

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
DAVRANIŞINI TAHMİN ETME;
BÜTÜNLEŞTİRİCİ BİR MODELİN TESTİ VE GELİŞİMİ

YASİN YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET NURULLAH KURUTKAN

Temmuz, 2023

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
DAVRANIŞINI TAHMİN ETME;
BÜTÜNLEŞTİRİCİ BİR MODELİN TESTİ VE GELİŞİMİ

YASİN YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET NURULLAH KURUTKAN

Temmuz, 2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

25 TEMMUZ 2023

Yasin Yılmaz

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim sırasında Sağlık Yönetimi Anabilim dalında birlikte çalıştığımız bu süre zarfında yolumu aydınlatan, tezi başarılı bir şekilde oluşturma konusunda her zaman destek olan, kıymetli görüşlerini, zamanını ve katkılarını benden esirgemeyen çok kıymetli hocam Prof. Dr. Mehmet Nurullah Kurutkan'a en içten dileklerle teşekkür ederim.

Bu çalışma boyunca benden yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

25 Temmuz 2023

Yasin YILMAZ

İÇİNDEKİLER

ÇİZELGE TABLOSU	viii
ŞEKİLLER TABLOSU	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	2
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
1.4. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI	5
1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	5
1.6. TANIMLAR	6
2. LİTERATÜR TARAMASI	9
2.1.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ (PATIENT SAFETY CULTURE).....	9
2.2. GÜVENLİK İKLİMİ (SAFETY CLIMATE).....	11
2.3. YÖNETİM GÜVENLİK TAAHHÜDÜ (SAFETY MANAGEMENT COMMITMENT).....	13
2.4. SOSYAL DESTEK (SOCIAL SUPPORT).....	17
2.5. GÜVENLİK BİLGİSİ (SAFETY KNOWLEDGE).....	21
2.6. GÜVENLİK MOTİVASYONU (SAFETY MOTIVATION)	25
2.7. HIZLI İŞ YAPMA BASKISI (FAST JOB PRESSURE)	29
2.8. GÜVENLİK UYUMLULUĞU (SAFETY COMPLIANCE)	32
2.9. GÜVENLİK KATILIMI (SAFETY PARTICIPATION)	34
3 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	38
3.1. ANKET SORULARININ TASARLANMASI	38
3.2. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN HESAPLANMASI.....	39
3.3. ANKET UYGULANAN KURUM VE KULLANILAN ANALİZ YÖNTEMİ	40
3.4.AÇIKLAYICI FAKTÖR ANALİZİ	40
3.5. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ.....	42

3.6. KORELASYON ANALİZİ.....	43
3.7. REGRESYON ANALİZİ.....	45
3.8. FARKLILIK TESTLERİ.....	49
3.8.1.Bağımsız Örneklem T Testi	49
3.8.2 Anova Analizleri	56
3.9. SMART PLS İle Yapısal Eşitlik Modeli	64
3.9.1 Ayrışma Geçerliliği.....	67
4.TARTIŞMA	73
5 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
5.1. SONUÇLAR.....	76
5.2. ÖNERİLER	79
6. KAYNAKÇA	81
7 EKLER.....	110
7.1. ANKET FORMU	110
7.2. ANKET FORMUNUN HAZIRLANMASINDA KULLANILAN KAYNAKLAR	112

ÇİZELGE TABLOSU

Tablo 1. Kaiser- Meyer- Olkin ve Barlett Testi.	40
Tablo 2. Toplam Varyans tablosu.	41
Tablo 3. Rotasyona tabi tutulmuş faktör yükleri.	42
Tablo 4. Cronbach alpha değerleri tablosu.	42
Tablo 5. Cronbach alpha değer aralığı tablosu.	43
Tablo 6. Korelasyon analizi değerleri.	45
Tablo 7. Güvenlik katılımı regresyon modeli özeti.	46
Tablo 8. Güvenlik uyumluluğu regresyon modeli özeti.	46
Tablo 9. Güvenlik katılımı bağımlı değişkeni katsayı tablosu.	47
Tablo10. Güvenlik uyumluluğu bağımlı değişkeni katsayı tablosu.	47
Tablo 11. Demografik bilgiler tablosu.	48
Tablo 12. Demografik bilgiler tablosu devamı.	49
Tablo 13. Cinsiyet faktörüne göre bağımsız örneklem t testi tablosu.	50
Tablo 14. Medeni duruma göre bağımsız örneklem t testi.	51
Tablo 15. Çalışma düzenine göre bağımsız örneklem t testi.	52
Tablo 16. Sağlık kontrolünden geçme düzeyine göre bağımsız örneklem t testi.	52
Tablo 17. Meslek hastalığına sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.	53
Tablo 18. Geçmişte önemli bir hastalığa sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.	54
Tablo 19. İşten kaynaklı önemli bir hastalığa sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.	54
Tablo 20. Önemli bir tedavi geçirme durumuna göre bağımsız örneklem t testi.	55
Tablo 21. Bağımlılık düzeyinde bir alışkanlığa sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.	55
Tablo 22. Yaş faktörüne göre anova analizi tablosu.	57
Tablo 23. Eğitim düzeyi faktörüne göre anova analizi tablosu.	58
Tablo 24. Hastanedeki çalışma süresine göre anova analizi tablosu.	59
Tablo 25. Deneyim süresine göre anova analizi tablosu.	60
Tablo 26. Günlük çalışma saatine göre anova analizi tablosu.	61
Tablo 27. Aylık gelir düzeyine göre anova analizi tablosu.	62
Tablo 28. Faaliyet alanına göre anova analizi tablosu.	63
Tablo 29. Çalışılan bölüme göre anova analizi tablosu.	64
Tablo 30. Güvenilirlik ve geçerlilik tablosu ilk hali.	66
Tablo 31. Soru çıkarma işlemi yapıldıktan sonra oluşan Güvenilirlik ve geçerlilik tablosu.	67
Tablo 32. Çapraz yükler analizi tablosu.	67
Tablo 33. Fornell Larcker Kriteri.	68
Tablo 34. Heterotrait-Monotrait Oranı.	68
Tablo 35. Doğrusallık İstatistikleri (VIF).	68
Tablo 36. Boyutlar arasındaki yol ilişkisi katsayısı.	69
Tablo 37. Boyutların bileşenleri arasındaki yol ilişkisi tablosu.	69

ŞEKİLLER TABLOSU

Şekil 1 Örneklem Formülü = $Z2.N.P.QN.D2 + Z2.P.Q$	39
Şekil 2. Araştırma modeli	66
Şekil 3. Inner model ve p değerleri.....	70
Şekil 4. Outer model T değerleri	71
Şekil 5. Nihai Araştırma Modeli.....	72



