler bulunmaktadır.

Araştırmanın birinci değişkeni olan iç girişimcilik seviyesini tespit etmek için öncelikle, yazın taraması yapılmış ve Durmaz'ın 2011 doktora tezinde (62) kullandığı iç girişimcilik ölçeği bulunmuştur. İç girişimciliğin boyutları yenilikçilik, risk alma ve proaktiflik olarak belirlenmiştir. Ölçek, 5'li Likert tarzında (1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum) hazırlanmıştır. Araştırmada kullanılacak tüm ölçeğin, geçerlik ve güvenilirlik analizleri Durmaz tarafından yapılarak kullanılmıştır.

İç girişimcilik ölçeğinin geçerlik, güvenilirlik çalışmasını yapan Durmaz'ın yazdığı tez incelenirse alt boyutlara ait Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları; yenilikçilik 0,851, risk ve proaktiflik 0,902'dir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Türk kültürü için yeterli sosyometrik özelliklere sahip bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda ise yapılan iç girişimcilik ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,849 olarak bulunmuştur.

Hasta güvenliği kültür ölçeği, AHRQ tarafından 2004 yılında geliştirilen "Hospital Survey on Patient Safety Culture" anketinin Türkçe'sidir (63). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusundaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla AHRQ tarafından geliştirilerek 2004 yılında yayınlanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 42 madde ve 12 boyuttan meydana gelmiştir. Emel Filiz tarafından 2009 yılında yapılan "Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi" adlı çalışmada geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Ankette hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,893 ve genel ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,887 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre araştırma ölçeğinin güvenilir olduğu söylenebilir.

Cevaplama A, B ve F bölümlerinde "kesinlikle katılmıyorum", "katılmıyorum", "ne katılıyorum ne katılmıyorum", "katılıyorum", "kesinlikle katılıyorum" ifadeleri, C ve D bölümlerinde "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" ifadeleri kullanıldı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın İstanbul bölgesinde faaliyet gösteren özel bir hastane çalışanları üzerinde yapılması kapsam yönünden sınırlılık olarak ifade edilebilir.

Araştırma kapsamında hazırlanan anketleri cevaplayan çalışanların gerçekçi ve tarafsız olarak anketi cevaplandıkları kabul edilmiştir. Fakat anketi cevaplandırılan çalışanların sosyal beğenirlik etkisiyle verdikleri cevaplar kullanılan anket metodu bakımından araştırmanın diğer bir sınırlılığı olarak düşünülebilir. Bu problem farklı değişkenleri birden fazla maddeyle ölçülüp ortalamalarının alınması suretiyle aşılmaya çalışılmıştır.

Verilerin anlık (cross-sectional) olarak toplanması ve zaman içindeki değişimin de belirlenebilmesi için farklı zamanlarda araştırmanın tekrarlanamaması durumları da araştırmanın sınırlılıkları olarak görülebilir.

Verilerin Analizi

Araştırmanın istatistiksel analizi için SPSS 22.0 kullanılmıştır. Sosyo-demografik özellikler için sayı, frekans ve yüzdelik ifadeler kullanılmıştır. Farklılık testleri için bağımsız örneklem için "t" testi (Independent Samples t-test) ve tek faktörlü varyans analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler için korelasyon testi, etki analizi için regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular bölümünde, araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, yaşları, eğitim durumları, haftada çalışma saatleri ve mesleklerine ilişkin bilgiler incelenmiş, her bir değişkene ait frekans (sıklık) ve yüzde değerlerine yer verilmiştir. Bu değerler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	n	%	Değişken	n	%		
Cinsiyet	Kadın	304	74,5	Medeni Durum	Evli	212	52,0
	Erkek	98	24,0		Bekâr	187	45,8
	Cevapsız	6	1,5		Cevapsız	9	2,2
	Toplam	408	100		Toplam	408	100
Yaş	15-20	26	6,4	Öğrenim Durumu	Lise	114	27,9
	21-25	107	26,2		Önlisans	118	28,9
	26-30	84	20,6		Lisans	109	26,8
	31-35	79	19,4		Y.lisans	36	8,8
	36-40	64	15,7		Doktora	16	3,9
	41-45	28	6,8		Cevapsız	15	3,7
	46 ve üstü	15	3,7		Toplam	408	100
	Cevapsız	5	1,2		Doktor	14	3,4
	Toplam	408	100		Hemşire	198	48,5
	Haftalık Çalışma Saati	40 saat	90		22,1	Meslek	S.teknikeri/ tek.
41-50 saat		204	50,0	Sağlık memuru	28		6,9
51 ve üstü s.		95	23,2	Diğer	98		24,0
Cevapsız		19	4,7	Cevapsız	0		0
Toplam		408	100	Toplam	408		100

Tablo 1 incelendiğinde; % 74,5'i kadın, % 52'si evli, % 26,2'si 21-25 yaş arasında, % 20,6'sı 26-30 yaş arasında bulunmaktadır. Genel olarak bakıldığında % 89,3'ünün 40 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Öğrenim durumlarına bakıldığında; % 28,9'u ön lisans, % 26,8'inin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Haftalık çalışma saatlerine bakıldığında; % 50'si 41-50 saat arasında çalıştığını, % 22,1'i 40 saat çalıştığını ve % 23,2'si 51 saat üzerinde çalıştığını beyan etmiştir. Mesleklerine bakıldığında; araştırmaya katılanların % 48,5'inin hemşire olduğu görülmektedir.

