

Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanan Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi

Mahmut AKBOLAT*
İlknur Rabia SIRAKAYA**

ÖZ

Çalışmanın amacı, hasta güvenliği kültürü ile sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları arasındaki ilişkiyi ve hasta güvenliği kültürünün çalışanların örgütsel adalet algısına etkisini ortaya koymaktır. Çalışmada veri toplama aracı olarak; Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilen Örgütsel Adalet Ölçeği, AHRQ tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Hastane Anketinin (Hospital Survey on Patient Safety) D, E ve F bölümleri ile çalışanların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Çalışma, 03 Mart - 04 Nisan 2014 tarihleri arasında Sakarya'da faaliyette bulunan bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 165 sağlık çalışanı katılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar, %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, dağıtımsal adalet ile bildirilen olayların sıklığı; işlemsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı ve etkileşimsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif ilişki bulunmaktadır. Bildirilen olayların sıklığı sağlık çalışanlarının dağıtımsal işlemsel ve etkileşimsel adalet algularını; birimler arası takım çalışması ise işlemsel ve etkileşimsel adalet algularını olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının %53,3'üne göre çalıştıkları hastanenin hasta güvenliği düzeyi kabul edilebilir düzeydedir. Sonuç olarak hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, hastanelerin güvenilir sağlık hizmeti sunması bakımından çok önemlidir. Ayrıca, bu durumun örgütsel adaleti olumlu yönde etkilemesi sağlık çalışanlarının kurumlarını benimsemesi ve güvenmesi bakımından önemli bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Örgütsel Adalet, Sağlık Çalışanları

The Effect Of Patient Safety Culture On Perceived Organizational Justice

ABSTRACT

The purpose of the study is to determine relationship between patient safety culture and organizational justice perception of health employees and effect of patient safety culture on health employee's organizational justice perception. In the study, data was collected with a questionnaire which consist of Organizational Justice Scale was developed by Niehoff and Moorman (1993), subscales D, E and F of Hospital Survey on Patient Safety Scale was developed by AHRQ and socio-demographical characteristics of health employees. Survey was performed in 03 March-04 April 2015 in a public hospital that has been operating in Sakarya. 165 health care employees participated in the study. Descriptive statistical methods, correlation analysis and regression analysis were used to analyze data. Results were assessed at 95% confidence interval- $p < 0.05$ significance level. According to results, there were statistically significant and positive relations between distributive justice and frequency of events reported, among procedural justice and management support for patient safety, teamwork across units and frequency of events reported, and among interactional justice and management support for patient safety, teamwork across units and frequency of events reported. The frequency of events reported effected positively on perception of distributive, procedural and

*Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

**Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, isirakaya@sakarya.edu.tr

interactional justice of health employees; similarly, teamwork across units effected positively on their perception of procedural and interactional justice. According to 53.3% of health care employees, patient safety level of hospital was acceptable level, where they had worked. As a result, creating of patient safety culture is very important to provide reliable health care of hospitals. In addition positive effect of patient safety culture on organizational justice is important for trust and adoption of health employees their hospitals.

Keywords: Patient Safety, Organizational Justice, Health Employees

I. GİRİŞ

Adalet kavramı, varoluşundan itibaren insanlığın odaklandığı önemli konulardan biri olmuştur. Örgütsel adalet kavramı ise Adams'ın Eşitlik Teorisi'ne dayanmaktadır (Luthans 1981) ve her geçen gün hızla değişen iş yaşamında çalışanlar için önemini artırmaktadır (Elovainio 2002). Eşitlik teorisine göre, bireyler yaptıkları işler sonucu elde ettikleri kazanımları diğer bireylerin kazanımları ile karşılaştırır ve bu karşılaştırma sonucu bir adaletsizlik algılarına işletmesiyle, yöneticileriyle ve işiyle ilgili birtakım tutumlar geliştirirler (Greenberg 1990).

Hasta güvenliği, sağlık bakım süreçlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçlar ya da yaralanmalardan kaçınma, olumsuz sonuç ve yaralanmaları önleme ve bu sonuçlarda iyileştirme yapma şeklinde tanımlanabilir (Vincent 2012). Dolayısıyla, hasta güvenliği, tüm sağlık çalışanları için önemli bir husustur. Sağlık çalışanları hastaları tedavi ederken ve bakım verirken hastaların verilen zarardan acı çekmesi ters bir durum olarak görülmektedir. Ancak, sağlık bakımı komplekstir ve çıktıları pek çok faktörden etkilenmektedir. Her sağlık sistemi içerisinde hastaların zarar görmesi kaçınılmazdır ve hastaların sağlık kuruluşuna her başvurusunda zarar meydana görmesi potansiyel vardır (Sandars 2009). Bu potansiyel riskin ortadan kaldırılması ya da azaltılması sağlık kuruluşlarının temel problemlerinden biridir. Bu kapsamda kişiler ve takımlar arası işbirliği ve iletişimin geliştirilmesi, korkusuzca hataların yönetime raporlanması, hatalardan öğrenme ve işle ilgili olarak çalışanların daha dikkatli davranması gibi hususlar hem örgütsel adalet, hem de hasta güvenliği ile ilişkili konuları oluşturmaktadır. Bu sebeple bu çalışma daha önce iş tatmini, örgütsel bağlılık, örgütsel sessizlik gibi örgütsel davranış konularıyla ilişkilendirilerek yapılan çalışmalardan farklı olarak; sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları ile hasta güvenliği konusundaki tutumlarını incelemeye yönelik olarak gerçekleştirilmiştir.

1.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, bir hastanın müdahale ve potansiyel sağlık tehlikesi oluşturabilecek durumlardan uzak olması anlamına gelmektedir (Yalçın, Acar 2010). Başka bir ifade ile hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır (Çakmakçı, Akalın 2011; Thomson, Pryce 2009; Akalın 2007).

Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, hasta güvenliğini ve bakım sonuçlarını olumsuz etkileyerek hastaların zarar görmesine neden olabilmektedir (Kır Biçer ve diğerleri 2013). Bu anlamda hastaya verilen hizmet süresince uygulanan tedavi ve bakımın başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuz ya da istenmeyen durum hasta güvenliği açısından bir tehdit olarak değerlendirilebilir.

Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin sunumu aşamasında, hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla kuruluş ve çalışanların aldığı önlemlerden oluşmaktadır (Çakmakçı, Akalın 2011). Hasta güvenliğinin amacı, başarısızlık olasılığını ortadan

kaldırmak için güvenli bir ortam sağlamak ve başarısızlık potansiyelini azaltmak için mevcut operasyonel sistemi değiştirecek bir savunma yaratmaktır (Napier, Youngberg 2011). Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007). Bu sebeple sağlık sektöründe, gerek insani gerekse maddi anlamda önemli kayıplara neden olan bu durumun önlenmesi için, sağlık kurumlarında etkin bir güvenliğ kùltürünün sağlanması ve geliştirilmesi yönündeki çalışmalar son yıllarda önemli bir ağırlık kazanmıştır (Dursun ve diğerleri 2010).

Hastanelerde hasta güvenliği kùltürünün oluşturulması için yönetimin desteği ve birimler arası takım çalışması büyük öneme sahiptir. Ayrıca, hastaların birimler arası nakil ve geçişleri ile hataların raporlanması da bu kùltürün önemli parçalarındandır.

Hasta güvenliği için yönetimin desteği (Management Support for Patient Safety): Yöneticiler, hasta güvenliği açısından kendisiyle çalışanlar arasındaki mesafeyi ortadan kaldırarak, hasta güvenliği kùltürünün örgüt içerisinde oluşturulmasına ve gelişmesine katkı sağlayabilir (Zakari 2011). Amerikan Tıp Enstitüsü hasta güvenliği için dört aşamalı bir öneride bulunmaktadır: (1) Tıbbi hataların nedenleri konusunda liderlik ve bilgi; (2) hataların tanımlanması ve hatalardan öğrenme; (3) güvenliğ için performans standartlarını ve beklentilerini belirleme ve (4) sağlık kuruluşlarında güvenliğ sistemlerinin uygulanması (Saar 2011). Dikkat edilirse, dört aşamanın başarılı olabilmesi ancak yönetimin desteğiyle mümkün olabilir. Bu sebeptir ki, sağlık kuruluşlarında yönetimin desteği olmadan ortaya konulabilecek bir hasta güvenliği kùltürünün geliştirilmesi çok mümkün görünmemektedir.

Birimler arasında takım çalışması (Teamwork Across Units): Hasta güvenliği ve sonuçları geliştirmek için, açık iletişim, planlama ve problem çözme sorumluluğunun paylaşımları, ortak karar verme ve koordinasyon gibi araçları kullanarak işbirliğinin kritik özelliklerinin entegre edilmesine odaklanılması gerekmektedir (Dingley et al. 2008). Ayrıca, havacılıktan sağlık hizmetlerine aktarılan takım çalışması ve iletişim teori ve uygulamaları, her iki sektörde ortak unsurların bulunduğu gerekçe gösterilerek araştırmacılar tarafından desteklenmektedir (Dingley et al. 2008). Shannon ve Myers (2012) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık hizmeti sunucuları arasında iletişimin kötü olması ile hastalarda olumsuz çıktılar arasında açık bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca, çalışmanın sonuçlarına göre, incelenen zarar görmüş hasta vakalarının altında genellikle iletişim boşlukları ve hatalar yatmaktadır.

Nakiller ve geçişler (Hand offs & Transitions): Sağlık hizmetleri sunumunda nakiller ya da geçişler farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Hastanın hastaneye kabulü, sağlık tesisi içerisinde hizmet birimleri arasında transfer edilmesi, hekim veya hemşirelerin mesai değişimleri sırasında sorumlu hizmet sunucuların değiştirilmesi, sağlık tesisleri arasındaki nakiller ve hastanın hastaneden taburcu edilmesi birer nakil ya da geçiş örneğidir (Forster 2009). Bu süreçlerin tamamında hastanın zarar görmeden naklini ya da geçişini sağlamak sağlık kuruluşlarının dikkat etmesi gereken önemli konular hasta güvenliği uygulamalarından oluşmaktadır.

Tıbbi hataların raporlanması (Frequency of Events Reported): Hatalara, yeterince dikkat göstermeme ya da daha kötüsü, doğru olduğundan yeterince emin olunmayan bakımın verilmesi sebep olur (Leape 1994). Sağlık hizmetine bağlı hatalar; yetersiz eğitim, kullanışsız prosedürler, düşük kalite standartları, zayıf ya da yetersiz teknoloji, gerçeklerle uyuşmayan zaman baskısı ve yetersiz personelden kaynaklanmaktadır (Firth-Cozens, Sanders 2009). Hasta ve hasta yakınları zarar veren tıbbi hata ile karşı karşıya kaldıklarında durumları ile ilgili bilgilendirilmeyi, endişelerinin giderilmesini arzu ederler. Sağlık çalışanları ise, meslektaşları arasında itibar kaybı, kimi zaman cezalandırılma veya olayın

mahkemeye taşınması gibi korku ve endişeler ile olayın ortaya çıkmasını istememektedirler. Özellikle geleneksel tıp eğitiminde hiyerarşi, rekabetin yoğun olduğu ortamlar ve mükemmeliyetçilik, tıbbi hatanın raporlanması önünde duran ciddi engellerdir (Çakmakçı, Akalın 2011).

Hataların bildirilmesiyle örgüt kültürü arasında ilişki vardır. Ketum (secretive) örgüt kültürü son derece reaktiftir, pek çok faaliyetini kriz modunda yapar ve temel kaynaklar güvenlik konuları için son derece sınırlı desteklerle oluşan operasyonel ölçümlere bağlıdır. Suçlama (blame) kültüründe de organizasyon son derece reaktiftir. Gizlilik kültüründe olduğu gibi pek çok gizli hata bilinebilir, ancak bu hataların ortaya çıkarılmaması eğilimi bulunmaktadır. Raporlama (reporting) kültüründe çalışanlar istenmeyen güvenlik olaylarını, tekrarını önlemek için kritik bilgi kaynağı olarak kabul etmektedirler. Çalışanlar için gizli sistemsel başarısızlıklar kadar bireysel hataları rapor etmek için etkili mekanizmalar vardır. Adalet kültüründe ise insanlar güvenlik ile bilgi vermeleri için cesaretlendirilir, hatta ödüllendirilir. Normal faaliyetler, sonuçlarından bağımsız olarak değerlendirilerek, güçlü güvenlik davranışları (eylemleri) geliştirilmesine vurgu yapılır (Patankar et al. 2012).