KISALTMALAR

GB	Güvenlik Bilgisi
GG	Gıda Güvenliği
Gİ	Güvenlik İklimi
GK	Güvenli Katılımı
GKÜ	Güvenlik Kültürü
GM	Güvenlik Motivasyonu
GU	Güvenlik Uyumluluğu
HİYB	Hızlı İş Yapma Baskısı
HG	Hasta Güvenliği
HGK	Hasta Güvenliği Kültürü
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
İSGYS	İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri
KGU	Kamu Güvenlik Uyululuğu
KKE	Kişisel Koruyucu Ekipman
SD	Sosyal Destek
YGT	Yönetim Güvenlik Taahhüdü

ÖZET

Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği Davranışını Tahmin Etme; Bütünleştirici Bir Modelin Testi ve Gelişimi

Yasin Yılmaz

Düzce Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN

Temmuz, 2023 113 sayfa

Bu çalışmanın temel amacı, güvenlik ile ilişkilendirilen öncüllerin (yönetim güvenlik taahhüdü, sosyal destek, hızlı iş yapma baskısı, güvenlik bilgisi ve güvenlik motivasyonu) sağlık personellerinin güvenlik faktörlerine katılımı ve uyumluluğu üzerindeki etkisini incelemektir. Bu çalışmanın verileri Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde çalışan 376 personelden yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Sorular 5'li likertten oluşmaktadır. Anket verileri SPSS 26 ve Smart PLS 4 programlarıyla analiz edilmiştir. Analiz de açıklayıcı faktör analizi, korelasyon analizi regresyon ve farklılık analizleri ile yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır. Toplamda 7 ana hipotez oluşturulmuştur. Analiz sonuçlarına göre sosyal destek, güvenlik motivasyonu, güvenlik bilgisi ve güvenlik uyumluluğu faktörleri güvenlik katılım değişkeni üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu çalışmanın sonuçları, güvenlik katılımını etkileyen faktörlerin derecesini tespit ettiği için hem kurum yöneticileri hem de sağlık politikasına yön veren kişiler bu verilerden kanıta dayalı karar verme sürecinde yararlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Güvenlik Bilgisi ve Güvenlik Motivasyonu, Güvenlik katılımı ve Güvenlik Uyumluluğu, Hızlı İş Yapma Baskısı, Sosyal Destek, Yönetim Güvenlik Taahhüdü

ABSTRACT

Predicting Patient Safety in Health Institutions; Testing and Development of an Integrative Model

Yasin Yılmaz

Duzce University

Graduate School of Education, Department of Health Management

Master's Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Mehmet Nurullah Kurutkan

July, 2023, 113 pages

The primary purpose of this study is to examine the effect of the antecedents associated with safety (safety management commitment, social support, fast job pressure, safety knowledge, and safety motivation) on health personnel's safety participation and safety compliance. The data of this study were collected from 376 personnel working in Training and Research Hospital by face-to-face survey method. The questions consist of a 5-point Likert scale. The survey data were analyzed with SPSS 26 and Smart PLS 4 programs. Explanatory factor analysis, correlation analysis, regression and difference analyses, and structural equation modeling were used in the study. A total of 7 main hypotheses were formed. According to the results of the analyses, social support, safety motivation, safety knowledge, and safety compliance factors have a statistically significant effect on the safety participation variable. Since the results of this study determine the degree of factors affecting safety participation, both organizational managers and health policymakers can benefit from these data in the evidence-based decision-making process.

Keywords: Fast Job Pressure, Safety Management Commitment, Safety Motivation and Safety Knowledge, Safety Participation and Safety Compliance, Social Support

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hasta güvenliği (HG), sağlık hizmetlerinde güvenlik eksiklikleri ve riskli durumlar sebebiyle oluşan yaralanmaların önlenmesi olarak ifade edilmektedir. Sağlık sistemlerinde HG'nin amacı ilişkili hastalıkların insidansını ve etkilerini azaltmaktadır. Hastalıkların etkilerini ve insidansının azaltmanın ilk şartı da kurum da güvenlik iklimi (Gİ) ortamının oluşturulmasıdır. Gİ hastaların güvenliği üzerinde etkili faktörlerden biridir. Gİ, HG'nin belirlenmesinde bir gösterge olarak gösterilmektedir (Kudo vd., 2009; Jafarjalal vd., 2013).

Özellikle hemşireler hastalara en çok bakım sağlayan kısım olarak görülmektedir. Birçok bakım faaliyetinden sorumludurlar. Bu yüzden tıbbi hataların merkezinde rol almaktadırlar. Bu nedenle hemşirelerin güvenlik konusundaki tutum ve algılarının değerlendirilmesi Gİ düzeyini büyük ölçüde etkiler (Khandan vd., 2016).

HG ve bakım kalitesi dünyanın önde gelen sağlık sistemleri için önemli bir hedefdir. Bu hedef özellikle Ummandaki sağlık hizmetleri düzenleyicileri ve politika belirleyicileri için öncelikli öneme sahiptir (Institute Of Medicine, 2011; Al-Mandhari vd., 2018; Salih vd., 2021; WHO, 2021). Çünkü Umman 2007 yılında bölge hastanelerinde kalite ve HG departmanını kurmuştur. Ayrıca, kapsayıcı ve bütünleştirici bir sağlık sistemini teşvik etmek için 2015 yılında HG Dostu Hastane Girişimini (PSFHI) benimsemiştir. Bu sayede sağlık sistemindeki çoğu bileşende sonuçların iyileşmesine sebep olmaktadır.

HG sağlık hizmetinde genel bir simgedir. Çok sayıda hasta sağlık bakımı sırasında zarar görebilmekte, yaralanabilmekte, uzun süren bakım hizmetine maruz kalabilmekte hatta hayatlarını kaybedebilmektedir. Özellikle Amerika da yapılan çalışmalardaki sonuçlara göre tıbbi hatalar ölüm nedenleri arasında üçüncü sıra da yer almaktadır. Personel yetersizliği, aşırı kalabalık ve benzeri faktörler de HG'i etkilemektedir. Dünya çapında sağlık hizmeti sunanlar için bakım sırasında HG'nin sağlanması pek çok sorunu ortadan kaldırmaktadır. Özellikle artan nüfusla birlikte karmaşık ve baskının çok olduğu ortamlarda güvenli sağlık hizmeti sağlamak zor olmaktadır. Güvenli sağlık hizmeti sağlanmasının ve stratejilerinin geliştirilmesin de önemli kurumlar rol model olmaktadır. Örneğin; Dünya Sağlık Örgütü HG stratejilerinin belirlenmesinde bütünleştirici ve kilit bir rol oynamaktadır (WHO, 2017).

