




## Klinik Yönetişim İklimi ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerindeki Sosyo-Demografik Özelliklerin Belirleyiciliği: Türkiye Perspektifi

### Determination of Socio-Demographic Characteristics on Clinical Governance Climate and Patient Safety Culture: Turkey Perspective

  Nuran Eraslan<sup>1</sup>,  Osman Hayran<sup>2</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ORCID ID: Nuran Eraslan: <https://orcid.org/0000-0003-4683-4302>, Osman Hayran: <https://orcid.org/0000-0002-9994-5033>

\*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Nuran Eraslan, e-posta / e-mail: [nuran.eraslan@hotmail.com](mailto:nuran.eraslan@hotmail.com)

Geliş Tarihi / Received : 15-02-2023

Kabul Tarihi / Accepted: 24-03-2023

Yayın Tarihi / Online Published: 30-04-2023

Eraslan N., Hayran O. Determination of socio-demographic characteristics on clinical governance climate and patient safety culture: Turkey perspective, J Biotechnol and Strategic Health Res. 2023;7(1):54-66

#### Özet

<b>Amaç</b>	Yapısal eşitlik modellemesi (YEM) ile klinik yönetim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) üzerinde sosyo-demografik özelliklerin etkisinin incelenmesidir.
<b>Gereç ve Yöntem</b>	Kesitsel nitelikteki bu araştırma; Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında İstanbul'da farklı statüdeki 9 hastanede 2.055 hekim ve hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, kişisel bilgi formu, klinik yönetim iklim ölçeği (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS 24.0 ve AMOS 24.0 programları kullanılmıştır.
<b>Bulgular</b>	Klinik yönetim ikliminin (KYİ), hasta güvenliği kültürü (HGK) üzerindeki etkisinde toplam sekiz demografik özelliğin dahil edildiği path (yol) analizi sonucu; demografik özelliklerle KYİ'nin yaş ve öğrenim düzeyine göre farklılık gösterdiği bulunurken ( $R^2=0,031$ ), HGK'nun ise, cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyine göre farklılık gösterdiği ( $R^2=0,063$ ) bulunmuştur. Ayrıca, çalışmamızda analiz sonucu modele dahil edilemeyen ve anlamsızlık oluşturan diğer beş sosyo-demografik özellik (iş tecrübesi, hastane türü, akreditasyon durumu, KY ve HG eğitimi alma) Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testiyle incelenmiş ve klinik yönetim ikliminin hastane türüne göre, hasta güvenliği kültürünün ise, sosyo-demografik özelliklerin tamamına göre istatistik olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.
<b>Sonuç</b>	Hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerinin klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü üzerindeki belirleyiciliği oldukça düşüktür. Bu çalışma, farklı statüdeki hastanelerde YEM ile gerçekleştirilen ilk çalışmadır. Bu nedenle, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
<b>Anahtar Kelimeler</b>	Klinik yönetim iklimi, hasta güvenliği kültürü

#### Abstract

<b>Aim</b>	The effect of socio-demographic characteristics on clinical governance climate (CGC) and patient safety culture (PSC) is examined using structural equation modelling (SEM).
<b>Material and Method</b>	This cross-sectional study, is carried out with 2,055 physicians and nurses in 9 hospitals with different status in Istanbul province between June 2020 and April 2021. Research data is collected by using a personal information form, clinical governance climate scale (CGC) and patient safety culture scale (PSC). SPSS 24.0 and AMOS 24.0 programs are used in the analysis of the data.
<b>Results</b>	As a result of the path analysis, which included a total of eight demographic characteristics in the effect of clinical governance climate (CGC) on patient safety culture (PSC), it is found that BMI differs according to age and education level ( $R^2=0,031$ ), while PSC differs according to gender, age and education level ( $R^2=0,063$ ). In addition, as a result of the analysis, five other socio-demographic characteristics (work experience, hospital type, accreditation status, CG and PS training) that could not be included in the model are examined by Kruskal Wallis and Mann Whitney U test and it is found that the clinical governance climate differed statistically significantly according to all socio-demographic characteristics.
<b>Conclusion</b>	The demographic characteristics of physicians and nurses have too low determinant on clinical governance climate and patient safety culture. This study is the first study carried out with SEM in hospitals of different status. Therefore, the results obtained in this study will contribute to the literature.
<b>Keywords</b>	Clinical governance climate, patient safety culture

## GİRİŞ

Klinik yönetişim, sağlık hizmeti sunan kuruluşların, mükemmel ve güvenli hizmet sunumu konusunda yüksek standartları sağlayıcı bir ortam oluşturması ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi konularında hesap verebilirliği olarak tanımlanmaktadır<sup>1</sup>. Klinik yönetişim iklimi ise, klinikte iletişim ve etkileşimin ön plana çıktığı suçlamanın olmadığı, destekleyici ve hatalardan öğrenmeyi sağlayan bir iklim olarak tanımlanır<sup>2,3</sup>. Klinik yönetişim ile yakından ilişkili olan hasta güvenliği kültürü, organizasyon kültürünün bir parçası olup; paylaşılan inanç, tutum, değer, norm ve davranışları içermektedir<sup>4</sup>.

1990'lı yıllarda modern tıbbın bilimsel yöntemlerle hastalıkları tedavi etmeye başlamış ancak, bazı durumlarda hastanelerin tedavi sürecini güvenli bir şekilde uygulamadığı ve hastalara zarar verdiği görülmüştür<sup>5</sup>. Özellikle ABD'de 1998 yılında yayınlanan devlet raporunda her yıl yüz bine yakın hastanın tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğinin vurgulanması tüm ülkeleri bu konuda harekete geçirmiştir<sup>6</sup>. Aynı tarihlerde klinik yönetişim kavramı da yaygınlaşmaya başlamış ve İngiltere'de, sağlık hizmetlerinin güvenlik ve kalitesine katkı sağlaması amacıyla klinik yönetişim sağlık hizmetlerinin modernizasyonu için 1998'de NHS'ye tanıtılmıştır<sup>7</sup>. Daha sonraki yıllarda klinik yönetişim kalite ve güvenlik konularını garanti altına almak için pek çok ülkede, kilit bir strateji olarak uygulanmaya başlamıştır<sup>8</sup>. 2000'li yıllardan itibaren; İrlanda, Yeni Zelanda, Avustralya, İran, Kanada, Güney Afrika ve Gana gibi pek çok ülkede sağlık politikası ve stratejilerinde öncelikli olarak yer almış ve son yıllarda, özellikle gelişmiş ülkelerde klinik yönetişim uygulamalarının sonuçları araştırmacılar tarafından incelenmeye ve tartışılmaya başlanmıştır.

