T.C.
HALİÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÖĞRENEN ÖRGÜTLER İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

BERNA KAHVECİ CEYLAN
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU

İSTANBUL 2026

T.C.
HALİÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÖĞRENEN ÖRGÜTLER İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

BERNA KAHVECİ CEYLAN
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU

İSTANBUL 2026

T.C.
HALİÇ ÜNİVERSİTESİ
TEZ/PROJE SAVUNMASI
TUTANAK FORMU

Tez Savunma Tarihi: 25/02/2026

Berna KAHVECİ CEYLAN tarafından hazırlanan "***ÖĞRENEN ÖRGÜTLER İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA***" adlı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU
Hemşirelik Anabilim Dalı, Haliç Üniversitesi

İmza

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÖZER GÜÇLÜEL
Hemşirelik Anabilim Dalı, Haliç Üniversitesi

İmza..

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.
Üye: Doç. Dr. Betül SÖNMEZ
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa

İmza..

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.

Üye: Doç. Dr. Cennet ÇİRİŞ YILDIZ
Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul Aydın Üniversitesi

İmza

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Selahattin ÇALIŞAL
Meslek Yüksekokulu, Haliç üniversitesi

İmza

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Prof. Dr. Enes ERYARSOY

Enstitüsü Müdürü

T.C.
HALİÇ ÜNİVERSİTESİ
DOKTORA/SANATTA YETERLİK TEZ SINAVI
ÖN KOŞULLARI VE JÜRİ ÖNERİ FORMU

Öğrenen Örgütler ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerine Bir Araştırma_ Berna KAHVECİ CEYLAN

ORİJİNALLİK RAPORU

%10	%7	%6	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
3	Kaya, Merve. "Serebrovasküler Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Öz Etkililiklerinin Değerlendirilmesi", Ankara Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	%1
4	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
5	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	%1
6	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
9	acikerisim.uludag.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU

ETİK BEYAN

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Berna KAHVECİ CEYLAN

ÖZET

ÖĞRENEN ÖRGÜTLER İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Haliç Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU
Şubat 2026, 142 sayfa

Bu çalışma, öğrenen örgütler ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Hızla artan bilgi üretimi ve kullanımı, sağlık kuruluşlarının sürekli değişen koşullara uyumunu zorunlu kılmaktadır. Bu durum, sağlık kuruluşlarının öğrenen organizasyonlar haline gelmesini öncelikli bir gereklilik haline getirmiştir. Bu dönüşüm, karmaşık yapıya sahip sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlamak ve tıbbi hataları en aza indirmek için etkin bir güvenlik kültürünün oluşturulmasını da beraberinde getirmektedir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü belirlenirken evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi hem de güç analizi yapılmıştır. Evreni 2352 katılımcı olan çalışmada, evreni bilinen örneklem hesabına göre minimum örneklem büyüklüğü 330 olarak hesaplanmış; ancak çalışmanın istatistiksel gücünü artırmak amacıyla yapılan power analizinde minimum örneklem büyüklüğü 334 olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda örneklem, power analizine göre yapılan hesaplamadaki 334 katılımcı olarak kabul edilmiş olup, çalışma 427 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler; “Kişisel Bilgi Formu”, “Öğrenen Örgüt Ölçeği” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puan ortalaması ise 1,95±0,72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirme aralığı göz önüne alındığında "orta" düzeyde seyrettiği saptanmıştır. Hasta Güvenliği Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 2,61±0,44 olarak belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin ortalama bir Hasta Güvenliği Kültürü algılarının olduğu saptanmıştır. Öğrenen Örgüt Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin tüm alt boyutları arasında, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan Enter Lineer Regresyon analizi sonucu, örgütsel öğrenme özelliklerinin hasta güvenliği kültürü ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bir kurum ne kadar öğrenen bir yapıya sahipse, o kurumdaki hasta güvenliği kültürü de o kadar gelişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öğrenen Örgüt, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşire

ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN LEARNING ORGANIZATIONS AND PATIENT SAFETY CULTURE: A RESEARCH ON NURSES

Haliç University
Graduate Education Institute
Department of Nursing, PhD Thesis
Advisor: Dr. Lecturer Fatma AZİZOĞLU
February 2026, 142 pages

This study was conducted to examine the relationship between learning organizations and patient safety culture. The rapidly increasing production and use of knowledge necessitate that healthcare institutions adapt to continuously changing conditions. This situation has made it a priority for healthcare organizations to transform into learning organizations. Such a transformation also requires the establishment of an effective safety culture in order to ensure patient safety and minimize medical errors within the complex structure of healthcare services. In determining the sample size, both the formula for known populations and a power analysis were applied. In a population of 2352 participants, the minimum required sample size was calculated as 330 based on the known population formula. However, to increase the statistical power of the study, a power analysis was conducted, and the minimum sample size was determined to be 334. Accordingly, the target sample size was set at 334 participants, and the study was ultimately carried out with 427 participants. Data were collected using a Personal Information Form, the Learning Organization Scale, and the Patient Safety Culture Scale. The total mean score of the Learning Organization Scale was 1.95 ± 0.72, which corresponds to a moderate level based on the scale's evaluation range. The total mean score of the Patient Safety Culture Scale was 2.61 ± 0.44, indicating that nurses had an average level of patient safety culture perception. A positive and moderate relationship was found between the Learning Organization Scale and all subdimensions of the Patient Safety Culture Scale. The results of the Enter Linear Regression analysis revealed that organizational learning characteristics were significantly associated with patient safety culture. In other words, the more a healthcare institution functions as a learning organization, the more developed its patient safety culture becomes.

Keywords: Learning Organization, Patient Safety, Patient Safety Culture, Nurse

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım süresince benden yardım ve desteğini esirgemeyen, değerli fikirleri ve bilgisiyle çalışmama ışık tutan, sorularımı her daim içtenlikle cevaplayan, her durumda desteğini sürekli üzerimde hissettiren ve akademik vizyonuyla iyi ki danışmanım olmuş dediğim çok kıymetli saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU'na gönülden teşekkür ederim. Ayrıca bu yolu daha da güzelleştiren fikirleri ve katkılarıyla tezime ışık tutarak değerli kılan çok kıymetli juri üyem Doç Dr. Betül SÖNMEZ'e minnettarlarımı sunarım. Değerleri katkılarından dolayı juri üyem çok değerli Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÖZER GÜÇLÜEL'e teşekkür ederim. Engin akademik tecrübesi ve bilgisiyle bana her koşulda, her zaman destek vermeye hazır çok kıymetli juri üyem Doç. Dr. Cennet ÇİRİŞ YILDIZ'a teşekkürü bir borç bilirim. Rehberliği, deneyimi ve desteğiyle iş arkadaşından öte hep bir abi olarak hissettiren ve her zaman yanımda olacağını bildiğim güzel insan Dr. Öğr. Üyesi Mustafa METE hocama teşekkürlerimi sunarım.

Bu zorlu süreçte minik kalbiyle beni hiç üzmeyen ve hep sabırlı davranan canım oğlum Ömer CEYLAN'a, desteğiyle bana sürekli güç veren sevgili eşim Cihan CEYLAN'a, duaları, destekleri ve varlıklarıyla yolumu sürekli aydınlatan canım annem, babam ve kardeşlerime çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız…..

Şubat 2026, Berna KAHVECİ CEYLAN

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER DİZİNİ ..... **vii**
ÇİZELGELER DİZİNİ ..... **x**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xi**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xii**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Örgütsel Öğrenme 8
2.2. Öğrenme Seviyeleri 10
2.2.1. Kişisel Öğrenme 10
2.2.2. Grup Şeklinde Öğrenme 10
2.2.3. Örgütsel Öğrenme 11
2.3. Örgütsel Öğrenme Türleri 11
2.4. Öğrenen Organizasyon Kavramı 12
2.5. Öğrenen Organizasyonların Disiplinleri 13
2.5.1. Kişisel Yetkinlik 13
2.5.2. Entelektüel Modeller 14
2.5.3. Paylaşılan Vizyon 15
2.5.4. Takım Şeklinde Öğrenme 15
2.5.5. Sistematik Düşünme 15
2.6. Öğrenen Organizasyonların Temel Özellikleri 16
2.7. Öğrenme Bakımından Organizasyonlar 18
2.7.1. Bilgi Odaklı Kurumsal Yapılar 18
2.7.2. Bilişsel Temelli Organizasyon Yapıları 19
2.7.3. Stratejik Farkındalık ve Bilişsel Örgüt Yapısı 20
2.7.4. Öğrenen Organizasyonlar 20
2.8. Güvenlik Kültürü 21
2.9. Hasta Güvenliği 22
2.10. Hasta Güvenliği Kültürü 26
2.11. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri 28
2.11.1. Hasta Kimliğinin Doğrulanması 29

Sayfa

2.11.2. Sağlık Çalışanları Arasında Etkili İletişim 30
2.11.3. Güvenli İlaç Kullanımı 31
2.11.4. Yanlış Taraf Cerrahisinin Önlenmesi 33
2.11.5. Sağlık Hizmetlerine Bağlı Enfeksiyonların Azaltılması 34
2.11.6. Düşme Riskinin Azaltılması 36
2.11.7. Güvenli Alarm Kullanımı 37
3. MATERYAL VE YÖNTEM 39
3.1. Araştırmanın Amacı 39
3.2. Araştırmanın Önemi 39
3.3. Araştırma Soruları 39
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 40
3.5. Araştırmanın Örneklemi 40
3.6. Veri Toplama Araçları 41
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu 42
3.6.2. Öğrenen Örgüt Ölçeği 42
3.6.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği 42
3.7. Verilerin Toplanması Süreci 43
3.8. Verilerin Analizi Yöntemi 43
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 44
3.10. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri 45
3.11. Etik Yön ve Bilgilendirme Süreci 45
4. BULGULAR 47
5. TARTIŞMA 83
5.1. Öğrenen Örgüt Ölçeği Alt Boyutlarının Tartışılması 83
5.2. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Öğrenen Örgüt Puanlarının Tartışılması 84
5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Tartışılması 88
5.4. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Tartışılması 89
5.5. Öğrenen Örgüt Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması 91
5.6. Öğrenen Örgütlerin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisinin Tartışılması 92
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 95
6.1. Sonuçlar 95
6.2. Öneriler 96

Sayfa

KAYNAKLAR **99**
EKLER **111**
EK-1 Kişisel Bilgi Formu 111
EK-2 Öğrenen Örgüt Ölçeği 112
EK-3 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği 113
EK-4 Öğrenen Örgüt Ölçeği Kullanım İzni 116
EK-5 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Kullanım İzni 118
EK-6 Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu 120
EK-7 Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzni 121
EK-8 Kurum İzni 123
ÖZGEÇMİŞ **124**

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

3.1. Araştırmanın örneklem hesabı 41
4.1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımı 47
4.2. Çalışma hayatına ilişkin özelliklerin dağılımı 48
4.3. Öğrenen örgütler ve hasta güvenliği ile ilgili sorulara göre verilen dağılımı 49
4.4. Öğrenen örgüt ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı 50
4.5. Öğrenen örgüt ölçeği iç tutarlılıkların incelenmesi 50
4.6. Öğrenen örgüt ölçeği puanlarının dağılımının normallik incelemesi 51
4.7. Yaşlar ile öğrenen örgüt ölçeği puanları arasındaki ilişki 52
4.8. Tanımlayıcı özelliklerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 53
4.9. Çalışma sürelerine ilişkin özelliklerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 55
4.10. Çalışma hayatına ilişkin özelliklerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 57
4.11. Çalışma birimlerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 59
4.12. Öğrenen örgüt ve hasta güvenliğine ilişkin sorulara göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması 61
4.13. Hasta güvenliği kültürü ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı 63
4.14. Hasta güvenliği kültürü ölçeği iç tutarlılıkların incelenmesi 65
4.15. Hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının dağılımının normallik incelemesi 66
4.16. Yaşlar ile hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları arasındaki ilişki 66
4.17. Tanımlayıcı özelliklerine göre “hasta güvenliği kültürü ölçeği” puanlarının karşılaştırılması 67
4.18. Çalışma sürelerine ilişkin özelliklerine göre “hasta güvenliği kültürü ölçeği” puanlarının karşılaştırılması 69
4.19. Çalışma hayatına ilişkin özelliklerine göre “hasta güvenliği kültürü ölçeği” puanlarının karşılaştırılması 72
4.20. Çalışılan birimlere göre “hasta güvenliği kültürü ölçeği” puanlarının karşılaştırılması 74
4.21. Öğrenen örgüt ve hasta güvenliğine ilişkin sorulara göre “hasta güvenliği kültürü ölçeği” puanlarının karşılaştırılması 76
4.22. Öğrenen örgüt ölçeği ile hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları arasındaki ilişki 78
4.23. Öğrenen örgüt özelliklerinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkileri 79
4.24. Öğrenen örgüt özellikleri ve tanımlayıcı özelliklerin “hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkileri 81

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL Sayfa

4.1. Öğrenen örgüt ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı 51
4.2. "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" alt boyut puanlarının dağılımı 66
4.3. Öğrenen örgüt ölçeği toplam puanı ile hasta güvenliği kültürü ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkinin grafiği 79
4.4. Öğrenen örgüt özelliklerinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi üzerindeki etkilerinin modeli 80

SİMGELER DİZİNİ

%	: Yüzde
α	: Cronbach's Alpha
d	: Hata payı / sapma miktarı
Min-Maks	: Minimum-Maksimum
n	: Örneklem sayısı
N	: Evren
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık düzeyi
q	: Olayın gerçekleşmeme olasılığı (1-p)
SS	: Standart Sapma
t	: t-değeri (istatistiksel test değeri)

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HGKÖ	: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Komisyon)
SPSS 27	: Statistical Package for the Social Sciences

1. GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz dönem, teknoloji veya bilgi çağı olarak tanımlanmaktadır; bilginin doğası gereği hızla değiştiği ve kısa sürede güncelliğini yitirdiği bir süreçtir. Dolayısıyla, bu bilgi çağında yaşayan bireylerin, sahip oldukları bilgileri sürekli olarak yenilemeleri ve öğrenmeye açık olmaları zorunludur (Senge, 2006). Senge'nin (1990) ortaya koyduğu "Beşinci Disiplin" adlı eserinde, öğrenen organizasyon yaklaşımı beş temel ilkeye dayandırılmaktadır. Bu ilkeler; bireyin sürekli gelişimini hedefleyen kişisel yetkinlik, bireylerin gerçekliği algılama biçimlerini şekillendiren zihinsel kalıplar, kurumsal düzeyde ortak hedeflerin benimsenmesini sağlayan paylaşılan vizyon, birlikte düşünmeyi ve ortak bilgi üretimini teşvik eden ekip temelli öğrenme ile karmaşık sistemlerin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasını amaçlayan sistemsel düşünme şeklinde sıralanmaktadır (Yazıcı, 2001). Buna bağlı olarak hastaneler, dinamik, profesyonel ve bürokratik özellikleri bir arada barındıran karmaşık örgütler olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikleri, hastanelerin sürekli öğrenen kurumlar olmasını gerekli kılmaktadır. Hastaneler, nitelikli, eğitimli ve uzman insan kaynağı aracılığıyla hizmet sunmakta olup, bu kaynağın en büyük ve en kritik bölümünü hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireler, güvenli hasta bakımını sağlamakla birlikte, aynı zamanda etkili sağlık hizmetini sürdürecek meslek üyelerinin yetiştirilmesi ve yeni bilgi ile yaklaşımların geliştirilmesi sorumluluğunu da üstlenmektedir. Hemşire yöneticiler ise bu karmaşık yapıda, hasta bakımını güvenli ve iş birliğine dayalı bir şekilde geliştirmek amacıyla, tüm birimlerin öğrenmesini kolaylaştıracak bir çerçeveyi öğrenen örgüt olma aracılığıyla oluşturmaktadır (Moafimadani, Kazempour, Khalkhali and Rahimaghaee, 2020).

Öğrenen organizasyonlar, günümüz küreselleşme odaklı rekabet koşullarına uyum sağlamak amacıyla bilgiye adapte olmuş yapılardır (Uzuntarla, Cihangiroğlu, Teke ve Uğrak, 2015). Bu organizasyonların sürekli üstünlük ve rekabet avantajı sağlayabilmesinin en güçlü faktörü, öğrenme süreçlerinin sürekli olarak kendini yenilemesi ve gelişmesidir (Toplu ve Akça, 2013). Öğrenme kavramı yalnızca bireyler

açısından değil, organizasyonlar açısından da bir davranış ve tutum haline gelmiştir. Bu anlayıştan hareketle öğrenen organizasyon kavramı geliştirilmiş ve günümüzde kabul gören bir örgütsel davranış modeli haline gelmiştir Öğrenme, yalnızca organizasyonun hayatta kalması veya yeniliklere tepki vermesi için ortaya çıkan bir kavram olarak düşünülmemelidir (Çoşkun, 2000). Öğrenen organizasyonlar bilgiyi öğrenir, ancak bilginin edinilmesi tek başına bu organizasyonlar için avantaj sağlamak adına yeterli değildir. Öğrenen organizasyonlar sadece kurumun yararına değil, aynı zamanda örgütü ve bireylerini kapsayan bir kavramdır. Bu yapılar sayesinde, örgüt üyeleri de öğrenme süreçlerini tamamlayarak hem kendilerini hem de organizasyonu geliştirir ve başarıya yönlendirirler (Pınar, 2006).

Öğrenen örgütler, bilgiyi temel alan dinamik bir süreçtir (Antunes and Pinheiro, 2020). Örgütler, mevcut durumlarını değerlendirerek ve değişime yön vererek örgütsel hafızalarını, bilgilerini ve performanslarını ortaya koymaktadır. Bu süreçler, bireysel, grup ve örgütsel düzeylerde farklı eylemler yoluyla hayata geçirilmektedir (Antunes and Pinheiro, 2020). Bu eylemler uzun vadeli başarıyı desteklemekte ve örgütsel öğrenmenin somut, gözlemlenebilir ve biçimlendirilebilir bir olgu olarak ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Basten and Haamann, 2018). Bilgi yoğunluğunun yüksek olduğu sağlık sektöründe, örgütsel öğrenme stratejilerini benimseyen kurumlar bu süreçlere daha etkin biçimde uyum göstermektedir (Wells, 2021). 21. yüzyılda sağlık sistemlerinin giderek daha karmaşık bir yapıya bürünmesi, fdönüşümler, hem sağlıklı bireylerin hem de hastaların nitelikli ve güvenilir sağlık hizmetlerine olan beklentilerini önemli ölçüde artırmaktadır (Sur, Palteki ve Yazıcı, 2019). Bu taleplerin karşılanmasının temel şartı ise, hasta güvenliğinin sağlanmasıdır (Korkmaz, 2018).

Öğrenen örgütlerin sağlık hizmetlerinde güvenliği ve kaliteyi artırmada önemli bir strateji olduğu, ayrıca hemşire yöneticiler, liderler ve ekipler için nitelikli hasta bakımına ulaşmada destekleyici bir rol üstlendiği vurgulanmaktadır (Lyman, Hammond and Cox, 2019). Sağlık kurumlarının yöneticileri, kurum vizyonlarını öğrenme odaklı bir ortama dönüştürerek, başarı ve başarısızlıklardan öğrenmenin değer gördüğü bir örgüt kültürü oluşturma sorumluluğunu taşımaktadır (Atalla, Elamir and Abou Zeid, 2022). Bu sorumluluk, örgütün sistemlerine, uygulamalarına ve yapısına entegre edilen kurumsallaşmış yapısal ve yöntemsel düzenlemeler aracılığıyla yerine getirilebilmektedir (Antunes and Pinheiro, 2020). Söz konusu

düzenlemeler, performansa ilişkin bilgilerin sistematik bir şekilde toplanması, analiz edilmesi, depolanması ve kullanılmasını kolaylaştırmaktadır (Popper and Lipshitz, 2000). Örgütsel öğrenme ise bu süreçlerin nasıl yürütüleceğini, nasıl geliştirileceğini ve hasta güvenliğini riske atmadan bakımın en üst düzeye çıkarılabilmesi için yapılabilecekleri keşfetmeye odaklanmaktadır (Ratnapalan and Uleryk, 2014).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, kalite standartlarının karşılanması ve bakım süreçlerinin sürdürülebilirliği açısından kritik bir unsurdur. Bu nedenle, sağlık kurumları açısından temel öncelikler arasında yer almaktadır. Küçük bir hatanın telafi edilememesi durumunda hem hasta hem de sağlık çalışanları üzerinde ciddi olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden, bu tür hataların önlenmesi için çeşitli önlemler alınmaktadır (Makary and Daniel, 2016). Yani, sağlık hizmetleri sunulurken meydana gelebilecek hataların önlenmesi ve bu hataların yol açabileceği zararların giderilmesi gerekçesi ile görev yapan bütün sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan önlemlerin tamamını kapsar (Bayın, 2016; Sayek, 2011).

Sağlık hizmetlerinde "hasta güvenliği kültürü"nü istenen seviyeye ulaştırmak için öncelikle yapılması gereken, "tıbbi hata bildiriminde doğruluğun benimsenmesi ve tıbbi hataların önlenmesi amacıyla sistematik bir yaklaşım sergilemektir." Daha sonra, potansiyel risklerin belirlenip gerekli önlemlerin önceden alınması gerekmektedir (Adıgüzel, 2010). Ayrıca, sağlık kurumlarının ana hedefi, sağlık personelinde "hasta güvenliği kültürü" bilincini oluşturmak ve bu kültürün önemini sağlık çalışanlarına benimsetmektir. Günümüzdeki yoğun rekabet ortamında, bu bilincin oluşturulması için çalışanların örgütlerine bağlılıklarının artırılması zorunlu hale gelmektedir. Bunun yanı sıra, yönetimsel değerler hızla değişmektedir. Bu değişime uyum sağlanabilmesi için, örgütlerin öncelikle çalışanlarının örgütte kalmasını sağlayacak ilişkileri yeniden yapılandırması gerekmektedir (Barsbay ve Çakmak, 2018).

2. GENEL BİLGİLER

Öğrenme kavramı, bilim dünyasında tek bir tanıma sığdırılmamış; aksine farklı disiplinler tarafından çok boyutlu bir biçimde analiz edilmiştir. Morris'e (2002) göre öğrenme; yaşantılar ya da tekrarlar aracılığıyla bireyin davranışlarında ya da davranış eğilimlerinde meydana gelen, görece kalıcı değişim sürecidir. Öğrenme, bireyin çevresiyle etkileşimi ve gelişim düzeyine bağlı olarak, yeni davranışlar kazanması ya da mevcut davranışlarında değişiklik yapmasıyla karakterize edilir. Bu çerçevede öğrenme; deneyim ve süreklilik gerektiren, zamana yayılan bir süreç olarak değerlendirilmekte ve davranış değişikliğiyle somutlaşmaktadır (Morris, 2002).

İnsanlık tarihi boyunca, öğrenme olgusu sürekli bir şekilde varlığını sürdürmüştür. İnsanlar, doğumlarından itibaren, temel hayatta kalma ihtiyaçları olan beslenme ve barınmayı nasıl sağlayacaklarını öğrenerek yaşamlarını idame ettirmişlerdir. Öğrenme, bireyin yaşamının başlangıcından sonuna kadar devam eden değişim ve faaliyetleri içeren bir süreçtir. Öğrenme, yalnızca bilgi edinme olarak düşünülmemelidir; bu kavram, aslında bir düşünce yapısı değişimini barındırır (Aydemir ve Aksoy, 2020). Öğrenme, insanın doğasından kaynaklanan ve varlığının başlangıcından bu yana devam eden bir olgudur. İnsan, öğrenme kabiliyeti bulunan ve sürekli olarak bilgi edinen bir varlıktır. İnsanı diğer canlı türlerinden ayıran en belirgin özelliklerden biri, bu öğrenme yeteneğidir (Akbaba, 2012).

Teknolojinin hızlı ilerlemesi ve bilgi üretimindeki artış, bilginin üretiminden tüketimine ve paylaşımına kadar hızlı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktadır. Bu dönem, özellikle eğitim paydaşları başta olmak üzere tüm bireylerin sürekli olarak kendilerini güncellemelerini, eğitim, teknoloji, sağlık gibi diğer alanlardaki yenilikleri yakından takip etmelerini zorunlu kılmıştır. Çünkü değişimi ve yenilikleri takip eden bireyler, hem kendi gelişimlerine katkıda bulunmakta hem de toplumların ilerleme sürecine liderlik etmektedirler. Eğitim ve öğretim faaliyetlerinin önemi, gelişim ve değişim için vazgeçilmez bir faktördür. Günümüzde eğitim faaliyetlerinin çoğu okul ortamlarında yapılsa da, beklenen gelişim ve değişimin sadece okullarda öğrenilen bilgi ve becerilerle sınırlı olamayacağı geniş bir kabul görmektedir.

Dolayısıyla, gelecekteki gelişim ve değişimin, eğitimin zaman ve mekândan bağımsız olarak devam etmesi kaçınılmazdır (Göğebakan Yıldız, Şahin ve Şahin, 2021).

Öğrenme, yaşanmış deneyimlerin sonucunda davranış ve tutumlardaki kalıcı değişim olarak tanımlanmaktadır. Değişim ve belirsizliklerin artmasıyla birlikte, öğrenme ihtiyacı da artmaktadır. Öğrenme, zamanla daha etkili tepkiler vermeyi sağlamaktadır Öğrenmede temel olan unsur değişim ve yenilik olduğundan, bu unsurlar hayatımızda ve işlerimizde var olduğu sürece, öğrenmeye olan ihtiyacımız ve potansiyelimiz de artış gösterecektir (Ensari, 1998).

Watkins ve Marsick'in modeline göre, öğrenen organizasyon olabilmenin yedi temel unsuru bulunmaktadır. Bu unsurlar arasında; çalışanlara sürekli öğrenme olanaklarının sunulması, sorgulayıcı düşünmeye ve açık tartışmalara olanak sağlayan bir kurum kültürünün geliştirilmesi, ekip temelli öğrenme ve iş birliğinin teşvik edilmesi, bilgi paylaşımını ve öğrenme süreçlerini destekleyecek sistemlerin oluşturulması yer almaktadır. Ayrıca, çalışanların ortak bir vizyon doğrultusunda güçlendirilmesi, kurumun dış çevresiyle aktif etkileşim içinde olması ve bireysel, ekip düzeyinde ve kurumsal düzeyde öğrenmeyi özendiren liderlik anlayışının benimsenmesi de bu çerçevede değerlendirilmektedir (Tepeci ve Koçak, 2005).

Öğrenme davranışı, bireylerin durdurulamaz bir içsel güdüsü olarak kabul edilmektedir (Rebelo and Gomes, 2008). Değişen çevre koşullarında, organizasyonların bu değişimden rekabet avantajı elde etmeye devam edebilmesi için değişiklikleri fark etmeleri, yani öğrenmeleri ve bu bilgiyi pratiğe aktarmaları gereklidir. Verimlilik ve etkinliği artıracak yeni bilginin iş süreçlerine entegre edilmesi, işletmenin temel yetkinliklerini geliştirmenin yanı sıra sürdürülebilir rekabet avantajının anahtarı olarak değerlendirilmektedir (Murray and Donegan, 2003).

Watkins ve Marsick (1993) ise öğrenen organizasyonların temel boyutlarını bir organizasyonun dinamik ve sürekli değişen iş ortamında sürdürülebilir başarı elde edebilmesi için öğrenen bir yapıya bürünmesi stratejik bir zorunluluktur şeklinde ifade etmiştir. Onlara göre bu dönüşüm, birbiriyle ilişkili çeşitli boyutların entegre bir şekilde ele alınmasıyla gerçekleşir. İlk olarak, sürekli öğrenme fırsatlarının sunulması temel bir prensiptir. Bu boyut, öğrenmenin günlük iş süreçlerine içselleştirilmesini ifade eder; böylece çalışanlar, rutin görevlerini yerine getirirken eş zamanlı olarak bilgi ve becerilerini geliştirebilme imkanı bulur.

Bu yaklaşım, sürekli eğitimi ve bireysel gelişimi destekleyen bir kurum kültürü oluşturur. İkinci olarak, sorgulayıcı kültür ve diyaloğun teşvik edilmesi kritik öneme sahiptir.

Organizasyon içinde açık iletişim kanallarının oluşturulması, yapıcı geri bildirim mekanizmalarının işletilmesi ve eleştirel düşüncenin teşvik edilmesi bu boyutun özünü oluşturur. Çalışanların soru sormaya, özgün fikirlerini paylaşmaya ve farklı bakış açılarını değerlendirmeye cesaretlendirilmesi, yenilikçiliği ve problem çözme kapasitesini artırır. Takım öğrenmesi ve iş birliğinin desteklenmesi bir diğer önemli boyuttur. Bu, farklı departmanlardan veya uzmanlık alanlarından gelen bireylerin ekipler aracılığıyla bir araya getirilmesini, ortak öğrenme süreçlerinin ve iş birliğine dayalı bir çalışma kültürünün oluşturulmasını içerir. Bu sinerjik yaklaşım, kolektif bilginin üretilmesini ve yaygınlaştırılmasını teşvik eder. Bilginin etkin yönetimi için bilgi paylaşımını sağlayan sistemlerin kurulması elzemdir. Gelişmiş teknolojik altyapılar kullanılarak öğrenme çıktıları sistematik bir şekilde kaydedilir, organize edilir, paylaşılabilir ve kolayca erişilebilir hâle getirilir. Bu sayede, organizasyonel hafıza pekiştirilir ve bilginin kurumsal düzeyde kullanımı optimize edilir. Ayrıca, ortak vizyon için çalışanların güçlendirilmesi hayati bir unsurdur. Çalışanların kurumun vizyonunun belirlenmesi ve uygulanması süreçlerinde aktif olarak rol almaları sağlanır. Karar alma süreçlerine katılımları teşvik edilerek hem bireysel sorumluluk duygusu artırılır hem de motivasyonları yükseltilir (Kargılı ve Şahinli, 2024).

Dış dünya ile sürekli bir etkileşim içinde olmak da bir öğrenen organizasyonun karakteristik özelliğidir; bu bağlamda dış çevreyle etkileşimin sağlanması desteklenir. Çalışanların dışsal gelişmeleri aktif olarak izlemeleri ve bu bilgileri organizasyona entegre etmeleri teşvik edilir. Bu yaklaşım, kurumun çevresel değişimlere karşı daha esnek, proaktif ve uyumlu olmasını sağlar. Son olarak, öğrenmeyi destekleyen liderlik öğrenen bir organizasyonun en temel sütunlarından biridir. Liderler, öğrenme süreçlerine bizzat öncülük eder, bu süreçleri aktif olarak destekler ve stratejik kararlarında öğrenme çıktılarını dikkate alarak organizasyona yol gösterirler. Liderlerin bu rolü, öğrenme kültürünün organizasyon geneline yayılmasında belirleyicidir. Bu boyutların uyumlu bir şekilde hayata geçirilmesi, bir organizasyonun hem içsel kapasitesini sürekli olarak geliştirmesini hem de dışsal dinamiklere karşı adaptasyon yeteneğini artırarak rekabet avantajı elde etmesini sağlar (Ayden, 2020).

2.1. Örgütsel Öğrenme

Örgütsel öğrenme, işletmelerin bulundukları çevrede karşılaştıkları sorunları çözmek amacıyla sahip oldukları kaynakları, tecrübeleri ve uzmanlık bilgilerini en etkili şekilde kullanma kapasitesini tanımlar (Trim and Lee, 2004). Örgütsel öğrenme genellikle bilgi edinimi, bilginin yayılması ve ortak uygulama olmak üzere üç aşamalı bir süreç olarak tanımlanır. Bilgi; doğrudan kişisel deneyimlerden, diğerlerinin deneyimlerinden veya kurumsal hafıza ve kültürden elde edilebilir. Örgütsel öğrenmenin son aşaması, paylaşılan bilginin değerlendirilmesi ve yorumlanmasıdır (Sinkula, 1994).

Kurumsal yapıların mevcut verileri işleyerek stratejik birer çıktıya dönüştürmesi ve geçmiş tecrübelerinden ders çıkarması, örgütsel öğrenme olarak ifade edilmektedir. Bu süreçte, bilginin takım olarak edinilmesi temel bir unsurdur. Aytaç (2000)'ın belirttiği gibi, sanayi toplumunun bireysel çalışma odaklı eğitim modelinin yerini, bilgi toplumunda ekip çalışmasına dayalı öğrenme almıştır. Akgün, Keskin ve Günsel (2009)'a göre, işletmelerde örgütsel öğrenmeye verilen değer, bilginin üretilmesi, kullanımının artması ve bilgi ekonomisinin egemen olduğu günümüz piyasasında, firmaların rakiplerinden geri kalmamaları ve pazar paylarını artırmaları için bu süreç vazgeçilmez bir unsurdur.

Öğrenen organizasyonlar, değişime karşı direnç göstermeden, sorgulama ve içsel kaynaklarıyla birleştirerek değişimi olumlu bir şekilde kullanabilmekte ve bu yetenek, örgütsel öğrenmenin seviyesini belirlemektedir. Örgütsel öğrenme, bireysel öğrenmenin organizasyon düzeyinde gerçekleşmesidir. Değişimin göstergesi, öğrenmenin organizasyon genelindeki davranışları olumlu yönde değiştirmesidir. Bu bağlamda, örgütsel öğrenme, çevredeki bilginin doğrudan alınmasından ziyade, organizasyonun sahip olduğu örtük bilgi ile yüksek düzeyde etkileşim içinde kullanılmasını ifade eder. Örtük bilgi, çalışanların deneyim ve çeşitli yollarla edindikleri alan bilgisidir (Smith, 2001).

Örgütsel öğrenme, işletmelere rekabet üstünlüğü kazandıran kritik ve karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, işletmelerin verimlilik ve etkinliği artırarak rekabet avantajı elde etmelerini sağlayan iş yöntemlerini ve süreçlerini öğrenme ve bu öğrenmeyi örgüt genelinde uygulama sürecidir (Wells, 2021). Örgütsel öğrenme ayrıca mevcut yöntem ve prosedürlerin verimliliğini artırmak için yapılan değişiklikleri de kapsar. Ayrıca,

verimlilik ve etkinliği olumsuz etkileyen faktörlerin tanımlanması ve bu sorunlara çözüm arayışının da bu sürecin bir parçası olduğu görülür. İşletmelerde genellikle çalışanlar kendi iş alanlarında uzmanlaşmış olsalar da, zaman zaman alışılmış davranış kalıpları ve prosedürler hataların veya aksaklıkların fark edilmesini engelleyebilir. Bu tür hatalar rutin hale geldiğinde, çalışanlar tarafından fark edilmeyebilir. Bu nedenle, farklı deneyimlere sahip çalışanların farklı bakış açılarıyla süreci değerlendirmesi, hataların tespit edilmesine yardımcı olabilir. Öğrenme davranışları, işletmelerde yeni bilgi arayışıyla birlikte verimlilik ve etkinliğin artırılmasına yönelik düşüncelerin geçerliliğini test etmeyi ifade eder (Brown andf Duguid, 2000).

Örgütsel öğrenme, bir kuruluşun yeni bilgi ve yetkinlikler edinerek verimliliği ve etkinliği artırmak amacıyla kurumsal gelişim sağlamak için bu bilgileri kullanmasını tanımlar (CIC, 2003). Başka bir araştırmada, örgütsel öğrenme, kurumların sahip oldukları kaynaklar aracılığıyla rekabet avantajı elde etmek için gerekli bilgiyi üretme, geliştirme ve paylaşma süreci olarak tanımlanmıştır (Jashapara, 1993). Örgütlerin örgütsel öğrenme olmadan çevredeki mevcut uygulamaları ve yöntemleri doğrudan takip ederek hedeflerine ulaşmalarının mümkün değildir. Örgütsel öğrenme, işletmelerin karşılaştıkları sorunları çözmek amacıyla sahip oldukları kaynakları, deneyimleri ve uzmanlık bilgilerini en verimli şekilde kullanma kapasitesini ifade etmektedir (Trim and Lee, 2004).

Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin artırılabilmesi için hemşirelerin bilgi paylaşımı ve bilgiyi bütünleştirme yetkinliklerine sahip olmaları gereklidir. Bilgi birikimi yüksek olan hemşireler, örgütsel öğrenme becerilerini geliştirerek öğrenme süreçlerine daha aktif katılırlar; bu durum da kurumların gelişimini destekleyerek hizmet kalitesinin yükselmesine katkı sağlamaktadır (Bahadori, Hamouzadeh, Qodoosinejad, and Yousefvand, 2012). Örgütsel öğrenme yönetimi, hemşirelerin performansını güçlendiren, hata olasılığını azaltan ve sürekli öğrenmeyi teşvik eden etkinliklere katılım için bir temel oluşturmakta ve yönlendirici bir rol üstlenmektedir. Bu yaklaşımın amacı; yenilikçi liderlerin ve öğrenmeye motive bireylerin yetişmesini sağlamak, bireysel ve kurumsal hedefler arasında uyum kurarak sürekli gelişim kültürünü desteklemektir (Moafimadani et al., 2020). Sürekli iyileştirme anlayışının benimsendiği bir çalışma ortamında hemşireler, sağlık hizmetlerinde eşitliği destekleyerek hasta memnuniyetini yükseltebilir, olumlu sağlık sonuçları elde edebilir ve aynı zamanda çalışanlar açısından da tatmin edici çıktılar sağlayabilirler (Lyman et

al., 2019). Örgütsel öğrenmenin çalışanlara yönelik olumlu etkileri arasında; artan iş doyumu, etkili ekip çalışmasının gelişmesi, iletişimin güçlenmesi ve işten ayrılma oranlarının azalması yer almaktadır (Lyman et al., 2019). Bunun yanında, hastaneler ve sağlık ekipleri kendilerine uygun kanıta dayalı uygulamaları benimseyip geliştirebilir ve kendi sistemlerine uyarlayabilirler. Örgütsel öğrenmenin ekonomik yansımaları ise sağlık kurumlarında verimliliğin artması ve kârlılığın yükselmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (Lyman et al., 2019).