Hasta güvenliği kültürü (HGK), üyelerin güvenlik algısı, personelin rapor verme istekliliği, rapor edilen olay sayısı ve sorumlu personel tarafından birimlerine verilen HG notu gibi personel çıktılarıyla ilgilenmektedir. Özellikle hemşireler geniş rollere ve samimiyete sahip oldukları için bakımın iyileştirilmesinde vazgeçilmez bir role sahiptir. HG'nin artırılması içinde hemşirelere önemli roller düşmektedir (Clancy vd., 2005; El-Jardali vd., 2011).

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Sağlık kurumlarında HG uygulamalarının ve prosedürlerinin eksik olması nedeniyle oluşabilecek risk ve yaralanmaların oluşma düzeyi araştırmanın temel problemi olarak görülmektedir. Bu risklerin ve yaralanmaların önlenbilmesinin en kolay yolu HG uygulamalarının iş sağlığı ve güvenliği (İSG) faaliyetlerine etkisidir. Özellikle prosedür ve güvenlik faktörlerinin olmadığı kurumlarda çalışan personeller riskli durumlarda kendilerine göre hareket etmekte, yaralanma ve ölüm olasılığını arttırmaktadır.

Güvensiz bakım sebebiyle her yıl dünya çapında 64 milyon engelliliğe göre düzeltilmiş yaşam yılının kaybedildiği ortaya çıkmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde güvensiz bakım sebebiyle hastaneler de 134 milyon riskli olay meydana gelmekte ve 2,6 milyon ölüme sebep olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde de bakım alan her 10 hastadan 1'i zarar görmektedir (Jha vd., 2013; Slawomirski vd., 2017; National Academies of Sciences, 2018).

Küresel olarak her 10 hastadan 4'ü birinci basamak ve ayakta tedavi hizmetlerinde zarar görmektedir. Zararın %80'e kadarı önlenbilir olaylardır. En zararlı hatalar da teşhis, reçete yazma ve ilaç hataları olarak görülmektedir (Slawomirski vd., 2018).

Sağlık hizmeti ortamlarında güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları; HIV, hepatit B ve C dahil olmak üzere enfeksiyonları bulaştırabilir. Hastalar ve sağlık çalışanları için doğrudan tehlike oluşturabilir. Bu durumdan dolayı dünya çapında sakatlık ve ölüm nedeniyle 9,2 milyon yaşam yılının (Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılları (DALY'ler) kaybedildiği tahmin edilmektedir (Jha Ak vd., 2013).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık kurumlarında Hasta güvenliği (HG) faktörlerinin ve prosedürlerinin çalışanların güvenlik faktörlerine katılımını ve uyumluluğunu etkileyip

etkilemediği ortaya çıkarılmak istenmektedir. Bu faktörlerin belirlenmesi için 2 bağımlı 5 bağımsız değişkenin bulunduğu bir araştırma modeli kullanılmıştır.

Yukardaki amaç doğrultusunda çok sayıda araştırma sorusu ve hipotezi belirlenmiştir.

- ❖ Araştırma sorusu 1: Yöneticilerin güvenlik taahhüdü çalışanların güvenlik faktörlerine uyumluluğunu ve katılımını etkiler mi?
- ❖ H0 hipotezi: Yöneticilerin güvenlik taahhüdü çalışanların güvenlik faktörlerine uyumluluğunu ve katılımını etkilemez.
- ❖ H1 hipotezi: Yöneticilerin güvenlik taahhüdü çalışanların güvenlik faktörlerine uyumluluğunu ve katılımını etkiler.
- ❖ Araştırma sorusu 2: Çalışanlara sosyal çevresi ve iş çevresindeki bireyler tarafından sosyal destek (SD) sağlanması çalışanların güvenlik faktörlerine katılımını ve uyumluluğunu etkiler mi?
- ❖ H0 hipotezi: Çalışanlara sağlanan SD, güvenlik faktörlerine katılımını ve uyumluluğunu etkilemez.
- ❖ H1 hipotezi: Çalışanlara sağlanan SD güvenlik faktörlerine katılımını ve uyumluluğunu etkiler.
- ❖ Araştırma sorusu 3: Sağlık çalışanlarının yaptıkları iş hakkında tüm güvenlik politikaları ve prosedürleri hakkında güvenlik bilgisine (GB) sahip olmaları çalışanların güvenlik faktörlerine uyumluluklarını ve katılımlarını etkiler mi?
- ❖ H0 hipotezi: Çalışanların GB'ne sahip olmaları güvenlik faktörlerine uyumluluklarını ve katılımlarını etkilemez.
- ❖ H1 hipotezi: Çalışanların GB'ne sahip olmaları güvenlik faktörlerine uyumluluklarını ve katılımlarını etkiler.
- ❖ Araştırma sorusu 4: Sağlık kurumlarında personel azlığı ve yoğun iş yükünden dolayı sağlık çalışanlarında oluşan hızlı iş yapma baskısı (HİYB) çalışanların güvenlik faktörlerine katılımlarını ve uyumluluklarını etkiler mi?
- ❖ H0 hipotezi: Sağlık çalışanlarında oluşan hızlı iş yapma baskısı (HİYB) güvenlik faktörlerine katılımı ve uyumluluğu etkilemez.
- ❖ H1 hipotezi: Sağlık çalışanlarında oluşan hızlı iş yapma baskısı (HİYB) güvenlik faktörlerine katılımı ve uyumluluğu etkiler.
- ❖ Araştırma sorusu 5: Sağlık çalışanlarının güvenlik faktörlerine gerçekleştirme isteği (güvenlik motivasyonu) güvenlik faktörlerine katılımlarını ve uyumluluklarını etkiler mi?

- ❖ H0 hipotezi: Güvenlik motivasyonu (GM) çalışanların güvenlik faktörlerine katılımlarını ve uyumluluklarını etkilemez.
- ❖ H1 hipotezi: Güvenlik motivasyonu (GM) çalışanların güvenlik faktörlerine katılımlarını ve uyumluluklarını etkiler.
- ❖ Araştırma sorusu 6: Sağlık çalışanlarının Güvenlik Katılımı (GK) güvenlik faktörlerine uyumluluklarını etkiler mi?
- ❖ H0 hipotezi: Sağlık çalışanlarının Güvenlik Katılımı (GK) güvenlik faktörlerine uyumluluklarını etkilemez.
- ❖ H1 hipotezi: Sağlık çalışanlarının Güvenlik Katılımı (GK) güvenlik faktörlerine uyumluluklarını etkiler
- ❖ Araştırma sorusu 7: Sağlık çalışanlarının Güvenlik Uyumluluğu (GU) güvenlik faktörlerine katılımı etkiler mi?
- ❖ H0 hipotezi: Sağlık çalışanlarının Güvenlik Uyumluluğu (GU) güvenlik faktörlerine katılımı etkilemez.
- ❖ H1 hipotezi: Sağlık çalışanlarının Güvenlik Uyumluluğu (GU) güvenlik faktörlerine katılımı etkiler.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

HG konusundaki en önemli madde gerçekleşen ve yaşanan advers olaylardır. Her yıl düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hastanelerde güvenli olmayan bakımlar yüzünden 134 milyon advers olay meydana gelmektedir ve 2,6 milyonu ölümlü sonuçlanmaktadır (National Academies of Sciences, 2018). Yaptığımız araştırma sonucunda güvenlik prosedürlerinin ve uygulamalarının doğru şekilde uygulanması ve iş güvenliği faktörlerine dikkat edilmesi halinde güvenli bakım şartları oluşturulmuş olur ve bu şekilde advers olaylar sayesinde oluşabilecek ölüm oranlarının azaltılması sağlanmış olur.