1.2. Örgütsel Adalet

Örgütsel adalet, adil ve ahlaki uygulama ve işlemlerin örgüt içerisinde egemen kılınmasını ve teşvik edilmesini içermektedir (İşcan, Naktiyok 2004). Örgüt içerisinde çalışanlar kuralları herkese eşit uygulanmasını, eşit işe eşit ücret ödenmesini ve izin ile sosyal imkânlardan eşit olarak yararlanmayı beklerler. Ancak, çalışanların adalet algılamalarının odağında sadece çıktılar ve bu çıktıların karşılaştırılması bulunmamakta, aynı zamanda örgütteki kurallar, bu kuralların uygulanış biçimi ve bireyler arasındaki etkileşim de yer almaktadır (Barling, Phillips 1993). Genel olarak örgütsel adalet dağıtımsal (distributive), işlemsel (procedural) ve etkileşimsel (interactional) olmak üzere üç ana kategoriye içermektedir.

Dağıtımsal Adalet (Distributive Justice): Dağıtımsal adalet, bir örgütte, ücretlendirme ve terfi kararları gibi kazançların çalışanlara paylaşımı ve bu paylaşımın adilliğinin çalışanlarca algılanışdır (Cohen – Charash, Spector 2001). Adil dağıtım, bir bireyin ulaştığı, aldığı sonuçları ya da ona ayrılan payı hakça algılamasıdır (Yıldırım 2007). Dağıtımsal adalet, çalışanların kendi katkılarına karşılık elde ettikleri kazançlar ile diğerlerinin katkılarına karşılık elde ettikleri kazançlara ilişkin yaptıkları kıyas sonucunda oluşturdukları algılardır (McShane, Von Glinow 2009). Çalışanların örgüte kattıklarına inandıkları değere karşılık olarak, almaları gereken maddi kazanç ve ideal ödül miktarına ilişkin algılarının göstergesidir (İnce, Gül 2005). Dağıtım adaletinde esas olan, bireylerin, dağıtılan kaynaklardan adil şekilde pay aldığını düşünmesidir (Özdevecioğlu 2003). O halde dağıtım adaleti, çalışanların belirli davranışları göstermeleri şartıyla belirli ödüllere ulaşmalarını garanti etmektedir (İşcan, Naktiyok 2004).

İşlemsel Adalet (Procedural Justice): İşlemsel adalet, karar alırken kullanılan politikaların, işlemlerin ve süreçlerin algılanan açıklık ve adilliğinin çalışanlar tarafından algılanmasına işaret etmektedir (Greenberg 1990). Çalışanlar, dağıtım kararlarının alınma şeklini ifade eden süreçleri adil olarak algıladıklarında, karar alıcıların temsil ettiği örgütlere ve kararlara daha fazla destek olmaktadır (Beugré 2002). İşlemsel adalet bireylerin karar alma sürecine katılabilmeleri ve karar alma sürecindeki tarafsızlık veya objektiflikle ilgili algılarını da kapsamaktadır (Moon et al. 2008; Colquitt 2001). Ücret, terfi, maddi olanaklar, çalışma şartları ve performans değerlemesi gibi unsurların belirlenmesi ve ölçümünde kullanılan yöntem, prosedür ve politikaların adil olma derecesi olarak tanımlanmaktadır (Jahangir et al. 2006; Doğan 2002). Yöneticinin yanlış ve kayırcı davranışlardan uzak

olması, örgüt yönetim politikasını doğrulukla uygulaması ve problemleri etraflıca dinlemesi bu sürece katkıda bulmasını kapsamaktadır (McShane, Von Glinov 2009).

Etkileşimsel Adalet (Interactional Justice): Etkileşimsel adalet, işlemsel adaletin genişletilmiş bir hali olarak görülmekte ve örgütsel uygulamaların insani yönü ile ilgilenmektedir. Buna göre etkileşimsel adalet çalışanlarla, kaynakları dağıtan yöneticiler arasındaki iletişimdeki adalet algılamasını vurgular. Örgütsel adaletin bu boyutuna göre, adaletin kaynağı ve alıcısı arasındaki iletişim sürecinin nezaket, saygı ve dürüstlük çerçevesinde yürütülmesi esastır (Cohen-Charash, Spector 2001). Bireyler, karar verilirken kullanılan prosedürlerin neler olduğu ve bu prosedürler uygulanırken ne derece sadık kaldığından ziyade, prosedürler uygulanırken kendilerine nasıl davranıldığına ve yeterli açıklamanın yapılıp yapılmadığına dikkat ederler. Prosedürlerin uygulanması sırasında bireylerin karşılaştıkları kişilerarası davranışın kalitesine ilişkin algılar etkileşimsel adaleti oluşturur (Yılmaz 2004). Etkileşimsel adalet algısındaki sapmalar, çalışanların yöneticilerine karşı tepki geliştirmelerine neden olabilmektedir (Özdevecioğlu 2003).

Hasta güvenliği sonuçtur. Yapılması gereken, son derece güvenilir kuruluşlardan öğrenilen ilkelerin uygulandığı, son derece karmaşık ve hızla gelişen teknoloji ile insanlar ve çalışanların uyması için uygun ilkelerin ve üretim baskısıyla karşı karşıya kaldığında uyulması gereken kuralların belirlendiği bir çevrede çalışılıyor duygusu oluşturulan bir bakım sisteminin tasarlanmasıdır (Napier, Youngberg 2011). Bu anlamda örgütsel adaletin önemli olduğu düşünölmektedir. Çünkü adalet algısı olumlu davranışlara, tersi ise hem bireylerin hem de örgütlerin amaçlarının gerçekleşmesini engelleyen olumsuz davranışların ortaya çıkmasına sebep olur (Eker 2006). Sağlık kuruluşlarında özellikle tıbbi hataların raporlanması büyük önem taşımaktadır ve bu konuda yönetimin desteği büyük önem taşımaktadır. Özellikle karar vericilerin davranışlarının ve uygulanan süreçlere ilişkin yeterli bilginin çalışanlara açıklanmasının işlemsel adaletle ilişkin yargıları etkilediği fark edilmiştir (Greenberg 1990). Bu anlamda, özellikle işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet ile hasta güvenliği arasında bir ilişki olacağı düşünölmektedir.