2.2. Öğrenme Seviyeleri

Üç ayrı öğrenme düzeyi vardır ve bu düzeylerin her biri birbiriyle yakından bağlantılı olmalıdır. Bu düzeyleri şu şekilde açıklayabiliriz:

2.2.1. Kişisel Öğrenme

Örgütlerin başarısı ile öğrenme kapasitesi ve bu kapasiteyi hayata geçirme hızları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Nitelikli bilgi üretimi ve kullanımı, temelde bireyler aracılığıyla sağlandığından, organizasyonların gelişim düzeyi bireysel öğrenmeye bağlıdır. Bu bağlamda, bireyin bilgi edinme, analiz etme ve uygulamaya dönüştürme becerisi, kurumsal düzeydeki öğrenme süreçlerinin temelini oluşturur. Ancak bireysel düzeyde gerçekleşen öğrenme, ekip çalışmasına ve kurumsal yapıya entegre edilmediği sürece, örgütsel öğrenme açısından yeterli değildir (Tolgay, 2010).

2.2.2. Grup Şeklinde Öğrenme

Örgütlerin karşılaştıkları giderek karmaşıklaşan sorunlara uyum sağlamasında temel bir mekanizmadır. Takımların düşünme, yaratma ve birlikte öğrenme kapasitesi, yenilik geliştirme ve örgütsel sorunları çözmede belirleyici olmaktadır Geçici ve uzun vadeli hedefler için bir araya gelen gruplardan, sürekli olarak işbirliği içinde çalışan gruplara kadar her düzeyde örgütsel sorunları ele almak zorundadırlar. Başarılı grup öğrenmesi için gruplar, hem olumlu hem de olumsuz deneyimlerini paylaşabilme kapasitesine sahip olmalıdır (Edmondson and Harvey, 2018). Gruplar, karşılaştıkları karmaşık sorunları çözümlemek suretiyle yeni bilgiler üretme, yenilik geliştirme ve ortak çalışma kültürünü benimseme becerilerini zamanla geliştirirler. Grup üyeleri, hem kendi aralarında hem de organizasyonun diğer birimleriyle bilgi paylaşımında

bulunarak, önceki deneyimlerinden yararlanmak suretiyle öğrenme süreçlerini daha verimli hâle getirebilirler. Gruplar sadece problemleri çözmeye teşvik edilmemeli, aynı zamanda kolektif öğrenmeye yönelik farklı bir perspektif kazandırılmalıdır (Marquardt, 2002).

2.2.3. Örgütsel Öğrenme

Paylaşılan görüşlerin, bilginin ve kurum içindeki bireylerin bilişsel yapılarının etkileşimiyle oluşabileceğini vurgulamıştır. Ayrıca, örgütsel öğrenme sürecinin, örgütün geçmiş deneyimleri ve sahip olduğu bilgi temelinde gelişebileceği belirtilmiştir Bireylerin, grupların ve örgütlerin öğrenme biçimleri benzerlik gösterse de, bireylerin ve grupların öğrenmelerinin toplamı, organizasyonun toplam öğrenme kapasitesini yansıtmamaktadır (Marquardt, 2002).

2.3. Örgütsel Öğrenme Türleri

Öğrenme olgusu, yalnızca bireysel gelişimi değil, aynı zamanda kurumsal bilgi birikimi ve davranış kalıplarında da dönüşümlere yol açan dinamik bir süreçtir. Bu süreç, örgüt içindeki bilgi türlerini ve davranış modellerini çeşitli düzeylerde etkileyerek yapısal değişimlerin önünü açar. Kurumsal öğrenme türleri literatürde genellikle; tek halkalı, çift halkalı ve 'öğrenmeyi öğrenme' olarak da bilinen ikincil öğrenme süreçleri şeklinde üçlü bir tasnife tabi tutulmaktadır (Probst and Büchel, 1997).

Tek döngülü öğrenme, örgüt içerisinde ortaya çıkan sorunların ya da hataların, mevcut ilke, politika ve değer sistemlerinde herhangi bir değişiklik yapılmaksızın yalnızca davranışsal düzeyde düzeltilmesi sürecidir. Bu süreçte, örgüt üyeleri çevrelerindeki sorunları tanımlar, bunları çözmek için uygun stratejiler geliştirir ve uygularlar. Örgüt, belirlediği hedeflere ulaşmak için çevresel koşullara uyum sağlayarak sadece davranışlarında değişiklik yapar (Argyris, 1999).

Çift döngülü öğrenme, mevcut süreçleri izlemekten ziyade örgütün kültürü, politikaları, hedefleri, stratejileri ve yapısının iyileştirilmesine odaklanır. Bu yaklaşım, örgütün bilgi tabanını, uzmanlıklarını ve rutinlerini değiştirmeyi hedefler. Bu yaklaşım sayesinde yalnızca yüzeydeki sorunlar giderilmez, aynı zamanda bu sorunların temelinde yatan sebepler de daha derinlemesine ve bütüncül bir biçimde analiz edilir (Dodgson, 1993).

Öğrenmeyi öğrenme olarak da ifade edilen ikincil öğrenme, örgütlerin bilgi edinme ve adaptasyon yetilerini geliştirmelerinde kritik bir rol oynar. Bu bağlamda, örgütlerin hem tek hem de çift döngülü öğrenme süreçlerini nasıl yürüttüklerini ve öğrenme mekanizmalarını nasıl geliştirdiklerini kavramak, daha derinlikli ve analitik bir anlayış gerektiren bir süreç olarak değerlendirilmektedir" (Probst and Büchel, 1997).

2.4. Öğrenen Organizasyon Kavramı

Öğrenen örgüt kavramı temel olarak bilgiyi oluşturmak, bilgiyi öğrenmek, çalışanları bu yönde motive etmek, elde edilen sonuçları örgütsel bilgiye dönüştürmek ve bu bilgiyi problem çözmek için kullanabilmek becerilerinden oluşmaktadır (Koçel, 2003). Öğrenen organizasyonlar, insanların gerçekten arzu edilen sonuçlara ulaşmak için yeteneklerini devamlı olarak ilerlettikleri, yeni, sınırları zorlayan düşünme yollarının tanıtıldığı ve insanların devamlı olarak birlikte öğrenmeyi geliştirdikleri organizasyonlardır (Senge, 2006). Değişimlerin nispeten hızlı olduğu günümüz dünyasında bu durumun örgütlerin temel görevlerinden biri olması gerektiği söylenebilir. Çevresel değerlendirme süreci, örgütün iyi bir bilgi işleme sürecine ihtiyacı olduğunu, çevreden gelen bilginin organizasyona uyarlanması için farklı süreçlerin gerekli olduğunu ve bu süreçlerin bireylerin yanı sıra öğrenme yoluyla da iyileştirilebileceğini vurgulamaktadır. Organizasyonlar da kendilerini oluşturan bireyler gibi öğrenebilen ve öğrendiklerini yaşam süreçlerine dahil edebilen yapılardır. Bu süreçleri başarıyla uygulayan örgütler literatürde "öğrenen örgütler" olarak tanımlanmaktadır (Örtenblad, 2002). Ayrıca bir örgütün öğrenen örgüt olabilmesi için bir öğrenme kültürü oluşturması gerekir ve öğrenme kültüründe bireysel ve grup olarak öğrenmek, üretmek ve çalışmak önemlidir (Omur ve Argon, 2016).

Öğrenen organizasyonları diğer organizasyonlardan ayıran bazı özellikler vardır. Bu özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz (Barutçugil, 2004);

- Öğrenen örgütlerde öğrenme, kendi üyelerinin yaptığı bütün işlerin birbirini tamamlayan parçalarından oluşur.
- Öğrenme, zamanla inşa edilir ve bir süreç olarak kabul edilir. Çalışanların kendilerini geliştirerek organizasyonlarını değiştirdikleri düşünülmektedir.

- Öğrenen organizasyon aynı zamanda kendisinden de birtakım olgular öğrenir ve üyeler organizasyonu bu yeniliklere göre de eğitme yolunu seçerler.
- Öğrenen organizasyonların çalışanları yaratıcıdır ve organizasyonu yeniden organize ederler.
- Öğrenen bir organizasyonun parçası olmak, üyelerine neşe ve heyecan getirir.

Peter Senge (2006)'ye göre, bir örgütün "öğrenen örgüt" niteliği kazanabilmesi için beş temel disiplinin etkin biçimde benimsenmesi gerekmektedir. Bu disiplinler, bireysel beceri ve yetkinlikleri geliştirmeyi, zihinsel şemaları gözden geçirmeyi, ortak hedefler belirlemeyi, ekip olarak öğrenmeyi ve sistematik bir bakış açısı benimsemeyi içerir. Senge, beş boyutun, bireylerin olayları algılama biçimlerini, neyi amaçladıklarını, birbirleriyle nasıl ilişki kurduklarını ve birlikte nasıl öğrendiklerini anlamada kritik bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Bu çerçevede, Senge'ye göre öğrenen örgüt vizyonunun başarıyla hayata geçirilebilmesi, söz konusu disiplinlerin bütüncül bir anlayışla uygulanmasına bağlıdır (Yazıcı, 2001). Bu bölümdeki "disiplin" kelimesi, önceden belirlenmiş bir düzen veya cezalandırma aracı değil, öğrenen bir organizasyon olabilmek için değerlendirilmesi ve yönetilmesi gereken bir dizi kuram ve teknik anlamına gelmektedir (Senge, 2006).

2.5. Öğrenen Organizasyonların Disiplinleri

Öğrenen organizasyonların meydana gelebilmesi için bu beş disiplinin kavram ve etkinliklerinin dikkatle irdelenmesi gerekmektedir (Kıngır ve Mesci, 2007).

2.5.1. Kişisel Yetkinlik

Örgütsel öğrenmenin etkili biçimde gerçekleşebilmesi için, çalışanların bireysel gelişim süreçlerine katkı sunacak yapılar desteklenmelidir. Bu kapsamda, bireylerin eğitim düzeyleri, enerjileri, becerileri ve yaratıcılıklarının örgütsel hedeflerle uyumlu şekilde kullanılması, kişisel ustalıklarının geliştirilmesiyle mümkün hale gelir. Bu yaklaşım sayesinde çalışanlar, işe yönelik bağlılıklarını ve sorumluluk duygularını sürdürebilirken, aynı zamanda yüksek motivasyon ve iş doyumu ile görevlerini daha etkili şekilde yerine getirebilirler (Akat ve Budak, 2002).

Kişisel liderlik, bireysel olaylara bakış ufkunun sürekli netleştirildiği ve olaylara bakış açısının derinleştirildiği, enerjilerin yoğunlaştığı, sabır düşüncesinin geliştirildiği ve gerçekliğin objektif olarak görüldüğü bir disiplindir.

Kişisel yeterlilik, kendini sürekli geliştirmek için kendini yaşamı boyunca öğrenmeye adayan usta bir sanatçının becerilerine benzetilebilir. Kişisel liderliğe sahip insanlar, hayatta gerçekten istedikleri sonuçlara ulaşabilmek için yeteneklerini sürekli geliştiren kişilerdir ve bu onlar için çok büyük bir öneme sahiptir (Senge, 2006). Yönetsel liderliğe değer verilen örgütlerde çalışanların problem çözme becerilerini geliştirmek yerine, sorunların çözümünde tek gücün üst yönetimin elinde olduğu düşüncesi astlara empoze edilmektedir. Öğrenen organizasyonlarda herkesin problem çözme becerisi geliştirilir ve herkes kendi düşüncesini yönetmek zorundadır. Öğrenen organizasyonlarda herkes kendi fikirlerini yönettiği için lider, öğrenen organizasyonun kolektif fikirlerini kullanmaya çalışmaktadır (Johnson, 2002).

2.5.2. Entelektüel Modeller

Bakış açınızın hayata, inanç ve varsayımlara, ilişkilere, eylemlere ve kararlara olan etkilerini görmek, bunlar hakkında konuşmak ve karşıdaki kişiyle empati kurmak anlamına gelir (Çalkavur, 2018).

Bireyin dış çevreye ilişkin algı ve değerlendirmelerini yönlendiren zihinsel modeller, entelektüel bakış açısının temelini oluşturur. Kişisel zihinsel modellerimiz, sadece dış dünyayı nasıl anlamlandırdığımızı belirlemekle kalmaz, aynı zamanda eylemlerimizin temel mimarisini oluşturur. Chris Argyris, bu bilişsel yapıların karar alma mekanizmalarımız üzerinde belirleyici bir güce sahip olduğunu savunmaktadır. Organizasyonlar, varlıklarını sürdürebilmek için genellikle bireysel çabaların ötesinde ortak hedeflere ulaşmayı amaçlayan stratejik tavizler vermektedir. Peter Senge (2011), zihinsel modellerin öğrenme sürecini desteklemek amacıyla kullanılabileceğini vurgulayarak, bu kavramı öğrenen örgütler için temel bir disiplin haline getirmiştir. Zihinsel modeller, bireylerin karar alma süreçlerini yönlendirmelerine ve iş süreçlerini anlamlı parçalara ayırmalarına olanak sağlamaktadır (Aybar, 2011).

2.5.3. Paylaşılan Vizyon

Bireylerin sahip olduğu kişisel vizyonlar gibi, kurumların da ortak bir vizyon geliştirmesi gerekmektedir. Örgüt içindeki her bireyin kendisi için anlam taşıyan, önemli hedefleri ve bu hedeflere ulaşma yönünde güçlü inançları bulunmaktadır; bu nedenle bu hedeflere değer verir ve onları gerçekleştirmek için gayret gösterirler. Ortak bir vizyon oluşturmak, farklı bakış açılarını bir araya getirerek birlik sağlamayı mümkün kılar (Çalkavur, 2018). Ayrıca, çalışanların kurumun stratejik amaçlarını benimseyip bu doğrultuda çaba harcamaları, tüm örgütün hedeflenen vizyona ulaşmasını sağlar (Yalçın ve Ay, 2011).

2.5.4. Takım Şeklinde Öğrenme

Bireylerin belirli bir noktadan sonra gerçekleştirdiği öğrenme, örgütsel öğrenme sürecine doğrudan katkı sağlamayabilir; zira kişiler sürekli olarak öğrenim sağlasa da bu durum tek başına öğrenen bir örgüt oluşmasını garanti etmez. Ancak ekip düzeyinde gerçekleşen öğrenme, organizasyon genelinde öğrenmenin küçük bir yansıması haline gelir ve edinilen bilgi pratik eylemlere dönüştürülebilir. Ayrıca, ekiplerin elde ettiği başarılar, kurum genelinde paylaşılan öğrenme standartlarının belirlenmesinde önemli bir rol oynayabilir. Bu nedenle organizasyonlar takım halinde öğrenme olmadan öğrenemezler. Beraber öğrenen gruplar oluşturacak güvenilir yöntemler bulunamadığı takdirde büyük başarı şansa bırakılabilir. Bu nedenle takım halinde öğrenme üzerinde kontrol sahibi olmak, öğrenen örgütlerin yapılandırılmasında en önemli kritik bir adım oluşturur (Tepeci ve Koçak, 2005).

Yani; grup içinde öğrenme, ekip üyelerinin farklılıklarını zenginliğe dönüştürmek, grup dışından destek almak, birlikte düşünmek ve uygulamak, bireysel sonuçlar yerine kalıcı sonuçlara ulaşmak anlamına gelmektedir (Çalkavur, 2018).

2.5.5. Sistematik Düşünme

Sistem düşüncesi, geri besleme mekanizması olarak adlandırılan ve bir eylemin diğer eylemleri nasıl güçlendirebileceğini ya da etkilerini dengeleyerek azaltabileceğini gösteren temel bir kavramı anlamayı gerektirir. Bu kavrayış, parçalar yerine bütünü anlamaya odaklanır ve hareketlerin ile gerçekliğin algılanış biçimlerini öğrenmeyi kapsar. Sistem düşüncesi, organizasyonel süreçlerin daha bütünsel biçimde anlaşılmasını sağlar ve bu süreçlerde yapılabilecek etkili değişikliklerin

belirlenmesine yardımcı olur (Collie and Taylor, 2004). Ayrıca, neden-sonuç ilişkilerine odaklanarak yalnızca yüzeydeki belirtiler değil, altında yatan asıl problemlere yönelik kalıcı çözümler geliştirilmesini sağlar (Yang, Watkins and Marsick, 2004). Sistem yaklaşımı, birbirine bağlı unsurları bir bütün olarak ele almayı ve organizasyonun amaçları doğrultusunda geliştirilmesini mümkün kılar. Bu bağlamda, sistem bütünlüğü dikkate alınmadığında, yapılan bir eylemin sonuçlarının öngörülemez olduğu vurgulanmaktadır (Yıldırım, 2004).

Yaşam boyu öğrenme anlayışıyla özdeşleşen öğrenen örgüt kavramı; müşteri odaklılık, rekabet avantajı elde etme, yüksek performans sağlama, risklerin önceden tahmin edilmesi, yenilikçilik, geniş kitlelerle etkili iletişim kurma, bireysel ve içsel gelişimi destekleme, sistemli ve organize çalışma ile kalite iyileştirme gibi unsurların özellikle sağlık sektöründeki organizasyonlarda gelişmesiyle giderek daha fazla önem kazanmıştır. Ancak organizasyonu incelerken sistemin karmaşıklığının, bilgi alışverişindeki yanlış anlamaların ve yorumların, koruyucu önlemlerin, yanlış bilgilerin, yetersiz organizasyonel araştırmanın ve kişisel iletişim eksikliğinin hatalara yol açtığını ve bu hatalardan kaçınıldığını unutmamak gerekmektedir (Ayhan, 2007).

2.6. Öğrenen Organizasyonların Temel Özellikleri

Senge'ye göre öğrenen organizasyonun başarılı olabilmesi için birkaç temel unsura sahip olması gerekmektedir. Bu unsurlar şunlardır (Çam, 2002);

- *Amaç Duygusu ve Paylaşılan Vizyon:* Organizasyonun her üyesinin benimseyip peşinden gideceği bir amaç duygusunun olması gerekmektedir. Bu amaç duygusu, etrafında paylaşılan bir vizyonla desteklenmelidir.
- *Sistematik Düşünme ve Problem Çözme:* Organizasyon, sistematik düşünme yeteneğini geliştirerek geniş modelleri görebilme yeteneğini kazanmalıdır. Bu, problemlerin daha iyi anlaşılmasını ve daha etkili çözümler üretilmesini sağlar.
- *Ekip Çalışması:* Ekip çalışması yapabilme yeteneği geliştirilmelidir. Takım üyeleri arasında uyum ve işbirliği, organizasyonun genel başarısını artırır.

- *Kendi Bilgilerinin Farkına Varma ve Paylaşma:* Organizasyon üyeleri, sahip oldukları bilgilerin farkında olmalı ve bu bilgileri paylaşma kapasitelerini artırmalıdırlar. Bilgi paylaşımı, organizasyonun genel bilgi düzeyini yükseltir ve inovasyonu teşvik eder.

Öğrenmenin kurumsal düzeyde sürdürülebilmesi, organizasyon yapısı, insan kaynağı, bilgi yönetimi ve teknolojik altyapı gibi temel unsurların bütüncül bir yaklaşımla bir araya gelmesini gerektirir. Bu bileşenler, birbirleriyle sürekli etkileşim hâlinde olarak öğrenen organizasyon yapısının inşasına katkı sunar. Ancak söz konusu unsurlardan herhangi birinin işlevselliğini yitirmesi, diğer bileşenlerin de etkinliğini olumsuz yönde etkileyerek kurumsal öğrenme sürecini sekteye uğratabilir (Marquardt, 2002).

Öğrenen organizasyonların bu unsurları başarmak için aşağıdaki beş ana faaliyette beceri sahibi olmaları gerektiği belirtilmektedir (Esen, 1996):

- *Sistematik Problem Çözme:* Sistematik ve analitik yaklaşımlarla problemleri çözme becerisi.
- *Yeni Yaklaşımları Deneme ve Deney Yapma:* Yenilikçi fikirleri deneme ve deney yapma yeteneği.
- *Geçmişte Edinilen Tecrübelerden Öğrenme:* Önceden yaşanmış tecrübelerden ders çıkarma.
- *Başkalarına Ait Tecrübelerden Öğrenme:* Diğer organizasyonlar veya bireylerin tecrübelerinden faydalanma.
- *Bilgiyi Tüm Organizasyonla Paylaşma:* Elde edilen bilgiyi organizasyonun her seviyesinde paylaşma ve yayma.

Bu yaklaşımlar, organizasyonların öğrenen organizasyonlar haline gelmelerinde kritik rol oynar ve sürekli gelişim ve adaptasyon için bir temel oluşturur (Esen, 1996).

Öğrenen organizasyon, bireylerin gerçekten istedikleri sonuçlara ulaşma kapasitelerini geliştirdikleri, yenilikçi ve tutkulu düşüncelerin desteklendiği, insanların birlikte öğrenme süreçlerini sürekli olarak keşfettikleri bir yapıdır. Öğrenen bir organizasyonu inşa etmek için gerekli olan şartlar şu şekilde sıralanabilir (Watkins and Marsick, 2006):

- Sürekli eğitim olanakları sağlamak,
- Diyalog ve araştırma kültürünü teşvik etmek,
- İşbirliği ve ekip halinde öğrenmeyi özendirmek,
- Bilgi paylaşımı ve ortak öğrenme için sistemler oluşturmak,
- Ortak bir vizyona doğru ilerlemek için insanlara yetki vermek,
- Öğrenen örgütün çevresiyle entegrasyonunu sağlamak.

2.7. Öğrenme Bakımından Organizasyonlar

Öğrenen organizasyonlar, sürekli dönüşüm, gelişim ve inovasyon süreçleri içerisinde yer alan dinamik sosyal sistemlerdir. Bu yüzden, pek çok yönetim bilimci, öğrenen organizasyonları değişim süreçleri bağlamında ele almış ve incelemiştir (Doğan, 2010). Bilgi, bir işin sürdürülebilirliği için hayati öneme sahiptir; oksijenin bulunmadığı bir ortamda yaşamın mümkün olmadığı gibi, bilgi eksikliği de bir işletmenin varlığını tehdit eder. Buna bağlı olarak organizasyonun öğrenme süreci, temel olarak çevresiyle ve çalışanlarıyla kurduğu güçlü ilişkilere ve bu konulara yaklaşım biçimine dayanmaktadır (Çam, 2002).

2.7.1. Bilgi Odaklı Kurumsal Yapılar

Bilen organizasyonlar, öğrenen organizasyonların evrelerinin başlangıç aşamasını temsil eder ve bu yapıların temel unsuru olarak kabul edilir. Bu aşama, organizasyon üyeleri ile çevreleri arasındaki ilişkilerin ilk temelini oluşturur ve klasik yönetim anlayışından türemektedir. Bilen organizasyonlarda rasyonellik ön plandadır ve bu durum, komuta ve kontrol anlayışının gelişmesine yol açar. Bu tür organizasyonlarda bireylerin ihtiyaçları genellikle göz ardı edilir; işin her yönü ve süreci, bireylerin önüne geçer (Özalp, Uzun ve Yelkikalan, 1998). Organizasyonun öğrenme eylemlerini gerçekleştirebilmesi için, çevresiyle ve üyeleriyle sürekli bir etkileşim içinde bulunması şarttır. Yönetim biliminde, bilen organizasyonlar ilişki kurma sürecinin başlangıç aşaması olarak değerlendirilmektedir (Yurdakul ve Büyükyılmaz, 2018).

Bilgi temelli organizasyonların ayırt edici özelliği, çevresel değişkenliklere uyum sağlayarak şekillenmeleri ve mevcut ürün ya da hizmetlerine yenilikçi katkılar sunmalarıdır. Bu tür organizasyonlarda gerçekleştirilen yenilikler, öğrenme sürecinin ürünü değildir. Dolayısıyla, firmanın belirlenen sınırları içinde kalan yenilikler,

rekabet gücünü de sınırlar (Özgener, 2000). Bilgiye dayalı organizasyonlarda öğrenme eğrisi azalan bir eğilim gösterir. Bu tür yapılar, insanları mekanik bir düzenin gereksinimlerine uyum sağlayacak şekilde biçimlendirmek yerine, organizasyonu bireylerin güçlü yanları ve potansiyelleri etrafında inşa etmelidir. Bilgi odaklı kurumlarda çalışanların kişisel gelişim süreçleri desteklenmediğinde, bireyler işlerine yönelik aidiyet ve anlam duygusunu yitirerek, mekanik bir düzende uzun süreli çalışmaya yönelirler" (Çam, 2002).

Bilgi temelli organizasyonlar, bazı kısıtlamalarla karşılaşabilirler; bu kısıtlamalar arasında baskıcı kontrol mekanizmaları, uyum sağlamak amacıyla oluşturulmuş katı kurallar, alışılmış davranış kalıpları ve risk almaktan kaçınma eğilimleri yer almaktadır. Bilgi temelli organizasyonların liderleri önemli yetki ve sorumluluklara sahiptir; bunların en önemlileri organizasyon üyelerini yakından izlemek, etkili iletişim sağlamak ve kurallara uyumu garanti etmektir. Bu tür organizasyonların yapıları kapalıdır ve çevrelerindeki değişim ve yeniliklere karşı yeterince esnek değillerdir. Kendi deneyimlerine ve mevcut bilgilerine dayanarak hareket ederler. Bilgi temelli kurumsal yapılar, rekabetin sabit kaldığı ortamlarda başarılı olabilirler. Bu tür organizasyon üyeleri, yaptıkları işleri veya faaliyetleri sorgulamak yerine verilen talimatlara uymaya meyillidirler ve sorgulayıcı bir tutum sergilemezler (Diker, 2007). Bilgi temelli organizasyonlarda öğrenilen ve elde edilen bilgiler, deneyimlerden elde edilir ve eski "tek doğru yol" artık "organizasyonun yolu" haline gelir (Tan, 2014).

2.7.2. Bilişsel Temelli Organizasyon Yapıları

Bilişsel organizasyonlar, meydana gelen her durumu ve yapılan her değişikliği kendi normları doğrultusunda değerlendirir. Bu organizasyonlar esneklikten uzak olup yeniliklere fazla açık değildir; bu durum, öğrenme süreçlerini engelleyebilir. Anlayan organizasyonlarda, liderler ve yöneticiler, üyeleri organizasyonun ayrılmaz bir parçası olarak görürler (Uçar Yenihayat ve Alper Ay, 2020).

Bilen organizasyonlardan sonra gelen aşamada, anlayan organizasyonlar yer alır. Bu düzeyde işletmeler, yalnızca mevcut en iyi uygulamaları sürdürmekle yetinmez; aynı zamanda değişen koşulları çalışanların bireysel algı ve değer sistemleriyle bütünleştirerek, ideal çözümlere ulaşmayı amaçlar. Bu evrede, organizasyon; mevcut çevresel koşullar, bireysel perspektifler ve değer yargılarının

farklı 'iyi' tanımlarına yol açabileceğini benimser ve bu çeşitliliği kabul eder (Taştan, 2006). Anlayan organizasyonlar, bilen organizasyonlardan ayrışarak insan unsuruna Neo-Klasik yaklaşımın öngördüğü biçimde önem atfeder (Çam, 2002). Bu bağlamda, insan ilişkilerine odaklanan grup dinamikleri, gruplar arası etkileşimler, motivasyon mekanizmaları ve liderlik yaklaşımları açısından Neo-Klasik yönetim teorisi ile paralellik gösterir.

2.7.3. Stratejik Farkındalık ve Bilişsel Örgüt Yapısı

Düşünen organizasyon aşamasında, gerçekleştirilen eylemler ve işleyişlerdeki sorunların hızla tespit edilip çözülmesi ve bu sorunların analiz çalışmalarına etkin bir şekilde başlanması esastır. Düşünen organizasyonlar, sorunları ele alıp çözmeye odaklanır, ancak bu sorunların kök nedenleriyle ilgilenmezler (Yenihayat ve Ay, 2020). Düşünen organizasyonların yetersiz kaldığı nokta, problemlere hızlı bir şekilde yanıt vermenin ötesine geçerek, gelecekte ortaya çıkabilecek sorunlara proaktif bir şekilde odaklanmamalarıdır (Doğan, 2010).

Düşünen organizasyonlar, iş süreçlerindeki sorunların hızla tespit edilmesi, analiz edilmesi ve çözüme kavuşturulmasına öncelik verirler ve bu doğrultuda yöneticilerini eğitirler (Ertürk, 2000). Bu tür organizasyonların eksikliği, genellikle yüzeysel çözümlerle yetinip, temel nedenlere inmemeleridir. İşletmelerde sorun çözme süreçlerinde sıklıkla başvurulan reaktif yaklaşımlar, yönetimin olaylara yalnızca ortaya çıktıktan sonra müdahale etmesine neden olmakta ve bu durum, örgütsel öğrenme süreçlerini önemli ölçüde sınırlandırmaktadır (Özgener, 2000). Düşünen organizasyonlar, çoğu zaman henüz gerçekleşmemiş olasılıkları göz önünde bulundurarak olası problemlere yönelik proaktif stratejiler geliştirmeye yönelmezler. Bu anlayış, sorunlara tepki temelli programlarla yaklaşmayı esas almakta ve yönetsel bakış açısının daralmasına neden olmaktadır. Oysa bir işletmede meydana gelen aksaklıklar yalnızca düzeltilmekle kalmamalı; benzer olumsuzlukların gelecekte tekrar etmemesi adına önleyici düzenlemeler de yapılmalıdır (Özen, 2002).

2.7.4. Öğrenen Organizasyonlar

Organizasyon üyelerinin yetkinliklerini artırmak ve yeni beceriler kazanmalarını sağlamak sadece eğitimle sınırlı kalmamalıdır. Esas amaç, üyeleri öğrenmeye teşvik etmek ve öğrenmeyi destekleyecek stratejiler ve politikalar oluşturmaktır. Bu hedefi en iyi şekilde gerçekleştirebilecek, etkinliği ve verimliliği

artırabilecek yapı, öğrenen organizasyonlardır (Gözübenli ve Şahin, 2014). Senge'ye (2006) göre öğrenen örgüt, klasik anlamda bir yönetim modeli değil, daha çok çağdaş bir yönetim felsefesi veya anlayışı olarak değerlendirilmektedir. Hızla değişen çevresel koşullar altında rekabet avantajını sürdürebilmek ve sistem dışında kalmamak için her örgüt, yalnızca içsel süreçlerini, yapısal özelliklerini ve sistematik işleyişini yönetmekle kalmayıp; aynı zamanda dış çevrede meydana gelen değişimlere de etkin biçimde uyum sağlama kapasitesi geliştirmelidir.

Öğrenen organizasyonlar, çalışanların yetkilendirilmesine diğer organizasyonlara kıyasla daha fazla değer verir ve bunu çeşitli yöntemlerle hayata geçirir (Covey, 2004). Bu nitelikteki organizasyonlar, işletme stratejilerinin etkinliğini artırmak amacıyla; çalışan katılımını ve iş birliğini teşvik eden, öğrenme süreçlerini destekleyip ödüllendiren, yatay hiyerarşik yapılar ve şeffaf iletişim kanalları aracılığıyla bilgiye erişimi kolaylaştıran sistemler olarak tasarlanmaktadır. Öğrenen organizasyonlar, kritik stratejik kararlarda çalışanların katkısını önemser ve geçmişteki başarılarından çok gelecekteki hedeflere odaklanarak farklılık yaratmayı amaçlar (Çam, 2002).

Bilen, anlayan ve düşünen organizasyonlarla karşılaştırıldığında, öğrenen organizasyonların en belirgin ve önemli özelliği, değişime olan yaklaşımlarıdır (İmamoğlu ve Mutlu, 2012). Öğrenen organizasyonlar, yeniliklere ve gelişmelere daha hızlı ve etkili bir şekilde uyum sağlama kapasitesini, sürekli deneme ve adaptasyon süreçlerine dayanarak geliştirir. Bu tür organizasyonlar yenilikleri sürekli bir süreç olarak kabul eder, çünkü yenilikler değişimi teşvik eder ve bu değişim, öğrenme eyleminin temel bir bileşeni ve girdisidir (Diker, 2007).

2.8. Güvenlik Kültürü

Güvenlik, sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biridir. Genel anlamda güvenlik, sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaya zarar vermeme, ölüm riskini önleme, tedavi hatalarını önleme ve tıbbi hatalara karşı tedbirler alma olarak sınıflandırılabilir (Tokuç, 2016). Güvenlik, sağlık sistemleri ve hizmetleri açısından hayati bir özet. Sağlık hizmetleri, farklı birimleri birleştirme biçimi nedeniyle kazalara dayanıklı olan karmaşık bir yapıya sahiptir. Tüm sektörlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de insan kaynaklı hatalar, meydana gelen kazaların temel nedenleri

arasında yer almaktadır. Özellikle bireylerin teknolojiyle etkileşime geçtiği karmaşık sistemlerde, güvensiz durumlar oluştuğunda, bilgiye ilişkin olası zararlar çoğu zaman önceden fark edilememekte veya göz ardı edilmektedir (Ash, Berg ve Coiera, 2004).

Güvenlik kültürü, risklerin yüksek olduğu sektörlerde özellikle önemlidir. Sağlık sektörü, bu tür yüksek riskli alanlardan biridir ve burada hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi kritik bir gerekliliktir. Sağlık sektöründe etkili güvenlik kültürleri, tıbbi hataların önlenmesi açısından hayati bir potansiyel sunarak, insan hayatını koruma işlevi görmektedir (Çakır, 2007). Bir organizasyonun güvenlik kültürü; sağlık ve güvenlik yönetiminde benimsenen yaklaşımı, bağlılık düzeyini ve kurumsal yeterliliği belirleyen bireysel ve toplumsal değerler, inançlar, tutumlar, algılar, beceriler ve davranışların bütünsel ifadesi olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik iklimi ise, çalışanların kurum içerisindeki güvenlik uygulamalarına ilişkin ortak algılarını ve değerlendirmelerini yansıtır. Güçlü bir güvenlik kültürüne sahip olan kuruluşlar; güvenliğin kurumsal öncelik olduğu yönünde paylaşılan inançlar, etkili ve karşılıklı güvene dayalı iletişim ile önleyici yaklaşımların başarısına duyulan yüksek güven düzeyiyle öne çıkmaktadır (Yamalık ve Perez, 2012).

Pozitif bir güvenlik kültürüne sahip organizasyonlarda, yönetimin bu konudaki destekleyici ve kararlı yaklaşımı, güvene dayalı iletişimin tesis edilmesi, etkili bir risk ve kalite yönetimi sisteminin oluşturulması ve güvenlik programlarının dikkatle uygulanması ile önleyici tedbirlerin faydalı olduğuna dair olumlu algılar gelişmektedir (Tütüncü, Küçükusta ve Yağcı, 2006). Güvenlik kültürü açısından, sağlık hizmetleri profesyonellerinin mevcut veya potansiyel hataları, ceza alma, küçük düşme ya da işten çıkarılma korkusu taşımadan rapor etmeleri ve bu süreçte çelişkisiz ve dürüst bir iletişimin sağlanması önemlidir. Sağlık kuruluşlarında, sorunları etkili bir şekilde tespit edebilmek, çözüm üretme sürecini desteklemek ve hatalardan ders çıkarılmasını kolaylaştırmak amacıyla kapsamlı olay raporlama sistemlerinin geliştirilmesi gereklidir (Ertek, 2016).

2.9. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kalitesinin kritik bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Son on yılda, literatürde hasta güvenliği ile ilgili çok sayıda tanım bulunmaktadır (Özer, Şantaş, Gün ve Şentürk, 2019). Hasta güvenliği, sağlık

bakımının temel ilkelerinden biri olarak kabul edilmektedir ve hasta güvenliği, sağlık hizmetleri sürecinde ortaya çıkabilecek ve önlenmesi mümkün olan zararların engellenmesini ve bakım uygulamalarına bağlı risklerin kabul edilebilir en düşük düzeye indirilmesini amaçlayan bir yaklaşımdır (Ay ve Karadağ, 2022).

Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerinin her aşamasında ortaya çıkabilecek risklerin azaltılmasını ve önlenebilir zararların önüne geçilmesini hedefleyen; örgütsel kültürden teknoloji kullanımına kadar uzanan çok boyutlu bir sistem yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020a). Hasta güvenliğinin hedefi, sağlık hizmetleri alan kişileri, zararlı uygulamalardan, potansiyel risklerden ve tehlikelerden koruyarak güvenli bir ortam yaratmaktır (Ak, Kandemir, Ayoğlu ve Ayhan, 2019). Ek olarak, sağlık çalışanlarına ruhsal ve fiziksel açıdan güvenli bir çalışma ortamı sağlamak da önemli bir hedeftir. (Rızalar, Tural Büyük, Şahin, As ve Uzunkaya, 2016).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hastaların karşılaşabileceği tehlikeleri, hataları ve zararlı durumları engellemeyi hedefleyen sistematik ve bütüncül bir yaklaşımdır. Bu kavram, meydana gelen hatalar ve olumsuz deneyimlerden ders çıkararak sürekli iyileştirmeyi esas alır. Bu bağlamda hasta güvenliği, sağlık kurumlarında sunulan hizmet kalitesini belirleyen temel parametrelerden biri olarak kabul edilmektedir. Uluslararası sağlık platformlarında, hizmet sunumunun; verimlilik, hasta odaklılık ve yüksek güvenlik standartları çerçevesinde yapılandırılması hususunda ortak bir vizyon benimsenmiştir. Hastaların zamanında, adil, koordineli ve kaynaklar açısından verimli hizmet almaları, kaliteli bakımın vazgeçilmez şartlarıdır. Etkili hasta güvenliği uygulamalarının hayata geçirilmesi için ise açık politika belirleme, güçlü liderlik, güvenliği destekleyen veri toplama ve analiz süreçleri, nitelikli sağlık çalışanları ile hastaların bakım sürecine aktif katılımı şarttır (WHO, 2020b).

Hasta güvenliği, hastaların herhangi bir şekilde zarar görmesini önlemeyi amaçlayan bir kavramdır. Sağlık hizmetleri sunumunda, hastaların zarar görmesini önlemek için alınan tüm tedbirleri içermektedir. Sağlık hizmetleri sırasında çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sebeple, hastaların zarar görmesini önlemek adına sağlık personelinin gerekli önlemleri alması oldukça önemlidir. Hasta güvenliğinin temel amacı, sağlık hizmeti alan bireylerin maruz kalabileceği zararlı müdahaleler ve risklerden korunmasını sağlayacak güvenli bir ortam yaratmaktır (Uzun, 2009).

Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğini birincil öncelik olarak kabul eden WHO; hataların bireysel kusurlardan ziyade sistemik açıklar, prosedür eksiklikleri ve ürün kaynaklı sorunlardan neşet ettiğini vurgulamaktadır. Bu durum, hizmet sürecinde beklenmedik ve istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Hasta güvenliğini tesis etme çabaları; klinik süreçlerden ilaç yönetimine, enfeksiyon denetiminden ekip içi iletişime kadar uzanan, birbiriyle etkileşimli pek çok unsuru barındıran multidisipliner bir yapıdır (İnanır ve Serbest, 2009).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetinin kalitesini korumak için çok önemli bir kavram olup, tüm sağlık kurumları için küresel bir endişe haline gelmiştir. Bu kaygının bir sonucu olarak tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar güvenlik kültürü kavramını gündeme getirmiştir. Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü kavramı, hasta güvenliği kültürü ile eşdeğer kabul edilmektedir. Hasta güvenliği kültürü; iş sağlığı ile ilintili tutumlar, değerler, beceriler ve davranışların karşılıklı etkileşiminden doğan çok boyutlu bir faktördür. Hasta güvenliği kültürü, hastalara yönelik zararların önlenmesi ve azaltılmasını hedefleyen sistematik ve çok faktörlü bir çerçeveyi teşvik etmeyi amaçlar (Nieva and Sorra, 2003). Bu bağlamda, DSÖ'nün hasta güvenliği alanındaki girişimleri, 2004 yılında başlatılan Küresel Hasta Güvenliği İttifakı ile öncelik kazanmış ve bu alanda gelişmeler kesintisiz biçimde devam etmiştir. Bu ittifak aracılığıyla DSÖ, hasta güvenliğini küresel olarak değerlendirmeyi, sorunları tanımlamayı ve hasta güvenliğini sağlamak için yapıcı adımlar atmayı amaçlamıştır (Korkmaz, 2018).

Güvenlik kültürü, bir kurumda neyin önemli olduğu, hangi güvenlik tutum ve davranışlarına değer verildiği ve hangi uygulamaların desteklendiği veya beklendiği hakkındaki değerleri, inançları ve normları içerir. Güçlü bir güvenlik kültürüne sahip kurumlar, iyi bir personele, karşılıklı güvene ve güvenliğin önemi ile önleyici tedbirlerin etkinliği konusunda ortak bir anlayışa sahiptir (Reis, Paiva and Sousa, 2018). Güvenli bir bakım ortamının yapılanmasında; yönetimsel destek, birimler arası koordinasyon ve şeffaf bir raporlama sisteminin yanı sıra, sürekli gelişim odaklı bir organizasyonel öğrenme yapısının varlığı kritik öneme sahiptir (Gunawan and Hariyati, 2019).

Hasta güvenliğinin amacı, kuramsal olan bilimsel yöntemler ve sağlık hizmetleri güvenliği önlemleri yoluyla en iyi sağlık hizmetini sağlamaktır. Hasta güvenliğinin sağlanması, olumsuz olayların görülme sıklığını ve etkisini azaltır ve

iyileşmeyi en üst düzeye çıkarır. Günümüzde sağlık kurumları hasta güvenliğini maksimum düzeye çıkarmak için standart güvenlik hedefleri oluşturmuştur. Bunlar; "İlaç güvenliği, cerrahi müdahale/cerrahi güvenlik, doğru kan/kan ürünü transfüzyonu, düşmenin önlenmesi, basınç ülserinin önlenmesi, ağrının giderilmesi, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, doğru iletişim ve bilgi sağlanması, doğru araştırma sonuçları, veri gizliliği/mahremiyeti" şeklinde belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, hasta güvenliği için tehdit oluşturan faktörleri belirleyerek dünya çapında tıbbi hatalarla mücadele etmeyi amaçlamaktadır (Sarp, 2018).

Hemşirelik mesleği; hastaların klinik takibinden sistemdeki aksaklıkların belirlenmesine kadar geniş bir alan kapsayarak hasta güvenliğinin merkezinde yer alır. Özellikle tedavi süreçlerinin koordinasyonu, multidisipliner iletişim ve hasta durumundaki değişimlerin anlık izlenmesi, bakım kalitesini doğrudan etkileyen ve hemşirelerin sorumluluğunda olan kritik süreçlerdir (Dellefield, Castle, McGilton and Spilsbury, 2015). İngiltere'de yürütülen klinik bir çalışma, sağlık profesyonelleri arasında hasta güvenliği algısını analiz etmiş ve hemşirelerin bu konudaki duyarlılıklarının tıp doktorlarından daha ileri düzeyde olduğunu raporlamıştır (Pronovost, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller and Rubin, 2003).

Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta bakımının sürekliliğini sağlayan temel sağlık profesyonelleri olarak, tıbbi hataların önlenmesinde kritik bir sorumluluk üstlenmektedir. Sağlık bakım sürecinin hemen her aşamasında aktif rol almaları, onları hasta güvenliği açısından merkezi bir konuma taşımaktadır. Literatürdeki veriler, klinik uygulama süreçlerindeki yoğunluk ve sorumluluk alanlarının genişliği sebebiyle, hemşirelik grubunda tıbbi hata görülme sıklığının diğer disiplinlere oranla daha yüksek seyredebileceğine işaret etmektedir. Bu durumun temel nedenleri arasında; bakım süreçlerinde kalite standartlarının yeterince uygulanamaması, hasta güvenliğine ilişkin prosedürlerin eksikliği, kayıt sistemlerinde düzensizlik, dikkatsizlik, kurum içi talimat ve protokollere uyumsuzluk, hemşire-hasta oranlarındaki dengesizlik, iş yükünün fazlalığı, vardiyalı çalışma sistemleri, deneyim eksikliği, personel yetersizliği ve etkili iletişim kurulamaması gibi faktörler öne çıkmaktadır (Çiriş Yıldız, Yıldırım ve Günay, 2022).

2.10. Hasta Güvenliği Kültürü

“Hasta güvenliği odaklı yaklaşım”, hastaların karşılaşabileceği olumsuz olayların engellenmesini hedefler. Son yıllarda, sağlık hizmeti veren kurumlarda bu kavram daha yaygın hale gelmiş ve önemli bir yer edinmiştir. Sağlık kuruluşlarında "hasta güvenliği kültürü" güçlendikçe, hasta güvenliği standartları ve kurumsal performansta iyileşme görülmektedir (Nie, Mao, Cui, He, Li and Zhang, 2013). Bu kültürün gelişebilmesi için tıbbi hataların ve istenmeyen olayların önlenmesi kritik öneme sahiptir. Aynı zamanda, sağlık personeli arasındaki iletişimin ve ilişkilerin sağlıklı ve istikrarlı bir şekilde devam etmesi gerekmektedir (Atasever, Bayraktar, Çetinkaya, ve Erdoğan, 2018). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için; yeterli sayıda personel bulundurulmalı, hatalar çekinmeden rapor edilmeli ve bu konuda destekleyici bir ortam sağlanmalıdır (Tabrizchi and Sedathat, 2012).

Hasta güvenliği kültürü, sağlık kuruluşlarında çalışanların hasta güvenliğine ilişkin paylaştığı inançlar, tutumlar, algılar ve değerler bütünü olarak örgüt kültürünün ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bu nedenle, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve devam ettirilmesi, sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin artırılması için yaygın şekilde kabul edilen bir yöntemdir (Kaya, 2009). Başka bir tanıma göre, hasta güvenliği kültürü; örgüt üyeleri arasında önemli meseleler üzerine paylaşılan ortak değerler, sorun çözme yaklaşımlarına ilişkin inançlar ile davranış normlarına katkı sağlayan birimler, örgütsel yapılar ve sistemlerin bütününden meydana gelir. Bu kültür, hasta güvenliği uygulamalarını ve etkileşimlerini olumlu yönde destekler (Ulrich and Kear, 2014).

Hatalardan arındırılmış bir bakım hizmetini tesis etmek adına yürütülen tüm organizasyonel faaliyetler; istenmeyen klinik olayların engellenmesini ve hasta sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılmasını odağına alan bir güvenlik kültürünü temsil eder (Akalın, 2010). Hastanelerde yönetim etkinliğini ölçmek için kullanılan kriterler arasında tıbbi hizmet kalitesi, enfeksiyon oranları, komplikasyon sıklığı, yanlış antibiyotik kullanımı ve hasta güvenliği yer alır (Özgülbaş, 2001; Taş vd., 2013).

Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinin niteliğini belirleyen kritik bir unsur olarak görülmektedir. Sağlık kuruluşları, sürekli iyileştirme faaliyetlerine odaklanarak bu süreci güçlendirmeye çalışırlar ve bu süreçte güvenlik kültürü kilit bir

faktördür. Güvenlik kültürü, bir kurumun hangi unsurlara önem verdiğini ve hasta güvenliği konusunda nasıl davranılacağını belirleyen değerler, inançlar ve kurallar bütünü olarak tanımlanabilir. Bir kurumun güvenlik kültürü, sağlık ve güvenlik yönetimine ilişkin tutum, yeterlilik ve taahhütlerini şekillendiren bireysel ve grup değerleri, algıları, becerileri ile davranış kalıplarının bileşiminden oluşur. Güçlü bir güvenlik ikliminin karakteristik özellikleri arasında; karşılıklı güvene dayanan iletişim kanalları, tüm personelin paylaştığı ortak bir güvenlik idraki ve kurumsal bariyerlerin etkinliğine dair duyulan yüksek güven yer almaktadır (Tütüncü, Küçükusta ve Yağcı, 2007).

Hemşireler, mesleki tecrübe ve becerilerini etkin biçimde kullanarak hasta güvenliği kültürünün gelişimine önemli katkılar sağlamışlardır. Bu durum, sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken ortak bir duyarlılık sergilemelerini, mesleki uygulamalarını korku ya da iş güvencesi endişesi taşımadan gerçekleştirmelerini mümkün kılmaktadır. Hasta güvenliği kültürünün tesisinde merkezi bir rol üstlenen hemşireler, sağlık sisteminin temel yapıtaşlarından biri olarak; karmaşık durumlarda soğukkanlılıkla hareket eden, hızlı karar verebilen, yüksek donanıma sahip ve ekip üyeleri arasında etkili bir iletişim köprüsü oluşturan profesyonellerdir (Hughes and Clancy, 2009)

Bu kültür, hemşirelik mesleğine duyulan güvenle şekillenir ve kurumlar bünyesinde geliştirildiğinde, hataların ve sistemsel süreç aksaklıklarının açıkça ve korkusuzca paylaşılabileceği bir ortam yaratılmasını sağlar. Böylece hasta güvenliği uygulamalarının başarısı ve sürekliliği desteklenirken, tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin yanı sıra sağlık çıktılarında anlamlı gelişmeler elde edilir (Dang, Johantgen, Pronovost, Jenckes and Bass, 2002).

Tıbbi süreçlerde güvenlik odaklılık, Hughes and Clancy (2009)'nin de belirttiği gibi, temelde yönetim desteği, ekip çalışması, kurallara bağlılık, sistemsel raporlama, eğitim, çalışanların katılımı, duyarlılık, bakım ve güvenli sağlık sistemleri gibi unsurları içerir. Tak (2009)'ın vurguladığı üzere, sağlık kuruluşlarında bu hasta güvenliği kültürü sistemlerinin kurulması ve geliştirilmesi, klinik yanlışları önleyerek hem hastalara hem de sağlık çalışanlarına zarar veren durumların ortadan kalkmasına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

Bonner, Castle, Perera and Handler'in (2008) tanımladığı gibi sağlık bakım ortamlarında gerekli sorumlulukları yerine getirerek ve tıbbi hatalardan ders alarak güvenli bir sistem oluşturularak hata direnci yüksek bir sistem kurgulanarak tehditlerden kaçınılmış olunur. Vogelsmeier and Scott-Cawiezell'in (2007) belirttiği gibi, bu yaklaşım hataların hızlıca belirlenip düzeltilmesine odaklanır ve hasta güvenliği kültürü olarak tanımlanır. Bir hata meydana geldiğinde, sorunun derinlemesine incelenmesi şarttır. Hatanın nasıl ortaya çıktığı ve temel nedenleri titizlikle analiz edilmelidir.

2.11. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Sağlıkta hizmet kalitesini standardize etmeyi amaçlayan JCI, 2023 revizyonuyla birlikte klinik süreçlerdeki kritik risk alanlarını kapsayan yedi ana hedefi hasta güvenliği protokollerine dahil etmiştir. Bu hedefler (The Joint Commission International, 2023):

- *Hasta Kimliğinin Doğrulanması:* Hemşireler, her tedavi uygulamasından önce hastaların kimlik bilgilerini doğrulamak için ad, soyad ve doğum tarihini (gün-ay-yıl) sorgular ve kişisel bilekliğindeki kayıt numarasını doğrular.
- *Sağlık Profesyonelleri Arasında Etkileşim ve Doğrulama Süreci:* Örneğin, gastroenteroloji bölümünde görev yapan bir hekim, hemşireye sözlü yönergeler iletebilir. Hemşire, bu talimatları uygulamadan önce ilgili dokümanı doldurur ve bilgilerin doğruluğunu sağlamak amacıyla hekimle tekrar görüşür.
- *Güvenli İlaç Kullanımı:* Risk düzeyi yüksek olan bir farmakolojik ajan, örneğin bir narkotik analjezik, hekim tarafından reçetelendirilir. İlaç uygulamasında hata olasılığını en aza indirmek amacıyla iki hemşire, reçeteyi birlikte değerlendirir, ilacın hazırlanma sürecini birlikte yürütür ve uygulamayı eşgüdüm içinde gerçekleştirir.
- *Yanlış Taraf Cerrahisinin Önlenmesi:* Ameliyat öncesi dönemde, hemşirelerin aktif katılım sağladığı cerrahi ekip, hasta güvenliğini artırmak ve cerrahi uygulamalarda standartlaşmayı desteklemek amacıyla, kontrol listesine dayalı "time out" (duraksama) uygulamasını sistematik biçimde gerçekleştirir.

- *Sağlık Hizmetleri Kaynaklı Enfeksiyonların Önlenmesi:* El hijyenine ilişkin standart uygulamaların hayata geçirilmesiyle, sağlık kuruluşunun tüm birimlerinde enfeksiyon kontrolüne yönelik gerekli tedbirler alınarak hijyen düzeyi korunur.
- *Düşme Riskinin Azaltılması:* Hemşireler, hastaların düşme riskini azaltmak amacıyla belirlenen protokolleri izler ve gerekli tedbirleri alır (Sayek, 2010).
- *Güvenli Alarm Kullanımı:* JCI'nin önerileri doğrultusunda sağlık kuruluşlarındaki alarm sistemlerinin geliştirilmesi, tıbbi cihazlardan gelen uyarıların daha net algılanmasına ve zamanında yanıtlanmasına katkı sağlayarak hasta güvenliğini artıracak ve hata olasılığını azaltacaktır ((The Joint Commission International, 2024).

Bu hedeflerin temel amacı, hasta güvenliği konusunda belirli iyileştirmeler sağlamaktır. Hedefler, sağlık hizmetlerindeki kritik sorunları belirleyerek, bu sorunlara yönelik kanıta dayalı ve uzman görüşlerine dayanan çözüm yollarını sunar. İyi bir sistem tasarımının, yüksek kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunumu için temel olduğu anlayışından yola çıkarak, hedefler sistemik çözümlere odaklanmaktadır. Bu hedefler, standart ve ölçülebilir unsurlarla diğer standartlarla uyumlu bir şekilde yapılandırılmıştır (İnanır ve Serbest, 2009).

2.11.1. Hasta Kimliğinin Doğrulanması

Kimlik yazılımının temel amacı, sağlık tesisleri ve çalışanlar tarafından sunulan teşhis, tedavi ve bakım bölümünün doğru hastayla güvenli bir şekilde eşleştirilmesini sağlamaktır. Bu işlem, özellikle invaziv girişimler, cerrahi müdahaleler, ilaç uygulamaları, kan transfüzyonları ve laboratuvar örneklerinin alınması gibi prosedürler öncesinde önem arz eder. Tedavi protokolünün doğru bir şekilde uygulanabilmesi için aktif iletişim sistemlerinin kullanılması ve parçaların kimlik bilgilerinin saklanması doğrulanmalıdır (Gürlek, Kanber and Khorshid, 2015).

Hastaların doğru şekilde yayılmaları, hizmet almak amacıyla hastaların ve yayılmaların tedavinin doğruluğunu güvenilir bir şekilde teyit eden büyümelerin bütününü ifade eder. İşlemin doğru noktadan başlangıcından emin olmak, hasta ilerleme süreciyle sağlanır ve bu basit ama etkili önlem, olası olumsuz durumların önlenmesinde kritik bir rol oynar. Her tıbbi müdahale öncesinde ve sonrasında, kimlik

bilgilerinin sorgulanması ve doğrulanması, güvenlik risklerinin kimlik prosedür prosedürü ile en aza indirilmesi sağlanır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020). Türkiye'deki sağlık sektöründe hasta ve çalışanların performansını sağlamak ve korumak amacıyla yayımlanan talimatta, hasta kimlik bilgilerinin tespit edilmesi ve doğrulanmasının zorunlu olduğu belirtildi. Hasta kabul süreçlerinde; genel hastalar için beyaz, alerji öyküsü bulunan bireyler için kırmızı, aynı serviste aynı isme sahip hastaların ayırt edilmesi amacıyla lacivert ve bulaşıcı hastalık riski taşıyan bireyler için sarı renkli tanımlayıcı bileklikler kullanılmaktadır (T.C. Resmî Gazete, 07.09.2024, Sayı 27214).

2.11.2. Sağlık Çalışanları Arasında Etkili İletişim

Tıbbi hataların temel nedenlerinden biri sağlık ekibi üyeleri arasındaki yetersiz iletişimdir. JCI'a bildirilen hataların yaklaşık %60'ının iletişim eksikliklerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu nedenle, güvenli hasta bakımının sağlanmasında en kritik noktayı eşgüdümlü mesleki etkileşim oluşturulmasıdır (Ay ve Karadağ, 2022). Sağlık kurumlarında hasta güvenliğini riske atan temel faktörlerden biri, iletişim eksikliği ya da etkili iletişim kurulamamasıdır; bu durum, tıbbi hata ve olumsuz olayların ortaya çıkmasında önemli bir paya sahiptir (Saufl, 2009). Oysa sağlık çalışanlarının hastalarla doğru, açık ve anlamlı bir iletişim kurmaları, bakım ve tedavi süreçlerinin etkinliği açısından kritik bir bileşendir (Arslanoğlu, 2019).

Ülkemizde yayımlanan hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin resmi düzenlemelerde, etkili iletişimi güçlendirmek amacıyla sağlık çalışanları arasındaki iletişim güvenliğinin artırılmasına yönelik yapılması gereken uygulamalar ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır. Bu kapsamda, hasta bakım ve tedavi süreçlerinde sözlü talimatların alınması ve verilmesi, sözlü veya telefon yoluyla verilen talimatların kaydedilmesi, kritik test sonuçlarına ilişkin yapılacak işlemler ve ilaç uygulamalarında kullanılması uygun olmayan kısaltmaların listesi gibi önemli konulara dikkat edilmesi gereken noktalara değinilmiştir (T.C. Resmî Gazete, 07.09.2024, Sayı 27214).

Herhangi bir tıbbi işlem öncesinde hastadan aydınlatılmış onam alınması zorunludur. Onam süreci, hastanın kendisine uygulanması planlanan tanı ve tedavi seçenekleriyle ilgili kapsamlı bilgi edinmesi; bu seçeneklerin potansiyel yararlarını, olası risklerini ve mevcut alternatiflerini anlayarak, bilinçli ve gönüllü biçimde rıza göstermesi sürecidir. Bu süreç, hastanın yapılacak işlem hakkında detaylı bilgi

edinmesini ve olası riskleri değerlendirmesini sağlar. Eğer hasta, riskleri kabul edilemez bulursa, işlemden vazgeçme hakkına sahiptir. Sağlık profesyonelleri, bu işlemin ardından olumsuz bir durum yaşanması halinde kendilerini yasal olarak koruyabilir ve hastanın onayıyla hareket ettiklerini kanıtlayabilirler (Çobanoğlu, 2009).

Etkili iletişim, hasta güvenliğinin sağlanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu güvenliğin temin edilebilmesi için, bakım ekibi üyelerinin sürekli bilgi paylaşımı ve operasyonel iş birliği çerçevesinde hareket etmesi, çalışmasının desteklenmesi, personele bu konuda eğitimler verilmesi ve ameliyathane ortamının uygun şekilde düzenlenmesi temel unsurlar arasında yer almaktadır (Garon, 2012; Cousely, 2015)

2.11.3. Güvenli İlaç Kullanımı

İlaç yönetimine ilişkin hatalar klinik disiplinlerin genelinde yaygınlık gösterse de, cerrahi birimler ve ameliyathaneler bu risklerin en sık somutlaştığı yüksek riskli alanların başında gelmektedir. JCI, ilaç güvenliğinin sağlanması ve hataların önlenmesi amacıyla aşağıdaki önerileri vurgulamaktadır (The Joint Commission International, 2024).

- Cerrahi süreçler boyunca hazırlanan ve derhal kullanılmayan her türlü ilaç ile çözeltinin; sterilitesine bakılmaksızın, içerik ve doz bilgisini içeren etiketlerle standardize edilmesi hasta güvenliği açısından bir gerekliliktir.
- Hemen uygulanacak ilaçlar, ilgili sağlık personeli tarafından hazırlanmalı ve herhangi bir kesinti olmadan doğrudan hastaya ulaştırılmalıdır.
- İlaç veya çözeltilerin başka bir ortama aktarılması söz konusu olduğunda, her durumda etiketleme yapılmalıdır.
- İlaç tanımlama süreçlerinde; ilacın kimliği ve yoğunluğu kadar, seyreltme detayları, toplam çözelti miktarı ve kullanım süresinin kısıtlılığına işaret eden son kullanma verilerinin de etikette açıkça yer alması zorunludur.
- Klinik uygulamalarda güvenliği pekiştirmek amacıyla, hazırlanan tüm farmakolojik ajanların hem işitsel hem de görsel yöntemlerle teyit edilmesi esastır. Özellikle hazırlama ve uygulama süreçlerini farklı personelin yürüttüğü durumlarda, hata payını minimize etmek için en az iki yetkin sağlık çalışanının katılımıyla çapraz doğrulama gerçekleştirilmelidir.

Hemşirelerin görev ve sorumluluklarının geniş kapsamlı ve çeşitli olması, hasta ile sürekli etkileşimde bulunmaları ve bakım ile tedavi süreçlerinde aktif rol almaları, ilaçlara bağlı hata yapma risklerini önemli ölçüde artırmaktadır. Yazılış ya da söyleniş açısından birbirine yakın olan ilaç isimleri, farmasötik hata riskini artırmaktadır. Bu nedenle, benzer isimli ilaçların karışmasının önüne geçmek amacıyla, tüm ilaç ambalajlarının eczane birimi tarafından uygun biçimde etiketlenmesi ve ilaçların orijinal ambalajlarında saklanması zorunludur (Saufl, 2009).

Hemşirelerin ilaçlar konusunda derin bir farmakolojik bilgiye sahip olmalarının, ilaç uygulama sürecinde ortaya çıkabilecek risklere karşı gerekli önlemleri alabilme ve doğru hemşirelik müdahalelerini belirleyebilme becerilerine sahip olmalarının önemi vurgulanmaktadır. Bu yeterlilikler çerçevesinde, hemşirelerin, ilaç hatalarının önlenmesinde etkin bir rol üstlenebileceği belirtilmektedir. Önlenebilir ilaç hatalarının engellenmesi için aşağıdaki ilkelere dikkat edilmesi gerekmektedir:

- *Hasta Kimlik Doğrulaması:* Hastanın adı, soyadı, kayıt numarası veya doğum tarihi dikkatle kontrol edilmeli ve hastaya ait kimlik bileziği doğrulanmalıdır.
- *Doğru İlaç:* İlacın jenerik ve ticari adı bilinmelidir. İlaç isimlerinin birbirine benzeyebileceği göz önünde bulundurularak, doğru ilaç kullanıldığından emin olunmalıdır. Üzerinde etiketi tam okunamayan ilaçlar kullanılmamalıdır. İlacın etiketi okunurken dikkat edilmesi gerekenler;
  - ✓ Doğru ilacı aldığından emin olmak,
  - ✓ İlacı kaba koymadan önce, son bir kontrol yapmak,
  - ✓ Yanlışlıkla başka bir ilacın yerine koymadığınızdan emin olmak için, ilacı rafa kaldırırken etiketini tekrar okumaktır.
- *İlaç Etkinliği:* İlacın etkileri ve olası yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmanız çok önemli. Ayrıca, ilacın diğer ilaçlar veya besinlerle etkileşime girip girmediğini de dikkatlice değerlendirmelisiniz. Beklenmeyen bir durumla karşılaştığınızda vakit kaybetmeden doktorunuza haber vermelisiniz. İlaç uygulama saatlerini belirlerken, ilaçlar arası ve ilaç-besin etkileşimlerini göz önünde bulundurmanız gerekir.

- *Doğru Dozaj:* İlaçların minimum ve maksimum dozları, özellikle çocuk ve yetişkin hastalar için iyi bilinmelidir. Doz hesaplamaları yapılırken dikkatli olunmalı ve emin olmak için başka bir hemşirenin de onayı alınmalıdır.
- *Doğru Uygulama Yolu:* Bazı ilaçlar birden fazla yöntemle verilebilir. Bu nedenle, ilacın hangi yolla uygulanacağı, doktor talimatlarında net bir şekilde belirtilmelidir.
- *Uygun İlaç Formu:* Aynı ilacın farklı formları olabilir (örneğin, kapsül, tablet). Bu sebeple, doğru ilaç formunun seçildiğinden kesinlikle emin olunmalıdır.
- *Doğru Zamanlama:* İlaçlar, planlanan saatten 10-15 dakika önce hazırlanmalıdır. Uygulama genellikle planlanan saatten yarım saat önce veya sonraki bir saatlik zaman dilimi içinde yapılabilir. Günde üç kez verilecek ilaçların saatleri, hastanın uyku düzenine göre ayarlanabilirken, saatlik ilaçların tam zamanında verilmesi zorunludur.
- *Kayıt Doğruluğu:* İlaç uygulandıktan hemen sonra kayıt altına alınmalıdır. Olası hataları önlemek için, ilacı uygulayan hemşire, tedavi defterine veya hemşire gözlem formuna uygulama saatini, adını ve soyadını yazmalıdır (Aygin ve Cengiz, 2011).

2.11.4. Yanlış Taraf Cerrahisinin Önlenmesi

Tıbbi hatalar arasında, 'yanlış anatomik bölge', 'yanlış prosedür' veya 'yanlış hasta' kaynaklı hatalar önemli bir yer tutmaktadır. Bu tür hatalara, cerrahi müdahale esnasında hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması, ilaçların yanlış dozda veya hatalı bir şekilde uygulanması ile sterilizasyon kurallarına uyulmaksızın gerçekleştirilen tıbbi işlemler örnek olarak verilebilir (Wilson, 2002). Cerrahi alanında sıklıkla karşılaşılan sorunlar arasında; güvenli cerrahi kontrol listesine uyulmaması, kimlik doğrulama hataları nedeniyle yanlış hastaya cerrahi müdahalede bulunulması, cerrahi müdahalenin yanlış taraf üzerinde gerçekleştirilmesi, ameliyat sırasında yabancı cisimlerin vücut içinde unutulması, operasyon sırasında yanık vakalarının meydana gelmesi ve cerrahi aletlerle oluşan yaralanmaların yer aldığı belirtilmiştir (Bahar, 2018).

Yavuz ve Giersbergen'in (2016) belirttiği üzere, küresel ölçekte kabul gören DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin ulusal ölçekteki ilk uyarlaması hayata geçirilmiştir. 2011 yılında yayımlanan rehberle pratik uygulamalara zemin hazırlanan bu güvenlik aracı, 2015 yılında yapılan güncellemelerle en son halini alarak klinik süreçlerdeki yerini korumuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı "Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi", bu listenin dört aşamada uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. İlgili kılavuz; cerrahi güvenliği tesis etmek amacıyla, hastanın birimden sevki öncesinde, anestezi indüksiyonu aşamasında, cerrahi aşamanın hemen öncesinde ve müdahale sonlandırılmadan önce olmak üzere dört kritik eşikte sistematik denetim yapılmasını öngörmektedir (T.C. Resmî Gazete, 07.09.2024, Sayı 27214).

2.11.5. Sağlık Hizmetlerine Bağlı Enfeksiyonların Azaltılması

Her yıl milyonlarca kişi, sağlık kurumlarında sağlık hizmet süreci boyunca çeşitli enfeksiyonlara yakalanmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonların, tüm sağlık kuruluşlarını ilgilendiren kritik bir hasta güvenliği sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Enfeksiyonların kontrol altına alınmasında en temel önlemlerden bir tanesi, bakım hizmeti verenlerin el hijyenine dikkat etmesidir. “Dünya Sağlık Örgütü” nün yayımladığı el yıkama uygulamaları rehberlerine uyma, sağlık personelinin hasta kişilere enfeksiyonu bulaştırması durumunu azaltarak bu tür enfeksiyonların görülme oranını düşürmektedir. Cerrahi alan enfeksiyonları da bu bağlamda önemli bir sorun olup, sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyonların yaklaşık %15’ini oluşturmaktadır (Ay ve Karadağ, 2022).

Hastaneye yatırılan hastaların karşılaştığı en yaygın risklerden biri enfeksiyonlardır. El hijyeni uygulamalarına dikkat edilmesi gerekmektedir. El yıkamanın doğru bir şekilde yapılması, enfeksiyonların büyük ölçüde engellenmesini sağlayabilir. Deneyimli bir sağlık ekibi sayesinde hastane içindeki enfeksiyon süreçleri etkin bir şekilde kontrol altına alınabilir. Sağlık çalışanları arasında el hijyeni ve koruyucu ekipman kullanımı sürekli olarak izlenmelidir (Baykal ve Türkmen, 2022). Enfeksiyon durumu, hasta güvenliğini olumsuz etkileyen kritik faktörlerdendir. Bunlar; geçici veya kalıcı fonksiyon kayıplarına yol açabilir, sağlık kuruluşlarının maliyetlerini artırabilir, hastanede kalış sürelerini uzatabilir ve iş gücü kaybına neden olabilir. Ayrıca, enfeksiyonlar hastaların maddi ve manevi zorluklar yaşamasına sebep

olmakta, morbidite ve mortalite oranlarının artmasına da katkıda bulunmaktadır (Sur vd., 2019). Hastaneye yatış anında semptom göstermeyen ve kuluçka evresinde olmayan enfeksiyonların, yatıştan sonraki ilk birkaç gün içinde veya taburculuk sonrası kısa sürede gelişmesi, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon olarak tanımlanır. Bu tabloların temel ayırıcı tanısı, enfeksiyonun hastane ortamında veya tıbbi müdahaleler sırasında edinilmesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Hastane enfeksiyonlarını önlemek adına gerekli tedbirlerin alınması ve eğitim programlarının düzenli olarak yenilenmesi büyük önem taşımaktadır. Enfeksiyonların kontrolü, bireysel değil, ekip çalışmasına dayalı bir süreçtir. Hastane personelinin her bir üyesinin, bu konuda en büyük sorumluluğun kendilerinde olduğunun bilincine varması, uygulanacak yasal ve idari önlemlerden daha kritik bir rol oynamaktadır. Hasta bakım ekibinin üyeleri, bu önlemleri ne kadar benimserse, enfeksiyonların önlenmesinde o kadar başarılı olunacaktır. Alınan önlemlerin etkili olabilmesi, tüm personelin enfeksiyon kontrolü hakkında tam ve doğru bilgiye sahip olması, bu bilginin davranışlarına yansıması ve uygulamalarındaki özen ile yeterlilik düzeyine bağlıdır (İnfal, 2009).

Hastanelerde enfeksiyon riskini en aza indirmek için hem kullanılan malzemelerin temizliği hem de sağlık çalışanlarının, hastaların ve yakınlarının hijyen kurallarına uyması büyük önem taşır. Özellikle personel, her işlem sonrasında el hijyenine özen göstermelidir. Hastanelerin fiziki şartlarının, özellikle de hasta odalarında tuvalet ve banyo bulunmasının, kişisel temizlik için uygun olması gerekir. Ayrıca, yeterli personel sayısının sağlanması, temizlik hizmetlerinin etkinliğini artırarak enfeksiyon oranlarının yükselmesini engellemek açısından kritik bir faktördür (Köksal, 2001).

Hastane enfeksiyonları, aşağıdaki olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir:

- Hastanede kalış süresinin uzaması,
- Morbidite oranlarında artış,
- Yaşam kalitesinin düşmesi,
- Mortalite oranlarının yükselmesi,
- İş gücü ve üretkenlik kaybı,
- Sağlık hizmetleri maliyetlerinde artışa sebep olur (Ünal, 2004).

Hastaların hastanede yattıkları süre boyunca enfeksiyon kontrolü için çeşitli önlemler alınsa da taburcu olduktan sonraki süreç için yeterli bir takip altyapısı bulunmamaktadır. Cerrahi müdahale dışındaki hastalar için taburculuk sonrası enfeksiyon takibini sağlayacak bir mekanizma henüz oluşturulamamıştır. Bu durum, hastane enfeksiyonlarının incelenmesini sadece hastanede kalış süresiyle sınırlı kılmaktadır. Örneğin, diyaliz tedavisi gören hastalar, hepatit veya HIV gibi bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riski taşımakta ve bu durumu daha sonra tesadüfen öğrenebilmektedir." Hastaların taburcu olduktan sonra da hastane enfeksiyonu gelişip gelişmediğinin izlenmesi önemlidir. Böylece, hastaların gereksiz zarara uğramalarının önüne geçilerek, zamanında uygun tedavi almaları sağlanabilir (Etöz, 2008).

2.11.6. Düşme Riskinin Azaltılması

Sağlık hizmeti sunumu esnasında meydana gelen düşme olayları, hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilir, ciddi veya ölümle sonuçlanabilecek yaralanmalara neden olabilir ve morbidite oranlarını artırma riski taşımaktadır. Bu nedenle, birçok sağlık kurumu, hasta düşme riskini belirlemek amacıyla çeşitli düşme tahmin araçlarını kullanmaktadır (Ortenzio, Brittain, Frommeyer, Muwanga, Stolfi, Parikh and O'Malley, 2024).

Düşmeler, yaralanmaların ve sakatlanmaların önemli bir kaynağı olup, bu olayların meydana gelme nedenleri ve sıklığı yaşla doğrudan bağlantılıdır. Özellikle bebekler, çocuklar ve yaşlı bireylerde yüksek mortalite ve morbidite oranlarına neden olabilmektedir (Gökçek, Gökçek, Yılmaz, Kasım, Yılmaz ve Özkara, 2019). Bu çerçevede, sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanması, bebekler, çocuklar, 65 yaş üstündeki bireyler ve hareket kısıtlılığı bulunan hastalar için kritik bir öneme sahiptir (Saufl, 2009). Hemşirelerin, periyodik düşme riski değerlendirmeleri gerçekleştirerek ve ilave hemşirelik müdahaleleri uygulayarak düşme olaylarını önlemedeki katkıları önemle belirtmektedir. Hemşireler, hastanelerde ve toplumsal sağlık alanında düşmelerin önlenmesine yönelik eğitim verme ve hasta güvenliği yönetimi konusunda temel rol üstlenen uzmanlardır (Chu, 2017).