İlaç hataları, sağlık sistemlerinde yaralanmaların ve önlenemez zararların önde gelen sebeplerindendir. Küresel olarak yıllık 42 milyar dolarlık bir maliyete sebep olmaktadır (Aitken ve Gorokhovich, 2012). Sağlık alanında oluşan yüksek maliyetlerinin önüne geçmek için riskleri azaltacak güvenlik prosedürlerini belirlemek önemlidir.

Yüksek ve orta gelirli karma hasta popülasyonlarında, sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyon verilerine göre düşük ve orta gelirli ülkelerde oranlar yaklaşık olarak %7,6 ile %10 arasındadır (Geneva, 2011). Güvenli olmayan cerrahi bakım prosedürleri, %25'e varan

komplasyonlara sebep olur. Cerrahi işlem gören 7 milyon hasta her yıl önemli komplasyonlara maruz kalır ve bunların 1 milyonu ameliyattan hemen önce veya hemen sonra ölmektedir (WHO, 2009).

Amerika Birleşik Devletlerinde hastaneler ve bakım tesislerinde her yıl 1,3 milyon hasta düşme olayını yaşamaktadır. Düşmeler ciddi yaralanmalara, işlev görme yeteneğinin zarar görmesine, yaşam kalitesinin düşmesine, düşme korkusunun artmasına ve sağlık hizmeti kullanımının artmasına yol açmaktadır (AHRQ, 2020).

Kısacası sağlık kurumlarında olağandışı gelişen riskli durumların, yaralanmaların ve ölümlerin önüne geçilebilmesi oluşabilecek yüksek maliyetlerin azaltılması için kurumlarda İSG'e, güvenlik prosedürlerine ve uygulamalarına göre hareket edilmelidir. Bu araştırma da prosedürlere uyulduğunda sağlık kurumlarının güvenlik sıkıntısı çekmeyeceğini göstermektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

Bu araştırmada gözden geçirilen sayıtlar şunlardır.

- Ankete katılan sağlık çalışanlarının sorulan sorulara gerçekçi ve samimi bir şekilde cevap verdiği varsayılmıştır.
- Ankette kullanılan soruların açık, anlaşılabilir ve geçerli olduğu varsayılmaktadır.
- Araştırma için yapılan literatür taramasında yeterli sayıda yerli ve yabancı kaynaktan yararlanıldığı varsayılmaktadır.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamında İzmir'deki eğitim ve araştırma hastaneleri incelemeye alınmıştır. Araştırma bazı hususlarla sınırlı tutulmuştur;

- ❖ Araştırma İzmir ili ile sınırlandırılmıştır. Araştırma eğitim ve araştırma hastaneleriyle sınırlandırılmıştır. Araştırma da sağlık çalışanları katılımcı olarak kabul edilmiştir.
- ❖ Araştırmada anket yöntemi kullanılmış olduğundan bu yöntemlerin dezavantajları bulunmaktadır (örneğin; ankete katılımın düşük olması, bütün sorulara aynı cevabın verilmesi ve yönetime karşı geliştirilen reaksiyonların anket cevaplarına yansımaları gibi).

- ❖ Anket sorularına rastgele cevaplar verilmesi de bir başka handikaptır. Bunu isteyerek yapan insanların dışında, soruyu tam kavrayamadığı için böyle bir yol izleyen deneklerin olması da bir diğer gerçektir.
- ❖ Araştırma sonucunda elde edilen bulgu ve yorumlar, örnekleme yer alan çalışanların algıları doğrultusunda vermiş oldukları cevaplarla sınırlıdır.
- ❖ Araştırmaya katılanların bilgi ve düşüncesi ile sınırlıdır.

1.6. TANIMLAR

Hasta Güvenliği Kültürü, kuruma bağlılığı belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yetkinliklerinin ve davranış kalıplarının bir ürünü olarak tanımlanmıştır. Organizasyonun emniyet yönetiminin tarzı ve yeterliliği olarak da bilinmektedir (Nieva, 2003). Kurumda sabırlı bir şekilde uygulanan güvenlik kültürü; ekip çalışmasını, advers olayların rapor edilmesini teşvik etmekte, ifade özgürlüğü, şeffaflık algısını, çalışanlar dan geri bildirim alınmasını ve hatalardan öğrenmeyi sağlamaktadır. HG'yi sağlamak için yönetimin iş birliği sağlamasını ve destek vermesini de sağlamaktadır (Verbeek vd., 2014).

Güvenlik İklimi, sağlık kurumlarında Gİ; mevcut güvenlik kültürünün ölçümünü ve teşhisini yapmakta, aynı zamanda kültürlerin potansiyellerini ve zayıflıklarını belirlemektedir. Ayrıca personelin algı düzeylerini incelemek için yapılan anketler de personelin davranışları, becerileri ve değerleri ölçülememektedir. Bunları ölçmek için en uygun teknik Gİ'dir (Sexton vd., 2006; Lorenzini vd., 2017). HG iklimi ile HG birbirinin yerine de kullanılmaktadır (Weaver vd., 2013). Ayrıca HG iklimi sağlık kurumlarında advers olayların önlenmesi için kritik bir faktördür. Hatta çalışan algıları ve örgütsel faktörler Gİ'den etkilenmektedir (Matsubara vd., 2008).

Yönetim güvenlik taahhüdü, sağlık kurumlarında HG'yi ve iş sağlığı güvenliğini iyileştirme ve iş yerinde yaşanabilecek risk ve kazaları en aza indirmede önemli olan faktör yönetim güvenlik taahhüdüdür (YGT). Yani tüm güvenlik yöntemleri olarak da bilinmektedir. Özellikle güvenlik konularında stratejilerin ve prosedürlerin belirlenmesinde rol oynamaktadır. Prosedürler belirlendikten sonra ise doğru olarak uygulanıp uygulanmadığının denetimine odaklanmaktadır (Lehto ve Cook, 2012).