Örneğin, Yeni Zelanda'da 2009 yılında ulusal klinik yönetişim politikası başlatılmış ve bu bağlamda sağlık çalışanlarının hükümet politikası yayınlandıktan sonra, 2010 ile 2012 arasında iyi bir ilerleme kaydedildiği sonucuna varılmıştır<sup>9</sup>. Avustralya'da sağlık hizmet kuruluşları için, "Ulusal Klinik Yönetişim Çerçevesi" oluşturulmuş ve bu

kapsamda, 2019 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, kamu ruh sağlığı klinik yönetişim faaliyetlerinin incelenmesine dair bağımsız bir komisyon kurulmuştur. Söz konusu komisyon tarafından klinik yönetişime yönelik; klinik liderlik, kalite iyileştirme, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve mesleki eğitimler gibi faaliyetlerin artırılması gerektiği vurgulanmıştır<sup>10</sup>.

Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda, klinik yönetişimle bakım kalitesi<sup>11</sup>, klinik birimlerin performansı<sup>12</sup> ve hastane performansı<sup>13</sup> arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, klinik yönetişim ikliminin hastanelerde hemşirelerin iş doyumu<sup>14</sup> ve çalışma ortamını olumlu etkilediği<sup>15</sup> belirlenmiştir.

Literatürde klinik hizmetlerin yönetişimi ve hasta güvenliği konularının taşıdığı önem çok sık dile getirilmesine rağmen, hastanelerde klinik yönetişim iklimi konusunda yapılan araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Önemli bir boşluğu gidereceği ve klinik yönetişimin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunulabileceği düşünülen bu çalışmada, Türkiye'de hekim ve hemşirelerin perspektifinden yapısal eşitlik modeli ile sosyo-demografik özelliklerin, klinik yönetişim iklimi ve hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel nitelikteki bu araştırma; Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, hekim ve hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini İstanbul'da farklı statüdeki 226 hastanede çalışan toplam 56.924 hekim ve hemşire, örneklemini ise, 4'ü üniversite hastanesi, 4'ü özel hastane ve 1'i kamu hastanesi olmak üzere, toplam 9 hastanede çalışan 3.912 hekim ve hemşire oluşturmaktadır. Hekim ve hemşireler sağlık hizmetleri sunumunda aktif rol alan profesyonel becerilere sahip, kilit personel olduğu için tercih edilmiştir. Örneklem seçimi küme ve amaçlı örnekleme yöntemleri ile yapılmıştır. İlk aşamada evrendeki hastaneler, akredite olup olmadıklarına göre ve kamu, özel, üniversite hastanesi

şeklinde 5 kümeye ayrılarak her kümeden bir hastanenin örnekleme girmesi sağlanacak şekilde amaçlı örnekleme yöntemi ile seçim yapılmıştır.

Örnek seçimi sırasında veri toplamaya elverişli, iş birliği yapmaya gönüllü olan ve izin alınabilen hastaneler tercih edilmiştir. Örnek büyüklüğünün hesaplanmasında, yapısal eşitlik modellemesinin (YEM) varsayımları dikkate alınmıştır<sup>16,17</sup>. Araştırma, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve anket sorularını yanıtlayan (örneğin %53'ü) toplam 2.055 hekim ve hemşire ile tamamlanmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; kişisel bilgiler formu, klinik yönetim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) ölçeği kullanılmıştır.

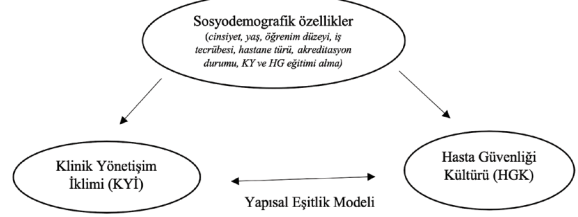
**Kişisel bilgiler formu:** Araştırmacı tarafından geliştirilen ve sosyo-demografik özelliklerle ilgili 6 soru, iş yaşamı özelliklerine ilişkin 4 soru ve çalışılan kurum özellikleri ile ilgili 6 sorudan oluşan toplam 16 soruluk kişisel bilgi formu yer almıştır.

**Klinik yönetim iklimi ölçeği:** Organizasyonel süreç ve stratejileri ölçmek amacıyla 2003' de Freeman<sup>3</sup> tarafından geliştirilmiştir. 6 boyut ve 60 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2012'de Gürdoğan<sup>14</sup> tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek tipi 5'li Likert ölçeğidir ve kesim noktası bulunmamaktadır.

**Hasta güvenliği kültürü ölçeği:** Hastanelerde tıbbi hata ve olay raporlama hakkındaki görüşlerin değerlendirilmesi amacıyla ABD'de, Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek tipi; 5'li Likert ölçeği olup, 12 boyut ve 42 maddeden oluşmaktadır. 2004 yılında Sorra ve Nieva<sup>18</sup> tarafından İngilizce geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Türkçe uyarlaması ise, 2009'de Filiz<sup>19</sup> tarafından yapılmıştır.

Veri toplama süreci; çalışma Haziran 2020-Nisan 2021

tarihleri arasında İstanbul ilinde gerçekleştirilmiştir. Etik kurul onayı ve Sağlık Müdürlüğü izni alındıktan sonra hastaneler araştırmacı tarafından ziyaret edilerek hekim ve hemşire listeleri alınmış, dağıtılan anket formları ve ölçeklerin gönüllülük temelinde doldurulması istenmiştir. Toplanan veriler araştırmacı tarafından analiz edilmiştir. Araştırmanın analiz birimi; dahili, cerrahi ve karma servisler ile, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, organ nakli, palyatif bakım, idari birimler, poliklinik, gününbirlik ve ayaktan tedavi birimlerinden oluşmaktadır. Araştırma modeli Şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1. Araştırma Modeli

Araştırma verileri, "Yapısal Eşitlik Modellemesi" ile analiz edilmiştir. Bunun için, KYİ ve HGK ölçeklerine ayrı ayrı doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış (Şekil 2 ve 3) ve daha sonra klinik yönetim ikliminin, hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinde demografik özelliklerin de dahil edildiği path (yol) analizi uygulanmış (Tablo 2) ve elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

### İstatistiksel Yöntem

Klinik yönetim iklimi (KYİ) ve Hasta güvenliği kültürü (HGK) bağımlı değişken, sosyo-demografik özellikler bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Ölçek puanları tanımlayıcı istatistiklerle (yüzde, oran, standart sapma, ortalama, ortanca, minimum ve maksimum) özetlenmiştir. Toplanan veriler IBM SPSS 24.0 ve AMOS 24.0 ile analiz edilmiş ve ölçeklere ait yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Klinik yönetim ikliminin, hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin incelendiği yol analizinde, çoklu normallik varsayımı sağlanmadığı için

hesaplama yöntemi olarak Bootstrap ML (Maximum Likelihood) kullanılmıştır ve Bootstrap analizinde 5000 yenden örneklem tercih edilmiştir<sup>20</sup>. İstatistiksel önem düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