Bağımsız Sosyo-Demografik Gruplar Arasındaki Puan Farklılıkları

Bu bölümde katılımcıların her bir ölçeklere göre değişkenlerden aldıkları puan ortalamalarının farklı olup olmadığını belirlemek için analizler yapılmıştır. Bu bölümde bağımsız örneklem için "t" testi (Independent Samples t-test) ve tek faktörlü varyans analizi (One-

Way ANOVA) yapılmıştır.

Katılımcıların İç Girişimcilik Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Farklılıkları

Çalışanların iç girişimcilik algısının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak belirlenmiştir. Bu sorunun cevabını vermek ve hipotezin test edilmesi için t testi yapılmıştır.

Çalışanların iç girişimciliğinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre; iç girişimcilik için t testi sonucu göre kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark yoktur ($t=-0,99$, $p>0,05$). Buna göre cinsiyetin, çalışanların iç girişimciliğini etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Çalışanların iç girişimciliğinin medeni durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre; iç girişimcilik

Tablo 2: Katılımcıların İç Girişimciliklerinin Cinsiyete Göre Sonuçları

	Cinsiyet	n	x	s.s	t değeri	p değeri
İç girişimcilik	Kadın	304	3,9760	,53836	-0,99	,921
	Erkek	98	3,9825	,63599		

Tablo 3: Katılımcıların İç Girişimciliğinin Medeni Duruma Göre Sonuçları

	Medeni durum	n	x	s.s	t değeri	p değeri
İç girişimcilik	Evli	212	4,0216	,51641	1,655	,099
	Bekar	187	3,9282	,61049		

Tablo 4: Çalışanların İç Girişimciliğinin Haftalık Çalışma Saatine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Haftalık Çalışma Saati	n	x	s.s.	F	p	Anlamli fark
İç Girişimcilik	40 Saat	90	4,03	0,47	,539	0,583	-
	40-50 Saat Arası	204	3,96	0,53			
	50 Saat Üstü	95	3,97	0,65			

A=40 saat

B=40-50 saat arası

C=50 saat üstü

için t testi sonucu göre evliler ile bekârlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($t=1,655$, $p>0,05$). Buna göre medeni durumların, çalışanların iç girişimciliğini etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

İç girişimcilik için haftalık çalışma saatine göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=,539$, $p>0,05$). Buna göre haftalık çalışma saatleri kişilerdeki iç girişimciliği etkileyen bir faktör olarak görülmeyeceği söylenebilir.

İç girişimcilik için yaşa göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucuna göre aradaki farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=1,931$, $p>0,05$). Buna göre yaşın kişilerdeki iç girişimciliği etkileyen bir faktör olarak görülmeyeceği söylenebilir.

İç girişimciliğin öğrenim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucuna göre aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur ($F=3,143$, $P<0,05$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden “Tamhane” testi uygulanmış ve lise mezunu çalışanlarının ortalamasının doktora mezunu çalışanların ortalamalarından daha düşük olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre öğrenim düzeyi artıkça iç girişimciliğin arttığı ve öğrenim düzeyinin iç girişimciliği etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

İç girişimcilik için mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=1,295$,

Tablo 5: Katılımcıların İç Girişimciliğinin Yaşa Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA sonuçları

	Yaş	n	x	s.s.	F	p	Anlamli fark
İç Girişimcilik	15-20	26	3,70	0,76	1,931	0,064	--
	21-25	107	4,01	0,59			
	26-30	84	4,09	0,46			
	31-35	79	3,90	0,48			
	36-40	64	3,91	0,54			
	41-45	28	4,07	0,64			
	46 ve üstü	15	4,01	0,52			

A=15-20 B=21-25 C=26-30 D=31-35 E=36-40 F=41-45 G=46 ve üstü

Tablo 6: Katılımcıların İç Girişimciliğinin Öğrenim Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Öğrenim Durumu	n	x	s.s.	F	p	Anlamli fark
İç Girişimcilik	Lise	114	3,87	0,64	3,143	0,015	A-E
	Ön Lisans	118	3,98	0,44			
	Lisans	109	3,96	0,55			
	Yüksek Lisans	36	4,16	0,63			
	Doktora	16	4,27	0,43			