Sosyal Destek, özellikle personel sayısının az olduğu, çalışma yoğunluğunun fazla olduğu veya salgın gibi faktörlerin arttığı zamanlarda çalışanların psikolojik durumları, kaygı ve

endişe gibi faktörler ön plana çıkmaktadır. SD ise bu durumlarda ve zamanlar da bireysel psikolojik baskıyı hafifletebilir, psikolojik engelleri ortadan kaldırabilir ve zihinsel sağlığı geliştirebilmektedir. SD, özellikle salgın zamanlarında oluşan büyük baskıları ve depresyon riskini büyük oranda ortadan kaldırmaktadır (Ng Qx vd., 2020).

Güvenlik Bilgisi, çalışan personelin yaptığı iş ve güvenli bakım sırasında uyguladığı yöntem hakkında gerekli uygulama tekniklerine ve bilgi düzeyine sahip olması demektir. Personel bu sayede uyguladığı tekniği bilmektedir ve hata riskini en aza indirmektedir (Griffin ve Neal, 2000). Eğitimle kazanılmış GB'nin, güvenli çalışma davranışlarının, uygulamalarının benimsenmesinde, hatta güvenlik ve sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Çalışanların yaralanmasını önlemek ve hastalıklarının azaltmasını sağlamak için çalışanların gerekli konular hakkında GB'ne ve güvenlik eğitimlerine sahip olmasının önemi büyüktür (Burke ve Sarpy, 2003; Colligan ve Cohen, 2004).

Güvenlik Motivasyonu, çalışanın bireyin güvenliğini sağlamak için gösterdiği çaba ve emeği ifade etmektedir. Bu durum sayesinde bireylerin güvenli çalışma uygulamalarına uyma konusunda istekli olmaları sağlanmış olmaktadır. Çalışanlar güvenlik faaliyetlerine katılmaları ve uymaları Gİ'nin doğru bir şekilde işlemesine fayda sağlamaktadır (Griffin ve Neal, 2000). Özellikle çalışanlar, örgütün kendi iyiliği için endişelendiğini algılayorsa üstü kapalı bir şekilde fayda sağlayan güvenlik faaliyetlerinde bulunmaya çalışacaklardır (Tsui vd., 1997) .

Hızlı İş Yapma Baskısı, sağlık kurumlarında özellikle olağanüstü durumların gerçekleşmesi durumunda da (salgın, riskli durumların olması vb.) yöneticiler personellere daha kısa zamanda ve daha fazla iş yapmaları konusunda psikolojik olarak baskı ortamı oluşmaktadır. Bunun yanın sıra sınırlı personelin bulunduğu yerlerde çok sayıda teşhis ve tedaviye ihtiyacı olan hastanın kuruma başvurması sonucu çalışan üzerinde kısa zamanda daha çok iş yapması için baskı oluşmaktadır. Bu durumda çok sayıda hatanın meydana gelmesine sebep olmaktadır (Porter, 2020). Özellikle riskli koşulların olduğu operasyonların önemli anlarında doktorlar hata yapma tedirginliği ile ciddi endişelere kapılmaktadırlar.

Güvenlik Uyumluluğu: Çalışan personellerin güvenlik prosedürlerine bağlı kalması ve işi güvenli bir şekilde yürütmesi olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik uyumluluğu (GU) daha çok kurallara ve prosedürlere bağlı kalarak motive edilmektedir. GU ilgi çekici davranışlara atıfta bulunmaktadır. Kuruluşun gerekliliklerine göre temel güvenlik görevlerinde bulunmaları, güvenlik kurallarına ve düzenlemelerine uyum sağlamaları amaçlanmaktadır

(Griffin ve Neal, 2000). Çalışan personellerin liderlik duygularının olması GU'ya daha çok fayda sağlamaktadır. Resmi otorite tarafından kolayca yaptırıma uğrayabilmektedir (Andriesson, 1978; Simard ve Marchand, 1995).

Güvenlik Katılımı: Çalışan personellerin iş arkadaşlarına yardım etmek, işyerinde güvenliği teşvik etmek, inisiyatif göstermek ve işyerinde güvenliği arttırmak için çaba sarf etmesi olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik katılımı (GK) bilgi, beceri ve çalışan motivasyonun farklı yönler tarafından belirlenmektedir. İletişim, iş arkadaşlarına yönelik güvenlik, güven ve işbirliği oluşturan dönüşümsel liderlik kavramlarıyla şekillenmektedir. Çalışanın güvenlik faaliyetlerine gönüllü katılımını amaçlayan destekleyici bir güvenlik ortamının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Griffin ve Neal, 2000). Özellikle yöneticilerin etkileme taktikleri kullanmaları özellikle çalışanların gönüllü olarak güvenlik faaliyetlerine katılımını sağlamaktadır (Andriesson, 1978; Simard ve Marchand, 1995).

2. LİTERATÜR TARAMASI

Bu bölümde hasta güvenliği kültürü, güvenlik iklimi, yönetim güvenlik taahhüdü, sosyal destek, güvenlik bilgisi, güvenlik motivasyonu, hızlı iş yapma baskısı, güvenlik uyumluluğu ve güvenlik katılımı faktörleri geniş bir kapsamda incelenecektir.

2.1.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ (PATIENT SAFETY CULTURE)

Güvenlik kültürü (GKÜ), bağlılığı belirleyen bir dizi değer, tutum, davranış ve beceri olarak tanımlanmaktadır. GKÜ'nün amaçları arasında sağlık ve güvenlik yönetimini sağlamak, suçluluk ve ceza kavramları yerine öğrenme fırsatlarının ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi olarak ifade edilebilir. Sağlık kurumlarında Gİ ölçümü sayesinde, mevcut kültürün teşhisi yapılabilir hatta mevcut kültürün potansiyelleri ve zayıflıkları tespit edilebilir (Sexton vd., 2006; Lorenzini vd., 2017).

GKÜ, güvenliğin nasıl görüldüğüne ve güvenliğe nasıl bakıldığına atıfta bulunan örgüt kültürünün bir yönüdür ve organizasyonlarda bu değişken zamana ve duruma göre iyileştirilebilmektedir. Yüksek riskli kurumlarda güvenlik kültürü temel bir unsur olarak görülmektedir. Güvenliği ön planda tutan, güvenlik odaklı yönetim kararlarını ve çalışan davranışlarını kolaylaştıran bir kültür, hatadan öğrenmeyi destekler ve organizasyonda bilenen ve ortaya çıkan riskli olaylara etkin bir şekilde yanıt verme yeteneğini geliştirmeye çalışır (Guldenmund, 2000; Hofinger, 2008).