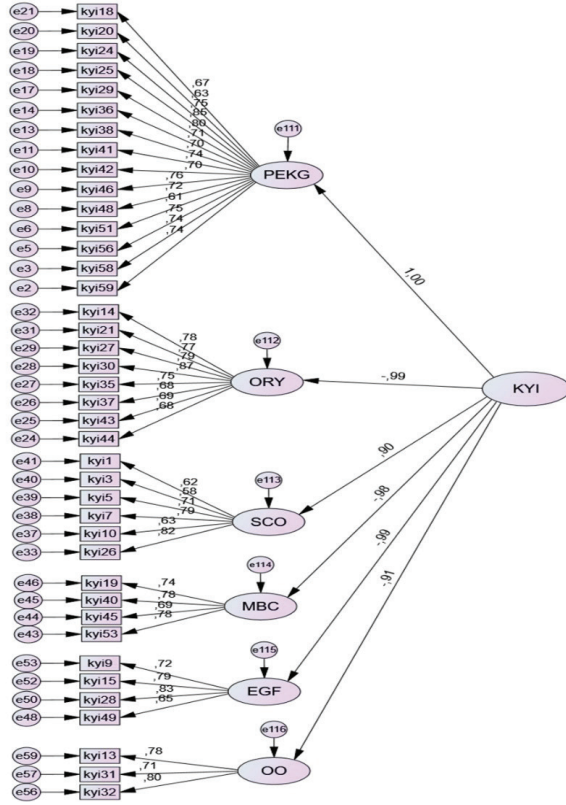
Ayrıca, çalışmamızda analiz sonucu modele dahil edilemeyen ve anlamsızlık oluşturan sosyo-demografik özelliklerin (iş tecrübesi, hastane türü, akreditasyon durumu, KY ve HG eğitimi alma) ölçek puanı ile ilişkisi Kruskal Wallis ve Mann Whitney testleri ile incelenmiştir.

### BULGULAR

Çalışmamızda toplam 3.143 anket dağıtılmış ve anketi yanıtlayanların oranı %65,3 ( $2.055/3.143 = \%65,3$ ) olmuştur. Örneklem, %53'üne ( $2.055/3.912 = \%53$ ) ulaşılmış olup hastanelere göre anketlerin yanıt oranı, minimum %33 ile maksimum %77,3 arasında değişmektedir. Çalışmamızda, Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayılarının klinik yönetim iklimi (KYİ) için (0,891), hasta güvenliği kültürü (HGK) için (0,879) olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Özellikler	Değişken	n	(%)
1.Cinsiyet	Kadın	1.448	70,5
	Erkek	607	29,5
2.Yaş (Ort: 31,04±ss:10,18) (Min.19-Maks.73)	<25 altı	740	36,0
	25-34	698	34,0
	35-44	346	16,8
	>45 ve üstü	271	13,2
3.Öğrenim Düzeyi	Lise	486	23,6
	Önlisans	441	21,5
	Lisans	413	20,1
	Y. Lisans ve üzeri	715	34,8
4.İş Tecrübesi	5 yıl ve altı	1.022	49,7
	6-10 yıl	362	17,6
	11-15 yıl	219	10,7
	16-20 yıl	178	8,7
	21 yıl ve üstü	274	13,3
5.Hastane Türü	Özel	790	38,4
	Kamu	362	17,6
	Üniversite	903	44,0
6.Akreditasyon Durumu	JCI Belgesiz	1.058	51,5
	JCI Belgeli	997	48,5
7.Klinik Yönetişim Eğitimi Alma	Evet	688	33,5
	Hayır	1.367	66,5
8.Hasta Güvenliği Eğitimi Alma	Evet	1.773	86,3
	Hayır	282	13,7
	Toplam	2.055	100

Klinik Yönetişim İklimi ölçeğinin faktör analizi grafik yapısı Şekil 2'de sunulmuştur.



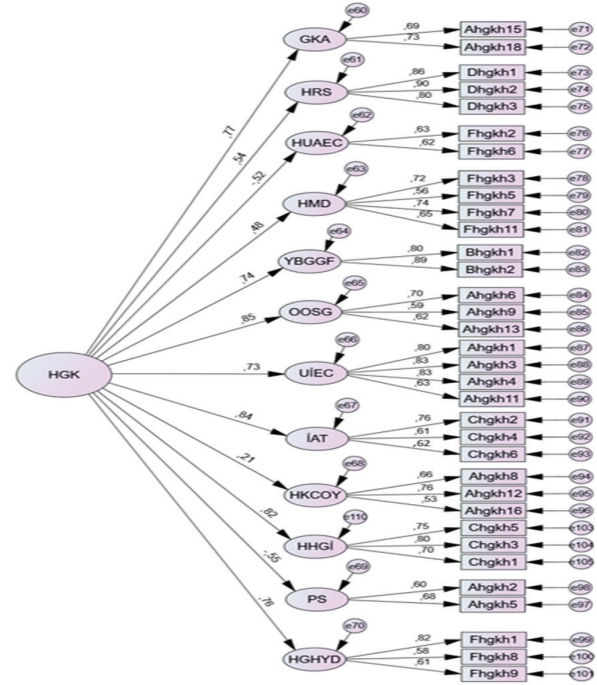
Şekil 2. Klinik yönetim iklimi doğrulayıcı faktör analizi grafik yapısı

Literatürde 60 madde ve 6 boyut olarak yer alan klinik yönetişim iklimi (KYİ) ölçeğine, örneklemimize uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucu (DFA) 6 boyut yapısı korunmuş ancak standart faktör yükleri düşük ( $FY < 0,50$ ;  $p < 0,05$ ) olan<sup>21</sup>, 20 madde analizden elenmiştir. Analizdeki maddelerin faktör yükleri standart değerleri (0,620-0,830) aralığında yer almaktadır (Şekil 2).

Doğrulayıcı faktör analizi modelinde test değerleri ( $p < 0,05$ ) olmak üzere;  $\chi^2(2495,6)$ ,  $\chi^2/df(3,40)$  bulunduğundan modelin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum endeks değerleri; GFI (0,90), CFI (0,92), SRMR (0,06), RMSEA (0,05) kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu sonucuna varılır.

mıştır<sup>22</sup>.

Şekil 3'te Hasta Güvenliği Kültürü ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizinin grafik yapısı görülmektedir.



Şekil 3. Hasta kültürü güvenliği doğrulayıcı faktör analizi grafik yapısı

Literatürde 42 madde ve 12 boyut olarak yer alan HGK ölçeğine, örneklemimize uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucu (DFA) 12 boyut yapısı korunmuş ancak standart faktör yükleri düşük ( $FY < 0,50$ ;  $p < 0,05$ ) olan<sup>21</sup>, 8 madde analizden çıkarılmıştır.