II. YÖNTEM

Araştırma, sağlık kuruluşlarında örgütsel adalet ve hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hasta güvenliğinin örgütsel adaletle etkisini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak, Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilen ve 20 soru ve 3 alt boyuttan oluşan örgütsel adalet ölçeği; bildirilen olayların sıklığı (3 soru), çalışanlarına hasta güvenliği düzeyine ilişkin değerlendirmeleri (1 soru) hasta güvenliği için yönetimin desteği (3 soru), birimler arasında takım çalışması (4 soru) ve nakiller ve geçişler (4 soru) olmak üzere 6 boyuttan oluşan ve Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilen hasta güvenliği hastane anketinin (Hospital Survey on Patient Safety) D, E ve F bölümleri ile çalışanların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı toplam 40 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. 03 Mart-04 Nisan 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Sakarya'da faaliyette bulunan bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeden tüm çalışanlara ulaşılması hedeflenmiştir, ancak çalışma sonucunda araştırmaya katılmayı kabul eden 165 sağlık çalışanından veri elde edilebilmiştir. Anketten elde edilen veriler IBM SPSS ve IBM AMOS paket programından yararlanılarak, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.1. Çalışmanın Modeli ve Hipotezleri

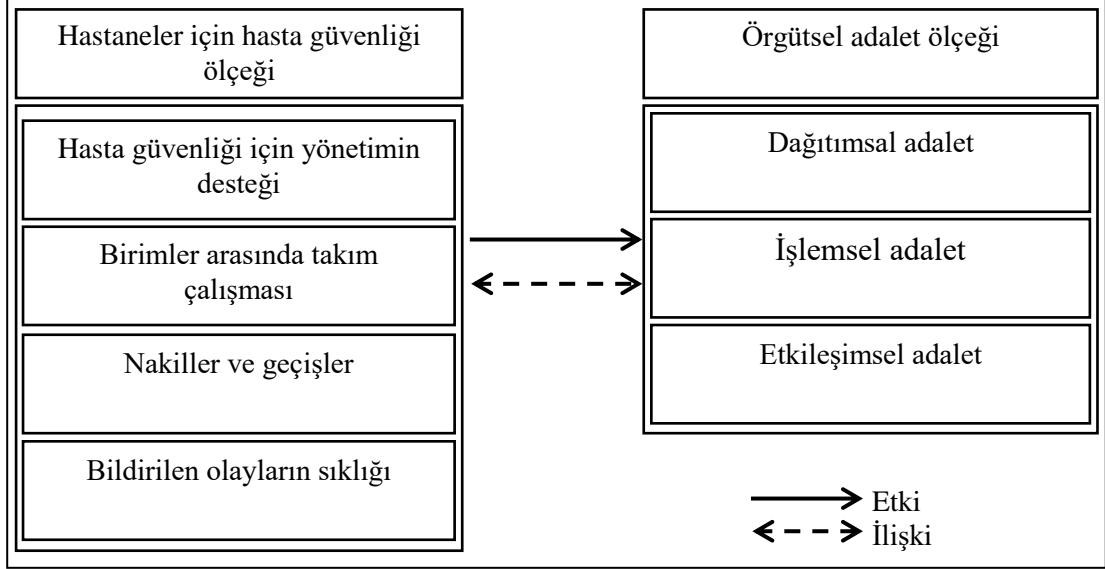
Çalışmada hasta güvenliği ile örgütsel vatandaşlık arasında bir ilişki olacağı öngörülmüş ve bu öngörüye dayalı olarak aşağıdaki hipotezler ve araştırma modeli geliştirilmiştir:

H₁:Hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları ile örgütsel adalet ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır.

H₂:Hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları örgütsel adalet ölçeğinin alt boyutlarını etkiler.

H₃:Hastane çalışanlarına göre, sağlık kuruluşunda hasta güvenliği kabul edilebilir düzeydedir.

Şekil 1. Çalışmanın Modeli



2.2. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirliği alfa değeri temel alınarak hesaplanmıştır. Kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,70 olması arzu edilmektedir. Ancak bazı araştırmacılar inceleme türü çalışmalarında 0,5'e kadar makul kabul edilebileceğini öngörmektedir (Altunışık ve diğerleri 2005). Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin genel iç tutarlılık katsayıları hem örgütsel adalet (0,965) hem de hastaneler için hasta güvenliği (0,859) ölçekleri için kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçeklerin alt boyutlarını da kapsayan ayrıntılı iç tutarlılık değerleri Tablo 1'de görülmektedir.

Niehoff ve Moorman (1993) çalışmalarında örgütsel adalet ölçeğinin üç boyutunun da Croanbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının 0,90'ın üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde ölçeğin Türkçeye uyarlanmış şekliyle yapılan çalışmalarda da ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hem ölçeğin geneli hem de boyutları için genel olarak 0,90 civarında veya üzerinde bulunmuştur (Gürbüz, Mert 2009; Polat, Ceep 2008). Hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin Türkiye uyarlamalarında da Cronbach Alfa değerleri 0,80'nin üzerinde bulunmuştur (Taş ve diğerleri 2013; Tütüncü, Küçükusta 2006).

Tablo 1. Veri Toplama Aracının Güvenilirliği

Ölçekler	İfade sayısı	Cronbach Alpha
Örgütsel Adalet Ölçeği (Organizational Justice Scale)	20	0,965
Dağıtımsal Adalet (Distributive Justice)	5	0,904
İşlemsel Adalet (Procedural Justice)	6	0,916
Etkileşimsel Adalet (Interactional Justice)	9	0,966
Hastaneler İçin Hasta Güvenliği Ölçeği (Hospital Survey on Patient Safety)	14	0,859
Hasta Güvenliği için Yönetimin Desteği (Management Support for Patient Safety)	3	0,804
Birimler arasında takım çalışması (Teamwork Across Units)	4	0,810
Nakiller ve geçişler (Handoffs & Transitions)	4	0,869
Bildirilen olayların sıklığı (Frequency of Events Reported)	3	0,835

Ölçekler daha önceden geçerlilik analizleri keşfedici faktör analizi yöntemi kullanılarak yapıldığından bu çalışmada doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak ölçeklerin geçerlilik analizleri yapılmıştır. Şekil 2’de görüldüğü gibi her iki ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları gerekli uyum iyiliği koşullarını sağlamaktadır.