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde bir kültür değişikliği çağrısı, esas olarak iki nedenden dolayı daha yüksek sesle dile getirildi. HG iyileştirme çabalarının başarılı olabilmesi için GKÜ tarafından özellikle güvenliğin sürdürülebilirlik konusunda sık sık denetlenmesi ve denenmesi gerekmektedir. Bu sayede güvenliğin sorunlar karşısında aksama düzeyi görülmüş olacaktır. Dile getirilmesinin ikinci nedeni ise GKÜ ve hasta sonuçları arasındaki ilişkilerin düzeyi hakkında daha fazla kanıt bulunabilmektedir. Bu ilişki sonucunda oluşabilecek olumlu ve ya olumsuz durumlarda sebep kolaylıkla bulunmuş olacaktır (McCulloch vd., 2009; Mardon vd., 2010; Singer ve Vogus, 2013).

Endonezya’da yapılan araştırmalar da HG insidansı 2006 yılından 2011 yılına kadar izlendi. Hastaneler HG komitesine 877 olay bildirdi (Rsudza, 2017). Ocak 2010’den Nisan 2011’e kadar Hastane HG Komitesi raporlarına göre, rapor edilen çeşitli olayların %8,76’sı ölümle, %2,19’u kalıcı yaralanmalarla, %21,17’si geçici yaralanmalarla ve %19,71’i kek yaralanmalarla sonuçlandı (Sakit, 2015).

Sağlık hizmetlerinde HG Şuan da önemli bir konudur ve dünya da teşvik edilmeye devam edilmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla hastaneler imajlarını arttırmak için HG’ne desteklerini arttırmaktadır. Ulusal raporlama tarafından hazırlanan HG olay raporuna dayalı olarak ve İngiltere’deki öğrenme sistemine göre 2015 yılında altı aylık dönemde 825 416 olay rapor edildi. Bu oran bir önceki yıl bildirilen olay oranından % 6 daha yüksekti. 2016 yılında Ulusal HG Ajansı, Birleşik Krallık’ta HG’nin görülme sıklığını 1 879 822 olay olarak bildirdi (Puspitasari, 2015).

HG olayları ile ilgili altın bir standart belirlenmemiŐtir (Olsen vd., 2007). Örneğin, birinci basamak sağlık hizmetlerinde HG olaylarını belirleme yöntemlerine ilişkin bir pilot çalışmada, çalışmalarda kullanılan ve olay raporlama, kayıt incelemesi, hasta anketleri ve eczacı tarafından bildirilen olayları içeren farklı HG nlemleri arasında hiçbir örtüŐme bulunmadı (Wetzels vd., 2008). Örneğin Amerika da yapılan çalışmalar da Ayaktan bakımda her 100 000 konsültasyonda 5 ila 80 advers olay prevalansı tahmin edilmiştir. Ancak Őimdiye kadar, hasta kayıtlarından rastgele örnekler kullanan HG olaylarına ilişkin büyük ölçekli nicel çalışmalar yalnızca hastane ortamlarında yrtlmŐtir (Sandars ve Esmail, 2003; Zegers vd., 2009)

HG olaylarının 1999 yılında ‘‘To Err is Human’’ raporunun yayınlanmasıyla dünya da HG kavramı geniş çaplı olarak yer kaplamaya başlamıştır (Stelfox vd., 2006). Ancak bu kavram sadece hastane bakımına odaklandı. Fakat çoğu ülkede birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar da gelişmiş durumdadır ve tedavilerin çoğunluğu bu kurumlarda uygulanmaktadır. Bu yüzden HG uygulamalarının yaygınlığı sadece hastaneler açısından bakıldığı için yetersiz kalmaktadır (Starfield vd., 2005; Gandhi ve Lee, 2010). Örneğin Hollanda’da tüm vatandaŐlar, uzun bir süre boyunca çok çeşitli tıbbi durumlara bakım sağlayan bir kişisel pratisyen hekime (GP) kayıtlıdır. Birçok kronik ve karmaşık hastalığı içeren mevcut tüm sağlık sorunlarının yaklaşık %95’i genel uygulama ortamında yönetilmektedir. Hollanda disiplin hukuku kararlarının gösterdiği gibi, birinci basamakta da çok ciddi ve nlenebilir HG olayları meydana gelmektedir (Van Der Wal, 1996; Fournier, 2009).

Hastane maliyetlerinin hızla arttığı günümüzde, tıbbi hataların genişliğine ilişkin endişeler önemli ekonomik sorunları meydana getirmektedir. Olumsuz olaylar, yalnızca hastalara zarar vermekle kalmaz aynı zamanda önemli finansal sonuçlara sebep olmaktadır. 1992 yılında Amerika da yapılan bir araştırmada önlenebilir advers olayların toplu artış göstermesiyle hastaneler açısından toplam maliyetin 80 milyon doları aştığı görülmektedir (Brennan vd., 1991; Thomas vd., 1999).

Sağlık kurumlarında HG maliyetlerini daha çok tıbbi uygulama hataları yükseltmektedir. Özellikle hastalarda uygulama hatalarından dolayı oluşan kayıpları sağlık kurumları üstlenmektedir. Üstlenmek zorunda olduğu bu kayıplar tazminatlar ve benzeri maddi kaynaklardır (Sage, 2001).

HG olayları hastalara önemli zararlar vermekte ve sağlayıcılar açısından da aşırı düzeyde bakım ve tedavi masraflarına yol açmaktadır. Çoğu ülke olumsuz güvenlik olaylarının önlenmesi için önemli miktarda kaynak harcamaktadır. Hastanelerin sınırlı bütçeleri olduğu için HG ile ilgili olayların maliyetlerini ve önleyici çabalar için gerekli maliyetleri önceden saptamalı ve ona göre hareket etmelidir (Downey vd., 2012; Drosler vd., 2009). Çünkü yaşanabilecek sıkıntılı olaylar hastaların hastane de kalış sürelerini ve ek tedavi maliyetlerini arttırmaktadır. Sağlık kurumları maliyetleri ortadan kaldırmak için önleyici tedbirleri açıkça uygulamalıdır (Landrigan vd., 2010; AHRQ, 2013; Wang vd., 2014).

Düşmeler ve komplikasyonlar gibi önlenebilir advers olayların hem sağlık tesislerinin tasarımı hem de hemşire personel düzeyleriyle ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Akut bakım ortamlarında hasta düşmeleri; kaygan zeminler, korkulukların kötü yerleştirilmesi ve yetersiz hemşire kadrosu gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır. Düşmeden sonra maliyete sebep olan başka bir faktör ise enfeksiyonlardır (Brandis, 1999). Özellikle 65-70 yaş arası hastalarda ameliyat sonrası oluşan enfeksiyonlar; aşırı kalabalık, az sayıda özel oda bulunan, bireysel banyo ve duşu olmayan hastanelerde daha çok görülmektedir (Andersen ve Rasch, 2000). Bu tür faktörler hastane maliyetlerini yükseltmektedir. Bu durumdan kaçınmak için yeterli düzeyde profesyonel personel istihdam edilmelidir. İstihdam edilen personeller sayesinde olumsuz advers olayların yaşanması engellenmiş olacaktır (Cho vd., 2003).