Analizde, maddelerin faktör yükü değerlerinin (0,604-0,902) aralığında yer aldığı saptanmıştır (Şekil 3). Doğrulayıcı faktör analizi modelinde test değerleri ( $p < 0,05$ ) olmak üzere;  $\chi^2(1843,7)$ ,  $\chi^2/df(3,20)$  bulunduğundan modelin anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Modelin uyum endeks değerleri; GFI (0,90), CFI (0,91), SRMR (0,07), RMSEA (0,04) kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu anlaşılmaktadır<sup>22</sup>.

Yol analizi öncesinde, verilere ait tüm sorunlar (uç değerler, basık ve çarpık değerler, eksik veri vb.) giderilmesi, maksimum olabilirlik (ML) kullanılabilmesi için verilerin normal dağılıma uygun olması gerekmektedir.

Yapılan analizlerde, çoklu normallik testinde kritik değerin 81,435 olduğu belirlenmiştir. Bu değerin 10'un altında olması mükemmel bir sonuç iken, 20 değerine kadar genellikle sorun teşkil etmediği yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur. Dolayısıyla, çalışmamızda çoklu normallik varsayımı sağlanmadığı için hesaplama yöntemi olarak

Bootstrap ML (Maximum Likelihood) kullanılmıştır. Bootstrap analizinde, 5000 yeniden örneklem tercih edilmiştir<sup>20</sup>. Klinik yönetişim iklimi ölçek puanları ile hasta güvenliği kültürü ölçek puanları arasındaki yol katsayıları istatistik olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Tablo 2'de Klinik Yönetişim İkliminin (KYİ) Hasta Güvenliği Kültürü (HGK) üzerindeki etkisinde demografik özelliklerin dahil edildiği yol analizi sunulmuştur. Tablo 2'de Klinik Yönetişim İkliminin (KYİ) Hasta Güvenliği Kültürü (HGK) üzerindeki etkisinde demografik özelliklerin dahil edildiği yol analizi sunulmuştur.

#### Yol Analiziyle Klinik Yönetişim İklimi'nin

Bağımlı Değişken		Bağımsız Değişken	$\beta_1$	$\beta_2$	S. Hata	t	P değeri	R <sup>2</sup>
KYİ Toplam Puanı	<---	Erkek	0,047	0,002	0,496	0,094	0,925	0,031 (KYİ)
	<---	25-34 Yaş	1,300	0,059	0,480	2,706	0,007	
	<---	35-44 Yaş	1,643	0,059	0,607	2,708	0,007	
	<---	45 Yaş ve Üzeri	2,464	0,081	0,664	3,712	<0,001	
	<---	Önlisans	0,196	0,008	0,553	0,355	0,723	
	<---	Lisans	-1,873	-0,071	0,570	-3,287	0,001	
	<---	Yüksek Lisans ve Üzeri	-2,452	-0,112	0,476	-5,147	<0,001	
HGK Toplam Puanı	<---	Erkek	-0,065	-0,061	0,022	-2,879	0,004	0,063 (HGK)
	<---	25-34 Yaş	-0,020	-0,020	0,022	-0,920	0,358	
	<---	35-44 Yaş	0,087	0,068	0,027	3,163	0,002	
	<---	45 Yaş ve Üzeri	0,195	0,139	0,030	6,499	<0,001	
	<---	Önlisans	-0,005	-0,004	0,025	-0,192	0,848	
	<---	Lisans	-0,094	-0,078	0,026	-3,636	<0,001	
	<---	Yüksek Lisans ve Üzeri	-0,171	-0,170	0,022	-7,940	<0,001	

$\beta_1$ : Standartlaştırılmamış yol katsayısı;  $\beta_2$ : Standartlaştırılmış yol katsayıları; S. hata: Standart Hata, R<sup>2</sup>: Çoklu korelasyon katsayısı

### Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 2'ye göre; demografik özellikler ile klinik yönetim iklimi (KYİ)'nin %3,1'lik kısmı açıklanmaktadır ( $R^2=0,031$ ). Yaşa göre; 25-34 yaş grubu olanların KYİ toplam puanı 24 yaş ve altı olanlara göre 1,3 birim artmaktadır ( $p=0,007$ ). 35-44 yaş grubu olanların KYİ toplam puanı, 24 yaş ve altı olanlara göre 1,643 birim artmakta ( $p=0,007$ ) iken, 45 yaş ve üstü olanların 2,464 birim artmaktadır ( $p<0,001$ ). Öğrenime göre; öğrenim düzeyi lisans olanların KYİ toplam puanı lise olanlara göre 1,873 birim azalmakta ( $p=0,001$ ) iken, öğrenim düzeyi yüksek lisans ve üzeri olanların ise, 2,452 birim azalmaktadır ( $p<0,001$ ).

### Yol Analiziyle Hasta Güvenliği Kültürü'nün Sosyo-Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 2'ye göre; demografik özellikler ile hasta güvenliği kültürü (HGK)'nin %6,3'lük kısmı açıklanmaktadır ( $R^2=0,063$ ). Cinsiyete göre; erkeklerin HGK toplam puanı, kadınlara göre 0,065 birim azalmaktadır ( $p=0,004$ ). Yaşa göre; 34-44 yaş grubu olanların HGK toplam puanı, 24 yaş ve altı olanlara göre 0,087 birim artmakta ( $p=0,002$ ) iken, 45 yaş ve üstü olanların ise, 0,195 birim artmaktadır ( $p<0,001$ ). Öğrenim düzeyine göre; lisans olanların HGK toplam puanı lise olanlara göre 0,094 birim azalmakta ( $p<0,001$ ) iken, öğrenim düzeyi yüksek lisans ve üzeri olanların ise, 0,171 birim azalmaktadır ( $p<0,001$ ).

Çalışmamızda diğer beş adet sosyo-demografik özellik (iş tecrübesi, hastane türü, akreditasyon durumu, klinik yönetim eğitimi alma, hasta güvenliği eğitimi alma) çoklu normal dağılım yapısını bozarak anlamsızlık oluşturduğu için modelden çıkarılmıştır. Bununla birlikte, çalışmamızda analiz sonucu modele dahil edilemeyen ve anlamsızlık oluşturan söz konusu beş adet sosyo-demografik özelliğin klinik yönetim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) ölçek puanları ile ilişkisi ayrı ayrı incelenmiştir (Tablo 3 ve Tablo 4). Tablo 3'te demografik özelliklere göre klinik yönetim iklimi toplam puanı karşılaştırılması sunulmuştur.

