

**JOBS**

*İşletme Bilimi Dergisi*  
2020  
Cilt:8 Sayı:3



**JOBS**

İşletme Bilimi Dergisi  
The Journal of Business Science

Sakarya Üniversitesi / Sakarya University  
İşletme Fakültesi / Sakarya Business School

**i**

Cilt/Volume : 8  
Sayı/Issue : 3  
Yıl/Year : 2020

ISSN: 2148-0737  
DOI: 10.22139/jobs

## İNDEKS BİLGİLERİ/ INDEXING INFORMATION



ii



*Kurucu Sahip/Founder*

Prof. Dr. Gültekin YILDIZ

*İmtiyaz Sahibi / Owner*

Prof. Dr. Kadir ARDIÇ

*Editör / Editor*

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

*Editör Yardımcıları / Assoc. Editors*

Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN

Arş. Gör. Dr. Özgün ÜNAL

*Mizanpaj Editörü / Layout Editor*

Arş. Gör. Mustafa AMARAT

*Danışma Kurulu/Advisory Board*

Prof. Dr. Ahmet Vecdi CAN	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Bülent SEZEN	Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Erman COŞKUN	İzmir Bakırçay Üniversitesi
Prof. Dr. Kadir ARDIÇ	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet BARCA	Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi
Prof. Dr. Neşet HİKMET	South Carolina Üniversitesi
Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ	İstanbul Şehir Üniversitesi
Prof. Dr. Orhan BATMAN	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Recai COŞKUN	İzmir Bakırçay Üniversitesi
Prof. Dr. Remzi ALTUNIŞIK	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Şevki ÖZGENER	Nevşehir Üniversitesi
Prof. Dr. Türker BAŞ	Galatasaray Üniversitesi
Doç. Dr. Surendranath Rakesh JORY	Southampton Üniversitesi

*Yayın Kurulu / Editorial Board*

*Prof. Dr. Kadir ARDIÇ*  
*Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT*  
*Prof. Dr. Mustafa Cahid ÜNĞAN*  
*Arş. Gör. Dr. Özgün ÜNAL*

*Sekreteryaya / Secreteria*

*Arş. Gör. Mustafa AMARAT*  
*Arş. Gör. Ayhan DURMUŞ*

iv

Dergimize yayınlanmak üzere gönderilen makalelerin yazımında etik ilkelere uyulduğu ve yazarların ilgili etik kurulundan gerekli yasal onayları aldığı varsayılmaktadır. Bu konuda sorumluluk tamamen yazarlara aittir. İşletme Bilimi Dergisi'nde yer alan makalelerin bilimsel sorumluluğu yazara aittir. Yayınlanmış eserlerden kaynak gösterilmek suretiyle alıntı yapılabilir.

It is assumed that the articles submitted for publication in our journal are written in ethical principles and the authors have obtained the necessary legal approvals from the relevant ethics committee. The responsibility of this matter belongs to the authors. Scientific responsibility for the articles belongs to the authors themselves. Published articles could be cited in other publications provided that full reference is given.

İşletme Bilimi Dergisi; [www.dergipark.gov.tr/jobs](http://www.dergipark.gov.tr/jobs) Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi [jobs@sakarya.edu.tr](mailto:jobs@sakarya.edu.tr) Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan/SAKARYA

## *Bu Sayıda Katkıda Bulunan Hakemler* *Reviewers List of This Issue*

*İşletme Bilimi Dergisi*  
2020  
Cilt:8 Sayı:3

Prof. Dr. Burhanettin ZENGİN	Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Prof. Dr. Semra BORAN	Sakarya Üniversitesi
Doç. Dr. Aydın YILMAZER	Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Doç. Dr. Emrah ÖZSOY	Sakarya Üniversitesi
Doç. Dr. Samet GÜNER	Sakarya Üniversitesi
Doç. Dr. Sema POLATÇI	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Doç. Dr. Sema YİĞİT	Ordu Üniversitesi
Doç. Dr. Vahit YİĞİT	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR	Kırıkkale Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Emre ORUÇ	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ersin IRK	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BUDAK	Kilis 7 Aralık Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet CANKAYA	Hitit Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Musa Said DÖVEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YILDIRIM	Sakarya Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan ÖZTÜRK	İzmir Bakırçay Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Rojan GÜMÜŞ	Dicle Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sedat DURMUŞKAYA	Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Serkan DENİZ	Yalova Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Serap TAŞKAYA	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Dr. Elif Elçin GÜNAY	Sakarya Üniversitesi
Dr. Mustafa KOÇ	Sakarya Üniversitesi

Değerli Bilim İnsanları,

İşletme Bilimi Dergisinin 8. Cilt 3. Sayısı ile sizlerin huzurunda olmaktan gurur duyuyoruz. İşletme Bilimi Dergisi olarak faaliyete başladığımız ilk günden bu yana İşletme Biliminin farklı disiplinlerinden yayınlar ile hazırlanmış, zengin içerikler ile alana katkı sağlama gayesindeyiz. Bu sayımızda da yayınlanan 7 makalemiz ile bu gayemizi gerçekleştirmenin mutluluğunu hissediyoruz.

Sayımızın ilk makalesi Murat NAZLI ve Hande ARBAK tarafından hazırlanan "Hastanelerde sağlık hizmetleri hakkındaki e-şikayetlerin stratejik önemi" başlıklı makaledir. Makalede sağlık endüstrisindeki hastaların e-şikayetlerinin stratejik önemini anlamak ve analiz etmek amaçlanmaktadır. Ortaya koyduğu sonuçlar bakımından sağlık yöneticilerin önemli doneler sunan makalenin alana katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Sayımızın ikinci makalesi Ferda ALPER AY ve Canan UÇAR YENİHAYAT kaleminden çıkan "112 acil sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının incelenmesi" başlıklı makaledir. Makalede günümüzün önemli konularından olan hasta güvenliği hakkında 112 acil servis çalışanlarının algılarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Makalenin Sağlık Yönetimi alanına katkı sağlayacağına inanmaktayız.

Sayımızın bir diğer makalesi Sibel SATICI, Recep SATICI ve Burcu ÖZCAN'ın hazırlanmış olduğu, programlanabilir güç kaynağı cihazının ölçüm yeterliliğinin analiz edilmesi amaçlanan, "Programlanabilir güç cihazının ölçüm yeterliliğinin GAGE R&R ile analiz edilmesi" başlıklı makaledir. Makalenin ortaya koymuş olduğu sonuçların e ölçüm sisteminin yeterliliğinin belirlenmesinin kalite iyileştirme çalışmaları için önemli bir unsur olması nedeniyle alana ve uygulamaya katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Ercan TAŞKIN, H. Yelda ŞENER ve Betül BİLGİÇ tarafından hazırlanan "Eskişehir destinasyon markasının geliştirilmesinde lületaşı" başlıklı makalemiz Eskişehir destinasyon markasının geliştirilmesine yönelik olarak lületaşı işlemeciliğini; eğitim, ürün tasarımı, tanıtım, destinasyon marka imajına ve şehrin ekonomisine katkısı bakımından durum değerlendirmesi, sorun tespiti ve öneriler sunmak amacıyla hazırlanmıştır. Turizm alanına katkı sağlayacağını düşündüğümüz makalemizin sonuçları oldukça ilgi çekicidir.

Sayımızın beşinci makalesi Güler SAĞLAM ARI, Nuray GÜNERİ TOSUNOĞLU ve Berrin FİLİZÖZ tarafından kaleme alınan; örtük liderlik teorileri çerçevesinde kadınların ve erkeklerin zihinlerindeki lider ve kadın lider prototiplerini ortaya koymayı amaçlamayan "Yönetici bir kadın ise lider prototipi farklılaşır mı?" başlıklı makalemizdir. Çalışmada lider olarak seçilme ve etkili bulunmada kritik olan örtük liderlik teorilerinin açıklanması, Türkiye'de kadınların karşı karşıya kaldıkları

zihinsel kalıpları görmek açısından önem arz ettiğine inanmaktayız.

Sayımızda yer alan bir diğer makalede Dursun KELEŞ ve Abitter ÖZULUCAN havayolu işletmelerinin finansal performanslarının rasyo yöntemi ile analiz edilerek sonuçların ortaya konulmasını amaçlamaktadır. "Havacılık işletmelerinde Rasyo yöntemi ile finansal performans ölçümü: Borsa İstanbul (BİST)'da işlem gören iki havayolu işletmesi üzerine bir araştırma" başlıklı bu makalemizin havayolu işletmeleri yöneticilerinin ve diğer finansal bilgi kullanıcıların alacakları kararların sağlıklı olabilmesi için, havayolu işletmelerinin finansal performanslarının ölçülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi büyük önem arz etmekte bakımından literatüre katkı sağlayacağı inancındayız.