Tablo 2. Veri Toplama Aracının Geçerliliği

	Örgütsel Adalet	Hastaneler İçin Hasta Güvenliği
İndeksler	Değerler	Değerler
CMIN	200,450	113,126
DF	152	69
p	0,005	0,001
CMIN/DF	1,319	1,640
GFI	0,889	0,910
AGFI	0,847	0,863
PGFI	0,643	0,598
NFI	0,941	0,906
IFI	0,985	0,961
TLI	0,981	0,948
CFI	0,985	0,960
RMSEA	0,044	0,062

III. BULGULAR

Tablo 3’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %65,5’i kadın ve %34,5’i erkektir. Yaş ve toplam çalışma süresi açısından incelendiğinde, katılımcıların %52,2’sinin 30 yaş ve altında olduğu; %67,3’ünün 10 yıldan daha az bir iş deneyimine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %10,9’u hekim, %52,7’si hemşire, %22,1’i tıbbi sekreterler ve %15,2’si sağlık teknisyeni ya

da teknikeri olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların önemli bir bölümü (%60) evli iken, %11,6'sı lisansüstü düzeyde eğitime almıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri (n=165)

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	108	65,5
	Erkek	57	34,5
Yaş	≤25	44	26,7
	26-30	42	25,5
	31-35	48	29,1
	≥36	31	18,8
Unvan	Hemşire	87	52,7
	Tıbbi sekreter	35	21,2
	Teknisyen/ tekniker	25	15,2
	Hekim	18	10,9
Medeni durum	Bekar	66	40,0
	Evli	99	60,0
Çalışma süresi	≤4	63	38,2
	5-9	48	29,1
	10-14	23	13,9
	≥15	31	18,8
Eğitim durumu	Lise	34	20,6
	Önlisans	60	36,4
	Lisans	52	31,5
	Lisansüstü	19	11,6

Tablo 4’de görüldüğü gibi, çalışmada hem örgütsel adalet, hem de hastaneler için hasta güvenliği ölçeğini oluşturan boyutlar arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastaneler için hasta güvenliğini oluşturan alt boyutlar, arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta güvenliği için yönetimin desteği ile birimler arasında takım çalışması ($r=0,541$), nakiller ve geçişler ($0,455$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r=0,400$); takım çalışması ile nakiller ve geçişler ($0,523$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r=0,333$) ve ile nakiller ve geçişler ile bildirilen olayların sıklığı ($r=0,202$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Benzer şekilde dağıtımsal adalet ile işlemsel adalet ($r=0,588$) ve etkileşimsel adalet ($r=0,564$) ve etkileşimsel adalet ile işlemsel adalet ($r=0,838$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Aynı zamanda dağıtımsal adalet ile bildirilen olayların sıklığı ($r=0,277$); işlemsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği ($r=0,193$), birimler arasında takım çalışması ($r=0,333$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r=0,354$); etkileşimsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği ($r=0,189$), birimler arasında takım çalışması ($0,336$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r=0,359$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna karşılık dağıtımsal adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve nakiller ve geçişler; işlemsel adalet ile nakiller ve geçişler ve etkileşimsel adalet ile nakiller ve geçişler arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

	Ort.	S.S.	1	2	3	4	5	6
Hasta güvenliği için yönetimin desteği (1)	3,28	0,664	1					
Birimler arasında takım çalışması (2)	3,29	0,481	0,541**	1				
Nakiller ve geçişler (3)	3,42	0,575	0,455**	0,523**	1			
Bildirilen olayların sıklığı (4)	3,04	1,112	0,400**	0,333**	0,202**	1		
Dağıtımsal adalet (5)	2,75	0,899	0,066	0,146	0,028	0,277**	1	
İşlemsel adalet (6)	2,84	0,967	0,193*	0,333**	0,070	0,354**	0,588**	1
Etkileşimsel adalet (7)	2,93	1,037	0,189*	0,336**	0,084	0,359**	0,564**	0,838**

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı

Çalışmada kullanılan ölçeklerin korelasyon analizi yapıldıktan sonra, aralarında ilişki bulunan boyutların etkilerini yordamak amacıyla çoklu regresyon analizi modelleri geliştirilmiştir. Geliştirilen ilk modelde hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının dağıtımsal adalet üzerindeki etkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Tablo 5’de görüldüğü gibi, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=3,946; p=0,004). Modelin ilişki katsayısı 0,300’dür ve hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları hep birlikte dağıtımsal adalet algısındaki toplam varyansın %9,0’ını açıklamaktadır. Ancak modelde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etkinin yalnızca bildirilen olayların sıklığı alt boyutunda olduğu görülmektedir (t=3,385; p=0,001). Diğer boyutların dağıtımsal adalet üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (p>0,05). Modelde, standardize edilmiş regresyon katsayısı ($\beta=0,282$) pozitif yönlüdür ve bildirilen olayların sıklığı dağıtımsal adalet algılarını istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

Tablo 5. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının Dağıtımsal Adalet Üzerindeki Etkilerinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p
Sabit	1,953	0,509		3,838	0,000
Hasta güvenliği için yönetimin desteği	-0,125	0,130	-0,092	-0,960	0,338
Birimler arasında takım çalışması	0,246	0,183	0,132	1,347	0,180
Nakiller ve geçişler	-0,088	0,143	-0,056	-0,614	0,540
Bildirilen olayların sıklığı	0,228	0,067	0,282	3,385	0,001
R=0,300	R²=0,090	F=3,946	p=0,004	Durbin Watson = 1,859	

Geliştirilen ikinci model, hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının iletişimsel adalet üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yöneliktir. Tablo 6’da görüldüğü gibi, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=9,697; p=0,000). Modelin ilişki katsayısı 0,442’dir ve hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları hep birlikte iletişimsel

adalet algısındaki toplam varyansın %19,5'ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etkiler, birimler arasında takım çalışması ($t=3,625$; $p=0,000$) ve bildirilen olayların sıklığı ($t=3,664$; $p=0,000$) alt boyutlarında görülmektedir. Anlamlı bulunan alt boyutlarda modelin standardize edilmiş regresyon katsayıları (sırasıyla $\beta=0,333$ ve $\beta=0,287$) pozitif yönlüdür. Buna göre, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı, sağlık çalışanlarının işlemsel adalet algılarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir.