A=Lise

B=Ön lisans

C=Lisans

D=Yüksek lisans

E=Doktora

Tablo 7: Çalışanların İç Girişimciliklerinin Mesleklerine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Meslek	n	x	s.s.	F	p	Anlamli fark
İç Girişimcilik	Doktor	14	4,29	0,46			
	Hemşire	198	3,95	0,53			
	Sağlık Teknisyeni /Teknikeri	70	3,96	0,62	1,295	0,271	-
	Sağlık memuru	28	3,93	0,49			
	Diğer	98	3,99	0,59			

A=Doktor B=Hemşire C=Sağlık Teknisyeni/Teknikeri D=Sağlık Memuru E=Diğer

$p>0,05$). Buna göre çalışanların mesleklerinin iç girişimciliği etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Farklılıkları

Çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak belirlenmiştir. Bu sorunun cevabını vermek ve hipotezin test edilmesi

Çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t testi yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre; çalışanların hasta güvenliği kültürü için t testi sonucu göre kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark vardır ($t=2,70,1$, $p<0,01$). Buna göre cinsiyetin, çalışanların hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek için t testi yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre; çalışanların hasta güvenliği kültürü için t testi sonucu göre evliler ve bekârlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($t=,473$, $p>0,05$). Buna göre medeni durumun, çalışanların hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının haftalık çalışma saatine göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek faktörlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonucunda aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=2,046$, $p>0,05$). Buna göre haftalık çalışma saatlerinin, çalışanların hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının yaşa göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek faktörlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonucunda aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=1,978$, $p>0,05$). Buna göre yaşın,

Tablo 8: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Cinsiyete Göre Sonuçları

	Cinsiyet	n	x	s.s	t değeri	p değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Kadın	304	3,4109	,40659	2,701	,007
	Erkek	98	3,2809	,43800		

Tablo 9: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Medeni Durumuna Göre Sonuçları

	Medeni Durum	n	x	s.s	t değeri	p değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evli	212	3,3880	,35902	,473	,637
	Bekar	187	3,3678	,47660		

Tablo 10: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Haftalık Çalışma Saatine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Haftalık Çalışma Saati	n	x	s.s.	F	p	Anlamli Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	40 saat	90	3,40	0,34			
	40-50 saat arası	204	3,39	0,44	2,046	0,131	-
	50 saat üstü	95	3,29	0,42			

A=40 saat

B=40-50 saat arası

C=50 saat üstü

Tablo 11: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Yaşa Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA sonuçları

	Yaş	n	x	s.s.	F	p	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	15-20	26	3,41	0,59	1,978	0,057	-
	21-25	107	3,26	0,40			
	26-30	84	3,46	0,39			
	31-35	79	3,39	0,36			
	36-40	64	3,36	0,39			
	41-45	28	3,39	0,37			
	46 ve üstü	15	3,52	0,46			

A=15-20 B=21-25 C=26-30 D=31-35 E=36-40 F=41-45 G=46 ve üstü

Tablo 12: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Öğrenim Durumuna Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Öğrenim Durumu	n	x	s.s.	F	p	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Lise	114	3,34	0,42	2,617	0,035	A-E
	Ön Lisans	118	3,35	0,40			
	Lisans	109	3,35	0,38			
	Yüksek Lisans	36	3,49	0,47			
	Doktora	16	3,63	0,51			

A=Lise B=Ön Lisans C=Lisans D=Yüksek Lisans E=Doktora

çalışanların hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının öğrenim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek faktörlü varyans analizi (One-Way ANOVA) sonucunda aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (F=2,617, p<0,05). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden “Tukey” testi uygulanmış ve öğrenim durumu lise olan çalışanların hasta güvenliği kültürü algısı ile öğrenim durumu doktora olan çalışanların hasta güvenliği kültürü

algısı arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre öğrenim seviyesi arttıkça çalışanların hasta güvenliği kültürü algısı da artmaktadır. Bunun için hastaneler öğrenim seviyesi yüksek olan personeli işe almalıdır ve çalışanlarının öğrenim seviyelerini artırmak ve geliştirmek için planlamalar yapılmalıdır.

Hasta güvenliği kültürü algısı için mesleklerine göre anlamlı olarak farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek faktörlü ANOVA sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (F=1,373, p>0,05). Buna göre mesleklerin hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktör olmadığı söylenebilir.