Sayımızın yedinci makalesi olan ve Nurzahit KESKİN'in kaleme aldığı "Bir yönetim gurusu olarak Alfred D. Chandler ve işletme tarihi üzerindeki etkilerine yönelik analitik bir değerlendirme" başlıklı makalenin amacı modern işletme tarihinin babası kabul edilen Alfred D. Chandler, Jr.'ın işletme tarihi üzerindeki etkilerine yönelik analitik bir değerlendirme yapmaktır. Makalenin İşletme Bilimine gönül veren herkesin okuması gereken bir eser olduğunu düşünüyoruz.

Önceki sayılarımızda olduğu gibi bu sayımızda da gerçekleştirdiğimiz, işletmeciliğin farklı disiplinlerinden değerli çalışmaları bir araya getirmek artık dergimizin geleneği haline gelmiştir. Sayımıza katkı sunan bilim insanlarına kıymetli çalışmalarıyla zengin bir içerik sunmamıza olana verdikleri için şükran duyuyoruz. Dergi politikası olarak bundan sonraki sayılarımızda da işletme bilimine dayalı farklı disiplinlerden gelen çalışmaları yayınlamaya özen göstereceğiz. Sayımızın hazırlanmasına katkı sunan hakemlerimize, editör kurulumuza, danışma kurulumuza ve dergi sekreteryamıza teşekkürlerimi sunarım. Dergimizin okurlarımız ve bilim insanlarına faydalı olması dilekleriyle sonraki sayılarımızda işletmeciliğin güncel çalışmalarını bilim dünyasının hizmetine sunmak için siz değerli bilim insanları ve araştırmacıların katkılarını bekliyoruz.

Saygılarımızla...

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Editör

## İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Yıl (Year) 2020 Cilt (Vol.) 8 Sayı (No) 3

İşletme Bilimi Dergisi

2020

Cilt:8 Sayı:3

### Araştırma Makaleleri/Research Articles

**The strategic importance of e-complaints about the health services of the hospitals**  
*Hastanelerde sağlık hizmetleri hakkındaki e-şikayetlerin stratejik önemi* 373-398

*Murat NAZLI ve Hande ARBAK*

**Uluslararası Mesleki Uygulama Çerçevesi Açısından İç Denetim Süreci Ve Değerlendirilmesi**  
*Internal Audit Process And Evaluation In Terms Of International Professional Practices Framework* 399-425

*Ferda ALPER AY ve Canan UÇAR YENİHAYAT*

**Programlanabilir güç cihazının ölçüm yeterliliğinin GAGE R&R ile analiz edilmesi**  
*Measuring qualification of the programmable power device By Gage R&R analysis* 427-449

*Sibel SATICI, Recep SATICI ve Burcu ÖZCAN*

**Eskişehir destinasyon markasının geliştirilmesinde lületaşı**  
*Meerschaum in the development of eskişehir destination brand* 451-475

*Ercan TAŞKIN, H. Yelda ŞENER ve Betül BİLGİÇ*

**Yönetici bir kadın ise lider prototipi farklılaşır mı?**  
*Is the leader prototype different if the manager is a woman?* 477-501

*Güler SAĞLAM ARI, Nuray GÜNERİ TOSUNOĞLU ve Berrin FİLİZÖZ*

**Havacılık işletmelerinde Rasyo yöntemi ile finansal performans ölçümü: Borsa İstanbul (BİST)'da işlem gören iki havayolu işletmesi üzerine bir araştırma**  
*Measurement of financial performance by ratio method in aviation enterprises: a research on two airlines enterprises trading in the Istanbul stock market* 503-534

*Dursun KELEŞ ve Abitter ÖZULUCAN*

### Biografi/Biography

**Bir yönetim gurusu olarak Alfred D. Chandler ve işletme tarihi üzerindeki etkilerine yönelik analitik bir değerlendirme**  
*Alfred D. Chandler as a management gurus and an analytical evaluation on his effects on business history* 535-562



# 112 ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ İNCELENMESİ\*

112 Acil Sağlık  
Çalışanlarının  
Hasta Güvenliği  
Kültürü  
Algılarının  
İncelenmesi

399

**Ferda ALPER AY**

*Doç. Dr. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,  
Sağlık Yönetimi Bölümü  
ferdaalperay@gmail.com,  
ORCID: 0000-0002-6170-1578*

**Canan UÇAR YENİHAYAT**

*Sivas Numune Hastanesi  
yeni hayat11258@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-8005-0117*

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemesidir.

**Yöntem:** Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan 297 kişiden veriler elde edilmiştir. Verilerin analizinde ortalamalar, bağımsız örnekler t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** HGK alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek “çalışanların eğitimi” ve en düşük “beklenmedik olay ve hata” olarak bulunmuştur. Katılımcıların, olumlu hasta güvenliği kültürüne sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların HGK algıları ile cinsiyet, eğitim, unvan, çalışılan birim, hizmet içi eğitime katılma durumları değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Sonuç olarak, doktor ve hemşirelerin, kadın çalışanların, lisansüstü mezunların, hizmet içi eğitime “bazen” düzeyinde katılanların, idari birim ve Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve diğer birimlerde çalışanlarda hasta güvenlik kültürü daha olumsuz algılandığından, hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, 112 acil sağlık hizmetleri

\* Bu çalışma, 7th World Conference on Health Sciences (HSCI-2020) (Christian University St. Petersburg, Russia 13 – 15 September 2020) Kongresinde özet bildiri olarak sunulmuştur.

## INVESTIGATION OF PATIENT SAFETY CULTURE PERCEPTIONS OF 112 EMERGENCY HEALTH CARE WORKERS

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study is to determine whether the levels of patient safety culture (PSC) of the employees working in 112 emergency health services differ significantly according to socio-demographic characteristics.

**Method:** Data were obtained from 297 employee working in 112 emergency health services under the Sivas Provincial Health Directorate. In analyzing the data, means, independent samples t test and ANOVA test were used.

**Findings:** When the PSC sub-dimensions are examined, the highest "training of employees" and the lowest "unexpected event and error" were found. Participants were determined to have a "positive" patient safety culture. It was determined that there were statistically significant differences between participants' perceptions of PSC and gender, education, title, unit of study, status of participation in in-service training.

**Results:** As a result, since the health safety culture is perceived more negatively among doctors and nurses, female employees, graduate graduates, those who attend in-service training at the "sometimes" level, and those working in the administrative and other units and Command Control Center (CCC), carrying out studies to improve the patient safety culture can be recommended.

**Keywords:** Patient safety, patient safety culture, 112 emergency health services

### 1. GİRİŞ

Örgütsel kültür, bir örgütü diğer bir örgütten ayıran temel özellik olarak çalışanlar arasında paylaşılan değerler sistemidir (Robbins, 1989). Schein 1992 yılında yayınladığı kitabında, örgüt kültürü teriminin ardında, "insanların etkileşime girdiği davranışsal düzenlilikler (dil, adetler ve gelenekler, ritüeller), grup normları, benimsenen değerler, biçimsel felsefe, oyunun kuralları, iklim, gömülü beceriler, düşünme / zihinsel modellerin alışkanlıkları / dilbilimsel paradigmlar, paylaşılan anlamlar ve "kök" metaforları ya da bütünleştirici semboller" gibi birçok farklı anlam gizlendiğini ifade etmektedir. Ayrıca bu kitapta örgüt kültürü kavramının "tanımlanması zor, analiz edilmesi ve ölçülmesi zor ve yönetilmesi zor" bir kavram olarak belirtmektedir (Guldenmund, 2000). Örgütsel güvenlik kültürü ise, çalışanların işyeri faaliyetlerinin organizasyonu ve güvenliği ile ilgili kolektif inanç ve algılarını ifade eder. İşyeri tutumu, inançları ve kültürü hasta bakımının güvenliğini etkileyebilir (Patterson et al., 2010).

“Güvenlik kültürü” ve “güvenlik iklimi” terimleri günümüzde sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü, hastalara zarar gelmesini azaltmak amacıyla bireysel ve grup eylemlerinin bütünleştirilmesini ifade etmektedir. Araştırmacılar iyileştirilmesi gereken alanlar hakkında yararlı bilgiler elde etmek için güvenlik kültürünün değerlendirilmesine önem vermektedir (Rigobello et al., 2017).