	Ortalama $\pm$ s. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Test değeri	p değeri
<b>1-İş Tecrübesi</b>				
5 Yıl	113,3 $\pm$ 10,4	114 (81-161)	4,285	0,369**
6-10 Yıl	113,94 $\pm$ 11,17	114 (83-159)		
11-15 Yıl	114,13 $\pm$ 10,9	114 (82-159)		
16-20 Yıl	112,65 $\pm$ 9,08	113 (89-146)		
21 Yıl ve Üzeri	114,13 $\pm$ 9,38	114 (86-156)		
<b>2-Hastane Türü</b>				
Kamu	114,66 $\pm$ 10,34	114 (84-161) <sup>b</sup>	12,608	0,002**
Özel	113,94 $\pm$ 10,31	112 (81-159) <sup>a</sup>		
Üniversite	111,81 $\pm$ 11,07	112 (82-155) <sup>a</sup>		
<b>3-Akreditasyon Durumu</b>				
JCI Belgesiz	113,45 $\pm$ 10,34	109,50 (81-161)	519584,0	0,898*
JCI Belgeli	113,56 $\pm$ 10,23	110,4 (82-159)		
<b>4-Klinik Yönetişim Eğitimi Alan</b>				
Evet	113,73 $\pm$ 9,97	114 (82-161)	456107,0	0,343*
Hayır	113,41 $\pm$ 10,57	113 (81-159)		
<b>5-Hasta Güvenliği Eğitimi Alan</b>				
Evet	113,62 $\pm$ 10,39	114 (81-161)	233932,0	0,168*
Hayır	112,91 $\pm$ 10,23	113 (86-151)		

\*Mann Whitney U, \*\*Kruskal Wallis H testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastane türüne göre; KYİ toplam puanı ortanca değerleri arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,002$ ). Bu durum, üniversite ve özel hastaneler ile kamu hastanesi arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Klinik yönetim iklimi (KYİ) ölçeğinden alınan puan düştükçe, klinik yönetimi destekleyici bir iklimin bulunduğu ifade edilmektedir<sup>3,14</sup>. Buna göre, üniversite ve özel hastanelerdeki hekim ve hemşirelerin kamu hastanesine göre, KYİ toplam puanı ortanca değerleri arasında ista-

tistik olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer sosyo-demografik özelliklere göre, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). Aşağıda demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü toplam puanı karşılaştırılması sunulmuştur (Tablo 4).

<b>Tablo 4. Sosyo-demografik Özelliklere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Toplam Puanının Karşılaştırılması</b>				
	Ortalama $\pm$ s. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Test değeri	p değeri
<b>1-İş Tecrübesi</b>				
5 Yıl	3,49 $\pm$ 0,46	3,47 (1,84-4,91) <sup>b</sup>	14,832	<b>0,005***</b>
6-10 Yıl	3,51 $\pm$ 0,48	3,52 (1,84-4,71) <sup>ab</sup>		
11-15 Yıl	3,53 $\pm$ 0,51	3,54 (1,88-4,63) <sup>ab</sup>		
16-20 Yıl	3,57 $\pm$ 0,45	3,57 (2,43-4,97) <sup>ab</sup>		
21 Yıl ve Üzeri	3,58 $\pm$ 0,5	<b>3,61</b> (1,79-4,88) <sup>a</sup>		
<b>2-Hastane Türü</b>				
Kamu	3,35 $\pm$ 0,47	3,36 (1,79-4,58) <sup>b</sup>	55,297	<b>&lt;0,001***</b>
Özel	3,57 $\pm$ 0,45	<b>3,59</b> (1,84-4,97) <sup>a</sup>		
Üniversite	3,54 $\pm$ 0,48	3,51 (1,88-4,69) <sup>a</sup>		
<b>3-Akreditasyon Durumu</b>				
JCI Belgesiz	3,47 $\pm$ 0,47	3,48 (1,79-4,97)	-4,563	<b>&lt;0,001*</b>
JCI Belgeli	3,57 $\pm$ 0,48	<b>3,57</b> (1,84-4,88)		
<b>4-Klinik Yönetişim Eğitimi Alan</b>				
Evet	3,59 $\pm$ 0,46	<b>3,58</b> (1,84-4,91)	456107,0	<b>0,343*</b>
Hayır	3,48 $\pm$ 0,48	3,49 (1,79-4,97)		
<b>5-Hasta Güvenliği Eğitimi Alan</b>				
Evet	3,55 $\pm$ 0,47	<b>3,54</b> (1,79-4,97)	6,367	<b>&lt;0,001*</b>
Hayır	3,35 $\pm$ 0,49	3,38 (1,84-4,63)		
*Mann Whitney U, **Kruskal Wallis H testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.				

İş tecrübesi göre, HGK toplam puan ortanca değerleri arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,005$ ). Bu farklılık 5 yıl olanlar ile 21 yıl ve üzeri olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır (Tablo 4). Hastane türüne göre; HGK toplam puan ortanca değerleri arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Özel hastanelerin HGK ortanca puanı 3,59, üniversite hastanelerinin 3,51 ve kamu hastanesinin 3,36 olarak bulunmuştur (Tablo 4). Akreditasyon durumuna göre; HGK toplam puan ortanca değerleri arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). JCI belgesiz olanların HGK ortalama değeri 3,48 iken JCI belgeli olanların ortalama değeri 3,57 olarak elde edilmiştir (Tablo 4). Klinik yönetişim eğitimi alma durumuna göre; HGK toplam puan ortanca değerleri arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Klinik yönetişim eğitimi alanların HGK toplam puan ortanca değeri 3,58 iken almayanların HGK toplam puan ortanca değeri 3,49 olarak elde edilmiştir (Tablo 4). Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre; HGK toplam puan ortanca değerleri arasında istatistik açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Hasta güvenliği eğitimi alanların HGK toplam puan ortanca değeri 3,55 iken almayanların HGK toplam puan ortanca değeri 3,35 olarak elde edilmiştir (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Türkiye'deki hastanelerde 2020 yılından itibaren, klinik yönetişimin uygulanmasına yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından bir dizi standart ve prosedürler yayınlanmıştır<sup>23</sup>. Ancak, henüz bu politikanın uygulanmasına yönelik resmî sonuçlar bilinmemektedir. Bu çalışmada, farklı statüdeki hastanelerde yapısal eşitlik modellemesi (YEM) ile, klinik yönetişim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) üzerinde sosyo-demografik özelliklerin etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucu; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin (cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, iş tecrübesi, hastane türü, akreditasyon durumu, KY eğitimi alma, HG eğitimi alma) klinik yönetişim iklimi ve hasta güvenliği kültürü algısı ile ilişkili olduğu belirlen-



miştir.