Tablo 13: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Mesleklerine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Tek Faktörlü ANOVA sonuçları

	Meslek	n	x	s.s.	F	p	Anlamlı fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Doktor	14	3,57	0,52	1,373	0,242	-
	Hemşire	198	3,39	0,41			
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	70	3,32	0,49			
	Sağlık memuru	28	3,29	0,28			
	Diğer	98	3,37	0,37			

A= Doktor B=Hemşire C=Sağlık teknisyeni/ teknikeri D=Sağlık memuru E=Diğer

Değişkenler Arası İlişkiler

Korelasyon analizi, aralık ve rasyo düzeyinde ölçülmüş iki değişken arasındaki ilişki ya da bağımlılık olup olmadığını varsa yönünü ve gücünü göstermek için çok yaygın olarak kullanılan bir analiz tekniğidir. Korelasyon analizi sonucunda hesaplanan "korelasyon kat sayısı" "r" ile gösterilir. Korelasyon katsayısı r -1 ile +1 arasında bir değer alır (64).

Tablo 14'de kullanılan değişkenlere ait korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hasta güvenliği kültürü değişkeni ile iç girişimcilik değişkeni arasında ($r=0,357$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve orta bir ilişki elde edilmiştir.

Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda iç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü ile orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($R=,357$, $R^2=,127$, $p<0,001$). Buna göre sonucunda iç girişimcilik özellikleri toplam varyansın % 12,7'sini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan iç girişimcilik bağımlı değişken olan hasta güvenliği kültürünü anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir ($t=7,698$, $p<,001$). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir ($F=59,257$, $p<0,001$).

İç girişimciliğin hasta güvenliği kültürünü etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda; iç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü üzerinde etkisi olduğuna yönelik geliştirilen H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Çalışanların iç girişimcilik özelliği taşıması hasta güvenliği kültürünü artıran bir

etmendir. Bu tip çalışanlar hasta güvenliği artırmak için yapılacak olan her türlü iyileştirme ve yenilikte daima lider konumundadır.

TARTIŞMA

Bu yüzyılda insanoğlu bilgi ve teknoloji üretmede ve kullanmada hayal edilemeyecek bir hıza ulaşmıştır. Bu hızlı döngüde örgütler hem kendi iş çevresini hem de dış çevresini göz önünde bulundurmaya zorunda kalmıştır. Örgütlerin ürün ve hizmet üretmek, satmak ve markalaşmak için kullanabileceği birçok yeni yönetim tekniği ileri sürüldüğü görülmektedir. Yine bu yüzyılın bir diğer değeri ise insandır. Ayrıca insan bu dönemde girişimciler ve örgütler için en önemli kaynaktır. Günümüz insanı iş hayatında hem fiziksel emekle hem de fikir, düşünce ve görüşleriyle yer almaktadır.

Kalite tüm alanlarda işletmeler için bir yol gösterici kavram olarak literatürde yer almıştır. Sağlık hizmetleri içinde kalite kavramı tüm diğer alanlarda olduğu gibi önemli bir kavram haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşmanın 6 amacından birisi de güvenliktir. Yani hasta güvenliğidir. Hastaneye gelip, herhangi bir hataya uğramadan tanı, teşhis ve tedavisini tamamlayıp hastaneden ayrılmak hastalar için büyük bir başarı olarak görülmektedir. Hastanelerdeki hasta güvenliğini sağlamak için önemli adımlardan birisi de hasta güvenliği kültürünü artırmaktır.

Araştırmaya katılanlarının çoğunun kadın olduğu görülmüştür, bu da sağlık sektörünün kadın

Tablo 14: İç Girişimcilik ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişki

DEĞİŞKENLER (n=408)		İç Girişimcilik	Hasta Güvenliği Kültürü
İç Girişimcilik	r	1	
Hasta Güvenliği Kültürü	r	,357**	1
	p	,000	

** r 0,01 anlamlılık düzeyinde

Tablo 15: İç Girişimciliğin Hasta Güvenliği Kültürü Bağımlı Değişkeni İçin Etki Analizi Tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p
Sabit	2,326	,138		16,868	,000
İç girişimcilik	,264	,034	,357	7,698	,000

N=408, R= 0,357, R²= 0,127, Düzel. R² =0,125, F=59,257, $p<0,001$, Durbin-Watson=1,611

Tablo 16: Hipotezlerin sonuçları

Hipotezler	B	sig.	Sonuç
H_1 İç girişimciliğin hasta güvenliği kültürü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,264	P<,001	Kabul

çalışanların yoğun bir sektör olduğunu göstermektedir. Yine çalışanların çoğunun evli olduğu görülmektedir. Çalışanların çoğunlukla 21-30 yaş arasında ve % 80'inin 40 yaş altında olduğu bu da hastanelerin çoğunlukla genç çalışanlarla hizmet verdiği düşünülmektedir. Öğrenim durumlarına bakıldığında % 56'sının ön lisans ve lisans mezunu olduğu görülmektedir. Haftalık çalışma saatlerine göre; çalışanların % 50'sinin 41-50 saat arasında çalıştığı görülmektedir. Mesleklerine bakıldığında çalışanların % 48,5'inin hemşire olduğu, bu da çalışanların daha çok hemşire olduğu ve hemşirelik hasta güvenliği açısından önemli bir meslektir.