Hasta güvenliği kültürü, bakım sağlama sürecinden kaynaklanabilecek hasta zararlarını sürekli olarak en aza indirmeye çalışan ortak inanç ve değerlere dayanan bireysel ve örgütsel davranışların entegre bir modelidir (Hellings et al., 2007). Hasta güvenliği ile ilgili olaylar bir yandan hastalar için olumsuz sonuçlar doğurmakta diğer yandan hastanelere ek maliyetler yüklemektedir. Yapılan tıbbi hataların, istatistiklere göre kişilerden daha çok sistemden kaynaklandığı görülmektedir. Yetersiz cihaz, eksik otomasyon, yanlış kurum politikaları, personelin yanlış dağılımı, zaman sıkıntısı sebebiyle verilen yanlış kararlar, yorgunluk ve personeldeki tartışmacı kişilik yapısı gibi etkenler hem sistem kaynaklı hem de insan kaynaklı hataları artırdığı gibi etkilerini de artıracaktır (Karaca & Arslan, 2014). Ayrıca tıbbi hatalar çalışanların moral ve motivasyon kaybına ve toplumun sağlık statüsünde olumsuzluklara yol açmaktadır (Çakmak et al., 2018). Bu nedenle hastanelerin yerine kurumların bu konuda gerekli tedbirleri almaları bir zorunluluktur.

Institu of Medicine hasta güvenliğini hastalara zarar vermeden hizmet vermek olarak tanımlarken yapılması gereken çalışmaları da; hataların önüne geçme, yapılan hataların öğrenme amacı ile kullanılması ve sağlık hizmeti alanında çalışan tüm paydaşları kapsayacak hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi olarak üç bölüme ayırmıştır (Özer et al., 2019).

Hastaları ve çalışanları etkileyen tıbbi hata; hastanın iyileşmesi için hazırlanan tedavi programının tamamlanamayarak, istenilen iyileşmenin elde edilememesi ve yapılan planlamanın hastaya uygun olmaması durumu olarak tanımlanabilir (Türkmen et al., 2011). Önüne geçilmesi gerekli olan tıbbi hata türlerinin bilinen en önemlileri; cerrahi yaralanmalar, ilaçların yan etkileri, transfüzyon hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yanmalar ve yatak yaraları olarak sıralanabilir (Gökdoğan & Yorgun, 2009). Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen faktörler arasında; hasta ve yakınlarının yetersiz bilgilendirilmesi, yanlış hasta kayıtları ve hasta bakımı ile diğer hizmetler konusunda yönetimin gerekli desteği sağlamaması sayılabilir (Özer et al., 2019).

**112 Acil Sağlık  
Çalışanlarının  
Hasta Güvenliği  
Kültürü  
Algılarının  
İncelenmesi**

---

**402**

Sağlık hizmetine bağlı hataların önüne geçilerek oluşacak hasarların önlenmesi hasta güvenliği kültürünün kurum felsefesi haline getirilmesine bağlıdır. Günümüzde üzerinde önemle durulan bu konu sağlık sektöründe insani, maddi ve manevi kayıplara neden olmaktadır. Sağlık kurumlarında etkin bir güvenlik kültürü oluşturulması ile bu kayıpların önüne geçilecektir (Dursun et al., 2010).

IOM (Institute of Medicine) 1995 yıllarında kalite ile ilgili çalışmalara başlamıştır. IOM Amerika Birleşik Devletlerinde tıbbi planlama ve uygulamalara yön veren önemli bir kuruluştur. 1999 yılında İnsan Hatası (To Err Human) adlı bir rapor yayınlamıştır. Bu raporun yayınlanması ile birlikte hem sağlık çalışanları hem de halkın sağlık güvenliği ile ilgili konularda algı değişimi tetiklenmiş oldu. Raporunda ABD’de her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü iddia edilmiştir. Tıbbi hataların maliyetininin 37-50 milyar dolar arasında olduğu, önlenbilir hataların maliyetlerinin ise 17-30 milyar dolar olabileceği öne sürülmektedir. Yaşanması muhtemel tıbbi hataları sıfıra indirmek mümkün olmasa da en az seviyelerde tutmak kayıpların azalmasını sağlayacaktır (Karaca & Arslan, 2014)

Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesinde genel amaç; hasta ve yakınlarının fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkileyecek olayların önüne geçerek, işbirliğine dayalı olumlu bir bakım ortamı yaratarak, zarar verici hataların ortaya çıkmasını önleyerek hataların tanımlanıp, önlenmesi, raporlanması ve düzeltilmesi için gerekli çalışmaların sürdürülmesidir (Gökdoğan & Yorgun, 2010).

Hasta güvenliğinin sağlanması konusunda, Uluslararası Birleşik Komisyonu tarafından (Joint Commission International-JCI) 2014 yılında “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri” (JCI) olarak; hastaların doğru kimliklendirilmesi, etkili iletişimin artırılması, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru-taraf, prosedür- hasta cerrahisinin sağlanması, enfeksiyona bağlı risklerinin azaltılması ve düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme risklerinin azaltılması, kurumda hasta güvenliği ile ilgili alarm sistemlerinin iyileştirilmesi başlıkları, altında hedefler belirlenmiştir (Korkmaz, 2018).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ile birlikte süreçlerle ilgili hataların ya da sistemle ilgili hataların cezalandırılma korkusu olmadan şeffaf bir şekilde konuşulabilen bir ortam oluşacaktır. Böylelikle hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar başarıya kavuşurken sürekliliği de sağlanmış olacaktır. Hastaların tanı, tedavi ve sağlık bakım

hizmetleri ilgili sonuçlar daha güvenilir ve nitelikli olacaktır (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012)

Kurumdaki hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde hasta ve yakınlarına hasta güvenliği eğitim verilmesi ve işbirliği için olumlu ortamın oluşturulması yapılacak çalışmaları hızlandıracaktır. Kurumların hasta güvenliği kültürünü oluştururken, örgütsel aitlik konusundaki problemlerini çözmüş olmaları gerekir. Kurum yetkililerinin etkili iletişim kanallarının kullanılmasını sağlaması, doğru ve etkin iletişimin özendirilmesi, bireysel suçlanma kültürünün yok edilmesi ve çalışanların tükenmişlik durumları ile ilgili olumlu çalışmalar planlaması ve uygulaması hasta güvenliği kültürünün gelişmesini olumlu yönde etkileyecektir (Rızalar et al., 2016).

Hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi ile birlikte; tıbbi hataların önüne geçecek sistemler kuvvetlenecek, hatalar önlenecek bunun sonucu olarak hasta ve yakınlarıyla beraber sağlık çalışanları da zarar görmeyecektir (Gündoğdu & Bahçecik, 2011). Hasta güvenliği kültürü yerleşmiş kurumlarda; hasta ve çalışan güvenliğini riske atan durumların ve tıbbi hataların rapor edilmesi hastanın tıbbi bakımı için gereken özenin gösterilmesi ve çalışan personelin sorumluluk sahibi olması kurum kültürü haline gelmiştir (Vural et al., 2014).

Sağlık Bakanlığına bağlı hasta güvenliği konusunda, hastaya müdahale ve bakım sırasında oluşan olayları eğitim amacıyla kullanarak tekrarlanmaması için oluşturulmuş "Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)" kullanılmaktadır. Sistemin ana kaynağı yapılan bildirimlerdir. Güvenlik raporlama sistemi işlerken kişiye odaklı değil kurum odaklı işlemesi sağlanmalıdır. Bu kurulan sistemi iyi işleten kurumlar hatalarından ders alırken yeni hataların oluşmasının da önüne geçerler. Sağlık hizmeti sunucuları için önemli bir kaynak olan güvenlik raporlama sistemi aynı zamanda çalışan personelin eksik yanlarının görülmesini sağlayarak bu verilere göre eğitim ve personel planlaması yapılmasını sağlar. Organizasyon içinde verilecek görev ve yetkilerin belirlenmesine, performansın yüksek tutulmasını ve gelişmenin sürekliliğine katkıda bulunur (Karaca & Arslan, 2010). Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 raporuna göre, 2016 yılı içerisinde toplam 74383 hata bildirimleri yapılmıştır. Bu bildirimlerin %93,82'sini (69782) laboratuvar hatalarından oluştuğu belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, grs.saglik.gov.tr/, 08.05.2020).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında yayınlamış olduğu yönetmelikte hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin olarak; hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları olarak üç bölümden oluşan maddeler açıklanmış ve bu yönetmeliğin uygulanmasında ilgili sağlık kurumunun en üst amiri sorumlu tutulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, Yönetmelik, 2020). Bu nedenle hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında sağlık yöneticilerine önemli görevler düşmektedir.