2.2. GÜVENLİK İKLİMİ (SAFETY CLIMATE)

İşçiler ve işyerleriyle ilgili Gİ; ekipman, güvenlik yönetimi ve kişisel katılımı içermektedir. Gİ kısmen ekipmanın uygunluğu ile oluşur. Ekipman; çalışan personele

işyerinin sağlam ekipman ve acil durum kaynakları sağladığı algısını ifade etmektedir. Güvenlik yönetimi; işçinin, işletme yöneticilerinin güvenlik konularına yönelik tutum ve davranışına ilişkin algısını ifade etmektedir. Ayrıca, iş güvenliği eğitimi, çalışanın becerisini geliştirebilir ve kaza olaylarını azaltabilir. Kişisel katılım; çalışanın iş güvenliği konularına katılımını ifade etmektedir. İşyeri Gİ, belirli yerlerde çevreleriyle etkileşime giren işçiler tarafından ortaklaşa oluşturulmalıdır (Luo, 2020).

Gİ, çalışanların işten ve çalıştıkları ortamdaki kaynaklı algıladıkları şeylerin özü olarak tanımlanmaktadır. Çalışanların iş ortamlarının güvenliği hakkında birbirlerine aktardığı etkileşimlerdir. Çalışanların Gİ algıları, kurumsal emniyet kuralları, beklentileri, yönetim kararları ve kurum politikalarına dayalıdır. Belirtilen faktörler sadece çalışanla ilişkili değil kurumun güvenliği ile ilgili bilgilerini de ön plana çıkarmaktadır. Kurumlar açısından da Gİ'ye bağlı kalmak önemlidir. Çünkü bu kurallara sahip işyerlerinde daha az güvenlik aksamaları ve personel yaralanmaları görülmektedir. İşletmeler Gİ'lerini geliştirmek için çok çaba sarf etmektedirler. Güvenlik görevlileri için programlar, tüm personel dâhil olmak koşuluyla güçlü güvenlik eğitimleri ve iletişim programları, çeşitli ödüllendirmeler, yüksek statü ve kariyer gelişimi gibi şanslar sunmaktadır (Planek vd., 1967; Cleveland vd., 1978).

İşyerinde Gİ ve iletişim arasındaki pozitif bağı kuvvetlendirmek için şeffaflık önerilmektedir. Gİ ile ilgili bilgilerin paylaşılmasının daha yüksek bir güvenlik anlayışını attırabileceği düşünülmektedir. Güvenlik motivasyonu (GM), Gİ'ye uygun olarak çalışanları güvenlikle ilgili davranışları sergilemeleri için motive etmelidir (Casey vd., 2017).

Gİ organizasyon içindeki bireylerin psikolojik tutumları, algıları ve davranışlarıyla dinamik ve döngüsel olarak ilişkilendiren daha geniş bir kavramdır. Gİ örgütün kurucu parçası olarak kabul edilir. Gİ kavramı GKÜ'nün aksine alt ve orta kademeyi ilgilendiren bir sorumluluk alanıdır (Flin vd., 2000; Dekker, 2019).

Kantitatif bir form olarak Gİ ölçümü “bir anlık görüntü” yakalayan, değerlendiren ve ya GKÜ gelişimine önemli düzeyde katkı sağlayan bir girdi olabilir. Özellikle hastaneler de bu kavrama çok daha fazla dikkat edilmektedir. Çünkü son dönemlerde artan hasta sayısı, hastane çalışanına şiddet eğilimi, bulaşıcı hastalıklar sayesinde artan hasta prevalansı yüzünden daha hızlı, daha çok çalışmalarının gerekmesi, almaları gereken eğitim ve programlara zaman ayıramamaları Gİ yönünden risk teşkil etmektedir (Salzer, 1995; Yassi vd., 1995).

Çalışan personellerin yönetim bağıllığına ilişkin tutumları ve algıları önemli bir etkidir. Yönetim emniyet ve güvenlik konularında çalışanları birbirleriyle etkili bir şekilde iletişim kurmaları ve duruma uygun bir şekilde hareket etmeleri konusunda uyarılarda bulunmalıdır. Çalışanlar üzerinde yapılan bu uyarılar bir nevi Gİ'yi şekillendirmektedir.

2.3. YÖNETİM GÜVENLİK TAAHHÜDÜ (SAFETY MANAGEMENT COMMITMENT)

Yönetim güvenlik taahhüdü (YGT), yöneticilerin güvenliğe ne kadar önem ve öncelik verdiğiyle, çalışanlarıyla güvenlik konusunda iletişim düzeyi ile ve güvenlik konusunda etkin bir biçimde hareket edip etmediğiyle ilgilenir (Neal vd., 2000).

HGK önemli bir unsur olarak kabul edilmiştir. Sağlık hizmeti kalitesini etkileyen bir faktördür. Tıp Enstitüsü GKÜ'nün yaratılmasını ve sürdürülmesini aşağıdakilerden biri olarak önermiştir. Hemşireler çalıştıkları ortamların güvenliğinin artırılması ve güvenli ortamlara dönüştürülmesine yönelik önerilerde bulunabilmektedirler. YGT bu konuda anahtar görevi üstlenmektedir ve organizasyonel güvenlik ortamını etkileyen önemli faktörler ve yöntemler olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik ortamını çalışanlar dışında hastalar içinde önemli ölçüde sağlamaktadır (Gilkey vd., 2003; Gillen vd., 2004; Gracia vd., 2004).

Yönetim bağıllığı (taahhüdü) birçok araştırmacı tarafından temel ve önemli faktör olarak kabul edilmiştir. Yönetimde bulunan bireyler çalışanlar üzerinde etkili olmalı ve onları aktif olarak yönlendirmelidir. Çalışanları kişisel koruyucu ekipman (KKE) giymeleri konusunda uymalı ve onları takip etmelidir. Bunun yanı sıra yaptıkları iyi işlerde ve performans yükselmelerinde çalışanları motive etmeli ve onları mutlu etmelidir. Örgüte yönetimin güvenlik konusunda ciddi olduğunu göstermeli ve güvenlik hedeflerine ulaşılması sağlanmalıdır. Yönetim tarafından verilen taahhüt ve desteğin açıklanması güvenlik performansını üst düzeyde arttırmaktadır. Güvenlik gereksinimlerine uyumluluğun etkili bir şekilde sağlanması yoluyla taahhütlerini göstermek örgütteki bireylerin sağlıklı ve sorumluluk sahibi olması sağlanır. Yani kısacası YGT çalışma ortamında güvenlik ve sağlığa yönelik tutum, çalışanların davranışlarını değiştirebilmektedir (Thye, 2006; Fernando vd., 2008).