Çalışanların iç girişimcilik ortalamasının kadınlarla ile erkekler arasında anlamlı bir fark yoktur. Buna göre cinsiyetin, çalışanların iç girişimciliğini etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir. Çalışanların iç girişimcilik ortalamasının bekârlar ile evliler arasında anlamlı bir fark yoktur. Buna göre medeni durumun, çalışanların iç girişimciliğini etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir. İç girişimcilik için haftalık çalışma saatine göre aradaki farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur. Buna göre haftalık çalışma saatleri kişilerdeki iç girişimciliği etkileyen bir faktör olarak görülmeyeceği söylenebilir. İç girişimcilik için mesleklerine göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur. Buna göre çalışanların mesleklerinin iç girişimciliği etkilemeyen bir faktör olduğu söylenebilir. İç girişimciliğin öğrenim durumuna göre aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna göre öğrenim düzeyi arttıkça iç girişimciliğin arttığı ve öğrenim düzeyinin iç girişimciliği etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Arslanoğlu'nun 2018 yılında yaptığı çalışmada da aynı sonuçlara ulaşılmıştır (65).

İç girişimcilik için yaşa göre aradaki farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur. Arslanoğlu'nun yaptığı çalışmada ise aralarında anlamlı fark bulunmuştur (65).

Çalışanların hasta güvenliği kültürü için kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark vardır. Buna göre cinsiyetin, çalışanların hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Arslanoğlu'nun 2018 yılında yaptığı çalışmada ise anlamlı fark bulunmamıştır (65).

Çalışanların hasta güvenliği kültürü için evliler ve bekârlar arasında anlamlı bir fark yoktur. Buna göre cinsiyetin, çalışanların hasta güvenliği kültürünü etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir. Çalışanların Hasta güvenliği kültürü algısının öğrenim durumuna göre aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Öğrenim durumu lise olan çalışanların hasta güvenliği kültürü algısı ile öğrenim durumu doktora

olan çalışanların hasta güvenliği kültürü algısı arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre öğrenim seviyesi arttıkça çalışanların hasta güvenliği kültürü algısı da artmaktadır. Bunun için hastaneler öğrenim seviyesi yüksek olan personeli işe almalıdır ve çalışanlarının öğrenim seviyelerini arttırmak ve geliştirmek için planlamalar yapmalıdır. Arslanoğlu'nun 2018 yılında yaptığı çalışmada da aynı sonuçlara ulaşılmıştır (65).

Çalışanların Hasta güvenliği kültürü algısının haftalık çalışma saatine göre aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çalışanların Hasta güvenliği kültürü algısının yaşa göre aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü algısı için mesleklerine göre aradaki farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur. Arslanoğlu'nun 2018 yılında yaptığı çalışmada ise anlamlı fark bulunmuştur (65).

Araştırmanın hipotezi iç girişimciliğinin hasta güvenliği kültürünü etkilemesiydi. Yapılan analiz çalışmaları sonucunda iç girişimciliğinin hasta güvenliği kültürünü etkilediği sonucuna varılmış ve hipotez kabul edilmiştir. Arslanoğlu'nun 2018 yılında yaptığı çalışmada iç girişimciliğinin hasta güvenliği kültürünü etkilediği ve içsel pazarlamanın hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinde düzenleyici rolü olduğu bulunmuştur (65). Meydan'ın 2010 yılında yaptığı çalışmada örgütte adalet algısı ile iç girişimcilik arasında ilişki bulunduğu ve örgütsel adalet algısının iç girişimciliğini etkilediği bulunmuştur (66). Meydan'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada iş tatmini ve öz yeterlilik ile iç girişimcilik arasında ilişki bulunduğu ve iş tatmininin ve öz yeterliliğinin iç girişimciliği etkilediği bulunmuştur (67). Cingöz'ün 2011 yılında yaptığı çalışmada stratejik insan kaynaklarının iç girişimcilik üzerine etkisinin olduğu bulunmuştur (68). Çiğdem'in 2011 yılında yaptığı çalışmada kişilik özellikleri ile iç girişimcilik arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (69). Durmaz'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada psikolojik güçlendirme algısı ile iç girişimcilik arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Psikolojik güçlendirmenin iç girişimciliği anlamlı bir şekilde etkilediği bulunmuştur (62).