Tablo 6. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının İşlemsel Adalet Üzerindeki Etkilerinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p
Sabit	0,883	0,514		1,716	0,088
Hasta güvenliği için yönetimin desteği	-0,052	0,132	-0,036	-0,399	0,691
Birimler arasında takım çalışması	0,670	0,185	0,333	3,625	0,000
Nakiller ve geçişler	-0,245	0,144	-0,146	-1,701	0,091
Bildirilen olayların sıklığı	0,250	0,068	0,287	3,664	0,000
R=0,442	R²=0,195	F=9,697	p=0,000	Durbin Watson = 1,788	

Geliştirilen üçüncü model ile hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının etkileşimsel adalet üzerindeki etkileri bulunmuştur. Tablo 7'de görüldüğü gibi, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=9,797$; $p=0,000$). Modelin ilişki katsayısı 0,444 bulunmuştur ve hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları hep birlikte etkileşimsel adalet algısındaki toplam varyansın %19,7'sini açıklamaktadır.

Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etki, birimler arasında takım çalışması ($t=3,606$; $p=0,000$) ve bildirilen olayların sıklığı ($t=3,763$; $p=0,000$) alt boyutlarında görülmektedir. Anlamlı bulunan alt boyutlarda modelin standardize edilmiş regresyon katsayıları (sırasıyla $\beta=0,331$ ve $0,294$) pozitif yönlüdür. Buna göre, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı, sağlık çalışanlarının etkileşimsel adalet algılarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir.

Tablo 7. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının Etkileşimsel Adalet Üzerindeki Etkilerinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p
Sabit	0,781	0,551		1,418	0,158
Hasta güvenliği için yönetimin desteği	-0,079	0,141	-0,051	-0,562	0,575
Birimler arasında takım çalışması	0,713	0,198	0,331	3,606	0,000
Nakiller ve geçişler	-0,225	0,154	-0,125	-1,458	0,147
Bildirilen olayların sıklığı	0,275	0,073	0,294	3,763	0,000
R=0,444	R²=0,197	F=9,797	p=0,000	Durbin Watson = 1,601	

Tablo 8'de sağlık çalışanlarının çalıştıkları hastanenin hasta güvenliğine ilişkin değerlendirmeleri görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %53,3'ü çalıştıkları hastanenin hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir, %14,5'i çok iyi ve %1,8'i mükemmel olarak

değerlendirmektedir. Buna karşılık, 26,7'si hasta güvenliğini zayıf ve %3,6'sı ise başarısız olarak nitelendirmektedir.

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarına Hasta Güvenliği Düzeyine İlişkin Değerlendirmeleri

	Başarısız		Zayıf		Kabul edilebilir		Çok iyi		Mükemmel		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim	0	0,0	2	11,1	13	72,2	3	16,7	0	0,0	18	10,9
Hemşire	5	5,7	27	31,0	44	50,6	10	11,5	1	1,1	87	52,7
Teknisyen/Tekniker	0	0,0	3	12,0	14	56,0	7	28,0	1	4,0	25	15,2
Tıbbi sekreter	1	2,9	12	34,3	17	48,6	4	11,4	1	2,9	35	21,2
Toplam	6	3,6	44	26,7	88	53,3	24	14,5	3	1,8	165	100,0

Tablo 9'da sağlık kuruluşundan meydana gelen, gelmesine karşılık hastaya zarar verme potansiyeli olmayan ve hastaya zarar verme potansiyeli olmasına karşılık meydana gelmeden bildirilen vakaların sıklığı görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi, yapıldığında hastaya zarar verme potansiyeli olan hataların bildirilmeme oranı (%18,2) ve hastaya zarar verme potansiyeli olmayan hataların (%15,2) bildirilmemesi oranları daha yüksek olmasına karşılık; yapılan ve hastayı ve hastayı etkilemeden düzeltilen hataların bildirilme sıklığı (%6,1) daha düşük seviyelerdedir. Aynı durumlarda hataların bildirilme sıklığı ise sırasıyla %17,0, %17,0 ve %15,8'dir.

Tablo 9. Sağlık Kuruluşunda Meydana Gelen ya da Gelme Potansiyeli Olan Hataların Bildirilme Sıklığı

	Asla		Nadiren		Bazen		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yapılmasına karşılık, hastayı etkilemeden önce belirlenen ve düzeltilen hataların bildirilme sıklığı	10	6,1	47	28,4	44	26,7	38	23,0	26	15,8
Hastaya zarar verme potansiyeli olmayan bir hata yapıldığında bildirilme sıklığı	25	15,2	39	23,6	37	22,4	36	21,8	28	17,0
Yapıldığında hastaya zarar verebilen, fakat yapılmamış bir hatanın bildirilme sıklığı	30	18,2	33	20,0	43	26,0	31	18,8	28	17,0

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün örgütsel adalet algılarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, hasta güvenliği konusunda en yüksek katılım nakiller ve geçişler ($3,42 \pm 0,575$) boyutunda olurken bunu sırasıyla birimler arasında takım çalışması ($3,29 \pm 0,481$), hasta güvenliği için yönetimin desteği ($3,28 \pm 0,664$) ve bildirilen olayların sıklığı ($3,04 \pm 1,112$) takip etmektedir. Örgütsel adalette etkileşimsel adalet ($2,93 \pm 1,037$), İşlemsel adalet ($2,84 \pm 0,967$) ve dağıtımsal adalet ($2,75 \pm 0,899$) şeklinde gerçekleşen bu dağılımda, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki katılımlarının, örgütsel adalet konusunda daha düşük olduğunu göstermektedir. Greenberg'e (1990) göre karar vericilerin çalışanlara davranışları ve uygulanan süreçlere ilişkin yeterli bilgi aktarması, süreç adaletine ilişkin yargılarını etkilemektedir. Benzer durum, hasta güvenliği için yönetimin desteği ve birimler arasında takım çalışması için de söz konusudur. Hem örgütsel adalet duygusunun geliştirilmesi, hem de hasta güvenliği kültürü oluşturma bakımından yöneticilerin hesap verebilirliği önemli bulunmaktadır.