Hastanelerde klinik yönetişim iklimi ve hasta güvenliği kültürü toplam puanı sosyo-demografik özellikler açısından farklılık göstermektedir. Demografik özellikler ile, klinik yönetişim ikliminin (KYİ) %3,1'lik kısmı açıklanmaktadır ( $R^2=0,031$ ) ve hastanelerde klinik yönetişim iklimi toplam puanı, yaş ve öğrenim düzeyine göre ( $p<0,05$ ) farklılaşmaktadır. Buna göre; hekim ve hemşirelerin yaşları arttıkça KYİ'nin arttığı, öğrenim düzeyi arttıkça KYİ'nin azaldığı görülmüştür. Demografik özellikler ile hasta güvenliği kültürünün (HGK) ise, %6,3'lük kısmı açıklanmaktadır ( $R^2=0,063$ ) ve hastanelerde hasta güvenliği kültürü, cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyine göre ( $p<0,05$ ) farklılaşmaktadır. Buna göre; kadınların HGK puanlarının erkeklere göre, daha yüksek olduğu, hekim ve hemşirelerin yaşları arttıkça HGK'nın arttığı gözlenmiştir. Öğrenim düzeyi arttıkça HGK puanı azalmakta olup genel itibarıyla, HGK üzerinde en yüksek etkiye sahip olan yüksek lisans ve üzeri olanlardır ( $\beta_1=-0,171$ ) (Tablo 2).

Araştırma grubunun KYİ puanının, cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Tablo 2). Ülkemizde hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmalarda, KYİ puanının çalışmamızla benzeyen şekilde cinsiyete göre farklılık göstermediği,<sup>2,15</sup> ancak Yunanistan'da, klinik yönetişim ikliminin çalışmamızdan farklı olarak kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur<sup>24</sup>.

Yaş arttıkça KYİ puanlarının istatistiksel olarak önemli biçimde arttığı görülmektedir (Tablo 2). Türkiye'de bir üniversite hastanesinde hemşirelerle gerçekleştirilen bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde yaşa göre KYİ puanının arttığı bulunmuştur<sup>14</sup>. Ancak, Sahra altı ülkelerinden Gana'da klinik yönetişim puanı ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur<sup>25</sup>. Bu farklılığın, örneklem grubu ve kültürel farklılıktan kaynaklanması mümkündür.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe, KYİ puanlarının önemli şe-

kilde azaldığı görülmektedir (Tablo 2). Bizim bulgumuzun aksine, ülkemizdeki hastanelerde hemşirelerle gerçekleştirilen iki farklı çalışmada, KYİ puanının öğrenim düzeyine göre değişmediği bulunmuştur<sup>2,24</sup>.

Araştırma grubunun iş tecrübesine bağlı olarak, KYİ puanlarının farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 3). Türkiye'de iş tecrübesine göre hemşirelerin KYİ puanının farklılaşmadığını,<sup>2,14</sup> benzer şekilde Gana'da psikiyatri hastanelerinde sağlık çalışanları arasında iş tecrübesine göre, KYİ puanının değişmediğini,<sup>25</sup> Yunanistan'da ise, sağlık çalışanları arasında iş tecrübesine göre KYİ'nin arttığını bildiren yayınlar bulunmaktadır<sup>24</sup>.

KYİ puanlarının kamu, özel ve üniversite hastanelerinde farklı olduğu görülmüştür (Tablo 3). Ülkemizdeki başka bir çalışma ile Yunanistan'da, kamu ve özel hastane çalışanlarının KYİ puanları çalışmamızla benzeyen şekilde farklılık göstermektedir<sup>2,24</sup>. İrandaki tüm hastanelerde klinik yönetişim uygulamalarını araştıran bir çalışmada üniversite hastanelerindeki göstergelerin diğer hastanelere göre farklı düzeyde olduğu bulunmuştur<sup>26</sup>.

Araştırma grubunda hasta güvenliği kültürü (HGK) puanının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 2). Literatürde bazı çalışmalarda, kadın ve erkekler arasında hasta güvenliği kültürü algısının değişmediği,<sup>27-30</sup> bazı çalışmalarda ise çalışmamıza benzer şekilde HGK düzeyinin kadınlarda daha yüksek olduğu görülmektedir<sup>31-33</sup>. Bu farklı sonuçların, farklı birimlerde ve farklı örneklerde gerçekleştirilmesi nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Araştırma grubunun HGK toplam puanının yaşla önemli şekilde artış gösterdiği görülmektedir (Tablo 2). Benzer bulgular, ülkemizde ve başka ülkelerde yapılan çok sayıda çalışma sonuçları ile uyumlu bulgulardır<sup>29,32,34-37</sup>. Ancak, bu çalışmaların aksine hastanelerdeki sağlık çalışanlarında, daha yüksek yaşın hasta güvenliği kültürü ile ilişkili olmadığına ilişkin çalışma sonuçları da vardır<sup>38</sup>. Bu durum

hastanelerde çalışanların yaşı ilerledikçe, bilgi ve deneyiminin artması ile açıklanabilir. Ayrıca, bir kuruluştaki çalışanların hasta güvenliği ile ilgili paylaştığı deneyim, sosyal etkileşim, tutum, algı ve değerlerle ilişkili olabilmektedir<sup>39</sup>.

Araştırma grubunun öğrenim düzeyi arttıkça, HGK puanlarının azaldığı bulunmuştur (Tablo 2). Bu bulgu ülkemizde ve başka ülkelerde yapılan benzer çalışma sonuçları ile uyumludur<sup>40-44</sup>. Ancak, sağlık çalışanlarının öğrenim düzeyinin hasta güvenliği kültürüyle ilişkili olmadığına ilişkin çalışmalar da bulunmaktadır<sup>45</sup>.

İş tecrübesi arttıkça, HGK puanlarının arttığı görülmüştür (Tablo 4). Bu bulgular hem ulusal hem de uluslararası literatürle benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre Türkiye'deki hastanelerde, hasta güvenliği kültürünün iş tecrübesine göre arttığı,<sup>29,32,35,46</sup> İsveç'te hastanelerde uzun iş tecrübesinin, hasta güvenliği kültürünün artmasıyla ilişkili olduğu,<sup>38</sup> Kore'de iş tecrübesinin çalışmamızla benzer şekilde, hasta güvenliği kültürünü pozitif yönde ve önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir<sup>47</sup>. Buna göre, daha fazla tecrübe ile bir kurumda üstlenilen güvenlik uygulamalarına ilişkin farkındalığın arttığı söylenebilir.