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen düşme olayları, hastalarda sıklıkla ciddi yaralanmalar, sakatlıklar ve vücut fonksiyonlarında bozulmalar gibi olumsuz etkilere neden olmaktadır.

Bu sorunlar, hastaların hastanede kalış ve tedavi sürelerinin uzamasına, iş gücü kaybına ve yaşam standartlarının düşmesine yol açabilmektedir (Özşaker, Yapsu ve Yılmaz, 2019).

Düşme olaylarının önlenebilmesi için, uygun ölçekler aracılığıyla düşme riskinin değerlendirilmesi ve riskli hastaların belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, düşmenin engellenmesine yönelik koruyucu uygulamaların hayata geçirilmesi, olası düşme vakalarının düzenli olarak raporlanması, uyarıcı işaret ve bilgilendirme yazılarının kullanılması, hasta transferlerinin özenle gerçekleştirilmesi, ameliyat masasında güvenlik kemerlerinin uygulanması ve hem hasta hem de yakınlarının bilgilendirilmesi gerekli önlemler arasında yer almaktadır (Ay ve Karadağ, 2022).

2.11.7. Güvenli Alarm Kullanımı

Klinik alarm sistemleri, olası hasta sorunlarını önceden fark ederek sağlık profesyonellerini bilgilendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ancak bu sistemlerin etkili biçimde takip edilmemesi ve uygun şekilde yönetilmemesi durumunda, hasta güvenliği olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Özellikle ameliyathane ortamlarında yoğun teknolojik donanımın bulunması, cihazların uygun konumlandırılmaması, alarm sinyallerinin aşırı sayıda olması ve gürültü faktörü, uyarıların fark edilmemesine, göz ardı edilmesine ya da tamamen devre dışı bırakılmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda, klinik alarm güvenliğinin sağlanabilmesi için sağlık kurumlarının bütüncül, planlı ve eşgüdümlü stratejiler geliştirmesi gereklidir. Hasta güvenliği standartlarını belirlemede küresel ölçekte önemli bir otorite olan JCI, klinik alarm sistemlerinin yönetimini kritik bir alan olarak değerlendirmekte; yöneticilerin alarm güvenliğini kurumsal öncelik haline getirmesi, en kritik uyarıların tanımlanması ve bu doğrultuda politika ile uygulama prosedürlerinin oluşturulması gerektiğini ifade etmektedir (The Joint Commission International, 2024).

Alarm sistemleri, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmak için kullanılsa da düzgün yönetilmediklerinde olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu sorunların üstesinden gelmek için alarm yönetimiyle ilgili protokoller oluşturulmalı, sağlık profesyonelleri düzenli olarak eğitilmeli ve haftalık toplantılar düzenlenmelidir. Bu sayede, farkındalık artırılarak sorunlar tartışılabilecek ve ortak çözümler bulunabilecektir. Alarm yönetimi konusunda bilgi eksikliği ve sınırlı sayıda çalışma

olması nedeniyle, araştırmaların sadece alarm sayısına odaklanmak yerine hasta sonuçlarına yönelik olması önerilmektedir. Yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi cihazlar, alarm sistemlerinin kalitesi ve insan hatalarından kaynaklanan hasta kayıpları, bu alanda standartların belirlenmesini zorunlu kılmaktadır (Emergency Care Research Institute, 2013). Yanlış alarm yönetimiyle ilgili raporlar ve araştırma bulguları, JCI'ın (Joint Commission International) "alarm güvenliğini" sağlık hizmetleri akreditasyonunda zorunlu bir kriter olarak belirlemesine yol açmıştır (The Joint Commission International, 2013).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Öğrenen örgütler ile hasta güvenliği kültürü ilişkinin incelenmesi doğrultusunda gerçekleştirilen araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel deseni kullanılarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma, sağlık bakım hizmetlerinin hastalar üzerinde meydana gelebilecek zararlarını önlemek ve ortaya çıkan hataların ya da zararların tekrarlanmamasını sağlamak amacıyla öğrenen örgütlerde olumlu hasta güvenliği kültürü oluşturmayı hedeflemektedir.

3.3. Araştırma Soruları

- Hemşirelerin öğrenen örgüte ilişkin algısı nasıldır?
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algı ve bilgi yeterlilikleri ne düzeydedir?
- Hemşirelerin sosyo-demografik verileri ve profesyonel özgeçmişlerinin, öğrenen organizasyon algısı üzerinde anlamlı farkı var mıdır?
- Hemşirelerin sosyo-demografik yapısı ve profesyonel kimlik değişkenleri açısından, hasta güvenliği kültürü algılarında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- Hemşirelerde "öğrenen örgüt" algısıyla "hasta güvenliği kültürü" bilgi durumunda bağlantı ne şekildedir?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, 4 Nolu Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı bir şehir hastanesi, üç eğitim araştırma hastanesi ve iki devlet hastanesini kapsayacak şekilde olup, bu hastanelerde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilecektir. Çalışma 01.08.2024-25.02.2026 tarihleri arasını kapsamakta olup, çalışmanın verileri etik kurul ve kurul iznini takiben 01.12.2024- 01.04.2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma'nın evreni 4 Nolu Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı hastanelerde hemşire pozisyonunda çalışan 2352 hemşiredir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü belirlenirken hem evreni bilinen örneklem hesaplama yöntem, hem de güç analizi yapılmıştır. Evreni 2352 katılımcı olan çalışmada, evreni bilinen örneklem hesabına göre minimum örneklem büyüklüğü 330 olarak hesaplanmış; ancak çalışmanın istatistiksel gücünü artırmak amacıyla yapılan power analizinde minimum örneklem büyüklüğü 334 olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda örneklem, power analizine göre yapılan hesaplamadaki 334 katılımcı olarak kabul edilmiş olup, çalışma 427 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Örnekleme yöntemi olarak orantılı kota örnekleme kullanılmıştır. Kota örnekleme yöntemi, bir popülasyonun belirli özelliklerinin örneklem içinde orantılı olarak temsil edilmesini sağlayan, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden birisidir (Yang and Banamah, 2014). Olasılıksız örnekleme yöntemleri içinde evreni temsil gücü daha yüksek olduğu için bu yöntem seçilmiştir. Araştırmada, her bir hastane türü bir kota olarak kabul edilmiştir. İlk olarak hastanelerin hemşire sayılarının evrende yer alan toplam hemşire sayısına oranı hesaplanmıştır. Ardından örneklemde her hastaneden ulaşılması gereken minimum hemşire sayısı hesaplanmıştır (Çizelge 3.1). Kota örnekleme yöntemi, tabakalı örnekleme ile karıştırılmakla birlikte, tabakalı örneklemden farkı belirlenen hastanelerde çalışan hemşirelere randomizasyon ile değil gelişigüzel örnekleme yöntemi ile olasılıksız olarak ulaşılmasıdır (Esin, 2015). Bu doğrultuda, araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde görev yapan ve gelişigüzel örnekleme ile ulaşılan 427 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (n=427). Evren ve örneklemi oluşturan hastanelerin türüne göre hemşire dağılım tablosu 3.1'de gösterilmiştir.

Araştırmanın örneklem hesabı

$$n = \frac{\mathrm{Nt2pq}}{\mathrm{d2(N-1)+t2pq}} \quad (3.1)$$

n= 330, olarak hesaplanır.

Bir araştırmanın istatistiksel güç, II. tip hata olasılığının (β) tamamlayıcısı olan 1−β değeriyle tanımlanır ve literatürde bu değerin en az %80 olması yeterli kabul edilmektedir. Bu çalışma İstanbul ilinde yer alan toplam 6 hastanedeki hemşireler dahil edilerek yapılmıştır. Çalışmanın örneklemine, evrende bulunan 2352 hemşire arasından kota örnekleme yaklaşımıyla, α=0.05 hata payı ve %80 güç koşulunu sağlayacak biçimde toplam 334 kişi dahil edilmiştir.

Bu çalışmada p değerinin 0.50 olarak belirlenmesinin nedeni, araştırma konusu hakkında önceden herhangi bir oran bilgisine sahip olunmamasıdır. p ve q çarpımı bu değerde en yüksek seviyeye ulaştığından, formülde yer alan varyans bileşeni artmakta ve böylece gerekli örneklem büyüklüğü en üst düzeyde hesaplanmaktadır (Yamane, 2010).

3.1. Araştırmanın örneklem hesabı

Kota (Hastane Türü)	**Evren (N=2352)**	**Evreni Temsil Etme Oranı (%)**	**Örneklem Sayısı (n=334)**	**Toplanan Örneklem Sayısı**
Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	1272	54,0	180	206
Şehir Hastanesi	848	36,1	121	171
Devlet Hastaneleri	232	9,9	33	50
Toplam	**2352**	**100,0**	**334**	**427**

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan bilgiler "Katılımcılara İlişkin Bilgi Formu", "Öğrenen Örgüt Ölçeği" ve "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" şeklinde elde edilmiştir.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini ve sosyo-demografik verilerini kayıt altına almak amacıyla; ilgili alan yazın taranarak, toplam 14 maddelik yapılandırılmış bir veri formu kullanılmıştır (Ertek, 2016; Dağdelen, 2014; Tokay, 2010).

3.6.2. Öğrenen Örgüt Ölçeği

Öğrenen Örgüt Ölçeği Çetin ve Baydar (2021) tarafından geliştirilmiştir. Örgütlerin öğrenen örgüt niteliklerini tespit etmek amacıyla geçerli ve güvenilir bir Likert tipinde bir ölçme aracı geliştirilmiştir. 16 madde ve üç alt boyut içerir. Ölçek "örgütsel öğrenme" "yenilikçi öğrenme" ve "vizyoner öğrenme" boyutlarından oluşmaktadır Ölçek 5'li likert şeklindedir. Derecelendirme için "Kesinlikle Katılmıyorum'dan (0)" "Kesinlikle Katılıyorum'a (4)" şeklindir. Ölçekte ters maddeye olmayıp, puan ortalamasının 4'e doğru artması olumlu bir öğrenen örgüt yapısını, 0'a doğru azalması ise olumsuz öğrenen örgüt yapısı olarak yorumlanır.

Bu çalışmadaCronbach alfa katsayısı alt boyutlarda "Örgütsel öğrenme" 0,875, "yenilikçi öğrenme" 0,827, "vizyoner öğrenme" 0,871 ve ölçek geneli için 0,942 bulunmuştur.

Ölçek yapı geçerliliği için "Açımlayıcı Faktör Analizi" uygulanmış ve toplam varyansın önemli bir kısmını açıklayan 16 maddelik ve üç boyutlu bir yapı elde edilmiştir. Çok boyutlu ölçek mimarisine uygun olarak, her bir faktör altındaki maddelerin kendi aralarındaki korelasyon değerleri $r > .25$ ($p < 0,01$) eşiğinin üzerinde saptanmıştır. Aracın iç tutarlılığını simgeleyen Cronbach Alpha katsayısı 0.96 olarak hesaplanmış; ek olarak iki yarı güvenirlik (0.85), Spearman-Brown (0.92) ve Guttman (0.92) katsayıları ile yüksek güvenirlik düzeyi teyit edilmiştir. Analizler sonucunda elde edilen $\alpha \geq 0.90$ bulgusu, ölçeğin bilimsel araştırmalarda veri toplamak amacıyla yüksek güvenle kullanılabileceğini kanıtlamaktadır (Çetin ve Baydar, 2021).

3.6.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Türkmen, Baykal, Seren ve Altuntaş **(**2011) tarafından geliştirilen ölçek toplam 51 maddeden oluşmaktadır. Ölçek yapısal olarak beş temel boyutu kapsamaktadır: "Yönetim ve liderlik" "çalışan davranışı", "beklenmedik olay ve hata raporlama", "çalışanların eğitimi" ve "bakım ortamı" şeklinde Likert tipinde yapılanmış olup, "tamamen katılmıyorum (1)", "tamamen katılıyorum (4)" arasında

bir derecelendirme kullanılmaktadır. Puanlama aritmetiğinde, hem alt boyutlar hem de genel ölçek için madde toplamlarının madde sayısına oranlanması esastır; bu bağlamda 1'e yaklaşan skorlar zayıf, 4'e yaklaşan skorlar ise gelişmiş bir güvenlik kültürüne işaret etmektedir. Ölçeğin yapısal geçerliliği için "Doğrulayıcı Faktör Analizi" uygulanmış ve sonucunda; maddelerin ilgili boyutlarla olan ilişkisini gösteren alt botut

tutarlılığını simgeleyen test-tekrar test korelasyonu ise r=0.47 olarak kaydedilmiştir. İç tutarlılık analizlerinde, ölçeğin toplamı için "Cronbach alfa katsayısı" 0.97 gibi oldukça yüksek bir değer sergilerken, alt boyut bazlı güvenirlik düzeylerinin 0.83 ile 0.92 arasında değiştiği görülmüştür. Ayrıca, madde ve toplam puan korelasyonunun 0.4 ile 0.75 olarak seyretmesi, maddelerin ölçülen yapıyla yüksek düzeyde uyumlu olduğunu doğrulamaktadır (Türkmen vd., 2011). Alt boyut bazında incelendiğinde; "yönetim ve liderlik" (0.92), "çalışan davranışı" (0.91), "beklenmedik olay ve hata raporlama" (0.83), "eğitim süreçleri" (0.91) "bakım ortamı" (0.86) faktörlerinin her birinin istatistiksel açıdan güçlü birer güvenirlik sergilediği anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada "Cronbach alfa katsayısı" alt boyutlarda, "yönetim ve liderlikte" 0.884, "çalışan davranışında" 0.865, "beklenmedik olay ve hata raporlamada" 0.692, "çalışanların eğitiminde" 0.787, "bakım ortamında" 0.815, ölçeğin genelinde de 0.940 şeklinde tespit edilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması Süreci

Veriler 01.12.2024- 01.04.2025 arasında araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda görev yapan hemşirelerden toplanmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış, verilerin gizliliği korunacağı belirtilmiş ve gönüllülük esasına göre araştırmaya katılımları sağlanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi Yöntemi

Araştırma verilerinin analitik değerlendirmesi sürecinde, SPSS 27 paket programından istifade edilmiştir. Betimleyici bulguların sunumunda; niceliksel ölçümlerde "standart sapma, aritmetik ortalama, medyan ve uç değerler" kullanılırken, değişkenler ise "frekans dağılımları ve yüzde değerleri" aracılığıyla özetlenmiştir.

Elde edilen verilerin parametrik test varsayımlarından biri olan normal dağılım uyumluluğu ise Shapiro-Wilk testi ve kutu grafiği (Box Plot) yöntemleriyle tetkik edilmiştir.

Ölçek güvenirliği için "Cronbach alfa katsayısı" ile değerlendirildi ve "Cronbach alfa katsayısı" "0.80 ile 1.00" arası öçeğin yüksek güvenirliğini göstermektedir (Tavşancıl, 2019; Ural ve Kılıç, 2021).

Verilerin parametrik varsayımları karşıladığı durumlarda; iki bağımsız grup aritmetik ortalama arasında farkı "Student t-testi" ile analiz edilmiştir. Üç veya daha çok grup karşılaştırmalarında "Tek Yönlü Varyans Analizi" yöntemine başvurulmuş olup, saptanan anlamlı farklılıkların hangi kaynaklı olduğunu saptanması "Bonferroni testi" tercih edilmiştir.

Normallik için çarpıklık basıklık değerlerine bakılmıştır. Literatürde kabul gördüğü üzere çarpıklık basıklık değerleri -3 ile +3 arasında normal kabul edilmiştir (Groeneveld and Meeden, 1984).

Öğrenen Örgüt özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürü düzeyleri üzerindeki etkilerini araştırmak için Enter Lineer Regresyon Analizi yapıldı.

Değişkenler arasındaki etkileşimin yönünü ve şiddetini belirlemek amacıyla, verilerin dağılım özelliklerine uygun olarak Pearson korelasyon katsayısı (r) hesaplanmıştır. Elde edilen katsayıların yorumlanmasında literatürle uyumlu şu sınıflandırma referans alınmıştır: "0,00-0,10 aralığı ilişkinin bulunmadığını", "0,10-0,39 zayıf düzeyde" bir bağın varlığını, "0,40-0,69 orta şiddetli etkileşimi", "0,70-0,89 güçlü ve 0,91-1,00 ise çok yüksek düzeydeki korelasyonu" belirtmektedir (Schober, Boer and Schwarte, 2018).

Analizlerden elde edilen tüm bulgular %95 güven aralığında test edilmiş olup, istatistiksel kararların verilmesinde "p <0,05 anlam eşiği" referans gösterilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, 4 Nolu Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı hastanelerde görev yapan hemşirelerle sınırlıdır. Elde edilen sonuçlar sadece bu örneklem grubunu temsil etmekte olup, genellenemez.

3.10. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Çalışmanın yapılacağı 4 Nolu Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı hastanelerde hemşire olarak çalışıyor olmak,
- Hastanelerde en az bir yıl çalışıyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak şeklindedir.

3.11. Etik Yön ve Bilgilendirme Süreci

Araştırmanın etik uygunluğu, "Haliç Üniversitesi Etik Kurulu" yoluyla 30/05/2024'de, 132 sayılı toplantı karar ile alınmıştır. Etik onayı takiben, verilerin toplanacağı kurumdan gerekli idari izinler resmi kanallar aracılığıyla temin edilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçme araçları için telif hakkı sahipleriyle e-posta üzerinden iletişime geçilerek gerekli kullanım izinleri alınmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olan veri toplama sürecinde, hemşirelere araştırmanın kapsamı hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve kişisel verilerin korunacağına dair beyan verilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma 4 Nolu Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı hastanelerde %87,4'ü kadın ve %12,6'sı erkek şeklinde olarak 427 katılımcıyla gerçekleşmiştir. Araştırmadaki katılımcıların yaşları 25 ile 53 arasındadır ve ortalamaları 33,73±6,81'dir.

4.1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

		n (%)
Cinsiyet	**Kadın**	373 (87,4)
	Erkek	54 (12,6)
Yaş	*Ort±Ss*	33,73±6,81
	Medyan (Min-Maks)	31 (25-53)
Medeni durum	**Evli**	220 (51,5)
	Bekar	192 (45)
	Dul	12 (2,8)
	Boşanmış	3 (0,7)
	Ayrı	0 (0)
Eğitim durumu	**Lise**	28 (6,6)
	Ön Lisans	57 (13,3)
	Lisans	325 (76,1)
	Lisansüstü	17 (4)
	Doktora	0 (0)
TOPLAM		**427 (100)**

Medeni durum açısından katılımcıların %51,5'i (n=220) evli, %45'i (n=192) bekar, %2,8'i (n=12) dul, %0,7'si (n=3) boşanmış olup, ayrı olan birey bulunmamaktadır.

Eğitim durumuna göre katılımcıların %6,6'sı (n=28) lise, %13,3'ü (n=57) önlisans, %76,1'i (n=325) lisans, %4'ü (n=17) lisansüstü mezunudur ve doktora yapan katılımcı yoktur.

4.2. Çalışma hayatına ilişkin özelliklerin dağılımı

		n (%)
Mesleki hizmet yılı	**1 yılın altında**	0 (0)
	1-5	139 (32,6)
	6-10	126 (29,5)
	11 yılın üzerinde	162 (37,9)
Kurum içi hizmet yılı	**1 yılın altında**	0 (0)
	1-5	163 (38,2)
	6-10	119 (27,8)
	11 yılın üzerinde	145 (34)
Birim içi hizmet yılı	**1 yılın altında**	0 (0)
	1-5	276 (64,6)
	6-10	131 (30,7)
	11 yılın üzerinde	20 (4,7)
Çalışılan kurum	**Şehir Hastanesi**	171 (40)
	Eğitim Araştırma Hastanesi	206 (48,3)
	Devlet Hastanesi	50 (11,7)
Çalışma şekli	**Devamlı Gece**	26 (6,1)
	Devamlı Gündüz	169 (39,6)
	Vardiya	118 (27,6)
	Nöbet	114 (26,7)
Haftalık çalışma süresi	**40 saat**	197 (46,1)
	45 saat	126 (29,5)
	45 saat üzeri	104 (24,4)
Çalışılan birim	**Servis**	216 (50,6)
	Yoğun bakım	37 (8,7)
	Ameliyathane	37 (8,7)
	Poliklinik	50 (11,7)
	Acil Servis	44 (10,3)
	Özel Birim/Ünite	19 (4,4)
	Ofis/Büro	24 (5,6)
TOPLAM		**427 (100)**

Meslekte çalışma süresine göre katılımcıların %32,6'sı (n=139) 1 ile 5 sene, %29,5'i (n=126) 6 ile 10 sene, %37,9'u (n=162) 11 yılın üzerinde deneyime sahiptir; 1 yıldan az süredir çalışan yoktur. Kurumda çalışma süresine göre katılımcıların %38,2'si (n=163) 1ile 5 sene, %27,9'u (n=119) 6 ile 10 sene, %34'ü (n=145) 11 sene üzeridir; 1 yıldan az süredir çalışan bulunmamaktadır. Birimde çalışma süresine göre

katılımcıların %64,6'sı (n=276) 1 ile 5 sene, %30,7'si (n=131) 6 ile 10 sene, %4,7'si (n=20) 11 senenin üzeridir; 1 yıldan az çalışan yoktur. Çalışılan kurumlara göre katılımcıların %48,2'si (n=206) eğitim araştırma hastanesinde, %40'ı (n=171) şehir hastanesinde, %11,7'si (n=50) devlet hastanesinde görev yapmaktadır.

Çalışma şekline göre katılımcıların %6,1'i (n=26) devamlı gece, %39,6'sı (n=169) devamlı gündüz, %27,6'sı (n=118) vardiya, %26,7'si (n=114) nöbet sisteminde çalışmaktadır. Haftalık çalışma süresine göre katılımcıların %46,1'i (n=197) 40 saat, %29,5'i (n=126) 45 saat, %24,4'ü (n=104) 45 saat üzeri çalışmaktadır.

Çalışılan birime göre katılımcıların %50,6 (n=216) serviste, %8,7 (n=37) yoğun bakımda, %8,7 (n=37) ameliyathanede, %11,7 (n=50) poliklinikte, %10,3'ü (n=44) acil serviste, %4,4'ü (n=19) özel birim/ünitede, %5,6'sı (n=24) ofis/büroda çalışmaktadır.

4.3. Öğrenen örgütler ve hasta güvenliği ile ilgili sorulara göre verilen dağılımı

		n (%)
Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?	**Olumlu**	190 (44,5)
	Olumsuz	16 (3,8)
	Kararsızım	62 (14,5)
	Fikrim yok	159 (37,2)
Hasta güvenliği eğitimi almış olma durumunuz nedir?	**Aldım**	408 (95,6)
	Almadım	19 (4,4)
Hasta güvenliği konusunda bir komitede görev alma durumunuz nedir?	**Evet**	58 (13,6)
	Hayır	369 (86,4)
TOPLAM		**427 (100)**

Öğrenen örgütlere yönelik görüşlere göre olguların %44,5'i (n=190) olumlu, %3,7'si (n=16) olumsuz görüş bildirmiş; %14,5'i (n=62) kararsız, %37,2'si (n=159) fikri olmadığını belirtmiştir. Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre olguların %95,6'sı (n=408) bu konuda eğitim almışken, %4,4'ü (n=19) almamıştır. Hasta güvenliği komitesinde görev alma durumuna göre olguların %13,6'sı (n=58) görev almışken, %86,4'ü (n=369) görev almamıştır.

4.4. Öğrenen örgüt ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Orta Düzeyde Katılıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kurumda, geleceğe yönelik kararlar alınırken herkesin fikri alınır.	21	4,9	203	47,5	96	22,5	96	22,5	11	2,6
Kurumda, ekip ruhuna uygun şekilde çalışma teşvik edilir.	15	3,5	85	19,9	200	46,8	102	23,9	25	5,9
Kurumda, başarının bireysel değil ekip olarak elde edildiği düşünülür.	17	4,0	56	13,1	219	51,3	111	26,0	24	5,6
Kurumun iç işleyişinde sürekli iyileştirmeler yapılır.	30	7,0	75	17,6	202	47,3	102	23,9	18	4,2
Kurumda, üyeler faaliyetlerin hangi amaca yönelik yapıldığını bilir.	39	9,1	85	19,9	181	42,4	97	22,7	25	5,9
Kurumsal amaçlara uygun şekilde toplanan bilgi işlenerek kullanılır.	33	7,7	89	20,8	188	44,0	100	23,4	17	4,0
Kurumda, faaliyetler hakkında geri bildirim alınır.	32	7,5	91	21,3	182	42,6	106	24,8	16	3,7
Çalışanlar, kurumu yeniliğin kaynağı olarak görür.	31	7,3	93	21,8	172	40,3	109	25,5	22	5,2
Kurumda, sürekli öğrenme imkanı sunan ortamlar oluşturulur.	29	6,8	97	22,7	160	37,5	122	28,6	19	4,4
Kurumda, adanmışlığı yüksek üyeler düzenli olarak bir araya gelir.	42	9,8	92	21,5	170	39,8	106	24,8	17	4,0
Kurumda, sınırları zorlayan yenilikçi fikirler oluşturulur.	44	10,3	99	23,2	177	41,5	87	20,4	20	4,7
Kurumda, yapılan işlerde güçlü bir amaç duygusu hissedilir.	33	7,7	107	25,1	165	38,6	104	24,4	18	4,2
Kurumda, yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri açıkça dile getirilir.	38	8,9	73	17,1	184	43,1	114	26,7	18	4,2
Kurumda, üyeler ortak vizyona güçlü bir şekilde bağlıdır.	41	9,6	93	21,8	158	37,0	116	27,2	19	4,4
Çalışanlar, kurumdaki kalıp düşünceleri tartışabilir.	42	9,8	95	22,2	170	39,8	97	22,7	23	5,4
Çalışanlar, kişisel vizyonlarını gerçekleştirebilme kararlılığına sahiptir.	50	11,7	101	23,7	147	34,4	112	26,2	17	4,0

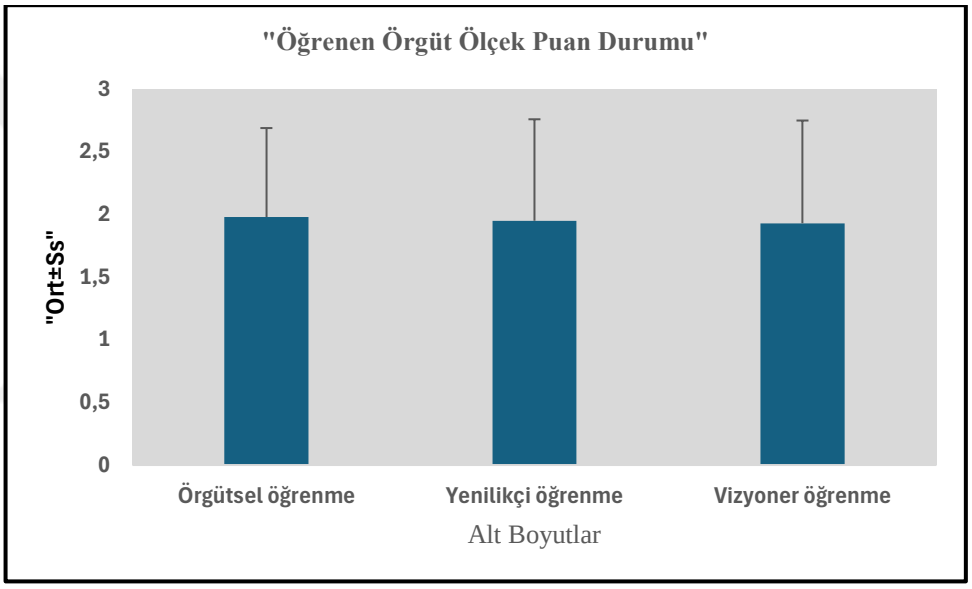
Katılımcıların Öğrenen Örgüt Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı çizelge 4.4'deki gibidir.

4.5. Öğrenen örgüt ölçeği iç tutarlılıkların incelenmesi

	Madde Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach's Alpha
Örgütsel öğrenme	7	1,98±0,71	2 (0-4)	***0,875***
Yenilikçi öğrenme	4	1,95±0,81	2 (0-3,8)	***0,827***
Vizyoner öğrenme	5	1,93±0,82	2 (0-3,8)	***0,871***
Toplam puan	16	1,95±0,72	2 (0,1-3,9)	***0,942***

Katılımcıların “Öğrenen Örgüt Ölçeği” ve alt boyutlarına verdikleri yanıtların analizi sonuçları şu şekildedir: En yüksek ortalama puan “Örgütsel Öğrenme” boyutunda (1,98±0,71) görülürken, “Yenilikçi Öğrenme” (1,95±0,81) ve “Vizyoner Öğrenme” (1,93±0,82) boyutları izlemektedir. Ölçeğin bütününe bakıldığında, genel öğrenen örgüt algısının 1,95±0,72 ortalama puanla temsil edildiği görülmektedir.

İç tutarlılık incelendiğinde; “Örgütsel Öğrenme” için α=0,875, “Yenilikçi Öğrenme” için α=0,827, “Vizyoner Öğrenme” için α=0,871 ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanı için α=0,942 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, Öğrenen Örgüt Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları için elde edilen Cronbach’s Alpha katsayısına göre ölçeğin iç tutarlılığının mükemmel düzeyde olduğunu saptanmıştır (Çizelge 4.5).



4.1. Öğrenen örgüt ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı

4.6. Öğrenen örgüt ölçeği puanlarının dağılımının normallik incelemesi

		Çarpıklık	Basıklık	Durum
Öğrenen Örgüt Ölçeği	**Örgütsel Öğrenme**	-0,100	-0,014	**Normal**
	Yenilikçi Öğrenme	-0,169	-0,422	**Normal**
	Vizyoner Öğrenme	-0,161	-0,590	**Normal**
	Toplam Puan	-0,120	-0,398	**Normal**

Çarpıklık basıklık değerleri incelendiğinde; Öğrenen Örgüt Ölçeği puanlarının çarpıklık ve basıklık katsayıları -3 ile +3 aralığında olduğundan puanlar normal kabul edilmiştir (Çizelge 4.6).

4.7. Yaşlar ile öğrenen örgüt ölçeği puanları arasındaki ilişki

			Yaş
Öğrenen Örgüt Ölçeği	**Örgütsel Öğrenme**	**r**	0,079
		p	***0,102***
	Yenilikçi Öğrenme	**r**	0,067
		p	***0,169***
	Vizyoner Öğrenme	**r**	0,080
		p	***0,101***
	Öğrenen Örgüt Ölçek Toplam Puanı	**r**	0,082
		p	***0,091***

"r:Pearson's Korelasyon Katsayısı"

Yaşlar ile Öğrenen Örgüt Ölçeği "Örgütsel öğrenme", "Yenilikçi öğrenme", "Vizyoner öğrenme" ve "Öğrenen Örgüt Ölçeği" toplam puanlarında bir bağıntı bulunmamaktadır (p>0,05).

4.8. Tanımlayıcı özelliklerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

			Örgütsel Öğrenme	Yenilikçi Öğrenme	Vizyoner Öğrenme	Toplam Puan
Cinsiyet	**Kadın**	*Ort±Ss*	1,99±0,70	1,94±0,80	1,94±0,81	1,96±0,71
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2 (0,3-3,9)
	Erkek	*Ort±Ss*	1,88±0,78	2,00±0,84	1,89±0,91	1,91±0,78
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-3,3)	2 (0-3,8)	2 (0,2-3,6)	2,1 (0,1-3,3)
	[a]p		***t:1,021/0,308***	***t:-0,484/0,628***	***t:0,416/0,677***	***t:0,457/0,648***
Eğitim durumu	**[A]Lise**	*Ort±Ss*	2,26±0,66	2,12±0,79	2,31±0,65	2,24±0,63
		Medyan (Min-Maks)	2,1 (1,3-3,4)	2 (0,8-3,5)	2,3 (1-3,4)	2,2 (1,2-3,4)
	[B]Ön lisans	*Ort±Ss*	2,01±0,76	2,05±0,96	2,05±0,88	2,03±0,79
		Medyan (Min-Maks)	2,1 (0-3,6)	2,3 (0-3,5)	2,2 (0,4-3,6)	2,3 (0,1-3,3)
	[C]Lisans	*Ort±Ss*	1,96±0,71	1,94±0,78	1,89±0,83	1,94±0,71
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2 (0,3-3,9)
	[D]Lisansüstü	*Ort±Ss*	1,67±0,58	1,40±0,53	1,68±0,65	1,61±0,52
		Medyan (Min-Maks)	1,7 (0,7-3)	1,5 (0,3-2,3)	1,6 (0,2-2,6)	1,6 (0,6-2,6)
	[b]p		***"F:2,599/0,052"***	***"F:3,391/0,001**"***	***"F:3,182/0,024*"***	***F:3,167/0,024****
	"Post-hoc"			***D<B,C***	***A>C,D***	***A>D***
Medeni durumu	**Evli**	*Ort±Ss*	1,96±0,71	1,95±0,81	1,91±0,82	1,94±0,72
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-3,6)	2 (0-3,5)	2 (0-3,8)	2 (0,3-3,5)
	Bekar	*Ort±Ss*	1,99±0,71	1,94±0,81	1,96±0,83	1,97±0,72
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2,1 (0,1-3,9)
	[a]p		***t:-0,3290,753***	***t:0,237/0,813***	***t:-0,630/0,529***	***t:-0,303/0,762***

"[a]Student t Test"
"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test"
**p<0,05*

Cinsiyet;

Cinsiyetlere ilişkin "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme", "Vizyoner Öğrenme" alt boyut puanları ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanlarına bakıldığında desteklenen bir bağıntı bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Öğrenim durumu;

Öğrenim dururumu bakımından "Örgütsel Öğrenme" boyutlarına bakıldığında, desteklenen bir bağıntı bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Öğrenim durumu açısından "Öğrenen Örgüt Ölçeği" nin "Yenilikçi Öğrenme" alt boyut puanlarında farklılaşma gözlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Öğrenim durumu lisansüstü olanların "Yenilikçi Öğrenme" alt boyut puanı, diğer öğrenim durumlarından istatistiksel anlamda düşük tespit edilmiştir ($p=0,004$; $p=0,004$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Öğrenim seviyelerine göre, "Öğrenen Örgüt Ölçeği" nin Vizyoner Öğrenme alt boyutunda puanlarda değişimler gözlemlenmiştir ($p=0,024$; $p<0,05$). Öğrenimi lise olan kişilerin "Vizyoner Öğrenme" alt boyutunun puanları, diğer öğrenim durumlarından istatistiksel anlamda yüksek gözlemlenmiştir ($p=0,014$; $p=0,016$; $p<0,05$).

Öğrenim durumu açısından "Öğrenen Örgüt Ölçeği" nin toplam puanlarında değişimler gözlenmiştir ($p=0,024$; $p<0,05$). Eğitimi lise olan kişilerin toplam puanları, öğrenim durumu lisansüstü olan kişilerden istatistiksel anlamda yüksek olarak gözlemlenmiştir ($p=0,024$; $p<0,05$).

Medeni durum;

Medeni durumlara göre Öğrenen Örgüt Ölçeği "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme", "Vizyoner Öğrenme" alt boyutunun puanları ve "Öğrenen Örgüt Ölçeği" toplam puanları için desteklenen bağıntı bulunmamaktadır ($p>0,05$) .