Hasta güvenliği kültürünü arttırmak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Feng ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Çin'de bir üniversite hastanesinde 248 hemşire katılımcı ile yapılan çalışmada yönetimin güvenlik taahhüdü ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Yine hemşire deneyimi ile hasta güvenliği kültürü arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (70). Gül tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada içsel pazarlamanın alt boyutu olan çalışma ortamı ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki olduğu bulunmuştur (71). Dirik tarafından

2014 yılında yapılan çalışmada çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürünü etkilediği ve hasta güvenliği kültürü ile yapısal güçlendirme arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürünü % 58 oranında açıkladığı bulunmuştur (72). Abualrub ve Alhijaa 2014 yılında yaptığı çalışmada hasta güvenliği eğitim programı sonrası hemşirelerde hasta güvenliği kültürünü pozitif olarak etkilendiği ve arttığı görülmektedir (73). Balçık akman tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada eğitim ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki bulunduğu ve eğitimin hasta güvenliği kültürünü arttığı bulunmuştur (74).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir kurum ve kuruluşun etkili, etkin ve verimli olmasında en önemli kaynaklarından birisi de insan kaynağıdır. Son yıllarda bu kaynağın farkına varan kurum ve kuruluşlar çalışanları için içsel pazarlama uygulamalarını yapmaya başlamışlardır. İçsel pazarlama uygulamaları, yani ödül ve motivasyon, etkili iletişim, işgören gelişimi, çalışan seçimi, personel alımı, destek sistemi, güçlendirme gibi uygulamalar yerinde ve zamanında uygulanırsa çalışanların iş tatmini, örgütsel bağlılığı, performansı, memnuniyeti ve müşteri yöneliliği arttığı görülmüştür. İç girişimci olan çalışanlarına daima destek vermelidirler.

Araştırmadaki veriler sadece özel hastanelerde çalışanlardan toplanmış ve analiz edilmiştir. Bu nedenle aynı çalışmanın kamu hastaneleri ve farklı bölgelerde çalışanlardan elde edilerek analiz edilmesi ve sonuçlara ulaşılması önerilir.

Hasta güvenliğinin sağlanması için hasta güvenliği kültürünün artırılması gerektiği farklı çalışmalarda vurgulanmıştır. Fakat, hasta güvenliğini nasıl artırabiliriz sorusu daima uygulamacıların ve araştırmacıların kafasını meşgul etmektedir. Bu konuda yapılacak ilave çalışmalarda farklı bağımsız değişkenler kullanılarak bu sorunun cevabına katkılar sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. ISO 9005 kalite sözlüğü,(1991), TSE
2. Çakmakçı, M ve E. Akalın (Ed.). (2011). Hasta güvenliği: Dünya ve Türkiye. Ankara: Türk Tabipler Birliği.
3. Alptekin, Z., Arslanoğlu, A., Erdoğan, A. (2016). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını SKS öncesi ve sonrası değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Health Care Acad J, 3(1): 17-25.
4. Ağca, V., Kurt, M. (Temmuz-Aralık 2007). İç Girişimcilik ve Temel Belirleyicileri: Kavramsal Bir Çerçeve. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 29: 83-112.
5. Arat, G. (2013). İşletmelerde Örgütsel Değişim ve İç Girişimcilik İlişkisi: Enerji Sektöründe Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Denizli: PÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
6. Bulgurcu Gürel, E. B. (2012) İç Girişimcilik: Bir Literatür Taraması. Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi, 6.
7. Bokhari, Z. A. (2006). Supporting Entrepreneurship and Intrapreneurship at Universities for Small Business Development from Marketing Perspective Is The Key to Support Community, Faculty and Students. Contracts With Large Multinational Corporations: A Hurdle, MMA Fall Educators' Conference.
8. Çetinkaya Bozkurt, Ö. (2011). Dünyada ve Türkiye'de Girişimcilik Eğitimi: Başarılı Girişimciler ve Öğretim Üyelerinden Öneriler. Ankara: Detay yayıncılık.
9. Loş, N., Bildirici, Ü. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Özellikleri Üzerine: Girişimci Üniversite. Uluslararası Girişimcilik ve Kariyer Sempozyumu, 1-3 Kasım, Muğla, 213-225.
10. Apak, S., Taşçıyan, K.H., Aksoy, M. (2010). Girişimcilik ve Sermaye Tedarik Yöntemleri. İstanbul: Papatya Yayıncılık
11. İbrahimoğlu, N., Yaşar Uğurlu, Ö. (2013). KOBİ'lerde İç Girişimcilik ve Örgüt Kültürü İlişkisi: Sektörel Bir Araştırma. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31(1): 103-126.
12. Kocjančič, J., Bojnec, Š. (2013). Intrapreneurship, Competition and Company Efficiency. Managing Global Transitions,11(2):161-179.
13. Carland, J. C., College, C., Carland, J. W. (2007). Intrapreneurship: A Requisite For Success. The Entrepreneurial Executive, 12.
14. Kesim, M. (2010). Girişimcilik. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın Sanayi ve Tic. Ltd. Ş.
15. Antoncic, B., Hisrich, R. D. (2003). Clarifying The Intrapreneurship Concept. Journal of Small Business and Enterprise, 10(1): 15.
16. Akoğlan Kozak, M., Gül Yılmaz, E. (2010). Otel Yöneticilerinin İç Girişimcilik Algılamaları: Frigya Bölgesi Örneği. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 21(1): 85-97.
17. Demirel, Y., Özbezek, B.D. (2015). İşletmelerde İç Girişimcilik ve Yenilik İlişkisine Yönelik Kavramsal Bir İnceleme. TISK Akademi, 11.
18. Çetin, F. (2011). Örgüt İçi Girişimcilikte Öz Yeterlilik Algısı ve Kontrol Odağının Rolü. Business and Economics Research Journal, 2(3): 69-85.
19. Sharma, P., Chrisman, J.J. (1999). Toward a Reconciliation of the Definitional Issues in the Field of Corporate Entrepreneurship. Entrepreneurship Theory and Practice, 23(3): 1-16.
20. Kear, T., Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. Nephrology Nursing Journal, 42(2): 113-122.
21. AHRQ (2013). Environmental Scan of Patient Safety Education and Training Programs. AHRQ Publication No. 13-0051-EF, American Institutes for Research Washington, DC.