Güvenlik kültürü değerlendirmesi bir kuruluşun hasta güvenliği programına katkı sağlayabilir. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi, daha güvenli bir hasta ortamının geliştirilmesinde kültürün rolü hakkında farkındalık düzeylerini artırmayı amaçlar. Değerlendirmeler, bir kuruluş için neyin önemli olduğunu, istenen son durumların ne olduğunu ve hangi faktörlerin bu son durumlara yol açtığının görülmesinde önem taşır (Nieva & Sorra, 2003). Patterson et al., (2010) acil sağlık hizmetlerinde çalışanların daha düşük güvenlik kültürü skorlarının, yıllık hasta temaslarının artmasıyla ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Hellings ve arkadaşlarının (2007) Belçika’da 5 hastanede gerçekleştirdikleri çalışmada, tüm hastanelerde güvenlik kültürü düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiş ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için kapsamlı ve kişiye özel bir plan geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir.

112 Acil yardım hizmetleri, sağlık sektöründe farklı tıbbi olgularla karşılaşan, pahalı yöntem ve malzemeler kullanımı gerektiren, 24 saat kesintisiz hizmet veren, yoğun tempoda çalışan ve hızlı karar vermeleri gereken çalışanlar görev yapmaktadır. Bu nedenle bu gibi durumlar acil yardım hizmetlerinin yönetimini zorlaştırmaktadır (Söyük & Kurtuluş, 2017).

Bu çalışmanın amacı, 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerinin belirlenmesidir. Hasta güvenliği kültürü konusunda literatürde 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarına yönelik çalışmaların sınırlı olması nedeniyle sonuçlarının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## II. ARAŞTIRMA

### 2.1. Araştırmanın Kapsamı ve Amacı

Bu çalışmanın amacı 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerini ve sosyo-demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir.

Hasta güvenliği kültürü algılamalarına yönelik olarak literatürde hastanelerin acil sağlık birimlerinde çalışanlara yönelik çalışmalar olduğu görülmüş, ancak 112 acil sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu nedenle uygulamada sağlık çalışanlarına ve yöneticilerine önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacına bağlı olarak araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

H1: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H2: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H3: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H4: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile kurumda çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H5: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H6: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile unvan değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H7: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile yönetim görevi değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H8: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile çalışılan bölüm(birim) değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H9: Araştırmaya katılan 112 acil sağlık çalışanlarının HGK puan ortalamaları ile hizmet içi eğitimlere katılma sıklığı değişkeni arasında anlamlı farklılıklar vardır.

## 2.2. Yöntem

Bu çalışma Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları ile sınırlıdır. Çalışmanın evreni 112 acil sağlık

hizmetleri çalışanlarından (N=315) oluşmaktadır. Tanımlayıcı- kesitsel olarak gerçekleştirilen bu araştırmada Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı, İl Komuta Kontrol Merkezi Başhekimliğinden izin alınarak 9-12 Ekim 2018 tarihinde anket uygulanmıştır. İstatistiksel olarak %95 güven sınırları içerisinde 174 kişi örneklem için yeterli olduğu hesaplanmıştır (Altunışık vd., 2005:127). Bununla birlikte mümkün olduğunca örneklem artırılmaya çalışılmış ve örneklemi oluşturan 297 kişiye anket uygulanmıştır. Bu sayı evrenin %94'ünü oluşturmaktadır.

Araştırmada, kolmogorov simirnov ve shapiro-wilk normallik testleri sonucunda verilerin normal dağıldığı (çarpıklık ve basıklık değerleri -1.0 ve +1,0 arasında) belirlenmiş (Demir et al., 2016) ve analizlerde parametrik testlerden yararlanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde ortalamalar, bağımsız örneklem t testi ve ANOVA testinden yararlanılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formunda çalışanlara dokuz sorudan oluşan sosyo demografik özelliklere ilişkin sorular (yaş, cinsiyet, medeni durum, kurumda çalışma süresi, eğitim durumu, unvan, yöneticilik görevi, bölüm ve hizmet içi eğitimlere katılım sıklığı) sorulmuştur. Ayrıca 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılamalarını ölçmek amacıyla Türkmen ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen ve geçerliliği yapılan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" (HGKÖ) kullanılmıştır. Ölçek "yönetim ve liderlik" (7 madde), "çalışan davranışı" (14 madde), "beklenmedik olay ve hata raporlama" (5 madde), "çalışanların eğitimi" (7 madde) ve "bakım ortamı" (8 madde) olmak üzere beş alt boyuttan ve toplam 51 maddeden oluşmaktadır. Ölçek soruları 5'li likert tipinde (1=Hiçbir zaman, 5 Her zaman) uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Ölçekte puan ortalaması yükseldikçe olumlu hasta güvenliği kültürü olduğunu, puan ortalaması düştükçe olumsuz hasta güvenliği kültürü olduğunu göstermektedir.

### III. BULGULAR

Araştırmaya katılan 297 sağlık çalışanının, % 58,6'sının 18-25 yaş arasında olduğu, % 52,9'unun kadın çalışanlardan oluştuğu, % 54,5'inin bekar, % 69,7'sinin kurumda çalışma sürelerinin 0 ile 5 yıl arasında olduğu, % 58,6'sının önlisans mezunu olduğu, %46,8'inin AABT (Ambulans ve acil bakım teknikeri) elemanı olarak görev yaptığı, % 91,2'sinin yönetsel bir görevi olmadığı, % 85,5'inin Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu biriminde çalıştığı ve %40,4'ünün hizmet içi eğitimlere sık sık katıldığı belirlenmiştir (Tablo 1).



**Tablo 1.**

**Katılımcılarla İlgili Tanıtıcı Bilgilerin Dağılımı**

<i>Yaş</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Medeni Durum</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
18-25	174	58,6	Evli	135	45,5
26-35	94	31,6	Bekar	162	54,5
36 ve üzeri	29	9,8	<i>Kurumdaki çalışma süresi</i>		
<i>Cinsiyet</i>			0-5 yıl	207	69,7
Kadın	157	52,9	6-10 yıl	65	21,9
Erkek	140	47,1	11 yıl ve üzeri	25	8,4
<i>Eğitim</i>			<i>Unvan</i>		
Lise	73	24,6	Doktor ve hemşire	19	6,4
Önlisans	174	58,6	AABT	139	46,8
Lisans ve Lisans üstü	50	16,8	ATT	95	32,0
<i>Yöneticilik Görevi</i>			Diğer( komuta kontrol merkezi, şoför ve sağlık memuru)	44	14,8
Var	26	8,8			
Yok	271	91,2			
<i>Bölüm</i>			<i>Hizmet içi Eğitimlere Katılma Sıklığı</i>		
Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ)	254	85,5	Bazen	70	23,6
İdari Birim	9	3,0	Sık sık	120	40,4
Komuta Kontrol Merkezi(KKM) ve diğer	34	11,4	Her zaman	107	36,0
<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de 112 Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının HGK ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, ölçek güvenilirlik düzeyleri ve ölçek boyutlarına ilişkin korelasyonlar verilmiştir. HGK algılamalarının düzeylerinin belirlenmesinde 5’li Likert tipine uygun olarak aritmetik ortalama değerlendirme aralığı: 1,00-1,80 aralığı “hiçbir zaman” (Çok Düşük), 1,81-2,60 aralığı “Çok nadir” (Düşük), 2,61-3,40 aralığı “Bazen” (Orta düzey), 3,41-4,20 aralığı “Çoğu zaman” (Yüksek) ve 4,21-5,00 aralığı “Her zaman” (Çok yüksek) olarak değerlendirilmiştir. Buna göre hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geneli ve tüm boyutlarının ortalamalarının 3,44-3,72 aralığında “çoğu zaman” (yüksek) düzeyinde olduğu belirlenmiştir. HGK alt boyutları

**112 Acil Sağlık  
Çalışanlarının  
Hasta Güvenliği  
Kültürü  
Algılarının  
İncelenmesi**  
**408**

incelendiğinde ise en yüksek ortalamaya sahip boyut “çalışanların eğitimi” ( $\bar{x}=3,72$ ) ve en düşük “beklenmedik olay ve hata bildirim” ( $\bar{x}=3,44$ ) olarak bulunmuştur. Buna göre genel olarak 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarında olumlu hasta güvenliği kültürünün var olduğu söylenebilir.

Türkmen ve arkadaşları tarafından HGK ölçeğinin genelinin Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.97, alt boyutlarının ise 0.83-0.92 arasında olduğu belirlenmiştir (Türkmen vd., 2011). Bu çalışmada ise HGK ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyleri (Cronbach Alpha) tablo 2 incelendiğinde 0,788 ile 0,962 arasında değişen değerler aldığı görülmektedir. Dolayısıyla ölçeğin güvenilirlik düzeyinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir ( $>0.70$ ). Boyutlar arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır ( $P<0,01$ ). En yüksek ilişki “beklenmedik olay ve hata” ve “çalışan davranışları” arasında olduğu belirlenmiştir( $r=0,737$ ). İkinci olarak en yüksek ilişki ise, “çalışan davranışları” ve “yönetim ve liderlik” boyutları arasındadır( $r=0,727$ ).