4.9. Çalışma sürelerine ilişkin özelliklerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

			Örgütsel Öğrenme	Yenilikçi Öğrenme	Vizyoner Öğrenme	Toplam Puan
Meslekte çalışma süresi	**1-5 yıl**	*Ort±Ss*	1,89±0,76	1,87±0,83	1,85±0,86	1,87±0,75
		Medyan (Min-Maks)	1,9 (0-4)	1,8 (0-3,8)	2 (0-3,8)	1,9 (0,1-3,9)
	6-10 yıl	*Ort±Ss*	2,02±0,71	1,99±0,81	1,97±0,77	2,00±0,70
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,4)	2 (0-3,8)	2 (0,2-3,8)	2,1 (0,3-3,5)
	11 yıl ve üzeri	*Ort±Ss*	2,01±0,67	1,97±0,79	1,97±0,83	1,99±0,69
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,6)	2 (0-3,5)	2 (0,2-3,8)	2,1 (0,3-3,4)
	^{b}p		***"F:1,517/0,221"***	***"F:0,822/0,440"***	***"F:1,099/0,334"***	***"F:1,364/0,257"***
Kurumda çalışma süresi	**1-5 yıl**	*Ort±Ss*	1,92±0,74	1,88±0,82	1,86±0,83	1,89±0,73
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2 (0,1-3,9)
	6-10 yıl	*Ort±Ss*	2,00±0,71	1,99±0,82	1,96±0,8	1,98±0,72
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,4)	2 (0-3,8)	2 (0,2-3,8)	2 (0,3-3,5)
	11 yıl ve üzeri	*Ort±Ss*	2,02±0,67	1,98±0,79	2,00±0,83	2,00±0,70
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,6)	2 (0-3,5)	2 (0,2-3,8)	2,1 (0,3-3,4)
	^{b}p		***"F:0,894/0,410"***	***"F:0,817/0,443"***	***"F:1,220/0,296"***	***"F:1,124/0,326"***
Birimde çalışma süresi	**^{A}1-5 yıl**	*Ort±Ss*	1,90±0,69	1,87±0,80	1,84±0,80	1,87±0,69
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	1,8 (0-3,8)	2 (0-3,8)	1,9 (0,1-3,9)
	^{B}6-10 yıl	*Ort±Ss*	2,05±0,72	2,01±0,81	2,02±0,84	2,03±0,73
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,6)	2 (0,3-3,5)	2 (0,2-3,8)	2,1 (0,3-3,5)
	^{C}11 yıl ve üzeri	*Ort±Ss*	2,52±0,63	2,63±0,68	2,60±0,67	2,57±0,63
		Medyan (Min-Maks)	2,5 (1,3-3,4)	2,8 (1,3-3,5)	2,7 (1-3,4)	2,5 (1,2-3,4)
	^{b}p		***"F:8,554/0,001**"***	***"F:9,037/0,001**"***	***"F:9,397/0,001**"***	***F:10,439/0,001*****
	"Post-hoc"		***"C>A,B"***	***"C>A,B"***	***"C>A,B"***	***"C>A,B"***

"^{b}One Way Anova Test&Bonferroni Test"
**p<0,05*

Meslekte tecrübe süresi;

Mesleki tecrübe sürelerine göre yapılan karşılaştırmalarda; hem ölçeğin toplam puanlarında hem de "Vizyoner Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme" ve "Örgütsel Öğrenme" boyutlarında istatistiksel olarak desteklenen bir bağıntı gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Kurumda çalışılan süre;

Katılımcıların kurumdaki hizmet süreleri ile "Öğrenen Örgüt Ölçeği" genel toplamı ve bu ölçeğin "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme" ile "Vizyoner Öğrenme" boyutlarında istatistiksel olarak desteklenen bir bağıntı gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Birimde çalışılan süre;

Katılımcıların birimdeki kıdem sürelerine göre "Örgütsel Öğrenme" alt boyutundan elde ettikleri puanlarında gruplar arasında değişimler gözlemlenmiştir. ($p=0,001$; $p<0,01$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, birimde on bir yıl ve üzeri görev süresine sahip bireylerin "Örgütsel Öğrenme" algı puanlarının, bir ile beş yıl ve altı ile on yıl deneyime sahip gruplara kıyasla daha üst düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,016$; $p<0,05$).

Katılımcıların birimdeki hizmet sürelerine göre "Yenilikçi Öğrenme" alt boyutuna ilişkin puanlarında gruplar arasında değişimler gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Analizlere göre; 11 senenin üzerinde görev süresine sahip bireylerin "Yenilikçi Öğrenme" puanlarının, 1 ile 5 sene ve 6 ile 10 sene deneyime sahip gruplara kıyasla daha üst düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Çalışılan birimdeki görev süresine göre "Vizyoner Öğrenme" alt boyutuna ait puanlarında gruplar arasında değişimler gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, 11 senenin üzerinde görev süresine sahip bireylerin "Vizyoner Öğrenme" algı puanlarının, 1 ile 5 sene ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip gruplara kıyasla daha üst düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,009$; $p<0,01$).

Birimdeki görev süresine göre "Öğrenen Örgüt Ölçeği" toplam puanlarında gruplar arasında değişimler gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, 11 senenin üzerinde görev süresine sahip katılımcıların ölçek genelinden elde ettiği puanların, 1 ile 5 sene ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip gruplara kıyasla daha üst düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,004$; $p<0,01$).

4.10. Çalışma hayatına ilişkin özelliklerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

			Örgütsel Öğrenme	Yenilikçi Öğrenme	Vizyoner Öğrenme	Toplam Puan
Çalışılan kurum	**[A]Şehir hastanesi**	*Ort±Ss*	2,12±0,73	2,17±0,83	2,14±0,85	2,14±0,74
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,6)	2,3 (0-3,8)	2,2 (0,2-3,8)	2,1 (0,5-3,5)
	[B]Eğitim ve araştırma hastanesi	*Ort±Ss*	1,90±0,65	1,83±0,75	1,81±0,79	1,86±0,65
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	1,9 (0,3-3,9)
	[C]Devlet hastanesi	*Ort±Ss*	1,78±0,8	1,64±0,77	1,70±0,74	1,72±0,73
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-3,4)	1,6 (0-3,5)	1,8 (0,4-3,2)	1,8 (0,1-3,2)
		[b]p	***"F:6,266/0,003**"***	***"F:13,157/0,001**"***	***"F:9,933/0,001**"***	***"F:10,885/0,001**"***
	"Post-hoc"		***"A>B,C"***	***"A>B,C"***	***"A>B,C"***	***"A>B,C"***
Çalışma şekli	**Devamlı gece**	*Ort±Ss*	1,83±0,80	1,86±0,91	1,83±0,82	1,84±0,81
		Medyan (Min-Maks)	1,9 (0,3-3,3)	1,8 (0,3-3,5)	1,8 (0,4-3,2)	1,8 (0,3-3,3)
	Devamlı gündüz	*Ort±Ss*	2,04±0,71	2,00±0,81	1,91±0,81	1,99±0,71
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-3,6)	2 (0-3,8)	2 (0-3,4)	2,1 (0,3-3,4)
	Vardiya	*Ort±Ss*	1,85±0,67	1,82±0,81	1,84±0,82	1,84±0,7
		Medyan (Min-Maks)	1,9 (0-3,4)	2 (0-3,8)	2 (0,2-3,8)	2 (0,1-3,5)
	Nöbet	*Ort±Ss*	2,05±0,71	2,02±0,77	2,09±0,83	2,05±0,70
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0,3-3,8)	2,2 (0,2-3,8)	2,1 (0,6-3,9)
		[b]p	***"F:2,480/0,061"***	***"F:1,512/0,211"***	***""F:2,224/0,085***	***"F:2,140/0,095"***
Haftalık çalışma süresi	**40 saat**	*Ort±Ss*	2,02±0,71	2,00±0,84	1,94±0,86	1,99±0,73
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-3,6)	2 (0-3,5)	2 (0-3,8)	2,1 (0,1-3,5)
	45 saat	*Ort±Ss*	1,90±0,72	1,96±0,81	1,92±0,82	1,92±0,72
		Medyan (Min-Maks)	1,9 (0-3,4)	2 (0-3,8)	2 (0,2-3,6)	2 (0,4-3,4)
	45 saat ve üzeri	*Ort±Ss*	1,99±0,69	1,82±0,74	1,93±0,77	1,93±0,67
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-4)	1,8 (0-3,8)	2 (0,4-3,8)	2 (0,3-3,9)
		[b]p	***"F:1,154/0,316"***	***"F:1,795/0,167"***	***"F:0,015/0,986"***	***"'F:0,458/0,633"***

"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test"
**p<0,05*

Çalışılan kurum;

Görev yapılan kurum türüne göre "Örgütsel Öğrenme" alt boyutuna ait puanlarda gruplar arasında değişimler gözlemlenmiştir ($p=0,003$; $p<0,01$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, şehir hastanelerinde görev yapan personelin "Örgütsel Öğrenme" puanlarının, devlet ve eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan gruplara kıyasla daha üst düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$; $p=0,024$; $p<0,05$).

Çalışılan kurum türüne göre "Yenilikçi Öğrenme" alt boyutuna ait puanlarda gruplar arasında değişimler gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Post-hoc analiz sonuçları incelendiğinde; şehir hastanesi çalışanlarının elde ettiği puanların hem devlet hem de eğitim ve araştırma hastanesi gruplarından istatistiksel olarak daha üst düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Katılımcıların "Vizyoner Öğrenme" alt boyutundan aldıkları puanların, görev yaptıkları kurum bazında farklı seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Şehir hastanesi bünyesinde çalışanların "Vizyoner Öğrenme" puan ortalamaları; devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışanların puanlarından istatistiksel anlamda daha üst düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Öğrenen Örgüt Ölçeği genel toplam puanlarının, çalışılan kurum değişkenine göre istatistiksel anlamda farklılaştığı gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). Gruplar arası yapılan kıyaslamada, şehir hastanesi bünyesindeki katılımcıların toplam puanları; devlet hastanesi ve eğitim-araştırma hastanesi katılımcılarına kıyasla istatistiksel anlamda daha üst düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışma şekli;

Katılımcıların çalışma şekillerine göre Öğrenen Örgüt Ölçeği'nin alt boyutları ile ölçek toplam puanlarının gruplar arasında istatistiksel anlamda farklılaşmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Verilere göre çalışma biçiminin bu boyutlar üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Haftalık çalışma süresi;

Haftalık çalışma sürelerine göre Öğrenen Örgüt Ölçeği "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme", "Vizyoner Öğrenme" alt boyutu ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanlarının gruplar arasında farklılaşmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$) .

4.11. Çalışma birimlerine göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

			Örgütsel Öğrenme	Yenilikçi Öğrenme	Vizyoner Öğrenme	Toplam Puan
Çalıştığınız birim	**[A]Servis**	*Ort±Ss*	1,94±0,73	1,89±0,80	1,92±0,82	1,92±0,72
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2 (0,3-3,9)
	[B]Yoğun bakım	*Ort±Ss*	2,2±0,62	2,31±0,71	2,18±0,75	2,22±0,65
		Medyan (Min-Maks)	2,1 (0,9-3,3)	2,5 (1-3,5)	2,2 (0,4-3,6)	2,1 (0,8-3,4)
	[C]Ameliyathane	*Ort±Ss*	2,09±0,66	2,05±0,74	1,92±0,84	2,03±0,69
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,7-3,4)	2 (0,8-3,5)	2 (0,4-3,2)	2,1 (0,9-3,4)
	[D]Poliklinik	*Ort±Ss*	1,81±0,64	1,76±0,93	1,64±0,83	1,74±0,71
		Medyan (Min-Maks)	1,9 (0-3,1)	1,9 (0-3,8)	1,8 (0-3,4)	1,9 (0,1-3,3)
	[E]Acil servis	*Ort±Ss*	1,88±0,69	1,87±0,76	1,98±0,89	1,91±0,69
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,4)	1,9 (0-3,3)	2 (0,2-3,8)	2,1 (0,3-3,5)
	[F]Özel birim/ünite	*Ort±Ss*	1,85±0,63	1,82±0,65	1,83±0,51	1,84±0,55
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,9-3)	1,8 (0,3-3)	1,8 (0,6-2,6)	1,9 (0,6-2,7)
	[G]Ofis/büro	*Ort±Ss*	2,37±0,81	2,38±0,79	2,26±0,89	2,34±0,79
		Medyan (Min-Maks)	2,2 (0,7-3,6)	2,5 (0,5-3,5)	2,2 (0,4-3,4)	2,4 (0,6-3,4)
	[b]p		***"F:2,872/0,009**"***	***"F:3,365/0,003**"***	***"F:2,348/0,030*"***	***"F:3,069/0,006**"***
	"Post-hoc"		***"D<G***	***D<B,G***	***D<B***	***D<B,G***

"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test"
**p<0,05*

Çalışılan birimler;

Görev yapılan birime göre "Örgütsel Öğrenme" alt boyutuna ait puanların gruplar arasında farklı seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,009$; $p<0,01$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, poliklinik birimlerinde görev yapan personelin "Örgütsel Öğrenme" puanlarının, ofis/büro birimlerinde çalışan gruba kıyasla daha düşük düzeyde olduğunu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,028$; $p<0,05$).

Görev yapılan birime göre "Yenilikçi Öğrenme" alt boyutuna ait puanların gruplar arasında farklı seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,003$; $p<0,01$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, poliklinik birimlerinde görev yapan katılımcıların "Yenilikçi Öğrenme" puanlarının, yoğun bakım ile ofis/büro birimlerinde çalışan gruplara kıyasla daha düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,032$; $p=0,041$; $p<0,05$).

Görev yapılan birime göre "Vizyoner Öğrenme" alt boyutuna ait puanların gruplar arasında farklı seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,030$; $p<0,05$). İkili karşılaştırmalar sonucunda, poliklinik birimlerinde görev yapan katılımcıların "Vizyoner Öğrenme" puanlarının, yoğun bakım personeline kıyasla daha düşük düzeyde olduğunu ortaya koymuştur ($p=0,035$; $p<0,05$).

Çalışılan birim için "Öğrenen Örgüt Ölçeği" toplam puanlarının gruplar arasında farklı seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,006$; $p<0,01$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, poliklinik birimlerinde görev yapan katılımcıların toplam puanlarının, yoğun bakım ve ofis/büro birimlerinde çalışan gruplara kıyasla daha düşük düzeyde olduğunu ortaya koymuştur ($p=0,039$; $p=0,016$; $p<0,05$).

4.12. Öğrenen örgüt ve hasta güvenliğine ilişkin sorulara göre öğrenen örgüt ölçeği puanlarının karşılaştırılması

			Örgütsel Öğrenme	Yenilikçi Öğrenme	Vizyoner Öğrenme	Toplam Puan
Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?	**[A]Olumlu**	*Ort±Ss*	2,05±0,71	2,01±0,83	2,03±0,85	2,03±0,73
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-3,4)	2 (0-3,8)	2 (0,2-3,8)	2,1 (0,3-3,5)
	[B]Olumsuz	*Ort±Ss*	1,63±0,78	1,73±0,77	1,53±0,70	1,62±0,71
		Medyan (Min-Maks)	1,8 (0-2,6)	2 (0-2,8)	1,4 (0,4-2,6)	1,7 (0,1-2,5)
	[C]Kararsızım	*Ort±Ss*	1,98±0,68	2,02±0,71	2,01±0,77	2±0,67
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,6-3,4)	2 (0,3-3,3)	2,2 (0,2-3,8)	2,1 (0,6-3,3)
	[D]Fikrim yok	*Ort±Ss*	1,92±0,71	1,86±0,82	1,83±0,8	1,87±0,7
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2 (0,4-3,9)
	[b]p		***"F:2,436/0,064"***	***"F:1,548/0,201"***	***"F:3,310/0,020*"***	***""F:2,752/0,042*"***
	Post-hoc				***A>B,C; B<C***	***A>B,C***
Hasta güvenliği eğitimi almış olma durumunuz nedir?	**Aldım**	*Ort±Ss*	1,99±0,70	1,95±0,8	1,94±0,81	1,96±0,7
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-3,6)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2 (0,3-3,5)
	Almadım	*Ort±Ss*	1,74±0,92	1,82±0,89	1,75±1,08	1,76±0,91
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	1,8 (0-3,8)	2 (0,2-3,8)	1,9 (0,1-3,9)
	[a]p		***"t:1,455/0,147"***	***"t:0,715/0,475"***	***"t:0,770/0,451"***	***"t:1,195/0,233"***
Hasta güvenliği konusunda bir komitede görev alma durumunuz nedir?	**Evet**	*Ort±Ss*	2,06±0,76	2,07±0,83	2,01±0,84	2,05±0,76
		Medyan (Min-Maks)	2 (0,3-3,6)	2 (0,5-3,5)	2,2 (0,2-3,4)	2,1 (0,5-3,4)
	Hayır	*Ort±Ss*	1,96±0,70	1,93±0,80	1,92±0,82	1,94±0,71
		Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	2 (0-3,8)	2 (0-3,8)	2 (0,1-3,9)
	[a]p		***"t:1,016/0,310"***	***"t:1,296/0,196"***	***"t:0,807/0,420"***	***"t:1,099/0,273"***

"[a]Student t Test"
"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test"
**p<0,05*

Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir? sorusuna verilen yanıtlar;

Katılımcıların öğrenen örgüt kavramına ilişkin yaklaşımlarına göre, Öğrenen Örgüt Ölçeği'nin "Örgütsel Öğrenme" ve "Yenilikçi Öğrenme" alt boyutları puanlarının gruplar arasında farklılaşmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$).

Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?" sorusuna verilen yanıt gruplarına göre, Öğrenen Örgüt Ölçeği'nin "Vizyoner Öğrenme" alt boyutuna ait puanlarının gruplar arasında farklı seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,020$; $p<0,05$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, olumlu görüş bildiren katılımcıların "Vizyoner Öğrenme" puanlarının, olumsuz ve kararsız gruplara kıyasla daha üst düzeyde olduğu; ayrıca kararsız grubun puanlarının olumsuz görüş bildirenlerden daha üst düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,018$; $p=0,021$; $p=0,034$; $p<0,05$).

Öğrenen örgütlere yönelik görüş gruplarına göre katılımcıların ölçek toplam puanlarının gruplar arasında gruplar arasında farklı seyrettiği görülmüştür ($p=0,042$; $p<0,05$). İleri karşılaştırmalar sonucunda, olumlu görüş bildiren katılımcıların toplam puanlarının, olumsuz ve kararsız gruplara kıyasla daha üst düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,026$; $p=0,036$; $p<0,05$).

"Hasta güvenliği ile ilgili önceden bir eğitim alındı mı?" sorusuna verilen yanıtlar;

Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre katılımcıların "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme" ve "Vizyoner Öğrenme" alt boyutları ile ölçeğin toplam puanlarının gruplar arasında farklılaşmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$).

Hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalıştınız mı? sorusuna verilen yanıtlar;

Hasta güvenliği komitesinde görev alma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, katılımcıların "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme" ve "Vizyoner Öğrenme" alt boyutları ile ölçeğin toplam puanlarının gruplar arasında farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

4.13. Hasta güvenliği kültürü ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	54	12,6	42	9,8	310	72,6	21	4,9
2-Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	49	11,5	78	18,3	258	60,4	42	9,8
3-Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	34	8,0	119	27,9	241	56,4	33	7,7
4-Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	48	11,2	130	30,4	207	48,5	42	9,8
5-İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	50	11,7	143	33,5	180	42,2	54	12,6
6-Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	50	11,7	146	34,2	174	40,7	57	13,3
7-Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb. göstergelerden yararlanılır.	54	12,6	122	28,6	183	42,9	68	15,9
8-Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.	50	11,7	120	28,1	174	40,7	83	19,4
9-Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	47	11,0	127	29,7	165	38,6	88	20,6
10-Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	49	11,5	122	28,6	172	40,3	84	19,7
11- Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	46	10,8	103	24,1	184	43,1	94	22,0
12-Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	49	11,5	111	26,0	187	43,8	80	18,7
13-Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	50	11,7	115	26,9	178	41,7	84	19,7
14-Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	45	10,5	109	25,5	192	45,0	81	19,0
15-Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	79	18,5	91	21,3	177	41,5	80	18,7
16-Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	43	10,1	74	17,3	279	65,3	31	7,3
17-Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	24	5,6	110	25,8	259	60,7	34	8,0
18-Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	27	6,3	182	42,6	180	42,2	38	8,9
19-Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	42	9,8	199	46,6	146	34,2	40	9,4
20-Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	43	10,1	179	41,9	157	36,8	48	11,2
21-Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	41	9,6	168	39,3	148	34,7	70	16,4
22-Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	41	9,6	148	34,7	161	37,7	77	18,0
23-Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	41	9,6	147	34,4	145	34,0	94	22,0
24-Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	39	9,1	153	35,8	146	34,2	89	20,8
25-Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	39	9,1	150	35,1	150	35,1	88	20,6
26-Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	36	8,4	153	35,8	157	36,8	81	19,0

4.13. Hasta güvenliği kültürü ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı (devamı)

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
27-Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	36	8,4	146	34,2	154	36,1	91	21,3
28-Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	32	7,5	145	34,0	151	35,4	99	23,2
29-Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	19	4,4	152	35,6	194	45,4	62	14,5
30-Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (risk ve güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme vb) katılır.	30	7,0	138	32,3	166	38,9	93	21,8
31-Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	29	6,8	129	30,2	150	35,1	119	27,9
32-Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	34	8,0	152	35,6	152	35,6	89	20,8
33-Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	25	5,9	135	31,6	179	41,9	88	20,6
34-Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	40	9,4	98	23,0	269	63,0	20	4,7
35-Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	48	11,2	144	33,7	202	47,3	33	7,7
36-Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	58	13,6	166	38,9	171	40,0	32	7,5
37-Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	53	12,4	170	39,8	174	40,7	30	7,0
38-Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	44	10,3	181	42,4	168	39,3	34	8,0
39-Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	44	10,3	175	41,0	162	37,9	46	10,8
40-Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	51	11,9	164	38,4	158	37,0	54	12,6
41-Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	51	11,9	148	34,7	152	35,6	76	17,8
42-Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	47	11,0	148	34,7	157	36,8	75	17,6
43-Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.	45	10,5	146	34,2	159	37,2	77	18,0
44-Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	57	13,3	157	36,8	138	32,3	75	17,6
45-Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	51	11,9	170	39,8	123	28,8	83	19,4
46-Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	57	13,3	160	37,5	132	30,9	78	18,3
47-Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	48	11,2	160	37,5	142	33,3	77	18,0
48-Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	39	9,1	182	42,6	119	27,9	87	20,4
49-Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	50	11,7	146	34,2	132	30,9	99	23,2
50-Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır	51	11,9	137	32,1	122	28,6	117	27,4
51-Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	59	13,8	150	35,1	116	27,2	102	23,9

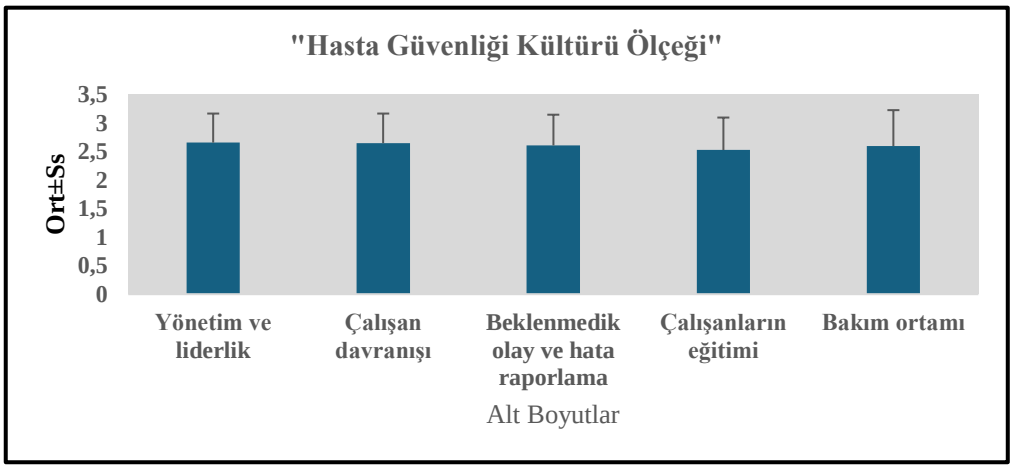
Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı çizelge 4.13'teki gibidir.

4.14. Hasta güvenliği kültürü ölçeği iç tutarlılıkların incelenmesi

	Madde Sayısı	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**	**Cronbach's Alpha**
"Yönetim ve liderlik"	17	2,66±0,51	2,8 (1,4-3,9)	***0,884***
"Çalışan davranışı"	14	2,65±0,52	2,7 (1-4)	***0,865***
"Beklenmedik olay ve hata raporlama"	5	2,61±0,54	2,6 (1,2-4)	***0,692***
"Çalışanların eğitimi"	7	2,53±0,57	2,6 (1,1-4)	***0,787***
"Bakım ortamı"	8	2,60±0,63	2,6 (1-4)	***0,815***
"Toplam puan"	51	2,61±0,44	2,6 (1,4-3,9)	***0,940***

Elde edilen bulgulara göre, "Yönetim ve Liderlik" alt boyutuna ait puanların 1,4 ile 3,9 arasında değiştiği ve ortalama değerin 2,66±0,51 olduğu görülmüştür. "Çalışan Davranışı" alt boyutu 1-4 puan aralığında 2,65±0,52 ortalama sergilerken, "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" puanları 1,2 ile 4 arasında değişerek 2,61±0,54 ortalamaya ulaşmıştır. Diğer boyutlardan "Çalışanların Eğitimi" 2,53±0,57 (1,1-4), "Bakım Ortamı" ise 2,60±0,63 (1-4) ortalama puan almıştır. Ölçeğin genel toplam puan ortalaması ise 2,61±0,44 (1,4-3,9) olarak saptanmıştır (Çizelge 4.14).

İç tutarlılık incelendiğinde; Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puanı için saptanan Cronbach's Alpha katsayısı (α=0,940), ölçeğin oldukça yüksek bir güvenirlik seviyesinde olduğunu göstermektedir. Alt boyutlar bazında bakıldığında ise; "Yönetim ve Liderlik" (α=0,884), "Çalışan Davranışı" (α=0,865), "Bakım Ortamı" (α=0,815), "Çalışanların Eğitimi" (α=0,787) ve "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" (α=0,692) değerlerinin hesaplandığı görülmektedir (Çizelge 4.14).



4.2. **"**Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" alt boyut puanlarının dağılımı

4.15. Hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının dağılımının normallik incelemesi

		Çarpıklık	Basıklık	Durum
"HGKÖ"	**"Yönetim ve liderlik"**	-0,452	-0,449	**Normal**
	"Çalışan davranışı"	-0,384	-0,077	**Normal**
	"Beklenmedik olayda hata raporlama"	-0,153	-0,105	**Normal**
	"Çalışanların eğitimi"	0,026	-0,357	**Normal**
	"Bakım ortamı"	-0,005	-0,452	**Normal**
	"Toplam puan"	-0,044	0,242	**Normal**

Çarpıklık basıklık değerleri incelendiğinde; "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" puanlarının normal dağıldıkları söylenebilir (Çizelge 4.15).

4.16. Yaşlar ile hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları arasındaki ilişki

			Yaş
"HGKÖ"	**"Yönetim ve liderlik"**	**r**	0,054
		p	***0,265***
	"Çalışan davranışı"	**r**	0,059
		p	***0,222***
	"Beklenmedik olay ve hata raporlama"	**r**	0,017
		p	***0,719***
	"Çalışanların eğitimi"	**r**	-0,005
		p	***0,914***
	"Bakım ortamı"	**r**	0,025
		p	***0,610***
	"Toplam puan"	**r**	0,036
		p	***0,456***

r:Pearson's Korelasyon Katsayısı

Yaş değişkenine göre gerçekleştirilen karşılaştırmalarda, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" toplam puanı ile tüm alt boyut puanlarında bir bağıntı bulunmamaktadır (p>0,05).

4.17. Tanımlayıcı özelliklerine göre "hasta güvenliği kültürü ölçeği" puanlarının karşılaştırılması

			"Yönetim ve Liderlik"	"Çalışan Davranışı"	"Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama"	"Çalışanların Eğitimi"	"Bakım Ortamı"	"Toplam Puan"
Cinsiyet	**Kadın**	*Ort±Ss*	2,68±0,51	2,65±0,52	2,62±0,53	2,53±0,57	2,61±0,62	2,62±0,44
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,9)	2,7 (1-4)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1-4)	2,7 (1,4-3,9)
	Erkek	*Ort±Ss*	2,56±0,48	2,66±0,56	2,52±0,65	2,51±0,58	2,52±0,69	2,55±0,48
		Medyan (Min-Maks)	2,6 (1,6-3,4)	2,8 (1,4-3,6)	2,6 (1,2-3,8)	2,5 (1,3-3,6)	2,6 (1,3-3,9)	2,6 (1,6-3,5)
		[a]p	***"t:1,558/0,120"***	***"t:-0,185/0,853"***	***"t:1,067/0,290"***	***"t:0,282/0,778"***	***"t:0,988/0,324"***	***"t:0,969/0,333"***
Eğitim durumu	**Lise**	*Ort±Ss*	2,82±0,47	2,80±0,44	2,84±0,49	2,6±0,55	2,85±0,58	2,78±0,41
		Medyan (Min-Maks)	2,9 (1,9-3,6)	2,7 (2,1-3,4)	2,8 (1,4-3,8)	2,5 (1,6-3,7)	3 (1,6-3,8)	2,7 (2,1-3,6)
	Ön lisans	*Ort±Ss*	2,74±0,46	2,59±0,49	2,6±0,55	2,57±0,50	2,63±0,64	2,63±0,42
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,6-3,4)	2,6 (1,7-3,5)	2,6 (1,4-3,8)	2,6 (1,7-3,7)	2,6 (1,1-3,9)	2,6 (1,7-3,6)
	Lisans	*Ort±Ss*	2,64±0,52	2,65±0,53	2,59±0,54	2,50±0,58	2,58±0,63	2,59±0,45
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,9)	2,7 (1-4)	2,6 (1,2-4)	2,4 (1,1-4)	2,6 (1,3-4)	2,6 (1,4-3,9)
	Lisansüstü	*Ort±Ss*	2,61±0,45	2,61±0,50	2,52±0,68	2,75±0,60	2,56±0,54	2,61±0,44
		Medyan (Min-Maks)	2,7 (1,6-3,2)	2,6 (1,4-3,3)	2,6 (1,4-3,8)	2,9 (1,3-3,7)	2,8 (1-3,4)	2,7 (1,7-3,2)
		[b]p	***"F:1,654/0,176"***	***"F:1,041/0,374"***	***"F:1,909/0,127"***	***"F:1,332/0,264"***	***"F:1,701/0,166"***	***"F:1,584/0,193"***
Medeni durum	**Evli**	*Ort±Ss*	2,65±0,52	2,63±0,55	2,57±0,56	2,51±0,56	2,58±0,64	2,59±0,46
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,5-3,8)	2,6 (1-4)	2,6 (1,2-4)	2,4 (1,1-4)	2,6 (1-3,9)	2,6 (1,4-3,9)
	Bekar	*Ort±Ss*	2,68±0,49	2,67±0,49	2,64±0,52	2,55±0,58	2,62±0,61	2,63±0,43
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,9)	2,8 (1,4-3,9)	2,6 (1,2-3,8)	2,6 (1,3-3,9)	2,6 (1,3-4)	2,6 (1,6-3,7)
		[a]p	***"t:-0,489/0,625"***	***"t:-0,705/0,481"***	***"t:-1,448/0,148"***	***"t:-0,867/0,386"***	***"t:-0,525/0,600"***	***"t:-1,001/0,317"***

"[a]Student t Test"
"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test"

Cinsiyet;

Cinsiyet değişkeni esas alınarak gerçekleştirilen istatistiksel incelemelerde, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puanı ile alt boyutlardan elde edilen puanların karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılaşma ortaya konmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu;

Eğitim düzeyi esas alınarak yapılan istatistiksel değerlendirmelerde, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlara ait puanların karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılaşma ortaya konmamıştır ($p>0,05$).

Medeni durum;

Medeni duruma göre gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmelerde, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" toplam puanı ve alt boyutlara ait puanlar karşılaştırılmasında farklılaşma olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

4.18. Çalışma sürelerine ilişkin özelliklerine göre "hasta güvenliği kültürü ölçeği" puanlarının karşılaştırılması

				"Yönetim ve liderlik"	"Çalışan davranışı"	"Beklenmedik olay ve hata raporlama"	"Çalışanların eğitimi"	"Bakım ortamı"	"Toplam Puan"
Meslekte çalışılan süre	**1-5 yıl**	*Ort±Ss*		2,66±0,49	2,63±0,59	2,62±0,60	2,58±0,62	2,65±0,66	2,63±0,49
		Medyan (Min-Maks)		2,8 (1,5-3,9)	2,7 (1-3,9)	2,8 (1,2-3,8)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1-4)	2,7 (1,4-3,8)
	6-10 yıl	*Ort±Ss*		2,65±0,56	2,64±0,49	2,6±0,52	2,50±0,55	2,55±0,65	2,59±0,45
		Medyan (Min-Maks)		2,8 (1,4-3,6)	2,7 (1,4-3,6)	2,6 (1,4-4)	2,5 (1,1-3,6)	2,5 (1,3-3,9)	2,6 (1,6-3,6)
	11 yıl ve üzeri	*Ort±Ss*		2,67±0,48	2,68±0,48	2,59±0,51	2,5±0,53	2,59±0,58	2,61±0,4
		Medyan (Min-Maks)		2,7 (1,5-3,8)	2,8 (1,6-4)	2,6 (1,4-4)	2,4 (1,3-3,9)	2,6 (1,1-3,9)	2,6 (1,6-3,9)
	[b]p			***"F:0,056/0,946"***	***"F:0,475/0,622"***	***"F:0,115/0,891"***	***"F:1,031/0,357"***	***"F:0,795/0,452"***	***"F:0,261/0,771"***
Kurumda çalışılan süre	**1-5 yıl**	*Ort±Ss*		2,67±0,50	2,63±0,57	2,63±0,60	2,60±0,61	2,64±0,64	2,64±0,48
		Medyan (Min-Maks)		2,8 (1,5-3,9)	2,7 (1-3,9)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1-4)	2,7 (1,4-3,8)
	6-10 yıl	*Ort±Ss*		2,62±0,56	2,62±0,52	2,58±0,52	2,47±0,55	2,52±0,67	2,56±0,46
		Medyan (Min-Maks)		2,8 (1,4-3,8)	2,6 (1,4-4)	2,6 (1,4-4)	2,4 (1,1-3,9)	2,5 (1,3-3,9)	2,6 (1,6-3,9)
	11 yıl ve üzeri	*Ort±Ss*		2,69±0,47	2,69±0,47	2,59±0,50	2,50±0,53	2,62±0,57	2,62±0,38
		Medyan (Min-Maks)		2,8 (1,5-3,6)	2,8 (1,6-3,6)	2,6 (1,4-3,8)	2,4 (1,3-3,9)	2,6 (1,1-3,9)	2,6 (1,6-3,6)
	[b]p			***"F:0,700/0,497"***	***"F:0,635/0,531"***	***"F:0,362/0,697"***	***"F:2,104/0,12"3***	***"F:1,417/0,244"***	***"F:0,983/0,375"***
Birimde çalışılan süre	**[A]1-5 yıl**	*Ort±Ss*		2,64±0,51	2,62±0,53	2,57±0,55	2,48±0,57	2,53±0,63	2,57±0,44
		Medyan (Min-Maks)		2,8 (1,4-3,9)	2,6 (1-3,9)	2,6 (1,2-4)	2,4 (1,1-4)	2,5 (1-4)	2,6 (1,4-3,8)
	[B]6-10 yıl	*Ort±Ss*		2,64±0,50	2,66±0,49	2,62±0,50	2,52±0,52	2,65±0,60	2,62±0,41
		Medyan (Min-Maks)		2,8 (1,5-3,8)	2,7 (1,4-4)	2,6 (1,4-4)	2,4 (1,1-3,9)	2,6 (1,3-3,9)	2,6 (1,7-3,9)
	[C]11 yıl ve üzeri	*Ort±Ss*		3,07±0,33	3,05±0,43	3,05±0,54	3,21±0,30	3,23±0,39	3,12±0,34
		Medyan (Min-Maks)		3 (2,4-3,6)	3,1 (2,1-3,6)	3,2 (1,8-3,8)	3,1 (2,9-3,9)	3,3 (2,6-3,8)	3,1 (2,5-3,6)
	[b]p			***"F:6,825/ 0,001**"***	***"F:6,608/ 0,001**"***	***"F:7,559/ 0,001**"***	***"F:16,638/ 0,001**"***	***"F:12,907/ 0,001**"***	***"F:15,503/ 0,001**"***
	Post-hoc			***"C>A,B"***	***"C>A,B"***	***"C>A,B"***	***"C>A,B"***	***"C>A,B"***	***"C>A,B"***

*"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test"*p<0,05*

Meslekte çalışma süresi;

Meslekte çalışma süresi değişkenine göre katılımcıların mesleki deneyim sürelerinin "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" geneli ve alt boyut puanlarında belirleyici farklılaşma gözlenmemiştir (p>0,05).

Kurumda çalışma süresi;

Kurumda çalışılan süre için yapılan analizlerde, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" toplam puanı ile tüm alt boyut puanları üzerinde belirleyici farklılaşma gözlenmemiştir (p>0,05).

Birimde çalışılan süre;

"Yönetim ve Liderlik" alt boyut puanları, birimdeki görev süresine bağlı değişim göstermiştir (p=0,001; p<0,01). Özellikle birimde 11 senenin üzerinde deneyime sahip katılımcıların puanları, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir (p=0,001; p=0,001; p<0,01).

"Çalışan Davranışı" alt boyut puanları, birimdeki görev süresine bağlı değişim göstermiştir (p=0,001; p<0,01). Özellikle birimde 11 senenin üzerinde deneyime sahip katılımcıların puanları, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir (p=0,001; p=0,005; p<0,01).

"Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" alt boyut puanları, birimdeki görev süresine bağlı değişim göstermiştir (p=0,001; p<0,01). Özellikle birimde 11 senenin üzerinde deneyime sahip katılımcıların puanları, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir (p=0,001; p=0,002; p<0,01).

"Çalışanların Eğitimi" alt boyut puanları, birimdeki görev süresine bağlı değişim göstermiştir (p=0,001; p<0,01). Özellikle birimde 11 senenin üzerinde deneyime sahip katılımcıların puanları, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir (p=0,001; p=0,001; p<0,01).

"Bakım Ortamı" alt boyut puanları, birimdeki görev süresine bağlı değişim göstermiştir (p=0,001; p<0,01). Özellikle birimde 11 senenin üzerinde deneyime sahip katılımcıların puanları, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir (p=0,001; p=0,001; p<0,01) (Çizelge 4.18).