22. Arslan, S., Egeliöğlü Cetisli, N., Bakan, G., Erkan, S. (2015). Patient Safety Culture of Health Professionals, *Gaziantep Med J*;21(2): 78-83.
23. Groves, P.S., Meisenbach, R.J., Scott-Cawiezell, J. (2011). Keeping Patients Safe in Healthcare Organizations: A Structuration Theory of Safety Culture. *Journal of Advanced Nursing* 67(8): 1846-1855.
24. Ataman, G. (2002). İşletme Yönetimi Temel Kavramlar ve Yeni Yaklaşım. (Genişletilmiş ve Gözden Geçirilmiş 2. Baskı). İstanbul: Türkmen Kitabevi.
25. Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6).
26. Wachter, R. M. (2008). *Understanding Patient Safety*. The McGraw-Hill Companies.
27. Polat, O. (2005). *Tıbbi Uygulama Hataları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
28. Spath P. L. (Ed.) (2011). *Error Reduction in Health Care A Systems Approach to Improving Patient Safety*. (Second Edition). John Wiley & Sons, Inc.
29. Price, J., Nicklin, P. J. ve Haynes, K., (2007). *Principles of Clinical Risk Management*. Sandars, J. ve Cook, G. (Ed.) *ABC of Patient Safety* içinde (27-28). Blackwell Publishing Ltd
30. Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. (2nd Edition). Blackwell Publishing Ltd.
31. Weinberg, J.K. (April, 2002). *Medical Error and Patient Safety: Understanding Cultures in Conflict*. *Law & Policy*, 24(2).
32. Sujan, M. (2015). An Organisation Without A Memory: A Qualitative Study of Hospital Staff Perceptions on Reporting and Organisational Learning for Patient Safety. *Reliability Engineering and System Safety*, 144, 45-52.
33. WHO (2004). *World Alliance for Patient Safety Forward Programme*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
34. Walshe, K., R. Boaden (Ed.) (2006). *Patient Safety Research Into Practice*, England: Open University Press McGraw-Hill Education
35. Youngberg, B. J. (Ed.) (2011). *Principles of Risk Management and Patient Safety*. Canada: Jones & Bartlett Learning
36. Berry, M. C. (2004). *The Role of Risk Management in Patient Safety: The Needs, Benefits, and Reasons to Disclose Errors*. J. Fowler Byers ve S. V. White (Ed.) *Patient Safety: Principles and Practice* içinde (299-339). Broadway, New York: Springer Publishing Company, Inc.
37. Deming, W. E. (2014). *Krizden Çıkış*. İstanbul: KALDER Yayınları.
38. Fowler Byers, J., White, S.V. (2004). *Patient safety: Principles and Practice*. Broadway, New York: Springer Publishing Company, Inc.
39. JCI (2015). *Patient Safety Systems (PS), Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals, CAMH Update 2*.
40. Kaufman, G. ve McCaughan, D. (2013). The Effect of Organisational Culture on Patient Safety. *Nursing Standard*, 27(43): 50-56.
41. Hemmat, F., Atashzadeh-Shoorideh, F., Mehrabi, T. ve Zayeri, F. (July-August 2015). A Survey Of Nurses' Awareness of Patient Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4).
42. Hodgetts, R.M. (1999). *Yönetim, Teori, Süreç ve Uygulama*. C. Çetin ve E. Can Mutlu (Çev.). İstanbul: Beta basım yayım Dağıtım A.Ş.
43. Condrill, J. ve Bough B. (2000). *101 İletişim Yolu*, A. Şahin (çev). İstanbul: Beyaz Yayınları.
44. Domnaru, C. D., (September 2012), *Patient Safety Culture at Organizational Level*. *Public Health and Management, Acta Medica Transilvanica*; 2(3):145-147.
45. Beyer, M., Rohe, J., Nicklin, P.J., Haynes, K. (2007). *Communication and Patient Safety*. J. Sandars ve G. Cook, (Ed.) *ABC of Patient Safety* içinde (16-19). Blackwell Publishing Ltd.
46. WHO (2010). *Patient Safety, Learning From Error*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
47. Hua, Y., Becker, F., Wurmser, T., Bliss-Holtz, J., Hedges, C. (2012). Effects of Nursing Unit Spatial Layout on Nursing Team Communication Patterns, Quality of Care, and Patient Safety, *HERD*, 6(1): 8-38.
48. Childress, S.B. (January, 2015). *Team Communication: It's About Patient Safety*. *Journal of Oncology Practice*, 11.
49. Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
50. Schutz, A.L., Counte, M.A., Meurer, S. (2007). Development of A Patient Safety Culture Measurement Tool for Ambulatory Health Care Settings: Analysis of Content Validity. *Health Care Manage Sci*, 10: 139-149.
51. Muralidhara, S., Tanejab, A., Ramesha, V. (2012). Patient Safety Culture-Perception of Health Care Workers, in A Tertiary Care Hospital. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 24: 191-199.
52. Goodman, G.R. (2003). *A Fragmented Patient Safety Concept: The Structure and Culture Of Safety Management In Healthcare*. *Hospital Topics: Research And Perspectives on Healthcare* 81(2).
53. Hammer, A., Ernstmann, N., Ommen, O., Wirtz, M., Manser, T., Pfeiffer, Y., Pfaff, H. (2011). Psychometric Properties of The Hospital Survey on Patient Safety Culture for Hospital Management (HSOPS_M). *BMC Health Services Research*, 11: 165.
54. Ito, S., Seto, K., Kigawa, M., Fujita, S., Hasegawa, T., Hasegawa, T. (2011). Development and Applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) In Japan. *BMC Health Services Research*, 11: 28.
55. Yıldırım, Ö. (2008). *Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
56. Feng, X.Q. Acord, L. Cheng, Y.J., Zeng, J.H., Song, J.P. (2011). The Relationship Between Management Commitment and Patient Safety Culture. *International Nursing Review*, 58: 249-254.
57. Zwart, D. LM, Langelaan, M., Van De Vooren, R.C., Kuyvenhoven, M.M., Kalkman, C.J., Verheij, T.J.M., Wagner, C. (2011). Patient Safety Culture Measurement in General Practice. *Clinimetric properties of 'SCOPE'*, *BMC Family Practice*, 12: 117-124.
58. El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., Hemadeh, N. (2011). Predictors and Outcomes of Patient Safety Culture in Hospitals. *BMC Health Services Research*, 11: 45.
59. Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., Altuntaş, S. (2011). *Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geliştirilmesi*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14: 4.
60. Suresh, G., Horbar, J. D., Plsek, P., Gray, J., Edwards, W. H., Shiono, P. H., Ursprung, R. Nickerson, J., Lucey, J. F., Goldmann, D. (2004). Voluntary Anonymous Reporting of Medical Errors for Neonatal Intensive Care Units. *Pediatrics*, 113: 1609-1618.
61. Ovalı, F. (Ocak 2010). *Hasta Güvenliği Yaklaşımları*. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Sayı:1.
62. Durmaz, I. (2013). *Psikolojik Güçlendirme Algısının İç Girişimcilik Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
63. Sorra, J.S., Nieva, V.F. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: AHRQ Publ. No. 04-0041.
64. Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2014). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (4.baskı). Ankara: Detay Yayıncılık,