Özel hastanelerde kamuya göre ve akredite olan hastanelerde olmayanlara göre, hasta güvenliği kültürü puanları daha yüksek olup aralarında anlamlı fark olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4). Ülkemizde kamu hastanesindeki hemşirelerin özel hastaneye göre, hasta güvenliği kültürü konusunda daha olumsuz algıya sahip olduğunu bildiren başka çalışmalar da vardır<sup>41,48</sup>. Akredite hastanelerdeki hasta güvenliği kültürü puanı yüksekliği, akreditasyon programlarının hastanelerin örgüt kültüründe ve yönetimlerinde farklılığa yol açabileceği şeklinde yorumlanabilir. Nitekim bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde, ülkemizde,<sup>49</sup> Bali'de,<sup>50</sup> Suudi Arabistan'da<sup>51</sup> ve Kore'de<sup>52</sup> benzer şekilde sonuçların elde edildiği görülmüş ve yapılan sistematik derleme çalışmalarında da hastanelerde akreditasyon programlarının, hasta güvenliği kültürü üzerinde olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur<sup>53-55</sup>.

Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre, hasta güvenliği kültürü (HGK) toplam puan ortalama değerleri arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ) (Tablo 4). Literatürde çalışmamızla benzer şekilde, Türkiye<sup>56-58</sup> ve Çin'de<sup>59</sup> yapılan çalışmalarda hasta güvenliği eğitimi alanların HGK puanı, almayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur, ki bu beklenen normal bir sonuçtur.

## SONUÇ

Araştırmamızın bulgularına göre çalışma grubundaki hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerinin Klinik Yönetişim İklimi ve Hasta Güvenliği Kültürü üzerindeki belirleyiciliği oldukça düşüktür ( $R^2$  sırasıyla 0,031 ve 0,063). Yaş yüksekliği, özel ve üniversite hastanesinde çalışmak klinik yönetim ikliminin yüksekliği, öğrenim düzeyi yüksekliği ise, düşüklüğü ile ilişkili değişkenlerdir. Kadın olmak, 45 yaş ve üzerinde olmak, özel hastanede çalışmak, akredite hastanede çalışmak, klinik yönetim ve hasta güvenliği eğitimi almak hasta güvenliği kültürünün yüksekliği, öğrenim düzeyinin yüksekliği ise hasta güvenliği kültürünün düşüklüğü ile önemli şekilde ilişkili değişkenlerdir. Araştırmanın kesitsel niteliği nedeniyle bulunan ilişkileri neden-sonuç ilişkisi olarak yorumlamak doğru değildir. Ancak, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin giderek arttığı günümüzde hastanelerin, daha güvenli ve kaliteli hizmet sunabilmesi için, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek ve geliştirmek amacıyla bu sonuçlar yol gösterici olabilir.

Gerek klinik yönetim iklimi (KYİ) gerekse hasta güvenliği kültürü (HGK) açısından genç yaşta kilerin algılarının daha düşük olduğu ve bu grubun hizmet içi eğitim programlarıyla desteklenmesi ve hastanelerde yöneticilerin liderlik açısından rol model olması önerilebilir.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü algısının azalıyor olması ilginç ve önemli bir sonuçtur. Daha yüksek öğrenimlilerde belki de gereksiz bir özgüven fazlalığının buna yol açtığı düşünül-

lebilirse de bu araştırma bulguları ile bu konuda bir şey söylemek mümkün değildir. Ancak, öğrenim düzeyi daha yüksek olan personelin klinik yönetişim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) algılarının arttırılması gerektiği ortadadır.

#### **Çıkar çatışması**

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

#### **Etik Onay**

İstanbul Medipol Üniversitesi'nden (15/11/2019 ve Etik Onay No:61613) yazılı izin alınmış olup ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan, e-posta yoluyla izin alınmıştır.

#### **Finansal destek**

Bu çalışmanın hiçbir aşamasında maddi destek alınmamıştır.