Üst düzey yöneticiler, örgüt içerisinde sağlık çalışanlarının kararlara katılımını sağlayacak ve kurum içerisinde ortak faaliyetleri cesaretlendirecek bir iklim yaratarak onlara bilgi, zaman, insan kaynakları, fiziksel ve finansal kaynakları hasta güvenliğini geliştirecek ve performansı artıracak bir şekilde dağıtmalıdır (JCR 2009). Örgütsel adaletle doğrudan ilişkili olan bu durum hasta güvenliği durumunu da geliştirecektir. 2011 yılında ortak komisyona bildirilen 1243 nöbetçi vakasının %60'ında rapor edilen vakaların tanımlanmasında, iletişim problemleri üçüncü genel katkı sağlayıcı faktör olarak tanımlanmaktadır (Shannon, Myers 2012). Tıbbi hataların oluşmasında bu kadar yüksek etkiye sahip iletişim problemleri birimler arasında takım çalışması ve yönetimin desteği ile azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabilir. Bu anlamda sağlık kuruluşu yöneticilerinin birimler arasında takım çalışmasını özendirilmesi, hem örgütsel adalet hem de hasta güvenliği kültürü geliştirmede etkili olabilecektir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaneler için hasta güvenliğinin boyutlarını oluşturan hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması, nakiller ve geçişler, bildirilen olayların sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Benzer ilişki dağıtımsal adalet, işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet için de söz konusudur. Buna karşılık, dağıtımsal adalet ile bildirilen olayların sıklığı, işlemsel adalet hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı ve etkileşimsel adalet hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının dağıtımsal adalet, işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet algıları bildirilen olayların sıklığından olumlu yönde etkilenirken; birimler arasında takım çalışması işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet algılarını olumlu yönde etkilemektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı (%53,3) hastalara sunulan hizmeti kabul edilebilir düzeyde bulurken, %15,5'i çok iyi ve %1,8'i mükemmel olarak nitelemektedir. Olaya tersinden bakılarak sağlık çalışanlarının %30,3'ünün hasta güvenliğini zayıf ya da başarısız bulduğu söylenebilir.

Tıbbi hataların tekrarını önlemek için yapılan hataların yönetime bildirilmesi önemlidir. Ancak, sağlık hizmeti sunucuları, iş arkadaşları tarafından kabul edilmeme veya dışlanma ya da hata yaptığını toplum içinde kabule zorlanma gibi nedenlerle yeterli bildirimde bulunmaktan kaçınmaktadırlar (Wolf et al. 2000). Çalışmanın sonuçlarına göre, yapılmasına karşılık hastayı etkilemeden belirlenen ve ortadan kaldırılan hataların %15,8'i her zaman yönetime raporlanırken, bu hataların %6,1'i hiçbir şekilde yönetime rapor edilmemektedir. Bu oranlar sırasıyla yapılması halinde hastaya zarar verme potansiyeli bulunan vakalarda %17,0 ve 18,2 olmasına karşılık; hastaya zarar verme potansiyeli olmayan vakalarda %17,0 ve 15,2'dir. Hasta güvenliği ve kalite geliştirme bakımından olayların raporlanması önemlidir. Ancak bu durum her zaman doğru sonuçlar ortaya koymayabilir. Yapılan bir başka çalışmada da, ortalama olarak olayların %22'sinin ve eksikliklerin %39'unun rapor edilmediği ileri sürülmektedir (Thomson, Pryce 2009). Bu sebeple sağlık kuruluşları, raporlama sisteminin yanı sıra, kalite geliştirmenin bir parçası olarak örnek tıbbi kayıtlar üzerindeki yapılandırılmış vaka notları kullanılarak rutin bir şekilde değerlendirmeler yapılmalıdır. (Sari et al. 2007).

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının yaklaşık %70,6'sı sağlık kuruluşlarındaki hasta güvenliğini kabul edilebilir ve üst düzeylerde bulmasına karşılık; özellikle hastaya zarar verme potansiyeli olmayan vakaların her zaman bildirilme oranları (%17,0) düşük bulunmuştur. Karaca ve Arslan (2014) tarafından hemşireler üzerinde yapılan

bir çalışmada katılımcıların %81,5'inin hasta güvenliğini yeterli bulmasına karşılık; hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama oranının oldukça dűřük olmasının (%8,6), hemşirelerin güvenlik raporlama sistemi ile ilgili tutum ve davranışlarında yetersizlik ve sorunlarının olduğu ileri sür÷lmektedir. Benzer durum bu çalışma için de söz konusudur.

Sonuç olarak hasta güvenliği kùltürünün oluşturulması hastanelerin hizmet sunumu ve hastaların hizmet alımı bakımından çok önemlidir. Ayrıca, bu durumun örgütsel adaleti olumlu yönde etkilemesi sağlık çalışanlarının kurumlarını benimsemesi ve güvenmesi bakımından çok önemlidir. Bu sebeple sağlık yöneticilerine kurumlarında hasta güvenliği kùltürü geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmaları; akademisyenlere ise çok daha büyük örneklem grupları üzerinde benzer çalışmalar yaparak konuya dikkat çekmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akalın E. (2007) Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. **İyi Klinik Uygulamalar Dergisi** 17(2): 32-35.
2. Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım E. (2005) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**. Sakarya Kitabevi, Sakarya.
3. Barling J. and Phillips M. (1993) Interactional, Formal, and Distributive Justice in The Workplace: An Exploratory Study. **The Journal of Psychology** 127(6): 649-656.
4. Beugré C. D. (2002) Understanding Organizational Justice and Its Impact on Managing Employees: an African Perspective. **International Journal of Human Resource Management** 13(7): 1091-1104.
5. Cohen-Charash Y. and Spector P. E. (2001) The Role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis. **Organizational Behavior and Human Decision Process** 86(2): 278-321.
6. Colquitt J. A., Conlon D. E., Wesson M. J., Porter C. O. L. H. and Ng K. Y. (2001) Justice at the Millennium: A Meta-Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research. **Journal of Applied Psychology** 86(3): 425 - 445.
7. akmakı M. ve Akalın H. E. (2011) **Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya**. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
8. Dingley C., Daugherty K., Derieg M. K. and Persing R. (2008) 'Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements'. In Henriksen K., Battles J. B., Keyes M. A. and Grady M. L. (eds.) **Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches, Vol. 3: Performance and Tools**, pp. 1-18. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/> Erişim Tarihi: 29/01/2015.
9. Doğan H. (2002) İş görenlerin Adalet Algılamalarında Örgüt İçi İletişim ve Prosedürel Bilgilendirmenin Rolü. **Ege Akademik Bakış Dergisi** 2(2): 71-78.
10. Dursun S., Bayram N. ve Aytaç S. (2010) Hasta Güvenliği Kùltürü Üzerine Bir Uygulama. **Sosyal Bilimler** 8(1): 1-14.