65. Arslanoğlu, A. (2018). İçsel Pazarlama Uygulamalarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisinde İç Girişimciliğin ve Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
66. Meydan, C. H. (Ağustos-Aralık 2010). Adalet Algısı – İç Girişimci Davranışlar İlişkisinde Kontrol Odağının Şekillendirici Rolü. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 36: 195-222.
67. Meydan, C. H. (2011). İş Tatmini ve Öz Yeterliliğin Örgüt İçi Girişimciliğe Etkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20(1): 25-40.
68. Cingöz, A. (2011). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi ve Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminin Örgütsel Performans ve İç Girişimcilik (Girişimsel Performans) Üzerindeki Etkileri: Kayseri İmalat Sanayinde Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
69. Çiğdem, H.Y. (2011). Hizmet İşletmelerinde Çalışanların Kişilik Özellikleri ve İç Girişimcilik Eğilimleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Aksaray: Aksaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
70. Feng, X.Q. Acord, L. Cheng, Y.J., Zeng, J.H. ve Song, J.P. (2011). The Relationship Between Management Commitment and Patient Safety Culture. International Nursing Review 58: 249-254.
71. Gül, İ. (2010). Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
72. Dirik, F.H. (2014). Çalışma Ortamı ve Güçlendirilmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
73. AbuAlRub, R.F., Abu Alhijaa E.H. (2014). The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. Nursing Forum 49(2): 139-150.
74. Balçık Akman, A. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.