Ölçek toplam puanları, birimdeki görev süresine bağlı olarak değişim göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Özellikle birimde 11 senenin üzerinde deneyime sahip katılımcıların puanları, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene kıdeme sahip meslektaşlarına kıyasla daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$) (Çizelge 4.18).

4.19. Çalışma hayatına ilişkin özelliklerine göre "hasta güvenliği kültürü ölçeği" puanlarının karşılaştırılması

			"Yönetim ve liderlik"	"Çalışan davranışı"	"Beklenmedik olay ve hata raporlama"	"Çalışanların eğitimi"	"Bakım ortamı"	"Toplam Puan"
Çalışılan kurum	**[A]Şehir hastanesi**	*Ort±Ss*	2,68±0,52	2,72±0,52	2,68±0,55	2,60±0,59	2,72±0,68	2,68±0,47
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,6)	2,8 (1,4-3,6)	2,6 (1,2-3,8)	2,6 (1,1-3,9)	2,8 (1,3-3,9)	2,7 (1,6-3,7)
	[B]Eğitim ve araştırma hastanesi	*Ort±Ss*	2,66±0,5	2,64±0,50	2,57±0,52	2,47±0,53	2,55±0,56	2,58±0,4
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,9)	2,7 (1-3,9)	2,6 (1,2-3,8)	2,4 (1,1-4)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1,4-3,8)
	[C]Devlet hastanesi	*Ort±Ss*	2,63±0,51	2,47±0,59	2,52±0,61	2,5±0,63	2,39±0,61	2,50±0,50
		Medyan (Min-Maks)	2,7 (1,6-3,8)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,3-3,9)	2,3 (1-3,9)	2,6 (1,6-3,9)
	[b]p		***"F:0,216/0,806"***	***"F:4,541/0,011*"***	***"F:2,630/0,073"***	***"F:2,392/0,096"***	***"F:7,000/0,002**"***	***"F:4,205/0,028*"***
	"Post-hoc"			***A>C***			***A>B,C***	***A>C***
Çalışma şekli	**Devamlı gece**	*Ort±Ss*	2,71±0,50	2,75±0,49	2,68±0,34	2,58±0,52	2,61±0,71	2,67±0,40
		Medyan (Min-Maks)	2,9 (1,4-3,5)	2,8 (1-3,6)	2,6 (2-3,2)	2,7 (1,6-3,4)	2,8 (1,4-3,9)	2,7 (1,8-3,4)
	Devamlı gündüz	*Ort±Ss*	2,68±0,52	2,58±0,52	2,54±0,53	2,54±0,55	2,6±0,63	2,59±0,45
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,5-3,8)	2,6 (1,4-4)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,3-3,9)	2,6 (1,1-3,9)	2,6 (1,4-3,9)
	Vardiya	*Ort±Ss*	2,59±0,50	2,64±0,47	2,59±0,53	2,46±0,54	2,52±0,59	2,56±0,41
		Medyan (Min-Maks)	2,6 (1,4-3,6)	2,7 (1,4-3,5)	2,6 (1,2-3,8)	2,4 (1,1-3,9)	2,6 (1-3,9)	2,6 (1,4-3,6)
	Nöbet	*Ort±Ss*	2,7±0,50	2,74±0,57	2,69±0,61	2,56±0,62	2,68±0,64	2,68±0,49
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,5-3,9)	2,9 (1,1-3,9)	2,8 (1,2-4)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1,4-4)	2,7 (1,6-3,8)
	[b]p		***"F:1,271/0,284"***	***"F:2,602/0,052"***	***"F:1,918/0,126"***	***"F:0,767/0,513"***	***"F:1,279/0,281"***	***"F:1,613/0,186"***
Haftalık çalışma süresi	**40 saat**	*Ort±Ss*	2,71±0,48	2,65±0,51	2,61±0,55	2,57±0,58	2,66±0,62	2,64±0,45
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,8)	2,6 (1-4)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,3-4)	2,8 (1-4)	2,7 (1,4-3,9)
	45 saat	*Ort±Ss*	2,59±0,56	2,67±0,54	2,60±0,56	2,51±0,56	2,57±0,68	2,59±0,46
		Medyan (Min-Maks)	2,6 (1,5-3,6)	2,8 (1,4-3,6)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,1-3,9)	2,6 (1,3-3,9)	2,6 (1,6-3,6)
	45 saat ve üzeri	*Ort±Ss*	2,67±0,49	2,63±0,52	2,6±0,52	2,47±0,55	2,53±0,57	2,58±0,42
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,9)	2,8 (1,1-3,9)	2,6 (1,2-3,8)	2,4 (1,1-3,9)	2,5 (1,1-3,9)	2,7 (1,4-3,7)
	[b]p		***"F:2,184/0,114"***	***"F:0,138/0,871"***	***"F:0,041/0,960"***	***"F:1,093/0,336"***	***"F:1,714/0,181"***	***"F:0,902/0,407"***

*"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test" *p<0,05*

Çalışılan kurum;

Çalışılan kurum türüne göre "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" nin "Yönetim ve Liderlik", "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" ve "Çalışanların Eğitimi" alt boyutu puanları için gruplar arasında farklılaşma gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Verileri incelendiğinde; katılımcıların görev yaptıkları kurumun, "Çalışan Davranışı" boyutu üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu görülmektedir ($p=0,011$). Yapılan ileri analizler neticesinde, şehir hastanesi personelinin çalışan davranışı puanlarının, devlet hastanesi çalışanlarına kıyasla yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p=0,010$; $p<0,05$).

Katılımcıların görev yaptıkları kurum türüne göre, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin" "Bakım Ortamı" alt boyut puanlarında farklılık gözlenmiştir ($p=0,002$; $p<0,01$). Özellikle şehir hastanesinde görev yapan katılımcıların puanları, eğitim ve araştırma ile devlet hastanesinde çalışan meslektaşlarının puanlarından daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir ($p=0,024$; $p=0,004$; $p<0,05$).

Bulgular, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" genel puanlarının çalışılan kurum türüne bağlı olarak farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır ($p=0,028$; $p<0,05$). Özellikle şehir hastanesinde görev yapan katılımcıların genel puanları, devlet hastanesinde çalışan meslektaşlarının puanlarından daha yüksek düzeyde gözlemlenmiştir ($p=0,040$; $p<0,05$).

Çalışma şekli;

Katılımcıların çalışma şekillerine göre, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" nin tüm alt boyut ve genel toplam puanlarında farklılaşma gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Haftalık çalışma süreleri;

Katılımcıların haftalık çalışma sürelerine göre, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" nin tüm alt boyut ve genel toplam puanlarında farklılaşma gözlenmemiştir ($p>0,05$).

4.20. Çalışılan birimlere göre "hasta güvenliği kültürü ölçeği" puanlarının karşılaştırılması

			"Yönetim ve liderlik"	**"Çalışan davranışı"**	**"Beklenmedik olay ve hata raporlama"**	**"Çalışanların eğitimi"**	**"Bakım ortamı"**	**"Toplam Puan"**
Çalıştığınız birim	**[A]Servis**	*Ort±Ss*	2,67±0,51	2,69±0,53	2,66±0,53	2,56±0,59	2,59±0,63	2,63±0,45
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,9)	2,8 (1-4)	2,6 (1,4-4)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1-4)	2,7 (1,4-3,9)
	[B]Yoğun bakım	*Ort±Ss*	2,81±0,46	2,84±0,47	2,78±0,61	2,69±0,58	2,84±0,66	2,79±0,45
		Medyan (Min-Maks)	2,9 (1,7-3,6)	2,9 (1,9-3,6)	2,8 (1,2-3,8)	2,7 (1,3-3,9)	2,8 (1,3-3,9)	2,7 (1,7-3,7)
	[C]Ameliyathane	*Ort±Ss*	2,67±0,54	2,67±0,54	2,62±0,65	2,51±0,61	2,72±0,66	2,64±0,50
		Medyan (Min-Maks)	2,9 (1,5-3,5)	2,6 (1,4-3,6)	2,6 (1,2-3,8)	2,4 (1,3-3,6)	2,8 (1,4-3,9)	2,6 (1,4-3,5)
	[D]Poliklinik	*Ort±Ss*	2,57±0,55	2,46±0,42	2,39±0,45	2,30±0,48	2,46±0,56	2,44±0,39
		Medyan (Min-Maks)	2,6 (1,5-3,4)	2,5 (1,6-3,5)	2,4 (1,4-3,2)	2,3 (1,3-3,3)	2,6 (1,4-3,5)	2,5 (1,7-3,3)
	[E]Acil servis	*Ort±Ss*	2,59±0,52	2,61±0,55	2,47±0,53	2,42±0,49	2,53±0,68	2,52±0,43
		Medyan (Min-Maks)	2,7 (1,6-3,6)	2,8 (1,4-3,5)	2,6 (1,2-3,6)	2,4 (1,6-3,7)	2,6 (1,1-3,9)	2,6 (1,7-3,6)
	[F]Özel birim/ünite	*Ort±Ss*	2,67±0,43	2,39±0,51	2,43±0,55	2,65±0,43	2,53±0,42	2,53±0,36
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,7-3,4)	2,5 (1,1-3,1)	2,4 (1,2-3,2)	2,6 (2-3,3)	2,5 (1,6-3,1)	2,6 (1,8-3)
	Ofis/büro	*Ort±Ss*	2,67±0,48	2,65±0,53	2,64±0,49	2,61±0,55	2,64±0,62	2,64±0,43
		Medyan (Min-Maks)	2,6 (1,9-3,6)	2,7 (1,7-3,4)	2,6 (1,4-3,6)	2,6 (1,4-3,7)	2,6 (1,4-3,8)	2,6 (1,7-3,6)
	[b]p		***"F:1,006/0,421"***	***"F:2,987/0,007**"***	***"F:3,280/0,004**"***	***"F:2,485/0,023*"***	***"F:1,693/0,121"***	***"F:2,921/0,008**"***
	"Post-hoc"			***"B>D,F"***	***"D<A,B"***	***"D<B"***		***"D<B"***

"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test"
**p<0,05*

Çalışılan birim;

Katılımcıların görev yaptıkları birimlere göre, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" nin "Yönetim ve Liderlik" alt boyut puanları için herhangi farklılaşma gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 4.20).

"Çalışan Davranışı" alt boyut puanları, çalışılan birimlere bağlı olarak farklılaşma göstermektedir ($p=0,007$; $p<0,01$). Özellikle yoğun bakım biriminde görev yapan katılımcıların puan ortalamaları, poliklinik ve özel ünitelerde çalışan personelin ortalamalarından daha yüksek düzeyde seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,015$; $p=0,044$; $p<0,05$).

"Beklenmedik Hata ve Raporlama" alt boyut puanları, çalışılan birimlere bağlı olarak farklılaşma gözlemlenmiştir ($p=0,004$; $p<0,01$). Poliklinik biriminde görev yapan katılımcıların puan ortalamaları, yoğun bakım ve servis birimlerinde çalışan katılımcıların ortalamalarından daha düşük seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,027$; $p=0,015$; $p<0,05$).

"Çalışanların Eğitimi" alt boyut puanları, görev yapılan birimlere bağlı olarak farklılaşma gözlemlenmiştir ($p=0,023$; $p<0,05$). Poliklinik biriminde görev yapan katılımcıların puan ortalamaları, yoğun bakım biriminde çalışan personelin ortalamalarından daha düşük seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,029$; $p<0,05$).

"Bakım Ortamı" alt boyut puanları, görev yapılan birimlere göre bir değişim göstermemektedir ($p>0,05$).

"Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" nin genel toplam puanları, görev yapılan birimlere bağlı olarak farklılaştığı gözlemlenmiştir ($p=0,008$; $p<0,01$). Poliklinik biriminde görev yapan katılımcıların genel puan ortalamaları, yoğun bakım biriminde çalışan personelin ortalamalarından daha düşük seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,004$; $p<0,01$).

4.21. Öğrenen örgüt ve hasta güvenliğine ilişkin sorulara göre "hasta güvenliği kültürü ölçeği" puanlarının karşılaştırılması

			"Yönetim ve liderlik"	"Çalışan davranışı"	"Beklenmedik olay ve hata raporlama"	"Çalışanların eğitimi"	"Bakım ortamı"	"Toplam Puan"
"Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?"	**[A]Olumlu**	*Ort±Ss*	2,70±0,52	2,72±0,53	2,59±0,58	2,56±0,60	2,67±0,69	2,65±0,48
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,5-3,6)	2,8 (1,4-3,9)	2,6 (1,2-3,8)	2,6 (1,3-4)	2,6 (1-3,9)	2,6 (1,4-3,8)
	[B]Olumsuz	*Ort±Ss*	2,38±0,57	2,55±0,35	2,44±0,34	2,30±0,46	2,38±0,55	2,41±0,34
		Medyan (Min-Maks)	2,3 (1,4-3,4)	2,5 (1,9-3,2)	2,4 (2-3)	2,3 (1,4-2,9)	2,5 (1,4-3,3)	2,5 (1,8-2,9)
	[C]Kararsızım	*Ort±Ss*	2,78±0,45	2,60±0,56	2,75±0,50	2,66±0,55	2,67±0,6	2,69±0,4
		Medyan (Min-Maks)	2,9 (1,6-3,8)	2,7 (1-4)	2,8 (1,6-4)	2,7 (1,3-3,9)	2,8 (1,3-4)	2,7 (1,7-3,9)
	[D]Fikrim yok	*Ort±Ss*	2,60±0,49	2,60±0,50	2,58±0,53	2,46±0,54	2,51±0,55	2,55±0,41
		Medyan (Min-Maks)	2,6 (1,4-3,9)	2,6 (1,1-3,9)	2,6 (1,2-4)	2,4 (1,1-3,9)	2,6 (1,3-3,9)	2,6 (1,4-3,7)
	[b]p		***"F:4,034/0,008**"***	***"F:2,003/0,113"***	***"F:2,261/0,081"***	***"F:2,935/0,033*"***	***"F:3,270/0,027*"***	***"F:3,412/0,018*"***
	"Post-hoc"		***"C>B"***			***"C>B,D"***	***"C>B"***	***"C>B,D"***
"Hasta güvenliği ile ilgili daha önceden eğitim alma?"	**Aldım**	*Ort±Ss*	2,67±0,5	2,66±0,51	2,62±0,54	2,54±0,56	2,61±0,63	2,62±0,44
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,8)	2,7 (1-4)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1-4)	2,6 (1,4-3,9)
	Almadım	*Ort±Ss*	2,53±0,59	2,46±0,66	2,38±0,6	2,29±0,68	2,45±0,65	2,42±0,54
		Medyan (Min-Maks)	2,5 (1,5-3,9)	2,6 (1,4-3,9)	2,4 (1,4-3,4)	2,3 (1,1-3,9)	2,4 (1,4-3,6)	2,5 (1,4-3,7)
	[a]p		***"t:1,196/0,232"***	***"t:1,643/0,101"***	***"t:1,857/0,064"***	***"t:1,914/0,056"***	***"t:1,083/0,279"***	***"t:1,910/0,057"***
"Hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalıştınız mı?"	**Evet**	*Ort±Ss*	2,63±0,55	2,64±0,51	2,58±0,55	2,53±0,57	2,64±0,63	2,6±0,47
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,5-3,6)	2,7 (1,6-3,4)	2,6 (1,4-3,8)	2,5 (1,3-3,7)	2,8 (1,3-3,8)	2,7 (1,6-3,6)
	Hayır	*Ort±Ss*	2,67±0,5	2,65±0,52	2,61±0,54	2,53±0,57	2,59±0,63	2,61±0,44
		Medyan (Min-Maks)	2,8 (1,4-3,9)	2,7 (1-4)	2,6 (1,2-4)	2,6 (1,1-4)	2,6 (1-4)	2,6 (1,4-3,9)
	[a]p		***"t:-0,514/0,608"***	***"t:-0,118/0,906"***	***"t:-0,388/0,698"***	***"t:-0,0170,986"***	***"t:0,530/0,596"***	***"t:-0,095/0,924"***

"[a]Student t Test"

*"[b]One Way Anova Test&Bonferroni Test" *p<0,05*

Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir? sorusuna verilen yanıtlar;

"Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?" sorusuna verilen yanıtlar temelinde, "Yönetim ve Liderlik" alt boyut puanlarının farklı seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,008$; $p<0,01$). Söz konusu soruya "kararsızım" şeklinde cevaplayan bireylerin puan ortalamaları, "olumsuz" yanıtını veren katılımcıların ortalamalarından daha yüksek seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,033$; $p<0,05$).

Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?" sorusuna verilen yanıtlarda ölçeğin "Çalışan Davranışı" ve "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" alt boyut puanları arasında herhangi farklılaşma gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?" sorusuna verilen yanıtlar temelinde, ölçeğin "Çalışanların Eğitimi" alt boyut puanlarında farklılık gözlenmektedir ($p=0,033$; $p<0,05$). "Kararsızım" yanıtını veren bireylerin puan ortalamaları, "olumsuz" ve "fikrim yok" yanıtını verenlerin ortalamalarından daha yüksek düzeyde olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,024$; $p=0,018$; $p<0,05$).

"Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?" sorusuna verilen yanıtlar temelinde, "Bakım Ortamı" alt boyut puanlarında farklılık gözlenmiştir ($p=0,027$; $p<0,05$). Analizler, "kararsızım" cevabını verenlerin puan ortalamalarının, "fikrim yok" yanıtını verenlerin ortalamalarından daha yüksek seyrettiği gözlemlenmiştir ($p=0,013$; $p<0,05$).

Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir?" sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin" genel toplam puanlarında farklılaşma gözlemlenmiştir ($p=0,018$; $p<0,05$). "Kararsızım" cevabını verenlerin genel puan ortalamaları, "olumsuz" ($p=0,024$) ve "fikrim yok" ($p=0,018$) yanıtını verenlerin ortalamalarından daha yüksek seyrettiği gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

"Hasta güvenliğiyle alakalı önceden eğitim gördünüz mü?" sorusuna verilen yanıtlar;

"Hasta güvenliği ile alakalı önceden eğitim gördünüz mü?" sorusuna verilen yanıtlar temelinde, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel toplam puanlarında herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir ($p>0,05$).

“Hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalıştınız mı?” sorusuna verilen yanıtlar;

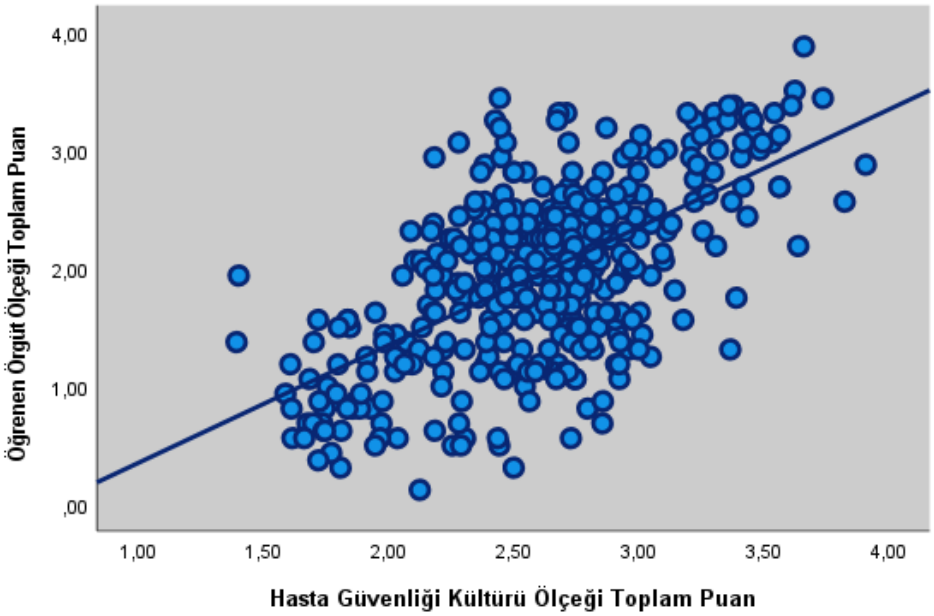
“Hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalıştınız mı?” sorusuna verilen yanıtlar temelinde, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel toplam puanlarında herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir (p>0,05).

4.22. Öğrenen örgüt ölçeği ile hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları arasındaki ilişki

			Öğrenen Örgüt Ölçeği			
			Örgütsel Öğrenme	**Yenilikçi Öğrenme**	**Vizyoner Öğrenme**	**Toplam Puan**
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	**“Yönetim ve liderlik**	**r**	0,519	0,480	0,530	0,552
		p	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****
	Çalışan davranışı	**r**	0,412	0,352	0,380	0,415
		p	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****
	Beklenmedik olay	**r**	0,434	0,395	0,428	0,455
	ve hata raporlama	**p**	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****
	Çalışanların eğitimi	**r**	0,475	0,420	0,482	0,499
		p	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****
	Bakım ortamı	**r**	0,517	0,506	0,514	0,553
		p	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****
	“Toplam puan”	**r**	0,588	0,539	0,583	0,618
		p	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****	***0,000*****

“r:Pearson’s Korelasyon Katsayısı”
**p<0,05*

Çalışma “Öğrenen Örgüt Ölçeği” “Örgütsel Öğrenme”, “Yenilikçi Öğrenme”, “Vizyoner Öğrenme” alt boyutları ve "Öğrenen Örgüt Ölçeği” genel toplam seviyeleri ile “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” “Yönetim ve Liderlik”, “Çalışan Davranışı”, “Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama”, “Çalışanların Eğitimi” ve “Bakım Ortamı” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” genel toplam puanları arasındaki korelasyonel ilişkinin pozitif yönde ve anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (p=0,000; p<0,01).



4.3. Öğrenen örgüt ölçeği toplam puanı ile hasta güvenliği kültürü ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkinin grafiği

Öğrenen Örgüt Özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi

Araştırmada, "Öğrenen Örgüt" özelliklerinin "Hasta Güvenliği Kültürü" üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları, Yenilikçi Öğrenme dışında kalan tüm boyutların Hasta Güvenliği Kültürü üzerinde belirleyici bir etki gösterdiğini ortaya koymuştur.

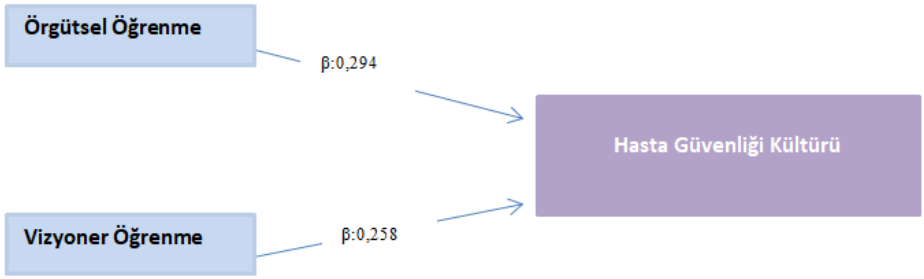
4.23. Öğrenen örgüt özelliklerinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkileri

Bağımlı Değişken	**"Bağımsız Değişken"**	**Unstandardized ß**	**Standardized ß**	**t**	**p**	**F**	**Model (p)**	**R^2**	**Durbin Watson**
Hasta Güvenliği Kültürü	Sabit	1,858		36,681	***0,000*****	87,738	**0,001****	0,384	1,812
	Örgütsel öğrenme	0,184	0,294	4,207	***0,000*****				
	Yenilikçi öğrenme	0,061	0,112	1,693	***0,091***				
	Vizyoner öğrenme	0,139	0,258	3,580	***0,000*****				
Hasta Güvenliği Kültürü	Sabit	1,858		37,676	***0,001*****	262,918	**0,001****	0,382	1,807
	Toplam puan	0,384	0,618	16,215	***0,001*****				

Model 1: Öğrenen Örgüt özelliklerinin hasta güvenliği kültürü ile olan ilişkisini belirlemek amacıyla "Enter Lineer Regresyon" analizi uygulanmıştır ve sonuçların anlamlı olduğu görülmüştür (F=87,738; p=0,001; p<0,01). Analizler, Hasta Güvenliği Kültürünü belirleyen faktörler olarak "Örgütsel Öğrenme" ve "Vizyoner Öğrenme" algılarının rol oynadığını göstermektedir. Söz konusu boyutlar, Hasta Güvenliği

Kültüründeki varyansın %38,4'ünü açıklamaktadır. Durbin–Watson değeri 1,812 olarak hesaplanmıştır. "Örgütsel Öğrenme" ve "Vizyoner Öğrenme", "Hasta Güvenliği Kültürü" düzeyini artırıcı etkiye sahiptir (sırasıyla β:0,294; β:0,258). Buna karşın "Yenilikçi Öğrenme"" algısı, "Hasta Güvenliği Kültürü" üzerinde belirgin bir etki göstermemektedir (p>0,05).

Model 2: Öğrenen Örgüt özelliklerinin hasta güvenliği kültürü ile olan ilişkisini belirlemek amacıyla "Enter Lineer Regresyon" analizi uygulanmıştır ve sonuçların anlamlı olduğu görülmüştür (F=262,918; p=0,001; p<0,01). Hasta Güvenliği Kültürünün belirleyen faktörler olarak Öğrenen Örgüt toplam puanı ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Söz konusu boyutlar, Hasta Güvenliği Kültüründeki varyansın %38,2'dir. Durbin–Watson değeri 1,807'dir. Öğrenen Örgüt, hasta güvenliği kültürü düzeyini arttırmaktadır (β:0,618; p<0,01).



4.4. Öğrenen örgüt özelliklerinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi üzerindeki etkilerinin modeli

Öğrenen Örgüt Özelliklerinin ve Tanımlayıcı Özelliklerin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi

Araştırmada Öğrenen Örgüt Özelliklerinin, tanımlayıcı özelliklerden eğitim durumu, birimde çalışma süresinin ve hangi kurumda çalışıldığının, Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine etkilerini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

4.24. Öğrenen örgüt özellikleri ve tanımlayıcı özelliklerin "hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkileri

"Bağımlı Değişken"	"Bağımsız Değişken"	Unstandardized ß	Standardized ß	t	p	F	Model (p)	R^2	Durbin Watson
Hasta Güvenliği Kültürü	Sabit	1,699		12,305	***0,001***	44,662	**0,001***	0,390	1,907
	Örgütsel öğrenme	0,181	0,289	4,137	***0,001***				
	Yenilikçi öğrenme	0,059	0,107	1,606	***0,109***				
	Vizyoner öğrenme	0,136	0,252	3,487	***0,001***				
	Eğitim durumu	0,012	0,016	0,407	***0,684***				
	Birimde çalışma süresi	0,062	0,081	2,007	***0,045****				
	Hangi kurumda çalışıyorsunuz?	-0,003	-0,004	-0,103	***0,918***				
Hasta Güvenliği Kültürü	Sabit	1,697		12,315	***0,001***	***66,918***	***0,001***	***0,388***	***1,898***
	Toplam puan	0,376	0,604	15,216	***0,001***				
	Eğitim durumu	0,011	0,015	0,373	***0,709***				
	Birimde çalışma süresi	0,062	0,081	2,014	***0,045****				
	Hangi kurumda çalışıyorsunuz?	0,000	0,000	-0,003	***0,997***				

1.Model: Öğrenen Örgüt özellikleri ve tanımlayıcı özelliklerin hasta güvenliği kültürü ile arasında olan ilişkiyi saptamak amacıyla "Enter Lineer Regresyon" analizi uygulanmıştır ve sonuçların anlamlı olduğu görülmüştür (F=44,662; p=0,001; p<0,01). Hasta Güvenliği Kültüründe belirleyen faktörler olarak örgütsel öğrenme, vizyoner öğrenme ve tanımlayıcı özelliklerden birimde çalışma süresi ile bir bağıntıya işaret etmektedir. Bu algılar ile hasta güvenliği kültürünü açıklama oranı %39'dur. Durbin–Watson değeri 1,907'dir. Örgütsel öğrenme ve vizyoner öğrenme hasta güvenliği kültürü düzeyini arttırmaktadır (*sırasıyla* β:0,289; β:0,252; p<0,01). Tanımlayıcı özelliklerden birimde çalışılan sürenin 11 senenin üzerinde olması "Hasta Güvenliği Kültürü" düzeyini, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene aralarında olmasından 0,081 birim arttırmaktadır (β:0,081; p=0,045; p<0,05) (Çizelge 4.24).

Yenilikçi öğrenme algısı, eğitim durumu ve hangi kurumda çalıştığı, hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi bulunmamaktadır (p>0,05) (Çizelge 4.24).

2.Model: Öğrenen Örgüt özellikleri ve tanımlayıcı özelliklerin hasta güvenliği kültürü ile arasında olan ilişkiyi saptamak amacıyla "Enter Lineer Regresyon" analizi uygulanmıştır ve sonuçlar anlamlı bulunmuştur (F=66,918; p=0,001; p<0,01). Hasta Güvenliği Kültürünün belirleyen faktörler olarak Öğrenen Örgüt toplam puanı ve tanımlayıcı özelliklerden birimde çalışma süresi ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Bu algılar ile hasta güvenliği kültürünündeki varyansın %38,8'dir. Durbin–Watson

değeri 1,898'dir. Öğrenen örgüt, hasta güvenliği kültürü düzeyini arttırmaktadır (β:0,604; p=0,001; p<0,01). Tanımlayıcı özelliklerden birimde çalışılan sürenin 11 senenin üzerinde olması "Hasta Güvenliği Kültürü" düzeyini, 1 ile 5 ve 6 ile 10 sene aralarında olmasından 0,081 birim arttırmaktadır (β:0,081; p=0,045; p<0,05).

Öğrenim durumu ve hangi kurumda çalıştığı, hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi bulunmamaktadır (p>0,05).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, öğrenen örgütler ile hasta güvenliği kültürü arasındaki bağı ele almayı hedeflemektedir. Araştırma, 427 hemşirenin katılımıyla yürütülmüş ve elde edilen bulgular, sunum sırasına göre ilgili başlıklar altında değerlendirilmiştir.

5.1. Öğrenen Örgüt Ölçeği Alt Boyutlarının Tartışılması

5.2. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Öğrenen Örgüt Puanlarının Tartışılması

5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Tartışılması

5.4. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Tartışılması

5.5. Öğrenen Örgüt Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.6. Öğrenen Örgütlerin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisinin Tartışılması

5.1. Öğrenen Örgüt Ölçeği Alt Boyutlarının Tartışılması

Çalışmamızda “örgütsel öğrenme” alt boyutunun puan ortalaması 1,98±0,71; “Yenilikçi Öğrenme” alt boyut puanları üzerinden ortalaması 1,95±0,81 “Vizyoner Öğrenme” alt boyut puanları üzerinden ortalaması 1,93±0,82 ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puan ortalaması ise 1,95±0,72 şeklinde bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirme aralığı göz önüne alındığında "orta" düzeyde seyretmektedir. Bu ortalama puanlar, hemşirelerin görev yaptıkları kurumlarda belirli bir düzeyde öğrenme faaliyetlerinin ve kültürünün var olduğunu gösterse de bu potansiyelin tam olarak kullanılmadığına veya yeterince güçlü bir şekilde desteklenmediğine işaret etmektedir. Özellikle, "Vizyoner Öğrenme" puanının diğer alt boyutlara göre daha düşük olması, hemşirelerin uzun vadeli hedefler belirleme, ortak bir gelecek vizyonu oluşturma ve stratejik düşünme becerilerinin daha fazla desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Zengin ve Gündüz (2018)’ün yılındaki çalışmada da “öğrenen örgüt” algısının tüm boyutlarda orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Söz konusu çalışmada, genel öğrenen örgüt algısı puan ortalaması 3,01 ± 0,50 olarak bulunmuştur.

Bu bağlamda, mevcut araştırma bulguları literatürdeki benzer çalışmalarla örtüşmekte ve örgütlerde öğrenmeye yönelik algının gelişmeye açık olduğunu göstermektedir.

5.2. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Öğrenen Örgüt Puanlarının Tartışılması

Yapılan analizler sonucunda; cinsiyet, medeni durum, mesleki kıdem ve kurumdaki hizmet süresi değişkenlerinin öğrenen örgüt ölçeği ve alt boyutlarının üzerinde bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Buna karşın, öğrenim durumuyla mevcut birimdeki çalışılan süre değişkenleri, çalışılan birim ve çalışılan kurum türü ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılaşma saptandığı görülmüştür.

En dikkat çekici bulgulardan biri, eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların "Yenilikçi Öğrenme" alt boyut puanlarının, diğer öğrenim durumlarına kıyasla daha düşük bulunmasıdır. Bu durum, daha yüksek eğitim seviyesine sahip profesyonellerin, çalıştıkları kurumlardaki yenilikçilik, risk alma ve deneme yapma kültürünü daha eleştirel veya yetersiz bulduklarını düşündürmektedir. Lisansüstü eğitim, bireylerin analitik düşünme, araştırma ve bilimsel bakış açısı kazanmalarını sağlar. Bu yetkinlikler, mevcut kurumsal uygulamaları daha sorgulayıcı bir gözle değerlendirmelerine ve iyileştirme potansiyeli olan alanları daha net görmelerine neden olabilir. Dolayısıyla, lisansüstü eğitimli çalışanlar, kurumlarının yenilikçi öğrenme süreçlerini, daha az eğitimli meslektaşlarına kıyasla daha zayıf veya yetersiz buluyor olabilirler. Bu durum, kurumların yüksek eğitimli personelin beklentilerini karşılayacak ölçüde yenilikçi ve değişime açık olmasının önemini vurgulamaktadır.

“Vizyoner Öğrenme” boyutunda, lise mezunu katılımcıların puanlarının, lisans ve lisansüstü mezunlarının puan ortalamalarına kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, ilk anda şaşırtıcı görünebilir. Lise mezunu çalışanların, kurumlarının geleceğe yönelik vizyonunu ve stratejik yönelimini daha olumlu algılamaları, farklı beklenti setlerinden veya bilgiye erişim düzeylerinden kaynaklanabilir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler, kurumsal vizyonun somut çıktılarının veya uygulanabilirliklerinin daha detaylı analizini yaparak daha kritik bir değerlendirme yapabilirler. Öte yandan, lise mezunu çalışanlar, kurumlarının genel vizyon beyanlarını veya liderlik söylemlerini daha fazla benimsemiş veya daha az sorgulamış olabilirler.

Bu fark, kurumların farklı eğitim seviyelerindeki çalışanlara vizyonlarını nasıl aktardığı ve bu vizyonun farklı düzeylerde nasıl anlaşıldığı üzerine düşünmeyi gerektirmektedir.

Genel olarak, eğitim durumu lise olan katılımcıların "Öğrenen Örgüt Ölçeği" genel toplam puanı, lisansüstü olanlardan anlamlı derecede yüksek görülmüştür. Bu genel eğilim, eğitim seviyesi yükseldikçe çalışanların kurumsal öğrenme kapasitesine ilişkin algılarının daha eleştirel bir hale geldiğini desteklemektedir. Lisansüstü eğitim almış profesyoneller, muhtemelen daha idealize edilmiş veya literatürdeki "en iyi uygulama" örneklerine dayalı bir öğrenen örgüt modeline sahip olduklarından, kendi kurumlarını bu standartlara göre daha düşük puanlamış olabilirler. Bu durum, eğitim seviyesinin, bireylerin kurumsal beklentilerini ve algı düzeylerini derinden etkileyen önemli bir demografik faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürdeki benzer bulgular incelendiğinde; Erigüç ve Başık (2007), hemşirelerin örgütsel öğrenme süreçlerini değerlendirmelerinde demografik faktörlerin çoğunun etkisiz olduğunu belirtmişlerdir. Ancak eğitim değişkeni bu durumun istisnasını oluşturmaktadır; nitekim lise mezunu hemşirelerin örgütsel öğrenme algılarının, lisans mezunu meslektaşlarından istatistiksel olarak daha ileri düzeyde olduğu vurgulanmıştır. Aydemir ve Koşar (2019)'ın Ankara'da görev yapan ortaokul öğretmenleriyle gerçekleştirdiği çalışmayla örtüşmektedir. Söz konusu araştırmada da cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir fark bulunmazken; yaş, hizmet süresi ve öğrenim durumu değişkenlerinde anlamlı farklılıklar rapor edilmiştir. Benzer şekilde, Ghaffari, Burgoyne, Shah ve Nazri (2017) de Malezya'da yaptığı araştırmada, yaş ve eğitim düzeyine göre anlamlı fark bulunmadığı, ancak görev süresi ve örgüt içi öğrenme gibi bazı alt boyutlarda anlamlı farkların olduğu ortaya konmuştur. Bu durum, çalışmamızın bulgularının hem ulusal hem de uluslararası literatürle tutarlı olduğunu göstermektedir.

Birimde 11 senenin üzerinde çalışan hemşirelerin "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme", "Vizyoner Öğrenme" alt boyutlarındaki ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanlarındaki algılarının, "1 ile 5 sene ve 6 ile 10 sene" birimlerde görev yapan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, birimdeki kıdem süresinin çalışanların öğrenen örgüt algılarını etkilediğini göstermektedir. Aslında bu sonuç, kıdemli çalışanların yani aynı birimde uzun süredir görev yapanların, kurumlarını veya çalıştıkları birimi daha fazla öğrenen bir örgüt olarak

algıladıklarını ortaya koymaktadır. Heidari, Nayeri, Ravari ve Sabzevari (2016) da hemşireler ile, yarı yapılandırılmış görüşmeden elde ettiği veriler doğrultusunda hemşirelerin deneyimleri, örgütsel öğrenmenin hasta haklarına saygı göstermede olumlu bir rol oynadığını göstermiştir. Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu durum, birim içinde deneyimli personelin bilgi birikiminin ve algılarının değerini ortaya koymaktadır.

Şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin, hem "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme" ve "Vizyoner Öğrenme" alt boyutlarında hem de Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanında, devlette, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan meslektaşlarından anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı görülmüştür.

Bu sonuç, hastane türüne bağlı kurumsal yapının ve liderlik modelinin örgütsel öğrenme algısı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Diğer bir değişle sağlık hizmetlerinde hastane türünün, kurumsal öğrenme ortamının şekillenmesindeki önemini açıkça görülmektedir. Özellikle, şehir hastanelerinin kendine özgü yapısal ve kültürel özelliklerinin, öğrenme ve gelişim algısını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde gözlemlediğimiz öğrenen organizasyon özelliklerinin benzeri, Erigüç ve Balçık (2007) tarafından hemşirelerin bireysel ve örgütsel öğrenme algılarında yönetsel destek, iletişim ve açık öğrenme ortamlarının belirleyici olduğunu ortaya koymuş; bu bağlamda örgütsel yapının öğrenme üzerinde kritik rol oynadığını vurgulamıştır. Buna ek olarak, Uğurluoğlu, Aldoğan ve Dilmac (2013) tarafından Türkiye'de gerçekleştirilen çalışmada da yöneticilerin öğrenen örgüt algılarının sağlık kuruluşlarındaki yenilik düzeyi üzerinde anlamlı etkiler yarattığı ve öğrenen örgüt boyutlarının inovasyonun %66,5'lik varyansını açıkladığı saptanmıştır.

Bu araştırmada ayrıca, poliklinikte çalışan hemşirelerin "Örgütsel Öğrenme" puan ortalamalarının ofis/büroda çalışan hemşirelere; "Yenilikçi Öğrenme" ve toplam "Öğrenen Örgüt Ölçeği" puanlarının ise yoğun bakım ve ofis/büroda çalışan hemşirelere oranla anlamlı olarak daha düşük bulunduğu; ayrıca "Vizyoner Öğrenme" puan ortalamalarının yoğun bakımda çalışan hemşirelerden de anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır.

Polikliniklerde çalışan hemşirelerin çeşitli öğrenme alt boyutlarında ve genel olarak Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanında, diğer çalışma birimlerindeki (yoğun bakım ve ofis/büro) hemşirelere kıyasla anlamlı derecede düşük puanlar aldığını

göstermektedir. Özellikle, örgütsel öğrenme boyutunda poliklinik hemşireleri, ofis/büro hemşirelerine göre daha düşük performans sergilemiştir. Bu durum, poliklinik ortamlarının bilgi paylaşımı, işbirliği ve süreç iyileştirmeleri gibi örgütsel öğrenmeyi destekleyici mekanizmalar açısından yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir.

Yenilikçi Öğrenme ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanı açısından poliklinik hemşirelerinin hem yoğun bakım hem de ofis/büro hemşirelerinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, polikliniklerdeki hemşirelerin yeni fikirler üretme, deneysel yaklaşımlar sergileme ve genel olarak örgütsel öğrenme kapasitelerini geliştirme konusunda daha az fırsata sahip olabileceğine işaret etmektedir. Yoğun bakım gibi birimlerdeki sürekli değişen ve acil durum odaklı ortamın yenilikçi çözümleri teşvik ederken, ofis/büro ortamlarının da belki de daha fazla eğitim ve gelişim imkanı sunabildiği düşünülebilir.

Vizyoner Öğrenme boyutunda ise poliklinik hemşireleri, yoğun bakım hemşirelerine göre anlamlı derecede düşük puan almıştır. Bu durum, polikliniklerdeki çalışma dinamiklerinin hemşirelerin geleceğe yönelik stratejik düşünme, ortak bir vizyon oluşturma ve organizasyonun genel hedefleri doğrultusunda hareket etme becerilerini daha az desteklediği şeklinde yorumlanabilir. Yoğun bakım gibi birimlerde, hızla değişen hasta durumlarına adaptasyon ve uzun vadeli hasta bakım planlaması gibi unsurlar vizyoner düşünmeyi daha fazla tetikleyebilir.

Bu bulgular, bir üniversite hastanesinde yürütülen benzer bir çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir. Uzuntarla vd., (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırmada; meslek grubu ve çalışılan birim gibi demografik değişkenlerin örgütsel öğrenme yeteneği ve alt boyutlarında anlamlı farklılıklar yarattığı vurgulanmış, özellikle servis birimleri gibi farklı birimlerde öğrenme algılarında değişim gözlenmiştir. Bu durum, poliklinik gibi yoğun ve yapılandırılmış alanların öğrenme davranışlarını sınırlayabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, bulgularımız kurumsal ortamın öğrenen örgüt düzeyleri üzerindeki etkisini ortaya koyarak literatürdeki benzer çalışmalarla desteklenmiş durumdadır.

5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Tartışılması

Çalışmamızda hemşireler "Yönetim ve Liderlik" alt boyut puanının ortalaması 2,66±0,51 "Çalışan Davranışı" alt boyut puanının ortalaması 2,65±0,52 ; "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" alt boyut puanının ortalaması 2,61±0,54; "Çalışanların Eğitimi" alt boyut puanının ortalaması 2,53±0,57; "Bakım Ortamı" alt boyut puanının ortalaması 2,60±0,63 ve ölçeğin toplam puan ortalaması 2,61±0,44 şeklinde saptandığı görülmüştür. Buna göre Hemşirelerin ortalama bir Hasta Güvenliği Kültürü algılarının olduğu söylenebilir. Bu durum, genel olarak hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının ne çok yüksek ne de çok düşük olduğunu, yani orta düzeyde bir farkındalığa ve katılıma sahip olduklarını göstermektedir. Bu ortalama düzey, kurumların hasta güvenliği konusunda belirli bir temel oluşturduğunu, ancak bu alanda daha fazla gelişme potansiyeli olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, "Çalışanların Eğitimi" alt boyutunun diğerlerine göre biraz daha düşük olması 2,53±0,57, eğitimlerin yeterliliği veya etkinliği konusunda iyileştirmeler yapılabileceğine işaret edebilir. Ayrıca, hata raporlama 2,61±0,54 ve bakım ortamı 2,60±0,63 gibi alanlardaki ortalama puanlar, sistemik veya çevresel faktörlerin hasta güvenliğini tamamen desteklemediği yönünde yorumlanabilir. Tekingündüz, Yıldız ve İnci (2021) yaptığı çalışmada hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının 3.01±0.53 olduğunu ve orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Standart sapmanın düşük olması, puanların ortalamaya yakın bir şekilde toplandığını belirtir. Arslan, Aydıngülü, Gülşen, Doğan ve Erden (2020) hemşireler üzerinde çalıştığı "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)" ile incelediği araştırmada da, çeşitli alt boyut puanları birbirine yakın çıkmıştır. Elde edilen bu bulgular, hemşirelerin "HGKÖ" toplam ve alt boyut puan ortalamalarının genel olarak benzer seviyelerde olduğunu ve literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik taşıdığını ortaya koymaktadır. Eisenberg (2000) de yaptığı çalışmada hasta güvenliğine verilen önem, öğrenme temelli yaklaşımların yanı sıra kalite ölçümü ve iyileştirmeye yönelik sistematik yaklaşımların gerekliliğini vurgulamıştır. Rızalar ve Topçu (2017) de yaptıkları çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğini incemiş ve buna bağlı olarak hemşirelerin hasta güvenliği kültür puan ortalamasının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin bu ortalama algısı, yöneticilere ve politika yapıcılara önemli bir mesaj vermektedir: Hasta güvenliği kültürünü güçlendirmek için mevcut durumu korumak yeterli değildir; sürekli iyileştirme ve geliştirme çabaları gereklidir. Bu, hemşirelerin bakış açılarından yola çıkarak, yönetim desteğini artırma, hata raporlamayı teşvik eden ve cezalandırmayan bir kültür oluşturma, eğitim fırsatlarını genişletme ve güvenli bir fiziksel bakım ortamı sağlama gibi alanlarda proaktif adımlar atılması gerektiği anlamına gelmektedir. Bu sayede, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları daha yüksek seviyelere çıkarılabilir ve sonuç olarak hasta bakım kalitesi ve güvenliği artırılabilir.

5.4. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızın önemli bulgularından biri, birimde 11 sene üzeirinde çalışma deneyimine sahip hemşirelerin, birimde çalışma süresi 1ile 5 ve 6 ile10 sene olan hemşirelere kıyasla, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” toplam puanında ve alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Dilmen’in (2016) tarafından yürütülen ve 420 hemşirenin hasta güvenliği kültürü algılarının incelendiği çalışmayla örtüşmektedir. Dilmen (2016) çalışmada; çalışma süresi 11 sene üzerinde olan hemşirelerin güvenlik kapsamlı algısı ve hastane yönetiminin hasta güvenliğine desteğindeki puan ortalamalarının, 1 ile 5 sene ve 6 ile 10 sene çalışan gruplardan yüksek bulduğunu belirtmiştir. Bu sonuç, profesyonel deneyimin artmasıyla hemşirelerin hasta güvenliği konusunda daha olumlu algılara sahip olduklarını ve güvenlik uygulamalarına daha fazla katkı sağladıklarını göstermektedir.

Şehir hastanelerinde çalışan katılımcıların, "Çalışan Davranışı” devlet hastanesine, "Bakım Ortamı," alt boyutu devlet ve eğitim araştırma hastanesine, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” toplam puanı da devlet hastanesine göre yüksek bulunmuştur. Rençber ve Ceylan (2024) tarafından yapılan bir çalışmada da benzer şekilde, özel sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kamu hastanelerindekilere göre “Çalışan Davranışı”, “Eğitim” ve “Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama” alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Çalışmada, bu farkların özellikle özel kurumların hasta güvenliği politikalarına daha fazla önem vermesi, çalışan eğitimlerine yatırım yapması ve hataları raporlamayı

teşvik eden bir kurum kültürü oluşturmasıyla ilişkilendirildiği belirtilmiştir. Dolayısıyla, şehir hastanelerinin kamu hastanelerine kıyasla daha gelişmiş altyapı, liderlik yaklaşımı, eğitim desteği ve sistem odaklı güvenlik uygulamalarına sahip olması; çalışanların hata raporlama, eğitim ve davranış gibi alt boyutlarda daha olumlu algı geliştirmelerine olanak tanımakta ve bu durum literatürdeki mevcut eğilimleri desteklemektedir. Bu bulgular, modern hastane ortamlarının personelin güvenlik kültürü algısını olumlu yönde etkileyerek, sağlık hizmet kalitesini artırabileceğini göstermektedir. Atasever, Gözlü, Özaydın, Güler, Örnek, Barkan, Kavak ve İlhan (2018) de şehir hastaneleri üzerine gerçekleştirdiği araştırmada, bu hastanelerin entegre tesis yönetimi, teknolojik donanımı ve hasta güvenliği odaklı süreçleri ile hasta güvenliği kültürünü desteklediği vurgulanmıştır. Çalışmada şehir hastanelerinin hasta güvenliği açısından "örnek kurum" olarak değerlendirilebileceği ifade edilmiştir. Bu bulgular, mevcut araştırma sonuçlarını desteklemekte ve şehir hastanelerinin hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin daha olumlu algılara sahip olması, bu kurumların sistemsel ve yapısal avantajları ile doğrudan ilişkilendirilebilir. Bu durum, hasta güvenliği politikalarının geliştirilmesinde şehir hastanelerinin uygulamalarının örnek alınabileceğini göstermektedir.

Araştırma bulguları, hastanenin farklı birimlerindeki çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının bazı temel noktalarda ayrıştığını göstermektedir. Özellikle, Yönetim ve Liderlik ile Bakım Ortamı gibi konularda birimler arasında anlamlı bir fark yokken, "Çalışan Davranışı", "Beklenmedik Hata ve Raporlama" ve "Çalışan Eğitimi" alt boyutlarında belirgin farklılıklar mevcuttur. Yoğun bakım birimi çalışanları, diğer birimlere göre daha olumlu çalışan davranışları sergilerken ve daha iyi eğitim olanaklarına sahip olduklarını düşünürken, poliklinik çalışanları hata raporlama ve eğitim konularında kendilerini daha yetersiz hissetmektedir. Bu durum, hasta güvenliği kültürü genel puanlarını da etkileyerek, poliklinik birimindeki çalışanların toplam puanının yoğun bakıma göre daha düşük çıkmasına neden olmaktadır. Bu sonuçlar, hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye yönelik çalışmaların, her birimin özel ihtiyaçlarına göre tasarlanması gerektiğini göstermektedir. Rızalar ve Topçu (2017) araştırmasında hastanelerin farklı birimlerindeki çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirli alt boyutlarda anlamlı şekilde

farklılaştığını ortaya koymaktadır Ameliyathane ve yoğun bakım ünitesinde çalışanların hasta güvenliği kültürü algıları karşılaştırılmış ve genel puan düzeyleri benzer bulunmakla birlikte, "Çalışan Davranışı", "Çalışan Eğitimi" ve "Beklenmedik Hata ve Raporlama" gibi alt boyutlarda anlamlı farklar tespit edilmiştir. Bu çalışmada, ameliyathane hemşireleri çalışan davranışları konusunda daha olumlu algılara sahipken, yoğun bakım hemşirelerinin eğitim olanakları konusunda daha yüksek puanlar verdiği belirlenmiştir. Ayrıca, her iki birimde de hata raporlama ile ilgili alt boyutun puanı düşüktür. Bu durum, çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Fujita, Seto, Kitazawa, Matsumoto, Hasegawa (2014) Japonya'da tüm sağlık çalışanları birim düzeyinde hasta güvenliği kültürünün özelliklerini inceleyen çalışmada, yoğun bakım gibi belirli birimler ile rehabilitasyon veya idari birimler arasında hasta güvenliği kültüründe anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Singer, Falwell, Gaba, Meterko, Rosen, Hartmann ve Baker (2009) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları çalışmada acil servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde düşük hasta güvenliği kültürü bugusunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, hasta güvenliği kültürünün genel düzeyine dair benzerlikler olsa da, alt boyutlardaki farklılıkların birimler arası çeşitliliği yansıttığını ve bu nedenle hasta güvenlik kültürünü geliştirmeye yönelik müdahalelerin her birimin özel ihtiyaçları ve zayıf yönleri dikkate alınarak planlanması gerektiğini göstermektedir.

5.5. Öğrenen Örgüt Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Öğrenen Örgüt Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir. İki ölçek arasındaki korelasyon (r = 0,618) dir ve bu bu ilişkinin anlamlı orta derecede pozitif yönlü ilişki olduğunun bir yansımasıdır. Buna göre kurumların öğrenme kapasitesinin artmasının, genel hasta güvenliği algısını ve uygulamalarını önemli ölçüde geliştirdiğini düşündürmektedir. Bu korelasyon analizi öğrenen örgüt özelliklerinin ve hasta güvenliği kültürünün birbirini tamamlayan ve karşılıklı olarak güçlendiren yapılar olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Bir alandaki gelişme, diğer alanda da iyileşmeyi beraberinde getirme potansiyeline sahiptir.

Bu bulgu, örgüt içinde öğrenme ve gelişimi destekleyen bir yapının varlığının, hasta güvenliği kültürüne yönelik algıyı olumlu etkilediğini göstermektedir. Nitekim Abdallah, Johnson, Nitzl ve Mohammed (2019) tarafından hastane eczacılığı alanında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde, örgütsel öğrenme ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı ve güçlü pozitif bağıntı ($path = 0.826$, $p < .05$, $R^2 = 0.683$) tespit edilmiştir. Bu sonuç, öğrenen örgüt yapılarının hasta güvenliği uygulamalarını destekleyici ve geliştirici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, sağlık kurumlarında öğrenmeyi teşvik eden liderlik anlayışı, sürekli mesleki gelişim olanakları ve hata sonrası öğrenme kültürü gibi öğrenen örgüt unsurlarının güçlendirilmesi, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Muliyadi, Keliat ve Mustikasari, (2019) da yaptıkları çalışmada hasta güvenliğinin sağlanmasında öğrenme kültürü temel bir gereklilik olarak öne çıktığını, hemşirelerin mesleki gelişim süreçlerinde sürekli öğrenmeyi benimsemeleri, bu kültürün oluşumuna katkı sağlayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmada hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve becerilerini geliştirmeleri; farkındalık oluşturma, uygulamaya geçme ve sürdürülebilirliği sağlama aşamalarını içeren çok yönlü bir süreç olduğunu, etkili bir öğrenen örgüt kültürü oluşturabilmek için, öncelikle hasta güvenliği hakkında bilgi edinmenin ve bu bilincin artırılmasının önemini vurgulamışlardır. Bu çalışmada benzer şekilde çalışmamızı desteklemekte ve öğrenen örgütlerin hasta güvenliği kültürünü olumlu etkilediğini kanıtlamaktadır. Singer et al., (2009) tarafından Amerika'da sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada öğrenen örgütler ile hasta güvenliği kültürü arasında güçlü pozitif bir bağıntı olduğunu vurgulamışlardır.

5.6. Öğrenen Örgütlerin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisinin Tartışılması

Yapılan Enter Lineer Regresyon analizi, örgütsel öğrenme özelliklerinin hasta güvenliği kültürü ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu göstermiştir (F=87,738; p=0,001). Bu analize göre, hasta güvenliği kültürünün önemli belirleyicileri arasında örgütsel öğrenme algısı ve vizyoner öğrenme algısı yer almaktadır. Bu iki algı, örgütsel öğrenmenin %38,4'ünü açıklamaktadır, ki bu da dikkate değer bir açıklama gücüdür. Bu bulgu, bir sağlık kuruluşunun öğrenme yeteneğinin, hasta güvenliğini sağlamadaki başarısında önemli bir rol oynadığını güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır.

Bulgular, hem örgütsel öğrenme algısının (β: 0,294) hem de vizyoner öğrenme algısının (β: 0,258) hasta güvenliği kültürü düzeyini artırdığını ortaya koymuştur. Ancak, yenilikçi öğrenme algısının hasta güvenliği kültürü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu bulgular örgütsel ve vizyoner öğrenmenin hasta güvenliği kültürünü doğrudan ve olumlu yönde etkilediğini, ancak yenilikçi öğrenme algısının bu ilişkide belirleyici bir rol oynamadığını göstermektedir. Dağdelen (2014) de yaptığı çalışmada, hastane çalışanlarının öğrenen organizasyon düzeyleri arttıkça hasta güvenliği kültürü algılarının da attığını belirlemiştir. Yapılan regresyon analizi, bu iki kavram arasında güçlü ve pozitif ilişki varlığını göstermekte, bu bulgu, bir sağlık kuruluşunun hasta güvenliğini artırmak için sadece prosedürlere odaklanmak yerine, çalışanların sürekli öğrenmesini, hatalardan ders çıkarmasını ve bilgi paylaşımını teşvik eden bir kurumsal yapıyı benimsemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Kısacası, bir kurum ne kadar öğrenen bir yapıya sahipse, o kurumdaki hasta güvenliği kültürü de o kadar gelişmektedir. Goh, Chan ve Kuziemsky (2013) de yaptığı araştırmada sağlık çalışanları arasında örgütsel bir öğrenme yeteneği oluşturmanın, iş birliği ve ekip çalışmasına vurgu yapmanın hasta güvenliği kültürüne önemli bir etkisinin olduğunu belirtmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Öğrenen örgütler ile hasta güvenliği kültürü ilişkinin incelenmesi için amaçlanan bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmaya ait sonuçlar aşagıdaki gibidir:

- Yapılan analizler sonucunda; kişisel ve mesleki demografik özelliklerden cinsiyet, medeni durum ve genel kıdemin öğrenen örgüt puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir. İstatistiki açıdan anlamlı farklılıkların kaynağı olarak ise eğitim seviyesi, çalışılan birim, mevcut birimdeki çalışma süresi ve kurum faktörü ön plana çıkmaktadır
- Katılımcıların öğrenim seviyeleri, Örgütsel Öğrenme alt boyutu üzerinde istatistiksel açıdan belirleyici bir rol oynamazken; Yenilikçi Öğrenme, Vizyoner Öğrenme ve ölçeğin genel toplam puanları üzerinde istatistiksel değişkenlik sergilediği saptanmıştır.
- Birimde 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme", "Vizyoner Öğrenme" ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanları, birimde çalışma yılı 1ile 5 yıl ve 6 ile 10 yıl olanlardan daha yüksek bulunmuştur.
- Şehir hastanesinde çalışan hemşirelerin "Örgütsel Öğrenme", "Yenilikçi Öğrenme", "Vizyoner Öğrenme" ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanları, eğitim ve araştırma hastanesi ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.
- Poliklinikte çalışan hemşirelerin "Örgütsel Öğrenme" puan ortalamaları ofis/büroda çalışan hemşirelere; "Yenilikçi Öğrenme" ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puanları yoğun bakım ve ofis/büroda çalışan hemşirelere ve "Vizyoner Öğrenme" puan ortalamaları yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır.

- Çalışmamızda “örgütsel öğrenme” alt boyutunun puan ortalaması 1,98±0,71; “Yenilikçi Öğrenme” alt boyutu puan ortalaması 1,95±0,81 “Vizyoner Öğrenme” alt boyutu puan ortalaması 1,93±0,82 ve Öğrenen Örgüt Ölçeği toplam puan ortalaması ise 1,95±0,72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirme aralığı göz önüne alındığında "orta" düzeyde seyrettiği saptanmıştır.
- Birimde 11 sene ve üzerinde deneyimi olan hemşirelerin, birimde çalışma süresi 1ile 5 sene ve 6 ile 10 sene olan hemşirelere kıyasla, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” toplam ve alt boyutları puanları yüksek saptanmıştır.
- Şehir hastanelerinde çalışan katılımcıların, "Çalışan Davranışı” devlet hastanesine, "Bakım Ortamı," alt boyutu devlet ve eğitim araştırma hastanesine, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puanı da devlet hastanesine göre yüksek düzeyde saptanmıştır.
- Çalışılan birime göre “Yönetim ve Liderlik” ile “Bakım Ortamı” alt boyutlarında birimler arasında fark yokken, “Çalışan Davranışı”, “Beklenmedik Hata” ve Raporlama ve “Çalışan Eğitimi” alt boyutlarında farklılıklar bulunduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” nin alt boyutlarına bakıldığında hemşirelerin ortalama bir Hasta Güvenliği Kültürü algılarının olduğu saptanmıştır.
- Öğrenen Örgüt Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Yapılan Enter Lineer Regresyon analizi sonucu, örgütsel öğrenme özelliklerinin hasta güvenliği kültürü ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Sağlık kuruluşlarında öğrenen örgüt kültürünü geliştirmeye yönelik stratejilerin, çalışanların eğitim düzeyini göz önünde bulundurarak farklılaştırılması gerekmektedir. Yüksek eğitimli özellikle lisansüstü

çalışanların eleştirel bakış açıları ve yüksek beklentileri, kurumlar için birer geri bildirim mekanizması olarak değerlendirilmelidir. Onların yenilikçilik ve öğrenme süreçlerine daha aktif dahil edilmesi, bu algı farklılıklarını olumlu yönde etkileyebilir. Ayrıca, farklı eğitim seviyelerindeki çalışanlar arasında kurumsal vizyonun ve öğrenme pratiklerinin anlaşılmasında olası iletişim boşluklarının giderilmesi için özel çabalar sarf edilebilir.

- Sağlık kurumları, öğrenen örgüt kültürünü güçlendirmek için, özellikle birimlerinde uzun süredir çalışan kıdemli personelin deneyimlerinden daha fazla faydalanmalı, onları mentörlük ve liderlik rollerine teşvik etmelidir. Yeni başlayan veya orta düzeydeki çalışanların da bu olumlu öğrenme algısına ulaşabilmeleri için birim içi entegrasyon ve gelişim programları desteklenmelidir.
- Şehir hastanelerinin çalışanlar üzerindeki olumlu algıları, diğer hastane türleri için bir benchmarking oluşturabilir ve onların öğrenen örgüt kültürlerini geliştirmeleri için potansiyel iyileştirme alanlarını belirlemelerine yardımcı olabilir. Özellikle, eğitim ve araştırma hastanelerinin ve devlet hastanelerinin, şehir hastanelerindeki hangi faktörlerin bu olumlu algıyı beslediğini inceleyerek kendi öğrenme ortamlarını zenginleştirmeleri faydalı olacaktır.
- Polikliniklerdeki hemşirelerin mesleki gelişimlerini ve kurumsal öğrenme kapasitelerini artırmaya yönelik özel müdahalelerin planlanması önerilmektedir.
- Hemşirelerin görev yaptıkları sağlık kuruluşlarında örgüt kültür yapılarının öğrenmeyi kolaylaştıracak şekilde daha da geliştirilmesi ve desteklenmesi, bireysel öğrenmeyi değil, aynı zamanda ekip içi bilgi paylaşımını, sürekli iyileştirme süreçlerini ve yenilikçi uygulamaları teşvik eden bir ortamın yaratılması, kurumsal düzeyde, eğitim ve gelişim programlarının artırılması, risk alma ve deney yapma kültürünün benimsenmesi, açık iletişim kanallarının oluşturulması gibi adımlar, hemşirelerin öğrenme kapasitelerini yükselterek sağlık hizmetlerinin kalitesine olumlu katkıda bulunabilir.

- Kurumların, deneyimli hemşirelerin bilgi ve tecrübelerini genç meslektaşlarına aktarmaları için mentörlük programları ve bilgi paylaşım platformları oluşturarak mesleki tecrübeyi daha etkin kullanmaları hasta güvenliği kültürünü genel olarak güçlendireceği önerilmektedir.
- Deneyimli hemşirelerin görüşlerinin hasta güvenliği politikalarının oluşturulması ve iyileştirilmesi süreçlerine daha aktif dahil edilmesi de kurumların genel güvenlik performansına olumlu yansıyabilir.
- Hemşirelerin ortalama hasta güvenliği kültürü algısı, yöneticilere ve politika yapıcılara önemli bir mesaj verebilir, yönetim desteğini artırma, hata raporlamayı teşvik eden kültür oluşturma, eğitim fırsatlarını genişletme ve daha güvenli bir fiziksel bakım ortamı sağlama gibi alanlarda çalışmalar genişletilebilir. Bu sayede, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları daha yüksek seviyelere çıkarılabilir ve sonuç olarak hasta bakım kalitesi ve güvenliği artırılabilir.
- Bir kurum ne kadar öğrenen bir yapıya sahipse, o kurumdaki hasta güvenliği kültürü de o kadar gelişmektedir. Sağlık kuruluşlarının hasta güvenliğini artırmak için prosedürlere odaklanmanın yanı sıra, çalışanların sürekli öğrenmesini, hatalardan ders çıkarmasını ve bilgi paylaşımını teşvik eden bir kurumsal yapıyı benimsemesi gerekliliği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Abdallah, W., Johnson, C., Nitzl, C., & Mohammed, M. A. (2019). Organizational learning and patient safety: hospital pharmacy settings. *Journal of Health Organization and Management,* 33(6), 695–713. https://doi.org/10.1108/ JHOM-11-2018-0319

Adıgüzel, O. (2010). Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, 159-170.

Ak, E. S., Kandemir, D., Ayoğlu, T., & Ayhan, M. K. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Uygulamaları. *Florence Nightingale Journal of Nursing (FNJN)*, 27(1), 26-37.

Akalın, H. E. (2010). Hasta güvenliği kültürü. *Sağlıkta Nabız*, 7(25), 10-13.

Akat, İ., Budak, G. (2002). *İşletme Yönetimi,* 4. Baskı, Barış Yayınları, İzmir.

Akbaba, P. D. (2012). *Öğrenme Psikolojisi*. Ankara: Pegem Akademi.

Akgün, A. E., Keskin, H., & Günsel, A. (2009). *Bilgi Yönetimi ve Öğrenen Örgütler*. Ankara: Efil Yayınevi.

Argyris, C. (1999). *On Organizational Learning*. Cornwall: Blackwell Publishing.

Arslan, S., Aydıngülü, N., Gülşen, M., Doğan, S.D., Erden, S. (2020). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürleri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 23(4), 527-533.

Arslanoğlu, A. (2019). Etkili iletişimin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi ve iç girişimciliğin aracı rolü: Bir özel hastane uygulaması. *İnsan & İnsan*, 21, 431-451.

Ash, J. S., Berg, M., & Coiera, E. (2004). Some unintended consequences of information technology in health care: The nature of patient care information system-related errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(2), 104-112.

Atalla, A. D. G., Elamir, H., & Abou Zeid, M. A. G. (2022). Exploring the relationship between organisational silence and organisational learning in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management,* 30(3), 702–715. https://doi.org/10.1111/jonm.13539

Atasever, M., Bayraktar, D., Çetinkaya, A. A., & Erdoğan, M. (2018). Şehir hastaneleri araştırması. *Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi.* https://www.researchgate.net/publication/326723253_Sehir_Hastaneleri_Arastirmasi

Antunes, H. D. J. G., & Pinheiro, P. G. (2020). Linking knowledge management, organizational learning and memory. *Journal of Innovation & Knowledge,* 5(2), 140–149. https://doi.org/10.1016/j.jik.2019.04.002

Ay, A., & Karadağ, M. (2022). Cerrahide hasta güvenliği. In M. Karadağ & H. Bulut (Eds.), *Cerrahi hemşireliği: Kavram haritası ve akış şemalı* (3. bs., ss. 83-99). Vize Yayıncılık.

Aybar, S. (2011). İşletmelerde öğrenen örgütler ve iş verimliliğine ilişkin analiz: otel işletmelerinde bir uygulama. Yayımlanmış yüksek lisans tezi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.* İstanbul, 39-78.

Aydemir, C., & Aksoy, M. S. (2020). Sağlık işletmelerinde öğrenen organizasyon algılamaları ve eğitim uygulamalarının önemi. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7-16.

Aydemir, Y., & Koşar, S. (2019). Ortaokul öğretmenlerinin öğrenen örgüt algılarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi: Ankara ili örneği. *Başkent University Journal of Education,* 6(2), 250–264. https://doi.org/10.35566/buje.496450

Ayden, C. (2020). Örgütsel öğrenme kavramı ve öğrenme engellerinin giderilmesinde örgüt kültürü ve liderliğin rolü. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* 2(4), 120–139.

Aygin, D., & Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, *45*(3), 110-114.

Ayhan, U. (2007). Öğrenen örgütler ve kamu kuruluşları. *Sayıştay Dergisi,* Sayı:76, 77- 99.

Aytaç, T. (2000). *Eğitim Yönetiminde Yeni Paradigmalar: Okul Merkezli Yönetim*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Bahadori, M., Hamouzadeh, P., Qodoosinejad, J. & Yousefvand, M. (2012). Organizational learning capabilities of nurses in Iran. *Global Business and Management Research,* 4(3/4), 248.

Bahar, S. (2018). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*

Barutçugil, İ. (2004). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*, Kariyer Yayınları, İstanbul.

Barsbay, S., & Çakmak Barsbay, M. (2018). Healthcare professionals' attitudes regarding patient safety in clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 67-68.

Bayın, G. (2016). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 458-466.

Baykal, Ü., & Türkmen, E. (2022). *Hemşirelikte yönetim*. Akademi Basın ve Yayıncılık.

Basten, D. & Haamann, T. (2018). Approaches for organizational learning: A literature review. *Sage Open*, 8(3). https://doi.org/10.1177/2158244018794224

Bonner, A. F., Castle, N. G., Perera, S., & Handler, S. M. (2008). Patient Safety Culture: A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice. *Ann Longterm Care,*16(3):18-22.

Brown, J. S., & Duguid. (2000). Re-engineering the future: A response to Bill Joy and the doom-and-gloom technofuturists. *The Industry Standard*.

Çiriş Yıldız, C., Yıldırım, D., & Günay, K. (2022). Kişisel koruyucu ekipman kullanımının hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri ve tıbbi hata türleri üzerindeki etkisi: Kesitsel bir çalışma. *Uluslararası İş Güvenliği ve Ergonomi Dergisi,* 29(2), 596–603. https://doi.org/10.1080/10803548.2022.2061131

Çalkavur, E. (2018). *Öğrenen Organizasyon Yolculuğu* (8. bs.). Remzi Kitabevi.

Çakır, A. (2007). Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi. Yüksek lisans tezi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,* Toplam Kalite Yönetimi Programı.

Çam, S. (2002). *Öğrenen Organizasyon ve Rekabet Üstünlüğü*. İstanbul: Papatya Yayınları.

Çetin, M., & Baydar, F. (2021). Öğrenen örgüt ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,* 54(54), 75-96. https://doi.org/10.15285/maruaebd.813670

Chu, R. Z. (2017). Preventing in-patient falls: The nurse's pivotal role. *Nursing 2022*, 47(3), 24-30.

CIC. (2003). *Modelo Intellectus: Medición y Gestión Del Capital Intelectual*. Centro de Investigación sobre la Sociedad del Conocimiento (CIC). Madrid.

Çobanoğlu, N. (2009). *Kurumsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*. Ankara.

Collie, S. L., & Taylor, A. L. (2004). Improving teaching quality and the learning organisation. *Educational Research Quarterly*, 28(2), 3–15.

Cousley, A. (2015). Vulnerability in perioperative patients: A qualitative study. *Journal of Perioperative Practice*, 25(12), 246–254. https://doi.org/10.1177/175045891502501201.

Çoşkun, R. (2000). Geleneksel organizasyondan öğrenen organizasyona geçiş: Teorik çerçeve ve uygulamaya yönelik öneriler. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, 109–116.

Covey, S. R. (2004). *Etkili İnsanların Yedi Alışkanlığı* (28. baskı, O. Deniztekin & F. N. Deniztekin, Çev.). Varlık Yayınları.

Dağdelen, Ü. A. (2014). Öğrenen organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Isparta.

Dang, D., Johantgen, M. E., Pronovost, P. J., Jenckes, M.W., & Bass, E. B. (2002). Postoperative complications: does intensive care unit staff nursing make a difference. *The Journal of Acute and Critical Care,* 31(3):219-228.

Dellefield, M. E., Castle, N. G., McGilton, K. S., & Spilsbury, K. (2015). The relationship between registered nurses and nursing home quality: an integrative review (2008- 2014). *Nurs Econ,* 33(2), 95-108, 116.

Dilmen, B. (2016). Evaluation of nursing students' and nurses' perceptions of patient safety culture *(Doctoral dissertation, Hacettepe University Institute of Health Sciences).*

Diker, İ. (2007). Öğrenen organizasyona geçiş sürecinde kurum kültürü, örgütsel engeller ve geçiş aşamaları (İstanbul Tıp Fakültesi örneği). Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Balıkesir.

Dodgson, M. (1993). Organizational learning: A review of some literatures. *Organization Studies*, 14(3), 375-394.

Doğan, K. (2010). Örgütsel öğrenme ve kriz yönetimi arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. *Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,* İstanbul.

Edmondson, A. C., & Harvey, J.-F. (2018). Cross-boundary teaming for innovation: Integrating research on teams and knowledge in organizations. *Human Resource Management Review*, 28(4), 347–360. https://doi.org/10.1016/ j.hrmr.2017.03.002.

Eisenberg, J. M. (2000). Continuing education meets the learning organization: The challenge of a systems approach to patient safety. *Journal of Continuing Education in the Health Professions,* 20(4), 197–207. https://doi.org/10.1002/ chp.1340200403.

Emergency Care Research Institute. (2013). Top 10 health technology hazards for 2014. *Health Devices*, 42(11), 1-13.

Ensari, H. (1998). Öğrenen organizasyon olarak okul. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, (10), 97-111.

Erigüç, G., & Balçık, P. Y. (2007). Öğrenen örgüt ve hemşirelerin değerlendirmelerine yönelik bir uygulama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(1), 75–106. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84689

Ertek, Ş. (2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kurumlarındaki hasta güvenliği kültürü algıları ve ilişkili faktörler. (Yüksek lisans tezi), *İstanbul Medipol Üniversitesi.*

Ertürk, M. (2000). *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon* (3. basım). Beta Yayın Dağıtım A.Ş.

Esen, Ş. (1996). Yönetimde yaratıcılık ve kendini geliştirme. Yüksek lisans tezi, *Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,* Bursa.

Esin, N. (2015). Örnekleme. In A. Erdoğan & N. Nahcivan (Eds.), *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik* (2. bs.). Nobel Tıp Kitabevleri.

Etöz, S. D. (2008). Sağlık hizmetlerinde kalite belgelendirme sistemleri ve akreditasyon. Yüksek lisans tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Isparta.

Fujita, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K., & Hasegawa, T. (2014). Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 14,* 508. https://doi.org/10.1186/s12913-014-0508-2

Ghaffari, S., Burgoyne, J., Shah, I. M., & Nazri, M. (2017). Perceptions of learning organization dimensions among non-academic employees of top public universities in Malaysia. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences,* 11(1), 107–116. https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v7-i7/309

Goh, S. C., Chan, C., & Kuziemsky, C. (2013). Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5), 420–432. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2011-0032

Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management,* 20, 361–371. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x.