**Tablo 2.**

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Güvenilirlik Değerleri ve 112 Acil sağlık Hizmeti çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyleri ve Korelasyonlar

	Ortalama	Std. Sapma	$\alpha$ (Cronbach Alpha)	1	2	3	4
<b>1.Yönetim ve Liderlik</b>	3,59	0,66	0,907	1			
<b>2.Çalışan Davranışı</b>	3,58	0,69	0,910	0,727**	1		
<b>3.Beklenmedik olay ve hata</b>	3,44	0,77	0,788	0,598**	0,737**	1	
<b>4.Çalışanların Eğitimi</b>	3,72	0,69	0,864	0,664**	0,730**	0,669**	1
<b>5.Bakım Ortamı</b>	3,55	0,77	0,824	0,677**	0,663**	0,562**	0,691**
<b>HGK ölçeği (genel)</b>	3,58	0,61	0,962				

\*\* 0.01 düzeyinde korelasyon önemlidir.

Katılımcıların yaşlarına göre hasta güvenliği kültürü algılamaları tüm boyutlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır( $p>0,05$ ). Diğer bir ifadeyle yaş grupları açısından hasta güvenliği algılamaları benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla H1 hipotezi ret edilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Yaşlarına Göre Karşılaştırması

	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Yönetim ve liderlik	18-25	174	3,61	0,65	0,958	0,385
	26-35	94	3,51	0,67		
	36 ve üzeri	29	3,66	0,64		
Çalışan Davranışı	18-25	174	3,62	0,68	1,034	0,357
	26-35	94	3,49	0,73		
	36 ve üzeri	29	3,59	0,66		
Olay ve Hata Raporlama	18-25	174	3,51	0,73	2,176	0,115
	26-35	94	3,30	0,84		
	36 ve üzeri	29	3,48	0,78		
Çalışanların Eğitimi	18-25	174	3,76	0,66	0,406	0,666
	26-35	94	3,68	0,73		
	36 ve üzeri	29	3,67	0,73		
Bakım Ortamı	18-25	174	3,62	0,72	1,961	0,143
	26-35	94	3,42	0,83		
	36 ve üzeri	29	3,52	0,83		

**112 Acil Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının İncelenmesi**  
409

Katılımcıların cinsiyetlerine göre HGK düzeylerinde “yönetim ve liderlik” ve “çalışan davranışları” boyutlarında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Erkeklerin yönetim ve liderlik ( $\bar{x}=3,70$ ) ve çalışan davranışları ( $\bar{x}=3,67$ ) düzeyleri kadın çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla H2 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırması

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Yönetim ve liderlik	Kadın	157	3,48	0,64	-2,870	0,004*
	Erkek	140	3,70	0,66		
Çalışan Davranışı	Kadın	157	3,50	0,65	-2,070	0,039*
	Erkek	140	3,67	0,73		
Olay ve Hata Raporlama	Kadın	157	3,37	0,76	-1,707	0,089
	Erkek	140	3,52	0,78		
Çalışanların Eğitimi	Kadın	157	3,66	0,69	-1,747	0,082
	Erkek	140	3,80	0,68		
Bakım Ortamı	Kadın	157	3,53	0,74	-0,300	0,764
	Erkek	140	3,56	0,81		

Katılımcıların medeni durumlarına göre hasta güvenliği kültürü algılamaları tüm boyutlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifadeyle katılımcıların medeni durumları açısından hasta güvenliği algılamaları benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla H3 hipotezi ret edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması

	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. sapma	t	p
Yönetim ve liderlik	Evli	135	3,53	0,62	-1,303	0,194
	Bekar	162	3,63	0,69		
Çalışan Davranışı	Evli	135	3,52	0,67	-1,406	0,161
	Bekar	162	3,63	0,71		
Olay ve Hata Raporlama	Evli	135	3,35	0,78	-1,770	0,078
	Bekar	162	3,51	0,77		
Çalışanların Eğitimi	Evli	135	3,70	0,69	-0,635	0,526
	Bekar	162	3,75	0,69		
Bakım Ortamı	Evli	135	3,46	0,79	-1,793	0,074
	Bekar	162	3,62	0,74		

Katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre hasta güvenliği kültürü algılamaları tüm boyutlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifadeyle kurumda çalışma süreleri açısından hasta güvenliği algılamaları benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla H4 hipotezi ret edilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırması

	Kurumda çalışma süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Yönetim ve liderlik	0-5 yıl	207	3,63	0,64	2,668	0,071
	6-10 yıl	65	3,42	0,74		
	11 yıl ve üzeri	25	3,68	0,52		
Çalışan Davranışı	0-5 yıl	207	3,62	0,68	1,946	0,145
	6-10 yıl	65	3,43	0,76		
	11 yıl ve üzeri	25	3,63	0,57		

**Tablo 6. Devamı**

	Kurumda çalışma süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Olay ve Hata Raporlama	0-5 yıl	207	3,49	0,76	1,972	0,141
	6-10 yıl	65	3,27	0,83		
	11 yıl ve üzeri	25	3,48	0,72		
Çalışanların Eğitimi	0-5 yıl	207	3,76	0,69	0,788	0,456
	6-10 yıl	65	3,64	0,73		
	11 yıl ve üzeri	25	3,68	0,60		
Bakım Ortamı	0-5 yıl	207	3,61	0,75	2,758	0,065
	6-10 yıl	65	3,36	0,82		
	11 yıl ve üzeri	25	3,51	0,75		

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre HGK düzeylerinde “çalışan davranışı”, “çalışanların eğitimi” ve “bakım ortamı” boyutlarında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Lisans ve lisansüstü mezunların, “çalışan davranışı” ( $\bar{x}=3,35$ ), “çalışanların eğitimi” ( $\bar{x}=3,50$ ) ve “bakım ortamı” ( $\bar{x}=3,30$ ) düzeyleri lise ve ön lisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Dolayısıyla H5 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 7). Buna göre katılımcıların eğitim durumu yüksek olanlarda çalışan davranışı, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı boyutlarına ilişkin algı düzeyleri daha düşükken, lise ve önlisans mezunlarında benzer düzeye sahip olduğu söylenebilir.

**Tablo 7.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırması

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Yönetim ve liderlik	Lise	73	3,58	0,69	0,947	0,389
	Önlisans	174	3,62	0,64		
	Lisans ve lisansüstü	50	3,48	0,68		
Çalışan Davranışı	Lise	73	3,63	0,71	3,345	0,037*
	Önlisans	174	3,62	0,66		
	Lisans ve lisansüstü	50	3,35	0,76		

**Tablo 7. Devamı**

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Olay ve Hata Raporlama	Lise	73	3,51	0,80	1,417	0,244
	Önlisans	174	3,46	0,76		
	Lisans ve lisansüstü	50	3,28	0,79		
Çalışanların Eğitimi	Lise	73	3,73	0,74	3,439	0,033*
	Önlisans	174	3,79	0,66		
	Lisans ve lisansüstü	50	3,50	0,68		
Bakım Ortamı	Lise	73	3,56	0,80	3,300	0,038*
	Önlisans	174	3,61	0,73		
	Lisans ve lisansüstü	50	3,30	0,82		

Katılımcıların unvanlarına göre HGK düzeylerinde “yönetim ve liderlik”, “çalışanların eğitimi” ve “bakım ortamı” boyutlarında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Tukey sonuçlarına göre, yönetim ve liderlik ( $\bar{x}=3,35$ ), çalışanların eğitimi ( $\bar{x}=3,45$ ) ve bakım ortamı ( $\bar{x}=3,23$ ) boyutlarında doktor ve hemşirelerin ortalamaları diğer çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur. Dolayısıyla H6 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 8). Buna göre doktor ve hemşireler açısından yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı kültürünün yeterli görülmediği söylenebilir.