11. Eker G. (2006) Örgütsel Adalet Algısı Boyutları ve İş Doyumu Üzerindeki Etkileri. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
12. Elovainio M., Kivimäki M. and Vahtera, J. (2002) Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. **American Journal of Public Health** 92(1): 105-108.
13. Firth-Cozens J. and Sandars J. (2009) 'The Scope of the Problem'. In Sandars, J. and Cook, G. (ed) **ABC of Patient Safety**, pp: 4-8. Blackwell Publishing, BMJ Books, USA.
14. Forster A. (2009) 'Clinical Transitions: Implications for Patient Safety'. In Hurwitz, B. and Sheikh, A. (ed) **Health Care Errors and Patient Safety**, pp: 129-149. Blackwell Publishing, USA.
15. Greenberg J. (1990) Organizational Justice: Yesterday, Today, and Tomorrow. **Journal of Management** 16(2): 399-432.
16. Gürbüz S. ve Mert İ. S. (2009) Örgütsel Adalet Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Uygulaması: Kamuda Görgül Bir Çalışma. **Amme İdaresi Dergisi** 42(3): 117-139.
17. Güven R. (2007) Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. **5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri**, ss: 411-422, Antalya.
18. İnce M. ve Gül H. (2005) **Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık**. Çizgi Kitabevi, Konya.
19. İşcan Ö. F. ve Naktiyok A. (2004) Çalışanların Örgütsel Bağdaşımalarının Belirleyicileri Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları. **Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi** 59(1): 181-201.
20. Jahangir N., Akbar M. and Begum, N. (2006) The Role of Social Power, Procedural Justice, Organizational Commitment, and Job Satisfaction to Engender Organizational Citizenship Behavior. **ABA Journal** 26(3): 21-36.
21. Joint Commission Resources (JCR) (2009) **Patient Safety Essentials for Health Care**. Joint Commission Resources, Illinois.
22. Karaca A. ve Arslan H. (2014) Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi** 1(1): 10-18.
23. Kır Biçer E., Güçlüel Y., Neymen A. ve Yiğit Ş. (2013) Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 10(1): 14-20.
24. Leape L. L. (1994) Error in Medicine. **Journal of the American Medical Association** 272(23): 1851-1857.
25. Luthans F. (1981) **Organizational Behavior**. McGraw Hill Co, New York.

26. Mcshane S. and Von Glinow M. (2009) **Organizational Behavior**. McGrawHill Irwin, New York.
27. Moon H., Kamdar D., Mayer D. M. and Takeuchi R. (2008) Me or We? The Role of Personality and Justice as Other-Centered Antecedents to Innovative Citizenship Behaviors within Organizations. **Journal of Applied Psychology** 93(1): 84-94.
28. Napier J. and Youngberg B. J. (2011) 'Risk Management and Patient Safety: The Synergy and the Tension'. In Youngberg B. J. (ed) **Principles of Risk Management and Patient Safety**, pp: 3-11. Jones & Bartlett Learning, USA.
29. Niehoff B. P. and Moorman R. H. (1993) Justice as a Mediator of the Relationship Between Methods of Monitoring and Organizational Citizenship Behavior. **Academy of Management Journal** 36(3): 527-556.
30. Özdevecioğlu M. (2003) Algılanan Örgütsel Adaletin Bireylerarası Saldırđan Davranışlar Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakùltesi Dergisi** 21(21): 77-96.
31. Patankar M. S., Brown J. P., Sabin E. J. and Bigda-Peyton T. G. (2012) **Safety Culture Building and Sustaining a Cultural Change in Aviation and Healthcare**. MPG Books Group, UK.
32. Polat S. and Ceep C. (2008) Ortaöğretim Öğretmenlerinin Örgütsel Adalet, Örgütsel Güven, Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına İlişkin Algıları. **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi** 14(2): 307-331.
33. Saar L. (2011) 'Patient Safety: The Past Decade'. In Youngberg B. J. (ed.) **Principles Of Risk Management and Patient Safety**, pp: 63-98. Jones & Bartlett Learning, USA.
34. Sandars J. (2009) 'The Scope of the Problem'. In Sandars J. and Cook, G. (ed.) **ABC of Patient Safety**, pp:1-3. Blackwell Publishing, BMJ Books, USA.
35. Sari A. B., Sheldon T. A., Cracknell A. and Turnbull A. (2007) Sensitivity of Routine System for Reporting Patient Safety Incidents in An NHS Hospital: Retrospective Patient Case Note Review. **BMJ** 334(7584): 79-82.
36. Shannon D. W. and Myers L. A. (2012) Nurse-to-Physician Communications: Connecting for Safety. **Patient Saf Qual Healthc** 9(5): 20-26.
37. Taş Y., Akpınar A. T. ve İşçi E. (2013) Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kùltürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneđi. **7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi**, Konya.
38. Thomson R. and Pryce A. (2009) 'Patient Safety- Epidemiological Considerations'. In Hurwitz B. and Sheikh, A. (ed.) **Health Care Errors and Patient Safety**, pp:207-223. Blackwell Publishing, USA.
39. Tütüncü Ö. ve Küçükusta D. (2006) Hasta Güvenliği Kùltürü ve Hemřirelere Yönelik Bir Uygulama. **Hastane Yönetimi Dergisi** 10(2): 61-68.

40. Vincent C. (2012) **The Essentials of Patient Safety**. Wiley-Blackwell, USA. <http://www.chfg.org/wp-content/uploads/2012/03/Vincent-Essentials-of-Patient-Safety-2012.pdf>, Erişim tarihi: 29/01/2015.
41. Wolf Z. R., Serembus J. F., Smetzer J., Cohen H. and Cohen M. (2000) Responses and Concerns of Healthcare Providers to Medication Errors. **Clinical Nurse Specialist** 14(6): 278-290.
42. Yalçın Ş. ve Acar A. (2010) Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. In Kırılmaz, H. (ed.). **II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi**, ss: 12-26. Ankara.
43. Yıldırım F. (2007) İş Doyumu ile Örgütsel Adalet İlişkisi. **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 62(1): 253-278.
44. Yılmaz G. (2004) İnsan Kaynakları Uygulamalarına İlişkin Örgütsel Adalet Algısının Çalışanların Tutum ve Davranışları Üzerindeki Etkisi. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul.
45. Zakari N. M. A. (2011) Attitude of Academic Ambulatory Nurses Toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal** 8(3): 230-237.