Göğebakan Yıldız, D., Şahin, S., & Şahin, M. (2021). Öğretmen adayları perspektifinden yaşam boyu öğrenme, dünya vatandaşlığı ve eleştirel düşünme arasındaki ilişkiler. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 52, 707-723.

Gökçek, M. B., Gökçek, İ., Yılmaz, T., Kasım, İ., Yılmaz, T. E., & Özkara, A. (2019). Düşme şikâyeti ile acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların düşme nedenleri ve risk faktörlerinin araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(2), 217-226.

Groeneveld, R. A., & Meeden, G. (1984). Measuring skewness and kurtosis. *The Statistician,* 33(4), 391–399. https://doi.org/10.2307/2987742.

Gürlek, Ö., Kanber, N. A., & Khorshid, L. (2015). Hastanelerde kimlik tanımlayıcı bileklik kullanımına ilişkin uygulamaların ve hasta görüşlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 195-203.

Gözübenli, M., & Şahin, İ. (2014). Öğrenen Organizasyon Kavramı ve Emniyet Teşkilatında Uygulanması. *Nobel Yayınevi*, 263-289.

Gunawan, D., & Hariyati, T. S. (2019). The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermería Clínica,* 29(S2):139-145. doi:10.1016/j. enfcli.2019.05.007.

Heidari, S., Nayeri, N. D., Ravari, A., & Sabzevari, S. (2016). How organizational learning is associated with patient rights: A qualitative content analysis. *Global Health Action,* 9, 30939. https://doi.org/10.3402/gha.v9.30939.

Hughes, R. G., & Clancy, C. M. (2009). Nurse's Role in Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality,* 24(1):1-4.

İmamoğlu, A. F., & Mutlu, T. O. (2012). Spor işletmelerinde öğrenen organizasyon uygulamalarının örgütsel performansa etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 141-150.

İnanır, İ., & Serbest, Ş. (2009). Hasta güvenliği kursu eğitim kitapçığı. *6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi*, 3-6 Mayıs, Aydın, 3-6.

İnce A. (2016), Hastanelerde yangın güvenliği ve tahliye gerekleri üzerine bir irdeleme. Yüksek lisans tezi, *Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.

İnfal, S. (2009). Hastane çalışanlarının hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, *Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,* Konya.

Jashapara, A. (2003). Cognition, culture and competition: An empirical test of the learning organization. *The Learning Organization*, 10(1), 31-50.

Johnson, J. R. (2002). Leading the learning organization: Portrait of four leaders. *Leadership and Organizational Development Journal*, 23(5), 241-245.

Kargılı, B., & Şahinli, S. (2024). Kuşaklararası bilgi paylaşımı, örgütsel öğrenme ve örgütsel iletişim iklimi arasındaki ilişki: İdari sağlık çalışanları üzerine bir uygulama. *İşletme Bilimi Dergisi,* 12(1), 65–82. https://doi.org/10.22139/ jobs.1437227.

Kaya, S. (2009). Hasta güvenliği kültürü nedir ve nasıl geliştirilebilir? *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1.

Kıngır, S., & Mesci M. (2007). "Öğrenen Organizasyonlar", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi,* 6(19), 63-81.

Koçel, T. (2003). *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım Yayım, 7. Basım, İstanbul.

Korkmaz, A. Ç. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi,* 6(1):10-19.

Köksal F., (2001), El Yıkama. *II. Sterilizasyon Dezenfeksiyon Hastane İnfeksiyonları Kongresi*, Samsun Kongre Kitabı: 62-71.

Lyman, B., Hammond, E. L., & Cox, J. R. (2019). Organisational learning in hospitals: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 633–646. https://doi.org/10.1111/jonm.12722.

Makary, A. M., & Daniel, M. (2016). Medical error—The third leading cause of death in the US. *BMJ,* 353, i2139. https://doi.org/10.1136/bmj.i2139.

Marquardt, M. J. (2002). *Building the learning organization: Mastering the 5 elements for corporate learning*. Palo Alto: Davies Black Publishing.

Moafimadani, S., Kazempour, E., Khalkhali, A. & Rahimaghaee, F. (2020). Effective factors on management of nurses organizational learning: A qualitative study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 7(1), 52-59. https://doi.org/ 10.4103/JNMS.JNMS_35_19.

Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak* (H. B. Ayvacık & M. Sayıl, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Muliyadi, B., Keliat, B. A., & Mustikasari, R. T. S. H. (2019). Learning culture of nurse about patient safety in hospital: A qualitative study. *Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Depok,* West Java, Indonesia. Received 13 November 2018; accepted 17 April 2019. Available online 4 July 2019.

Murray, P., & Donegan, K. (2003). Empirical linkages between firm competencies and organisational learning. *The Learning Organization*, 10(1), 51-62.

Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). Hospital Survey on Patient Safety Culture in China. *BMC Health Services Research,* 13, 228.

Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety,* 12(2), ii17–ii23. http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.

Omur, Y. E., & Argon, T. (2016). Teacher opinions on the innovation management skills of school administrators and organizational learning mechanisms. *Eurasian Journal of Educational Research,* 16(66), 243-262.

Ortenzio, M. P., Brittain, G. V., Frommeyer, T. C., Muwanga, D. P., Stolfi, A., Parikh, P. P., & O'Malley, P. A. (2024). Quality evaluation of the usefulness of an emergency department fall risk assessment tool. *American Journal of Emergency Medicine,* 76, 93–98. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.10.033

Örtenblad, A. (2002). A typology of the idea of learning organization. *Management Learning,* 33, 213–230.

Özalp, İ., Uzun, Ö., & Yelkikalan, N. (1998). Öğrenen organizasyonlar ve işletmeler açısından öğrenen organizasyon olmanın önemi. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2, 17-28.

Özen Kutaniş, R. (2002). Öğrenen organizasyonlar. İ. Dalay, R. Coşkun, & R. Altunışık (Ed.), *Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları* (ss. 257-282). Beta Basım-Yayın Dağıtım A.Ş.

Özer, Ö., Şantaş, F., Gün, Ç., & Şentürk, S. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 161-168.

Özgener, Ş. (2000). Öğrenen organizasyon anlayışının gerçek yönetim uygulamalarına yansıtılması. *Verimlilik Dergisi,* (2), 41-64.

Özgülbaş, N. (2001). Hastanelerde teknik ve finansal performans ilişkisi. Yayımlanmamış doktora tezi. *Hacettepe Üniversitesi,* Ankara.

Özşaker, E., Yapsu, F., & Yılmaz, G. D. (2019). Cerrahi kliniğinde yatan 65 yaş üstü hastaların düşme risklerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 245-249.

Pınar, İ. (2006). Değişim Yönetimi Anlayışı Olarak Öğrenen Organizasyonlar. *Öneri Dergisi*, 29-42.

Popper, M., & Lipshitz, R. (2000). Organizational learning: Mechanisms, culture, and feasibility. *Management Learning,* 31(2), 181–196. https://doi.org/10.1177/ 1350507600312003.

Probst, G., & Büchel, B. (1997). *Organizational learning: The competitive advantage of the future*. London: Prentice-Hall.

Pronovost, P. J., Weast, B., Holzmueller, C. G., Rosenstein, B. J., Kidwell, R. P., Haller, K. B., & Rubin, H. R. (2003). Evaluation of The Culture of Safety: Survey of Clinicians and Managers ın an Academic Medical Center. *BMJ Quality & Safety,* 12(6), 405-410.

Ratnapalan, S., & Uleryk, E. (2014). Organizational learning in health care organizations. *Systems,* 2(1), 24–33. https://doi.org/10.3390/systems2010024.

Rızalar, S., & Topcu, S. Y. (2017). The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. *Pakistan Journal of Medical Sciences,* 33(2), 374–379.

Rızalar, S., Tural Büyük, E., Şahin, R., As, T., & Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (DEUHFED)*, 9(1), 9-15.

Rebelo, T. M., & Gomes, A. D. (2008). Organizational Learning and the Learning Organization: Reviewing Evolution for Prospecting the Future. *The Learning Organization*, 15(4), 294-308.

Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care,* 30(9), 660–677. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080.

Rençber, Y., & Ceylan, A. (2024**).** Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısı: Kamu hastane ve özel hastane karşılaştırması (Batman ili örneği). *Journal of Applied Patient Safety,* 9(1), 178–186. https://doi.org/10.5281/zenodo. 10849291.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Sağlıkta kalite standartları (SKS) hastane (Sürüm 6.1)*. Ankara.

Sarp, N. (2018). Hasta güvenliğinde hastanın rolü ve katılımının sağlanması. *TÜSEB Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2):22-29.

Saufl, N. M. (2009). 2009 National patient safety goals. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 24(2), 114-118.

Sayek, F. (2010). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya TTB Raporları/Kitapları 2010*.

Sayek, F. (2011). *Füsun Sayek TTB raporları/kitapları-2010 hasta güvenliği: Türkiye ve dünya* (M. Çakmakçı & E. Akalın, Eds.). Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia and Analgesia,* 126(5), 1763–1768. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864.

Senge, P. M. (2006). *Beşinci Disiplin* (A. İldeniz & A. Doğukan, Çev.). Yapı Kredi Yayınları.

Singer, S. J., Falwell, A., Gaba, D. M., Meterko, M., Rosen, A., Hartmann, C. W., & Baker, L. (2009). Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Management Review,* 34(4), 300–311. https://doi.org/ 10.1097/HMR.0b013e3181afc10c.

Sinkula, F. M. (1994). Market information processing and organizational learning. *Journal of Marketing*, 58(1), 35-65.

Smith, E. A. (2001). The role of tacit and explicit knowledge in the workplace. *Journal of Knowledge Management*, 5(4), 311-321.

Sur, H., Palteki, T., & Yazıcı, G. (2019). *Hasta Güvenliği*. Palme Yayınevi, Ankara.

Tabrizchi, N., & Sedathat, M. (2012). The first study of patient safety culture in Iran primary health centers. *Acta Medica Iranica*, 50(7), 505-510.

Tak, B. (2009). Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Benimsenme Düzeyinin Ölçümü: Çok Kültürlü Bir Alan Araştırması. *3. Hasta Güvenliği Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı*, p:39.

Tan, F. Z. (2014). Öğrenme, Örgütlerde Öğrenme, Öğrenen Organizasyonlar Terimlerinin Tanımı ve Kavramsal Ayırım. *Business & Management Studies: An International Journal*, 2(3), 188-217.

Taştan, S. (2006). Öğrenen organizasyonlar. *Human Resources Focus*. http://www. humanresourcesfocus.com/ogrenenorg02.asp (Erişim tarihi: 15 Temmuz 2024).

Tavşancıl, E. (2019). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. 6. baskı. Ankara: Nobel.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). *Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyans rehberi* (1. baskı). Uzman Matbaacılık Ltd. Şti. https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/15719/0/ulusal-saglik-hizmeti-iliskilienf-surveyansi-rehberipdf.pdf (Erişim tarihi: 09.06.2024).

T.C. Resmî Gazete. (2009). *Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik* (Sayı: 27214). https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/ 20090429-12.htm (Erişim tarihi: 7 Eylül 2024).

Tekingündüz, S., Yıldız, E., & İnci, R. (2021). Relationships between nurses' perceptions of patient safety culture and job stress, trust, identification, and leadership. *Journal of Health and Nursing Management,* 8(3), 344–354.

Tepeci, M., & Koçak, G. N. (2005). Ekiplerde Öğrenme: Öğrenen Örgütler Olmanın Anahtarı. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 379-394.

The Joint Commission. (2013). The Joint Commission announces 2014 national patient safety goal. *Joint Commission Perspectives,* 33(7), 1-4.

The Joint Commission. (2023). *National patient safety goals: Critical access hospital* [Web sayfası]. The Joint Commission. Erişim tarihi 25 Temmuz 2024, https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/critical-accesshospital-national-patient-safety-goals/.

The Joint Commission International. (2024). *International patient safety goals.* https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/ (Erişim tarihi: 26 Mayıs 2025).

Tolgay, F. (2010). Öğrenen organizasyonlar ve bir uygulama. Yüksek lisans tezi. *Bahçeşehir Üniversitesi,* İstanbul.

Tokuç, B. (2016). Güvenlik kültürü. Yüksek lisans tezi. *Trakya Üniversitesi, Y Halk Sağlığı Anabilim Dalı,* Edirne.

Toplu, D., & Akça, M. (2013). Öğrenen organizasyonun psikolojik güçlendirme üzerindeki etkisi: kamu sektöründe bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi,* 221-235.

Trim, P. R. J., & Lee, Y. (2004). Enhancing customer service and organizational learning through qualitative research. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 7(4), 284-292.

Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., & Altuntaş, S. (2011). Hasta güvenliği kültürü ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 14(4):38- 46.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., & Yağcı, K. (2007). Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve ölçme aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 9(1), 519-533.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., & Yağcı, K. (2006). Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği ve akreditasyon: Tıbbi laboratuvarlar değerlendirmesi. *DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(4), İzmir.

Uçar Yenihayat, C., & Alper Ay, F. (2020). 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının öğrenen örgüt kültürüne ilişkin algılar. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(71), 874-886.

Uğurluoğlu, O., Aldoğan, E. U., & Dilmac, E. (2013). The impact of managers' perceptions of learning organizations on innovation in healthcare: Sample of Turkey. *International Journal of Health Planning and Management,* 28(2), e158–e168. https://doi.org/10.1002/hpm.2143.

Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456.

Ural, A., & Kılıç, İ. (2021). *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi*. 6. baskı. Ankara: Detay.

Uzun, Ö. (2009). Hastanelerde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen etmenler. *V. Nöroşirürji Hemşireleri Kongresi*.

Uzuntarla, Y., Cihangiroğlu, N., Teke, A., & Uğrak, U. (2015). Örgütsel Öğrenme Yeteneği: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 189-208.

Ünal S., (2004), Hastan İnfeksiyonları: Neredeyiz?, *Hastane İnfeksiyonları Dergisi,* 8, 129-131

Vogelsmeier, A., Scott-Cawiezell, J. A. (2007). Just Culture: The Role of Nursing Leadership. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(3):210-212.

Watkins, K., & Marsick, V. (1993). *Sculpting the learning organization*. San Francisco: Jossey-Bass.

Wells J. C. (2021). Leading organizational learning. *HCA Healthcare Journal of Medicine,* 2(1), 29-33. https://doi.org/10.36518/2689-0216.1245.

WHO (2020a). *What is the WHO definition of health?* https://www.who.int/about/ frequently-asked-questions?utm_source (Erişim tarihi: 3 Nisan 2024).

WHO (2020b). *Mental health: Strengthening our response*. https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (Erişim tarihi: 6 Nisan 2024).

Wilson, T. (2002). Enhancing public safety in primary care. *BMJ*, 324(7337), 584-587.

Yalçın, B., & Ay, C. (2011). Bilgi toplumunda öğrenen örgütler ve liderlik süreci bağlamında bir örnek olay çalışması. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 9(1), 15-36.

Yamalik, N., & Pérez, B. P. (2012). Patient safety and dentistry: What do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture, and implementation of patient safety measures in dental practice. *International Dental Journal*, 62(4), 189-196.

Yamane, Taro (2010), *Temel Örnekleme Yöntemleri*, Literatür yayıncılık, 3. Basım.

Yang, K., & Banamah, A. (2014). Quota sampling as an alternative to probability sampling? An experimental study. *Sociological Research Online,* 19(1), 56–66. https://doi.org/10.5153/sro.3199.

Yang, B., Watkıns K. E., & Marsıck, V. J. (2004). "The Construct of the Learning Organization: Dimensions, Measurement and Validation", *Human Resource Development Quarterly,* 15(1), 31-55.

Yavuz, M., Giersbergen V. (2016). Dünya Sağlık Örgütü: Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Projesi Nedir? *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics,* 2(3):1-9.

Yazıcı, S. (2001). *Öğrenen Organizasyonlar*, Alfa Yayınları, İstanbul.

Yıldırım, R. (2004). *Öğrenmeyi Öğrenmek,* Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Yurdakul, C., & Büyükyılmaz, O. (2018). *Öğrenen Örgütler.* Karabük Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Yayını.

Zengin, T., & Gündüz, H. B. (2018). Ortaokul öğretmenlerine göre öğrenen örgüt algısı. *Journal of Educational Research,* 3(1), 62–76. https://doi.org/10.51280/yjer.2018.003.

EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız? ……

2.Cinsiyetiniz? Kadın ( ) Erkek ( )

3. Medeni durumunuz? Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( ) Boşanmış ( ) Ayrı ( )

4.Eğitim durumunuz? Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( ) Doktora ( )

5.Mestekte çalışma süreniz? 1 yıldan az () 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11 yıl ve üzeri ( )

6.Kurumda çalışma süreniz? 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl( ) 11 yıl ve üzeri ()

7. Birimde çalışma süreniz? 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl( ) 11 yıl ve üzeri ( )

8. Hangi kurumda çalışıyorsunuz? Şehir Hastanesi ( ) Eğitim ve Araştırma Hastanesi ( ) Devlet Hastanesi ( )

9.Çalışma şekliniz? Devamlı Gece ( ) Devamlı Gündüz ( ) Vardiya ( ) Nöbet( )

10.Haftalık çalışma süreniz? 40 saat ( ) 45saat ( ) 45 saat üzeri ( )

11. Çalıştığınız Birim: Servis ( ) Yoğun bakım ( ) Ameliyathane ( ) Poliklinik ( ) Acil Servis ( ) Özel Birim/Ünite( ) Ofis/Büro ( )

12. Öğrenen örgütler hakkındaki düşünceniz nedir? Olumlu ( ) Olumsuz ( ) Kararsızım ( ) Fikrim yok ( )

13. Hasta güvenliği ile ilgili daha önceden eğitim aldınız mı? Aldım ( ) Almadım ( )

14. Hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalıştınız mı? Evet ( ) Hayır ( )

EK-2 Öğrenen Örgüt Ölçeği

Öğrenen Örgüt Ölçeği	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kurumda, geleceğe yönelik kararlar alınırken herkesin fikri alınır.	0	1	2	3	4
2. Kurumda, ekip ruhuna uygun şekilde çalışma teşvik edilir.	0	1	2	3	4
3. Kurumda, başarının bireysel değil ekip olarak elde edildiği düşünülür.	0	1	2	3	4
4. Kurumun iç işleyişinde sürekli iyileştirmeler yapılır.	0	1	2	3	4
5. Kurumda, üyeler faaliyetlerin hangi amaca yönelik yapıldığını bilir.	0	1	2	3	4
6. Kurumsal amaçlara uygun şekilde toplanan bilgi işlenerek kullanılır.	0	1	2	3	4
7. Kurumda, faaliyetler hakkında geri bildirim alınır.	0	1	2	3	4
8. Çalışanlar, kurumu yeniliğin kaynağı olarak görür.	0	1	2	3	4
9. Kurumda, sürekli öğrenme imkanı sunan ortamlar oluşturulur.	0	1	2	3	4
10. Kurumda, adanmışlığı yüksek üyeler düzenli olarak bir araya gelir.	0	1	2	3	4
11. Kurumda, sınırları zorlayan yenilikçi fikirler oluşturulur.	0	1	2	3	4
12. Kurumda, yapılan işlerde güçlü bir amaç duygusu hissedilir.	0	1	2	3	4
13. Kurumda, yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri açıkça dile getirilir.	0	1	2	3	4
14. Kurumda, üyeler ortak vizyona güçlü bir şekilde bağlıdır.	0	1	2	3	4
15. Çalışanlar, kurumdaki kalıp düşünceleri tartışabilir.	0	1	2	3	4
16. Çalışanlar, kişisel vizyonlarını gerçekleştirebilme kararlılığına sahiptir.	0	1	2	3	4

EK-3 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	1	2	3	4
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	1	2	3	4
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	1	2	3	4
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	1	2	3	4
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	1	2	3	4
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	1	2	3	4
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
9	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	1	2	3	4
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	1	2	3	4
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	1	2	3	4
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	1	2	3	4
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	1	2	3	4
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	1	2	3	4
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	1	2	3	4

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
16	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	1	2	3	4
17	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	1	2	3	4
18	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	1	2	3	4
19	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	1	2	3	4
20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	1	2	3	4
21	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	1	2	3	4
22	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	1	2	3	4
23	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	1	2	3	4
24	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	1	2	3	4
25	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	1	2	3	4
26	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	1	2	3	4
27	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	1	2	3	4
28	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	1	2	3	4
29	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	1	2	3	4
30	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (risk ve güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme vb) katılır.	1	2	3	4
31	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	1	2	3	4
32	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	1	2	3	4
33	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	1	2	3	4

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
34	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	1	2	3	4
35	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	1	2	3	4
36	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	1	2	3	4
37	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	1	2	3	4
38	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	1	2	3	4
39	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	1	2	3	4
40	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	1	2	3	4
41	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	1	2	3	4
42	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	1	2	3	4
43	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.	1	2	3	4
44	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4
45	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	1	2	3	4
46	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	1	2	3	4
47	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	1	2	3	4
48	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	1	2	3	4
49	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4
50	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır	1	2	3	4
51	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	1	2	3	4

EK-4 Öğrenen Örgüt Ölçeği Kullanım İzni

Re: ölçek izin

Münevver çetin
16.04.2024 Sal 11:11
Kime:Berna KAHVECİ CEYLAN
Değerli meslektaşım ölçeğimi kullanabilirsiniz izin veriyorum başarılar dilerim
iPhone'umdan gönderildi

Berna KAHVECİ CEYLAN < şunları yazdı (28 Mar 2024 11:45):

Merhaba Sayın Hocam

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programında doktora öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU hocamın danışmanlığında yürütmeyi planladığımız doktora tezi için, sizin tarafınızdan geliştirilmiş olan "Öğrenen Örgüt Ölçeği"ni araştırma kapsamında incelemek ve gerekli atıfları yaparak kullanmak istiyoruz. Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim. Şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla...

--

Bu e-posta mesajı ve içeriği gizli veya özel bilgiler içerebilir. Mesajın içeriğinde bulunan tüm fikir ve görüşler sadece göndericiye ait olup, Marmara Üniversitesi'nin resmi görüşünü yansıtmaz. Kurumumuz bu e-posta içeriğindeki bilgilerin kullanılması nedeniyle hiç kimseye karşı sorumlu tutulamaz. Mesajın belirlenen alıcılardan biri değilseniz, mesaj içeriğini ya da eklerini kullanmayınız, kopyalamayınız, yaymayınız, başka kişilere yönlendirmeyiniz ve mesajı gönderen kişiyi derhal e-posta yoluyla haberdar ederek bu mesajı ve eklerini herhangi bir kopyasını muhafaza etmeksizin siliniz. Kurumumuz size, mesajın ve bilgilerinin değişikliğe uğramaması, bütünlüğünün ve gizliliğin korunması konusunda garanti vermemekte olup, e-posta içeriğine yetkisiz olarak yapılan müdahale, virüs içermesi ve/veya bilgisayar sisteminize verebileceği herhangi bir zarardan da sorumlu değildir.

This e-mail message and its content may contain confidential or proprietary information. All ideas and opinions contained in the message are solely those of the sender and do not reflect the official opinion of Marmara University. Our institution cannot be held responsible to anyone for the use of the information contained in this e-mail. If you are not one of the designated recipients of the message, do not use, copy, disseminate, forward the message content or attachments, and immediately notify the sender of the message via e-mail and delete this message and its attachments without retaining any copies. Our institution does not guarantee you that the message and its information will not be changed, its integrity and confidentiality will be protected, and is not responsible for any unauthorized intervention to the e-mail content, viruses and/or any damage it may cause to your computer system.

Ynt: ÖLÇEK İZİN

Berna KAHVECİ CEYLAN <
28.03.2024 Per 12:21
Kime:Fatih BAYDAR
Sayın Hocam çok teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Gönderen: Fatih BAYDAR
Gönderildi: 28 Mart 2024 Perşembe 11:59
Kime: Berna KAHVECİ CEYLAN
Konu: Re: ÖLÇEK İZİN

Merhaba,

Ölçeği akademik teamüllere uygun olarak kullanabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Selamlar.

...
Doç.Dr. Fatih BAYDAR
Aksaray University
Faculty of Education
Aksaray/TURKEY
Tel (Office)
E-Mail:

Kimden: "Berna KAHVECİ CEYLAN"
Kime: "FATİH BAYDAR"
Gönderilenler: 28 Mart Perşembe 2024 11:32:12
Konu: ÖLÇEK İZİN

Merhaba Sayın Hocam

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programında doktora öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU hocamın danışmanlığında yürütmeyi planladığımız doktora tezi için, sizin tarafınızdan geliştirilmiş olan "Öğrenen Örgüt Ölçeği"ni araştırma kapsamında incelemek ve gerekli atıfları yaparak kullanmak istiyoruz. Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim. Şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

(Sayın Hocam ölçeğin likert halinde düzenlenmiş şeklini iletmede yardımcı olursanız çok sevinirim.)

Saygılarımla...

Berna KAHVECİ CEYLAN

EK-5 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Kullanım İzni

3/04/2024

Sayın Berna KAHVECİ CEYLAN,

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programında, ***Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU'***nun danışmanlığında yürütmeyi planladığınız doktora tez çalışmanızda (tez çalışmasının adı belirtilmemiştir) "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"ni kullanabilirsiniz. İlgili makaleler ve ölçek tanıtım bilgisi e-postanıza gönderilmiştir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Yazarlar adına,

Prof. Dr. Emine Türkmen

İstinye Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölüm Başkanı

İlt: Ölçek izin

1.04.2024 Pzt 09:31
Kime:Berna KAHVECİ CEYLAN

Gönderen: Berna KAHVECİ CEYLAN
Gönderildi: 28 Mart 2024 Perşembe 23:41
Kime:
Konu: İlt: Ölçek izin

Gönderen: SERAP ALTUNTAŞ
Gönderildi: 28 Mart 2024 Perşembe 11:51
Kime: Berna KAHVECİ CEYLAN
Konu: Re: Ölçek izin

Merhaba Berna Hanım,

Ölçeği kaynak göstererek kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim....

Berna KAHVECİ CEYLAN 28 Mar 2024 Per, 11:40 tarihinde şunu yazdı:

> Merhaba Sayın Hocam
>
> Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programında doktora öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU hocamın danışmanlığında yürütmeyi planladığımız doktora tezi için, sizin tarafınızdan geliştirilmiş olan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"ni araştırma kapsamında incelemek ve gerekli atıfları yaparak kullanmak istiyoruz. Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim. Şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.
>
> Saygılarımla...
>
> Berna KAHVECİ CEYLAN

--

Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Hemşirelikte Yönetim ABD

EK-6 Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

Değerli Meslektaşım;

Sizi, Berna Kahveci Ceylan tarafından yürütülen "Öğrenen Örgütler ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerine Bir Araştırma" başlıklı tanımlayıcı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma; Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı kapsamında, öğrenen örgütler ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesini hemşireler üzerinden ortaya koymak amacı ile tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmaya katılmanız dahilinde, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde görevli Dr. Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu ve enstitü öğrencisi Berna Kahveci Ceylan tarafından değerlendirmeniz yapılacaktır. Araştırma sırasında ortaya çıkabilecek risk/istenmeyen durum bulunmamaktadır. Araştırmaya sizinle beraber minimum 400 kişi katılacaktır. Araştırma sırasında sizden doldurmanızı isteneceği "Kişisel Bilgi Formu" ve "Öğrenen Örgüt Ölçeği" ve "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" bulunmaktadır. Araştırma 01.08.2024 - 25.02.2026 tarihleri arasını kapsamakta olup, çalışmanın verileri etik kurul ve kurul iznini takiben 01.12.2024 - 01.04.2025 tarihleri arasında planlanmaktadır. Araştırma için anket formu, yazılı veya online uygulanacaktır. Araştırmada 15 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya E-posta adresine ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Berna KAHVECİ CEYLAN
Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Doktora Öğrencisi

EK-7 Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzni

T.C.

HALİÇ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 30/05/2024

Sayı: 132

Konu: Etik Kurul İzni

Sayın, Berna Kahveci Ceylan

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir. Dr. Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu danışmanlığında planladığınız **"Öğrenen Örgütler ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerine Bir Araştırma"** başlıklı çalışmanız kurulumuzun **30/05/2024** tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ede SALİHOĞLU
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Güzeltepe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12 34060 Eyüpsultan – İstanbul

	T.C. HALİÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	Yayın Tarihi: 10.12.2015 Revizyon Tarihi: 16.09.2020 Revizyon No: 02 Sayfa No: 1/1

Tarih: 30.05.2024	
Toplantı Sayısı:2	Berna Kahveci Ceylan'ın Dr.Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu danışmanlığında planladığı ***"Öğrenen Örgütler ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerine Bir Araştırma"*** başlıklı çalışmanın etik yönden değerlendirilmesi

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof.Dr. Ece Salihoğlu (Başkan)	Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ○ Yok ⊗	Evet ⊗ Hayır ○	
Doç.Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ○ Yok ⊘	Evet ⊘ Hayır ○	
Doç.Dr. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ○ Yok ○	Evet ○ Hayır ○	
Dr.Öğr. Üyesi Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi			
Dr.Öğr. Üyesi Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
Dr.Öğr. Üyesi Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ○ Yok ⊗	Evet ⊗ Hayır ○	
Dr.Öğr. Üyesi Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ○ Yok ⊗	Evet ⊗ Hayır ○	
Dr.Öğr. Üyesi Pınar Köroğlu	Histoloji-Embriyoloji	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ○ Yok ⊗	Evet ⊗ Hayır ○	
Dr.Öğr. Üyesi Dilek Şahinoğlu	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ○ Yok ✓	Evet ✓ Hayır ○	
Dr.Öğr. Üyesi Sevim Yağız	Tıp Tarihi ve Etik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ○ Yok ⊗	Evet ⊗ Hayır ○	
Dr.Öğr. Üyesi Fatih Şirin	Matematik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ○ Yok ⊗	Evet ⊗ Hayır ○	
	Hukuk	Haliç Üniversitesi	Var ○ Yok ○	Evet ○ Hayır ○	

ETKU:10	

EK-8 Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.10.2024-118405

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-257549471
Konu : Berna KAHVECİ CEYLAN'ın Anket İzin Hk.

HALİÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 01.07.2024 tarihli ve 79431668-044.001.001-E.102464 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Rektörlüğü'nün ilgi sayılı yazısında konu olan Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Doktora Programı 22151160005 numaralı öğrencisi Berna KAHVECİ CEYLAN, Dr. Öğretim Üyesi Fatma AZİZOĞLU danışmanlığında yürütmüş olduğu **"Öğrenen Örgütler ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hemşireler Üzerine Bir Araştırma"** konulu çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun **11.10.2024 tarih ve 2024/15** sayılı kararınca **uygun görülmüştür**. Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Müdür a.
Başkan

Ek: Hastane Görüş Yazıları Hk.

Mevcut Elektronik İmzalar

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 3F8EE89B-5841-4EBA-8DEB-D9F415043182 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
https://istanbulism.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK
Sürekli İşçi
Telefon No: 02126383399 - 3126

Ön izleme Bu evrak elektronik imzalıdır.
ikinci satır https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5510&eD=BSPP1FEBV&eS=118405 (PIN:01122)

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Berna KAHVECİ CEYLAN

EĞİTİM DURUMU:

Ön Lisans: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Kurumları işletmeciliği 2008-2010

Lisans: Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu 2005-2009

Yüksek Lisans: Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı (Hemşirelikte Yönetim) 2009-2011

Doktora: Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı (Hemşirelikte Yönetim) 2022-2026

ÇALIŞTIĞI KURUMLAR:

2009-2013: İstanbul üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Uzman Hemşire

2013- Halen: İstanbul Aydın Üniversitesi Öğretim Görevlisi

YAYINLARI:

Uluslararası/ Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

- **Çiriş Yıldız, C.**, **Kahveci Ceylan, B.**, **Ergün, Y.**, & **Mete, M.** (2025). Development and psychometric testing of the Reality Shock Scale for nursing students. *Nurse Education Today*, *153*, 106795. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106795
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2025). Pozitivizmin hemşirelik bilimine etkisi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (19), 122-129.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2025). Hastanelerde otelcilik hizmetleri yönetiminin önemi. *Journal of 5N1Quality*, *3*(1), 21-23. **Kahveci Ceylan, B.**, **Azizoğlu, F.**, & **Mete, M.** (2024). Öğrenen organizasyonlar ve hasta güvenliği kültürünün önemi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (18), 107-113.
- **Çiriş Yıldız, C.**, & **Kahveci Ceylan, B.** (2024). Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları sosyal desteğin profesyonel benlik gelişimine etkisi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, *6*(1), 15-22. https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1322997
- **Kahveci Ceylan, B.**, **Azizoğlu, F.**, & **Mete, M.** (2023). Sağlık politikaları ve Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (16), 186-203.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2023). Kanıta dayalı hemşirelik kavramı ve kanıt niteliği oluşturan durumlar. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, *15*, 121-132.

- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2021). Sağlık sektöründe kriz yönetiminin önemi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (12), 33-42.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2021). Sağlık kuruluşlarında kariyer geliştirme. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, (12), 53-63.
- **Mete, M.**, **Kahveci Ceylan, B.**, & **Tatlıoğlu, G. S.** (2020). Hastanelerde tesis güvenliği ve önemi. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, *2*(2), 80-102. https://doi.org/10.46413/boneyusbad.739212
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2020). Motivasyonun sağlık işletmelerinde çalışan personele etkisi ve uygulamadan örnekler. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, *11*(11), 7-15.
- **Kahveci Ceylan, B.**, **Mete, M.**, & **Eraydın, C. D.** (2018). Sağlık kurumlarında zaman yönetimi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, *2*(9), 55-61.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2015). Sağlık kuruluşlarında bilgi yönetim teknolojilerinin önemi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, *1*(5), 15-23. **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2015). Sağlık kuruluşlarında liderliğin önemi. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, *1*(5), 47-55.

Uluslararası/Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

- **Çiriş Yıldız, C.**, & **Kahveci Ceylan, B.** (2025, 9-12 Aralık). *Planning nursing care with Watson's Human Caring Model* [Sözel sunum]. İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Çiriş Yıldız, C.** (2025, 9-12 Aralık). *Importance of ethical decision making in nursing practice* [Sözel sunum]. İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul.
- **Kahveci Ceylan, B.** (2025, 28-29 Haziran). *Yoğun bakım hemşirelerinde kanıta dayalı uygulamalar: Sistematik derleme* [Sözel sunum]. 7. Uluslararası Tıp, Hemşirelik Ebelik ve Sağlık Bilimlerinde Güncel Sorunlar Kongresi, Sakarya.
- **Kahveci Ceylan, B.** (2025, 6-7 Mayıs). *Yoğun bakım hemşirelerinin yenilikçi yaklaşımları: Sistematik derleme* [Sözel sunum]. 1. Uluslararası 2. Ulusal Sağlık Bilimleri Kongresi, İstanbul.
- **Kahveci Ceylan, B.** (2024, 5-8 Aralık). *The effect of positivism on nursing science* [Sözel sunum]. 5. International Clinical Nursing Research Congress, İstanbul.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2024, 17-19 Ekim). *Hastanelerde otelcilik hizmetlerinin önemi* [Sözel sunum]. 17. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Bandırma.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Erkal İlhan, S.** (2023, 8 Aralık). *Professionalism and the criteria for professionalism in nursing* [Sözel sunum]. 4th International HomeCare Congress, İstanbul.

- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2023, 15-17 Mart). *Hemşirelikte otantik liderlik*. A. Kaptanoğlu (Ed.), *Cumhuriyetin Yüzüncü Yılında Sağlık, Eğitim ve Yönetimsel Hizmetler Sempozyumu Tam Metin Kitabı* içinde (ss. [Sayfa No]). İstanbul Aydın Üniversitesi. **Çiriş Yıldız, C.**, & **Kahveci Ceylan, B.** (2022, 8 Aralık). *The effect of social support perceived by nursing students on professional self-concept* [Sözel sunum]. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, İstanbul.
- **Kahveci Ceylan, B.**, **Eraydın, C. D.**, & **Mete, M.** (2016, 28-30 Nisan). *Meslek yüksekokulları sağlık kurumları işletmeciliği programı öğrencilerinin staj ve uygulama yerleri ile ilgili sorunların irdelenmesi ve çözüm önerileri* [Sözel sunum]. III. Ulusal Meslek Yüksekokulları Sosyal ve Teknik Bilimler Kongresi (MESTEK), Aydın.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2015, 8-9 Ekim). *Sağlık kurumlarında bilgi teknolojilerinin önemi* [Poster sunum]. 9. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, İstanbul.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Mete, M.** (2015, 8-9 Ekim). *Sağlık kuruluşlarında liderliğin önemi* [Poster sunum]. 9. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, İstanbul.
- **Kahveci Ceylan, B.**, & **Batmaz, M.** (2009, Haziran). *Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin başarı kaygısı düzeyleri* [Sözel sunum]. 8. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ankara.

Yazılan Ulusal/Uluslararası Kitap Bölümleri

- **Kahveci Ceylan, B.** (2025). Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi. S. Güngör & B. Işık (Eds.), *Sağlık bilimleri alanında akademik araştırmalar* içinde (1. baskı, Bölüm 11, ss. 253–272). Platanus Yayın Grubu. https://doi.org/10.5281/zenodo.15762653