**Tablo 8.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Unvanlarına Göre Karşılaştırması

	Unvan	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Yönetim ve liderlik	Doktor ve hemşire	19	3,35	0,44	3,668	0,013*
	AABT	139	3,63	0,64		
	ATT	95	3,47	0,67		
	Diğer	44	3,80	0,70		
Çalışan Davranışı	Doktor ve hemşire	19	3,42	0,60	1,968	0,119
	AABT	139	3,63	0,65		
	ATT	95	3,47	0,72		
	Diğer	44	3,71	0,77		

**Tablo 8. Devamı**

	Unvan	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
<b>Olay ve Hata Raporlama</b>	Doktor ve hemşire	19	3,15	0,87	2,352	0,072
	AABT	139	3,47	0,73		
	ATT	95	3,36	0,76		
	Diğer	44	3,65	0,84		
<b>Çalışanların Eğitimi</b>	Doktor ve hemşire	19	3,45	0,67	3,067	0,028*
	AABT	139	3,79	0,65		
	ATT	95	3,61	0,72		
	Diğer	44	3,89	0,72		
<b>Bakım Ortamı</b>	Doktor ve hemşire	19	3,23	0,69	3,266	0,022*
	AABT	139	3,62	0,74		
	ATT	95	3,42	0,75		
	Diğer	44	3,73	0,86		

**112 Acil Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının İncelenmesi**  
413

Katılımcıların yönetim görevi olup olmasına göre hasta güvenliği kültürü algılamaları tüm boyutlar açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ). Diğer bir ifadeyle yönetim görevi açısından 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılamaları benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla H7 hipotezi ret edilmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Yönetim Görevi Olup Olmamasına Göre Karşılaştırması

	Yönetim Görevi	N	Ortalama	Std. sapma	t	p
<b>Yönetim ve liderlik</b>	Var	26	3,49	0,76	-0,755	0,451
	Yok	271	3,60	0,65		
<b>Çalışan Davranışı</b>	Var	26	3,57	0,81	-0,022	0,983
	Yok	271	3,58	0,68		
<b>Olay ve Hata Raporlama</b>	Var	26	3,29	0,97	-1,053	0,293
	Yok	271	3,46	0,75		

**Tablo 9. Devamı**

	Yönetim Görevi	N	Ortalama	Std. sapma	t	p
Çalışanların Eğitimi	Var	26	3,54	0,87	-1,428	0,154
	Yok	271	3,74	0,67		
Bakım Ortamı	Var	26	3,52	0,93	-,158	0,875
	Yok	271	3,55	0,75		

Katılımcıların çalışılan birime göre HGK düzeylerinde “çalışan davranışları” ve “çalışanların eğitimi” boyutlarında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ) birimlerinde çalışanların, hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarından, çalışanların davranışı ( $\bar{x}=3,62$ ) ve çalışanların eğitimi ( $\bar{x}=3,77$ ) boyutlarına ilişkin algılamaları idari birim ve diğer birimlerde çalışanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla H8 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 10). Buna göre ASHİ birimlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü açısından çalışan davranışları ve çalışanların eğitimi boyutlarının daha yeterli görüldüğü söylenebilir.

**Tablo 10.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Çalışılan Birime Göre Karşılaştırması

	Çalışılan bölüm/birim	N	Ortalama	Ss	F	P
Yönetim ve liderlik	ASHİ	254	3,62	0,66	2,096	0,125
	İdari Birim	9	3,23	0,92		
	Diğer	34	3,47	0,57		
Çalışan Davranışı	ASHİ	254	3,62	0,66	3,250	<b>0,040*</b>
	İdari Birim	9	3,26	1,25		
	Diğer	34	3,35	0,69		
Olay ve Hata Raporlama	ASHİ	254	3,45	0,75	0,652	0,522
	İdari Birim	9	3,15	1,35		
	Diğer	34	3,47	0,74		
Çalışanların Eğitimi	ASHİ	254	3,77	0,67	3,567	<b>0,029*</b>
	İdari Birim	9	3,30	1,18		
	Diğer	34	3,53	0,63		
Bakım Ortamı	ASHİ	254	3,58	0,73	2,109	0,123
	İdari Birim	9	3,31	1,21		
	Diğer	34	3,33	,86		



Katılımcıların hizmet içi eğitimlere katılma durumlarına göre HGK düzeylerinde “çalışanların eğitimi” boyutunda anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). “Bazen” hizmet içi eğitimlere katılanların ( $\bar{x}=3,53$ ) düzeyleri sık sık ve her zaman” eğitime katılanlardan oldukça düşük bulunmuştur. Buna göre hizmet içi eğitimlere katılma arttıkça hasta güvenliği kültüründeki “çalışanların eğitimi” boyutu daha yüksek algılanmaktadır. Dolayısıyla H9 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 11).

**Tablo 11.**

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının, HGK Düzeylerinin Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Durumlarına Göre Karşılaştırması

	Hizmet içi		N	Ortalama	Ss	F	P
	Eğitime	Katılma					
Yönetim ve liderlik	Bazen		70	3,52	0,72	1,769	0,172
	Sık sık		120	3,54	0,61		
	Her zaman		107	3,68	0,67		
Çalışan Davranışı	Bazen		70	3,50	0,78	0,703	0,496
	Sık sık		120	3,58	0,61		
	Her zaman		107	3,62	0,73		
Olay ve Hata Raporlama	Bazen		70	3,39	0,85	0,247	0,781
	Sık sık		120	3,45	0,74		
	Her zaman		107	3,47	0,77		
Çalışanların Eğitimi	Bazen		70	3,53	0,77	3,599	<b>0,029*</b>
	Sık sık		120	3,78	0,67		
	Her zaman		107	3,79	0,64		
Bakım Ortamı	Bazen		70	3,50	0,79	0,306	0,737
	Sık sık		120	3,53	0,77		
	Her zaman		107	3,59	0,76		

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı acil sağlık hizmetlerinde, İl Komuta Merkezi Başhekimliği bünyesinde gerçekleştirilen bu çalışmanın amacı, hasta güvenliği kültürü düzeylerinin sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılık olup olmadığının belirlemesidir. Bu amaçla 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan 297 kişiden veriler elde edilmiştir.

Araştırma bulguları incelendiğinde, katılımcıların HGK düzeylerinin “çoğu zaman” (yüksek) düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu çerçevesinde, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında “olumlu” hasta güvenliği kültürünün var olduğu söylenebilir.

**112 Acil Sağlık  
Çalışanlarının  
Hasta Güvenliği  
Kültürü  
Algılarının  
İncelenmesi**

**416**

HGK alt boyutları incelendiğinde “çalışanların eğitimi” boyutu en yüksek ve “beklenmedik olay ve hata” boyutu en düşük olarak bulunmuştur. Karaca ve Arslan’ın (2014) hemşirelere yönelik çalışmalarında elde ettikleri bulgular bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Buna göre katılımcıların çalışanların eğitimi boyutunda HGK düzeyini yüksek olarak algıladıklarını, çalışanların eğitime ilişkin uygulamalara söz konusu kurumda daha fazla önem verildiği düşünülebilir.

Beklenmedik olay ve hata boyutuna ilişkin uygulamalarda ise çalışanların kurum içinde daha az önemli olduğunu algıladıkları düşünülebilir. Bu bağlamda kurum içinde beklenmedik olay ve hatalara ilişkin uygulamalara daha fazla önem verilmesi gerektiği söylenebilir. Ayrıca hata raporlamaya önem verilmesi, bu raporların süreçlerin iyileştirilmesinde kullanılması, hataların raporlanmasında cezalandırıcı tutumdan uzak durulması önerilebilir.

Rigobello et al. (2017), hastane acil servisinde çalışan profesyonellere yönelik çalışmalarında, bu çalışmanın bulgularından farklı olarak katılımcıların güvenlik iklimi hakkındaki algılarının olumsuz olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak, Kim vd. (2007) tarafından Kore’de gerçekleştirilen hemşirelere yönelik yapılan çalışmada hemşirelerin çoğunun hata bildirme veya güvenlikle ilgili endişeleri bildirme konusunda rahat olmadığını ve hata raporlaması ve güvenlik kültürünün yeterince vurgulanmadığı sonucuna varmışlardır. Bodur ve Filiz (2010), çalışmalarında HGK “olay bildirme sıklığı” ve “hataya cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutu düzeyleri düşük bulunmuştur. Buna karşın bu çalışmanın bulgularından farklı olarak Türk ve arkadaşları (2018) çalışmalarında olay ve hata raporlama boyutu daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada cinsiyet, eğitim, unvan, çalışılan birim, hizmet içi eğitime katılma durumları değişkenleri ile HGK algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Buna karşın yaş, medeni durum, kurumda çalışma süresi ve yönetim görevi değişkenlerinde ise anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır. Buna göre yaş, medeni durum, kurumda çalışma süresi ve yönetim görevi açısından HGK algılamaları benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada yaş, medeni durum ve kurumda çalışma süresi değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunmaması Türk ve arkadaşlarının (2018) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Özer et al. (2019) yaptıkları çalışmada “medeni durum” değişkenine göre HGK alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olmadığını saptamışlardır. Erdağı ve Özer (2015) hemşirelere

yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında yaş ve kurumda çalışma süresi değişkenleri ile HGK boyutlarından hiçbirinde anlamlı farklılık saptamamıştır. Karaca ve Arslan (2014) çalışmasında çalışma süresinin HGK boyutlarında anlamlı farklılık olmadığını saptamıştır. Unal ve Kırılmaz (2020) hemşirelere yönelik yapmış oldukları çalışmalarında “hastanedeki tecrübe ve yaş” değişkenlerine göre hasta güvenliği iklimi algısında anlamlı farklılıklar olmadığını saptamıştır. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Rızalar et al. (2016) yapmış oldukları çalışmada, çalışma süresi ile HGK boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılıklar olduğunu saptamışlardır. Özer et al. (2019) “ yaş ” değişkenine göre HGK alt boyutlarında anlamlı farklılıklar saptamışlardır. Bu sonuçlar bu çalışmanın bulguları ile farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların cinsiyetlerine göre, erkek çalışanlarda yönetim ve liderlik ve çalışan davranışları düzeyleri kadın çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre erkeklerin yönetim ve liderlik boyutu açısından, Yönetimin HGK ne önem verdiklerini gerekli önlemleri aldığını düşündükleri söylenebilir. Erkeklerin çalışan davranışları açısından, hasta güvenliğinin sağlanmasında endişelerini rahatça paylaşabildikleri, iletişim kurabildiklerini, hata raporlamada ve hasta güvenliğinin sağlanmasında daha uyum içinde çalıştıklarını düşündükleri söylenebilir. Özer et al. (2019) yapmış oldukları çalışmada “cinsiyet” değişkenine göre HGK alt boyut puanlarında anlamlı farklılıklar olduğunu saptamışlardır. Bu sonuç çalışma ile benzerlik göstermektedir. Erdağı ve Özer (2015) hemşirelere yönelik çalışmalarında ve Rigobello ve arkadaşlarının (2017), acil servis çalışanlarında cinsiyet açısından HGK boyutlarından hiçbirinde anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Unal ve Kırılmaz (2020) hemşirelere yönelik yapmış oldukları çalışmalarında “cinsiyet” farklılıklarına göre hasta güvenliği iklimi algısında anlamlı farklılıklar olmadığını saptamıştır. Bu sonuçlar bu çalışmanın bulguları ile farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların eğitim düzeylerine göre; lisans ve lisansüstü mezunların, “çalışan davranışı”, “çalışanların eğitimi” ve “bakım ortamı” düzeyleri lise ve ön lisans mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Buna göre katılımcıların eğitim durumu yüksek olanlarda çalışan davranışı, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı boyutlarına ilişkin algı düzeyleri daha düşükken, lise ve önlisans mezunlarında benzer düzeye sahip olduğu söylenebilir. Bu bulgu 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan lisansüstü eğitim alanlarda, hasta güvenliği konusunda eğitim

almalarından dolayı beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Erdağı ve Özer (2015) hemşirelere yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında benzer olarak çalışanların eğitimi alt boyutunda en düşük puan, lisansüstü eğitime sahip hemşirelerde olduğu belirlenmiştir. Unal ve Kırılmaz (2020) hemşirelere yönelik yapmış oldukları çalışmalarında " eğitim düzeyi" durumlarına göre hasta güvenliği iklimi algısında anlamlı farklılıklar olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özer et al.(2019) yapmış oldukları çalışmada " eğitim düzeyi" değişkenine göre HGK alt boyut puanlarında anlamlı farklılıklar olmadığını saptamışlardır. Bu sonuç çalışma ile farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların unvanlarına göre; Yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı boyutlarında doktor ve hemşirelerin ortalamaları diğer çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur. Buna göre doktor ve hemşireler açısından yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı kültürünün yeterli görülmediği söylenebilir. Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak Bodur ve Filiz (2010), sağlık ocaklarında görev yapan sağlık çalışanlarına (aile hekimi, hemşire, ebe ve sağlık görevlileri) yönelik çalışmasında çalışanların mesleği ile HGK algılamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış, HGK boyutlarından 'iletişim açıklığı' ve 'hata hakkında geribildirim ve iletişim' boyutları hemşireler arasında anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada katılımcıların çalışılan birime göre; Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ) birimlerinde çalışanların, hasta güvenliği kültürü ölçeği boyutlarından, çalışanların davranışı ve çalışanların eğitimi boyutlarına ilişkin algılamaları idari birim ve diğer birimlerde çalışanlardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre ASHİ birimlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü açısından çalışan davranışları ve çalışanların eğitimi boyutlarının daha yeterli görüldüğü söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcıların hizmet içi eğitimlere katılma durumlarına göre; "Bazen" eğitime katılanların düzeyleri "sık sık ve her zaman" eğitime katılanlardan oldukça düşük bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle hizmet içi eğitimlere daha az katılanların güvenlik kültürü düzeyleri daha düşük olduğu söylenebilir. Buna göre hizmet içi eğitimin birçok faydasının yanında güvenlik kültürünün gelişiminde de önemli katkılar sağlayacağı söylenebilir. Bu nedenle hizmet içi eğitimlere katılım düzeylerinin bazen seviyesinden (daha yüksek seviyelere) her zaman seviyesine ulaşması için gerekli önlemlerin alınması önerilebilir.

Sonuç olarak bu çalışmada genel olarak 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında “olumlu”(çoğu zaman-yüksek düzeyde) hasta güvenliği kültürüne sahip oldukları saptanmıştır. Bu nedenle 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının HGK düzeylerinin “her zaman” (çok yüksek) düzeyine yükseltilmesi önerilebilir.

Bu çalışmada; unvan açısından doktor ve hemşirelerin, cinsiyet açısından kadın çalışanların güvenlik kültürü boyutlarından yönetim ve liderlik boyutu daha olumsuz olduğundan, üst yönetimin destek olması ve iyileştirmeler yapılması önerilebilir.

Eğitim açısından lisansüstü mezunlarda, hizmet içi eğitime “bazen” düzeyinde katılanların ve çalışılan birim açısından idari birim ve Komuta Kontrol Merkezi(KKM) ve diğer birimlerde çalışanlarda güvenlik kültürü daha olumsuz algılandığından, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

Bu çalışmada HGK'nin beklenmedik olay ve hata bildirim boyutunun daha düşük algılandığı saptanmıştır. Bu durum çalışanların hataları raporlamada kendilerini yeterince güvencede hissetmemelerinden kaynaklanabilir. Çalışanların hatalarını fark ettikleri anda hiç zaman kaybetmeden bildirmelerinin özellikle sağlık sektöründe çok önemli olduğundan, cezalandırıcı değil de hatalardan ders alan öğrenen organizasyon olmalarına yönelik gerekli uygulamaların sağlanması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- Altunışık, R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S. & Yıldırım E. (2005), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)*, Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Bodur, S. & Filiz, E. (2010). Validity And Reliability Of Turkish Version Of" Hospital Survey On Patient Safety Culture" And Perception Of Patient Safety İn Public Hospitals İn Turkey, *BMC Health Services Research*, 10(1), 28.
- Çakmak, C., Konca, M. & Teleş, M. (2018). Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö. & İmrol, F. (2016). Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Eğitim Araştırmalarının Normallik Varsayımları Açısından İncelenmesi, *Current Research İn Education*, 2(3), 130-148.

- Dursun, S., Bayram, N. & Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Erdağı, S. & Özer Nadiye. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 94-106.
- Gökdoğan, F., & Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53-59.
- Gündoğdu, S. K., & Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 15(2), 119-128.
- Guldenmund, F. W. (2000). The Nature Of Safety Culture: A Review Of Theory And Research, *Safety Science*, 34(1-3), 215-257.
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. & Vleugels, A. (2007). Challenging Patient Safety Culture: Survey Results, *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 20(7), 620-632.
- Karaca, A., & Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 9-18.
- Kim, J., An, K., Kim, M. K. & Yoon, S. H. (2007). Nurses' Perception Of Error Reporting And Patient Safety Culture İn Korea, *Western Journal Of Nursing Research*, 29(7), 827-844.
- Korkmaz, A. Ç. (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 10-19.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool For İmproving Patient Safety İn Healthcare Organizations, *BMJ Quality & Safety*, 12(Suppl 2), ii17-ii23.
- Özer, Ö., Şantaş, F., Gün, Ç. & Şentürk, S. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi, *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 10(2), 161-168.
- Patterson, P. D., Huang, D. T., Fairbanks, R. J., Simeone, S., Weaver, M. & Wang, H.E. (2010). Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehospital emergency care*, 14(4), 448-460.
- Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., Tülin, A. S. & Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve Etkileyen Faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 9-15.
- Rigobello, MCG, De Carvalho, REFL, Guerreiro, JM, Motta, APG, Atila, E., & Gimenes, FRE (2017). Perception of Patient Safety Climate by Emergency Service Specialists, *International Emergency Nursing*, 33, 1-6.