#### Kaynaklar

1. Scally L, Donaldson J. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317: 61–65. doi: 10.1136/bmj.317.7150.61
2. Köroğlu N. Hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetişim iklim düzeylerinin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Trabzon, Türkiye, 2018; 4-36.
3. Freeman T. Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the clinical governance climate questionnaire. *HSMR* 2003; 16(4): 234-250. <https://doi.org/10.1258/095148403322488937>
4. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(2): 17-23. doi: 10.1136/qhc.12.suppl\_2.i117
5. Donahue KT, vanOstenberg P. Joint commission international accreditation: Relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(3): 243-6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.3.243>
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: Building a safer health system. Washington (DC), USA, Institute of Medicine National Academies Press; 2000.
7. Gottwald M, Lansdown G. Clinical Governance: Improving the quality of healthcare for patients and service users. 1. edition Maidenhead: McGraw-Hill Education, Berkshire, England, Open University Press; 2014. Erişim tarihi: 08.12.2021 Available from: [https://books.google.com.tr/books?id=5BtDnwEACAAJ&pg=PA1&hl=tr&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=5BtDnwEACAAJ&pg=PA1&hl=tr&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)
8. Travaglia J, Debono DS, Spigelman AD, et al. Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal* 2011; 16(1): 62-77. <https://doi.org/10.1108/14777271111104592>
9. Gauld R, Horsburg S. Healthcare professionals' perceptions of clinical governance implementation: a qualitative New Zealand study of 3205 open-ended survey comments. *BMJ* 2015; e006157. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006157
10. Review of the clinical governance of public mental health services. Erişim tarihi: 21.12.2021 Available from: <https://ww2.health.wa.gov.au/Reports-and-publications/Review-of-the-clinical-governance-of-Public-Mental-Health-Services>
11. Veenstra GL, Ahaus K, Welker GA, et al. Rethinking clinical governance: healthcare professionals views: a Delphi study. *BMJ Open* 2017; 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012591
12. Sarchielli G, Plato G, Cavalli M, 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.
13. Taboli H, Ayagh GH, Bastami R, et al. Modeling the relationship between organizational culture, clinical governance and organizational performance: A case of study of Tamin Ejtemaee hospitals in Mazandaran Province. *JOHE* 2016; 3(4): 197-205. doi: 10.18869/acadpub.johe.3.4.197
14. Gürdoğan E. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin klinik yönetişim iklim düzeyinin iş doyumuna etkisi. [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2012; 55-86.
15. Lale BM. Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algıları ve klinik yönetişim iklimi düzeyleri. [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2019; 66.
16. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York, Guilford Press; 2005.
17. 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): 128–141. [https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1001\\_6](https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1001_6)
18. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: AHRQ Publ. 2004;No.04-0041. Erişim tarihi: 13.10.2020. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>
19. Filiz E. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunu belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye, 2009; 72-89.
20. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York, USA, Guilford Press; 2013.
21. Shevlin M, Miles JNV. Effects of sample size, model specification and factor loadings on the GFI in confirmatory factor analysis. *EPID* 1998; 25: (1), 85-90. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00055-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00055-5)
22. Meydan CH. Yapısal eşitlik modellenmesi AMOS uygulamaları. 1. baskı Ankara, Türkiye, Detay Yayıncılık; 2011.
23. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2021), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, SKS'de klinik yönetişim. s.1-11. Erişim tarihi: 23.02.2022. Available from: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41186/0/klinik-yonetisim-bilgilendirme-son-02082021.pdf.pdf>
24. Dreliozi A, Siskou O, Maniadakis N, et al. Clinical governance, and effective quality & risk management in Greek hospitals. *IJHRI* 2013; 1(3): 7-17.
25. Azilaku JC, Abor PA, Abuosi AA, et al. Relationship between clinical governance and hospital performance: a cross-sectional study of psychiatric hospitals in Ghana. *IJHG* 2021; 26(3): 225-236. doi: 10.1108/IJHG-04-2020-0042
26. Ravaghia H, Mohsenib M, Rafieic S, et al. Clinical governance in Iran: theory to practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 109: 1174–1179. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.607
27. Kosiek K, Depta A, Staniec I, et al. The perception of patient safety strategies by primary health professionals, *Int J Environ Res Public Health* 2021; 25: 18(3),1063. doi: 10.3390/ijerph18031063
28. Lu L, Ko YM, Chen HY, et al. Patient safety and staff well-being: organizational culture as a resource. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19, 3722.
29. Bölükbaşı F. Hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye, 2019; 99.
30. Teleş M. Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü alguları ile hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki ilişkinin analizi. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2011; 41-62.
31. Çelik G, Öztürk Z. Sağlıkta kalite yönetimi bağlamında çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algısı: Özel hastane ve kamu hastanesi karşılaştırması. *İşletme Bilimi Dergisi* 2021; 9(1): 1-44. doi: 10.22139/jobs
32. Eken A. Sağlık çalışanlarında ekip çalışması etkinliği ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Bir kamu hastanesi örneği. [Yüksek Lisans Tezi]. Okan Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2018; 97.
33. Barsbay S, Parıltı N, Çakmak-Barsbay M. Healthcare professionals' attitudes regarding patient safety in clinics. *JoCReHeS* 2018; 8(2): 67-78. doi: 10.26579/jocrehes\_8.2.7
34. Özcan TH. Güneydoğu Anadolu bölgesindeki bir özel hastanede hasta güvenliği kültürü. [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2018.
35. Okşay A, Kılınc M, Sayhan M. Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. *BAİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2019; 19(2): 455-476. <https://dx.doi.org/10.11616/basbed.v19i47045.499175>
36. Al-Atteeq EA. The relationship between registered nurses' perceptions of their work environment and their perceptions of patient safety culture. [Phd Thesis]. George Mason University, Virginia, USA, 2008.
37. Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: A census survey using the safety attitudes questionnaire. *BMC Health Serv Res* 2011; 11(1).
38. Danielsson M, Nilsen P, Rutberg H, et al. National study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *Patient Saf* 2017; 00(00). doi: 10.1097/PTS.0000000000000369
39. Mohammed F, Taddele M, Gualu T. Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, north east Ethiopia. *Plus One* 2019; 16(2). doi: 10.1371/journal.pone.0245966
40. Turaç İS. Hemşirelerin kanıtla dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi. [Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2022.
41. Çiğerci Y, Özdemir, H. Kılıç İ. The patient safety culture perception of surgery nurses and its relationship with sociodemographic characteristics. *JDU Health Sci Inst* 2016; 6(3): 149-153.
42. Durmaz, G. Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2016.
43. Cappelen K, Harris A, Storm M, et al. Healthcare staff perceptions of patient safety culture in nursing home settings-A cross-sectional study. *Open Journal of Nursing* 2017; 7: 1069-1085. doi: 10.4236/ojn.2017.79078
44. Ayisa A, Getahun Y, Yesuf N. Patient safety culture and associated factors among health-care providers in the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Drug Healthc Patient Saf* 2021; 13: 141-150. doi: 10.2147/DHPS.S291012.
45. Azyabi A, Karwowski W, Hancock P, et al. Assessing patient safety culture in United States Hospitals. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19(4): 2353. doi: 10.3390/ijerph19042353
46. Güneş ÜY, Gürlek A, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian* 2016; 23(2): 225-232. doi: 10.1016/j.collegian.2015.02.005.
47. Park H, Kim S. A Structural equation model of nurses' patient safety management activities. *J Korean Acad Nurs Adm* 2019; 25(2): 63-72. <https://doi.org/10.1111/jkana.2019.25.2.63>

48. Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 15(2): 119-28.
49. Gülay H. Akreditasyon belgesine sahip özel bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının bakış açısıyla hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2016.
50. Indrayani PM, Januraga PP, Negara S. The impact of hospital accreditation on patient safety culture in the health services implementation at Sanglah General Hospital, Bali, PHPMA 2021; 9(2): 108-115. doi: 10.53638/phpma.2021.v9.i2.p05
51. Al-Surimi K, Alwabel AM, Bawazir A, et al. Road towards promoting patient safety practices among hospital pharmacists: Hospital based baseline patient safety culture assessment cross-sectional survey. *Medicine Wolters Kluwer* 2021; 100: 2(e23670). doi: 10.1097/MD.00000000000023670
52. Lee RN, Danhinten VS, Do H. Patient safety education in pre-registration nursing programmes in South Korea. *Int. Nursing Review* 2020; 67(4): 512-518. doi: 10.1111/inr.12630.
53. Hapsari Y, Sjaaf A. Effect of hospital accreditation on patient safety culture and satisfaction: A systematic review, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia, The 6th International Conference on Public Health 2019; 23-24. Accessed 21 Jan, 2023. <https://doi.org/10.26911/the6thicph-PP04.42>
54. Andri LP, Soewondo P. Nurses perception of patient safety culture in the hospital accreditation era: A literature review. *KnE Life Sciences* 2018; 4(9): 60-75. doi: 0.18502/ks.v4i9.3558
55. Al-Awa B, De Wever A, Melot C, et al. An overview of patient safety and accreditation: A literature review study. *Research Journal of Medical Sciences* 2011; 5(4): 200-223. doi: 10.3923/rjmsci.2011.200.223
56. Rızalar S, Büyük ET, Şahin R ve arkadaşları. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *DEU Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2016; 9(1): 9-15.
57. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014; 1(1): 9-18. doi: 10.5222/SHYD.2014.009
58. Tuncer G. Bebek dostu kadın doğum ve çocuk hastanelerinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin hasta güvenliği tutumlarının belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2016.
59. Kong LN, Zhu WF, He S, et al. Attitudes towards patient safety culture among postgraduate nursing students in China: A cross-sectional study. *Nurse Educ Pract* 2019; 38: 1-6. doi: 10.1016/j.nepr.2019.05.014.