- Robbins, S.P. (1989), *Organizational Behaviour Concepts: Gantioverrier And Applications*, Prantice Hall Inc., USA.
- Schein, E.H. (1992). *Organizational Culture And Leadership*, 2nd Edition. Jossey-Bass, San Francisco.
- Söyük, S., & Kurtuluş, S. A. (2017). Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 44-56.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, [Http://Grs.Saglik.Gov.Tr/BM/Reports/GRS2016rapor\\_R1.Pdf](http://Grs.Saglik.Gov.Tr/BM/Reports/GRS2016rapor_R1.Pdf), (08.05.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Yönetmelik*, [Https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2011/04/20110406-3.Htm](https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2011/04/20110406-3.Htm), (16.05.2020).
- Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S. & Zekioğlu, A. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Araştırma: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 25-34.
- Türkmen, E., Altuntaş, S., Baykal, Ü. & Seren, Ş. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 38-46.
- Unal, F. N., & Kırılmaz, H. (2020). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algularına Yönelik Bir Araştırma, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 28(1), 46-54.
- Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A. & Vural, B. (2014). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Alguları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2),152-157.

**INVESTIGATION OF PATIENT SAFETY CULTURE  
PERCEPTIONS OF 112 EMERGENCY HEALTH CARE  
WORKERS****EXTENDED ABSTRACT**

Organizational culture is the system of values shared among employees as the main feature that distinguishes one organization from another (Robbins, 1989). Organizational safety culture refers to the collective beliefs and perceptions of employees about the organization and safety of workplace activities. Workplace attitude, beliefs and culture can affect the safety of patient care (Patterson et al., 2010).

Incidents related to patient safety have negative consequences for patients on the one hand, and also impose additional costs on hospitals. According to statistics, it is seen that medical errors are caused more by the system than by individuals. Factors such as inadequate equipment, incomplete automation, wrong institutional policies, wrong distribution of personnel, wrong decisions made due to time constraints, fatigue and argumentative personality structure of the personnel will increase both system-induced and human-induced errors and increase their effects (Karaca and Arslan, 2014). In addition, medical errors lead to the loss of morale and motivation of the employees and negativity in the health status of the society (Çakmak et al., 2018). These losses will be prevented by establishing an effective safety culture in health institutions (Dursun et al., 2010). Therefore, it can be said that health managers have important roles in ensuring patient and employee safety.

The purpose of this study is to determine the patient safety culture levels of 112 emergency health care workers and to determine whether the patient safety culture levels differ according to socio-demographic characteristics. The population of the study consists of 112 emergency health care workers (N = 315). In this descriptive-cross-sectional study, a questionnaire was applied to 297 people who constituted the sample on 9-12 October 2018, with the permission of the Chief Physician of the Provincial Command Control Center, affiliated to Sivas Provincial Health Directorate. The "Patient Safety Culture Scale" (PSCS), developed and validated by Türkmen et al. (2011), was used to measure perceptions of patient safety culture. Means, independent samples t test and ANOVA test were used to evaluate the research data.

In our research findings, it was determined that the PSC levels of the participants were "mostly" (high). Within the framework of this finding, it can be said that there is a "positive" patient safety culture among 112 emergency health care workers.

Among the sub-dimensions of PSC, the dimension of "employee education" ( $\bar{x} = 3.72$ ) was found to be the highest and the dimension of "unexpected event and error" ( $\bar{x} = 3.44$ ) was the lowest. Findings obtained by Karaca and Arslan (2014) in their studies on nurses are similar to these findings of our study. Accordingly, it can be thought that the participants perceive the PSC level as high in the dimension of the training of the employees, and the practices regarding the training of the employees



are given more importance in the said institution. In applications related to unexpected events and error dimensions, it can be thought that employees perceive less important within the organization.

In our study, it was determined that there are statistically significant differences between the variables of gender, education, title, unit of work, participation in in-service training and perceptions of PSC. On the other hand, it was found that there were no significant differences in age, marital status, duration of work in the institution and management task variables. According to this, the perceptions of PSC are similar in terms of age, marital status, duration of work in the institution and management task.

According to the gender of the participants in our study, it was found that male employees had higher levels of management and leadership ( $\bar{x} = 3.70$ ) and employee behavior ( $\bar{x} = 3.67$ ) than female employees. Accordingly, it can be said that the men think that PSC attaches importance by the management. In terms of employee behavior, it can be said that men think that they can easily share their concerns, communicate, and work in harmony in reporting errors and ensuring patient safety. Özer et al. (2019) found in their study that there are significant differences in PSC sub-dimension scores according to the "gender" variable. This result is similar to our study. Erdağı and Özer (2015) and Rigobello et al. (2017) found no significant difference in terms of gender in any of the PSC dimensions in their study on nurses. In their study on nurses, Unal and Kırılmaz (2020) found that there were no significant differences in the perception of patient safety climate based on "gender" differences.

According to the education levels of the participants in our study; "Employee behavior" ( $\bar{x} = 3.35$ ), "employee education" ( $\bar{x} = 3.50$ ) and "care environment" ( $\bar{x} = 3.30$ ) levels of undergraduate and graduate graduates were found to be lower than those of high school and associate degree graduates. Accordingly, it can be said that the perception levels of the participants regarding the dimensions of employee behavior, education and care environment are lower in those with a high education level, while they have a similar level in high school and associate degree graduates. This finding may be due to the higher expectations of those who receive training on patient safety in the graduate education fields working in 112 emergency health care services. Similar to the study conducted by Erdağı and Özer (2015) on nurses, it was determined that the lowest score in the education of employees sub-dimension was found in nurses with postgraduate education. Unal and Kırılmaz (2020) found in their studies on nurses that there are significant differences in the perception of patient safety climate according to their "education level". These results are similar to the results of the study. In their study, Özer et al. (2019) found that there were no significant differences in PSC sub-dimension scores according to the "education level" variable.

According to the titles of the participants in our study; In terms of management and leadership ( $\bar{x} = 3.35$ ), employee training ( $\bar{x} = 3.45$ ) and care environment ( $\bar{x} = 3.23$ ), the averages of doctors and nurses were found to be lower than other employees.

**112 Acil Sağlık  
Çalışanlarının  
Hasta Güvenliği  
Kültürü  
Algılarının  
İncelenmesi**

---

**424**

Accordingly, it can be said that management and leadership, employee training and care environment culture are not sufficient for doctors and nurses.

In our study, the participants according to the unit they work; The perceptions of employees in Emergency Health Services Station (EHSS) units regarding the dimensions of patient safety culture scale, employee behavior ( $\bar{x} = 3.62$ ) and employee training ( $\bar{x} = 3.77$ ) have a higher average than employees in "administrative units and other units" was determined to be. Accordingly, it can be said that the dimensions of employee behavior and training of employees in EHSS units are considered more sufficient in terms of patient safety culture.

In our study, according to the participants' participation in in-service training; The levels of those who "sometimes" participated in the training ( $\bar{x} = 3.53$ ) were found to be significantly lower than those who "often and always" participated in the training. In other words, it can be said that those who participate less in in-service trainings have lower safety culture levels. Accordingly, it can be said that in-service training will make important contributions to the development of safety culture besides its many benefits.

In conclusion, in our study, it was found that in general, 112 emergency health care workers have a "positive" (mostly-high level) patient safety culture. For this reason, it may be suggested to increase the PSC levels of 112 emergency health care workers to "always" (very high) level.

In our study; Since the management and leadership dimensions of "doctors and nurses" in terms of titles and "female employees in terms of gender" are more negative, it can be suggested that senior management support and make improvements. Since safety culture is perceived more negatively among "graduate graduates" in terms of education, those who participate in in-service training at "sometimes" level, and "administrative unit and Command and Control Center (CCC) and other units" , it may be recommended to carry out studies to improve patient safety culture.

In our study, it was determined that PSC's unexpected event and error reporting size was lower. This may be due to the employees not feeling secure enough to report mistakes. Since it is very important for employees to report their mistakes without wasting any time when they notice their mistakes, it may be suggested to provide the necessary practices for being a learning organization that "takes lessons from mistakes" rather than punishments.

**Keywords:** Patient safety, patient safety culture, 112 emergency health services.