Yönetimin güvenlik bağıllığının çalışanlarca pozitif olarak algılanabilmesi için tüm yönetim kademelerinin ve kişilerinin iş güvenliğine bağıllığı gereklidir. Kararlı bir yönetim ekibine

sahip olarak tanımlanabilmek için yönetim ekibinin tüm üyeleri, güvenliği düşünmeli ve alınan kararlar etrafında birleşilmesini sağlamalıdır. Bu konuda başarılı olabilmek için yönetim ekibinin özellikleri aşağıdaki gibi olmalıdır (Falkowitz, 2016):

- ✓ Bir vizyon, strateji ve planı desteklemek ve geliştirmek,
- ✓ Güvenlik girişimlerini ve katılımını desteklemek,
- ✓ Elde edilen kardan güvenliğe de yatırım yapmak,
- ✓ Çalışanlar yöneticilerinin odaklandığı konular üzerinde durduğu için, onlara örnek teşkil edecek liderlik yapmak,
- ✓ Koçluk yapmak ve geribildirimde bulunmak,
- ✓ Güvenlik faaliyetlerini

YGT'de KKE kullanımı güvenlik için önemli bir adımdır. Yönetim tarafından KKE 'ler çalışanlara sağlanmalıdır. Örneğin inşaat açısından bakacak olursak yönetim çalışanlara emniyet kemerleri, emniyet baretleri, güvenlik ayakkabısı gibi KKE çalışanlara sağlarsa, meydana gelebilecek tehlikelerden çalışanları korumuş olmaktadır. Ekipmanların yanı sıra iş hakkında çalışanlara yeterli düzeyde güvenlik eğitimi verilmemişse çalışanların tehlikelere karşı risk altında olmaktadır (Rahim vd., 2008). Eğer eğitim verilirse çalışanların bu risklere karşı korunma olasılıkları yükselmektedir. YGT'leri de bu risklere karşı korunmaları için oldukça önemlidir. Çalışanların eğitime katılmalarını ve bu risklere çözüm bulunması için açıkça fikirlerini belirtebilme fırsatı sağlamaktadır (Dodge, 2012).

YGT yazılı politika, etkili iletişim ve örnek uygulamalar tarafından kanıtlanmıştır. Yönetimden gelen güvenlik taahhüdünün, güvenlik kültürünü iki yolla etkilediğine inanılıyordu. Mekanizmalar, yöneticiler tarafından direkt etki eden davranıştır. Çalışanların güvenlik davranışlarını etkileyecek bir modeldir. İkincisi yöneticinin bilinçli olarak oluşturduğu dolaylı etki ve güvenlik uygulamalarına ilişkin normları ve tutumları pekiştirir, dolayısıyla güvenli bir ortam yaratır (Zohar, 2002). YGT üretim ve güvenlik konuları üzerindeki geniş kapsamlı emniyet stratejilerini etkiler. Üst yöneticiler açısından bakıldığında ve algılandığında güvenlik, denetçilerin ve çalışanların bağlılıklarını arttırarak kendi beklentilerini karşılamaları istenmektedir. Yöneticiler çalışanların her gün standart olarak uygulanan güvenlik uygulamalarına ve prosedürlerine uymaları istemektedir. Bu sayede çalışanlar ve yöneticiler arasındaki hiyerarşik iletişim sağlanmış olur. Güvenlik uygulamalarındaki emir komuta zincirinin oluşturulması aynı zamanda güvenlik riskini daha kolay ön plana çıkarmakta ve daha hızlı ortadan kaldırılmaktadır (Lingard vd., 2012).

Güvenlik yönetim sistemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması, güvenlik performansını iyileştirmek için yetersizdir. Güvenlik yönetim sistemi her ne kadar geliştirilse ve geliştirilmeye devam edilse bile insan yapımıdır. Başarılı bir şekilde uygulanması garanti edilir ancak zaman zaman aksamalar olabilmektedir. Üst düzey yöneticiler, şirketin politikalarını oluşturan ve kaynakları belirleme yetkisini elinde bulunduranlar, güvenlik yönetim sistemlerinin başarılı bir şekilde uygulanmasının temelidir (Tappura vd., 2017; Ghahramani ve Salminen, 2019).

Gana Cumhuriyetindeki özel şirketlerde yapılan çalışmada şirketlerin yönetim sistemleri İSG incelenmiştir. Çalışma elde edilen verilere göre çalışanların davranışlarında güvenlik yönetiminin, eğitimin, denetimin, güvenli çalışma prosedürleri ve taahhüdünün önemli faktörler olduğu ortaya çıkmaktadır (Acakpovi ve Dzakumah, 2016). Hindistan da yapılan çalışmanın verilerine göre ise çalışanlarının güvenliğinin sağlanması için güvenlik yönetim politikasına bağlılığın önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu güvenlik politikaları sayesinde çalışanların çalışma ortamındaki refahı ve yönetime olan bağlılığı artmış olacaktır. Refahı ve bağlılığı artan çalışanların örgütün performansını arttırmakta ve güvenlik prosedürlerine uygun hareket etmekte istekli olmaktadır (Rajaprasad ve Chalapathi, 2015).

Halligan ve Zecevic (2011) yılında yapmış olduğu çalışmaya göre kurumlarda en çok ön planda olan kavram liderlik kavramıdır. Yüksek düzeyde liderliği etkileyen yaklaşımlar yönetimin, güvenlik taahhüdü (bağlılık) ve organizasyon içindeki güvene dayalı açık iletişimini etkilemektedir. Bu yaklaşımlar örgütsel öğrenmeyi ve olumsuz olayları raporlayarak bu raporlar doğrultusunda analiz etmeyi kolaylaştırmaktadır. Bu etkileşim sürecinde cezalandırma gibi bir niyet yoktur. Bu boyutlar hastanın GKÜ' yü de iki yönlü olarak etkilemektedir. Hem güvenli ve etkili bir sağlık bakım mekanizması oluşturmaktadır hem de sürekli öğrenmenin yolunu açarak etkili bir ekip çalışmasının belirlenmesine neden olmaktadır.

Davranışların belirleyicileri olarak beceri ve bilgiye odaklanma güvenlik taahhüdünü gösterebilen, üst yönetim araştırmasının bireysel özelliklere yaptığı vurguyu takip eder (Hambrick ve Mason, 1984; Day ve Lord 1988). Yönetimin güvenliğe olan bağlılığı üst yöneticileri yansıtmaya devam eden organizasyon üyeleri için bir referans çerçevesi olarak işlev görmesi önerilmektedir (Zohar ve Luria, 2005).

Yapılan araştırmaya göre YGT yöneticilerin güvenli çalışmaya ne kadar değer verdiğine, onu desteklediğine ve çalışanların güvenliğine ne kadar önem verdiğine ilişkin algılarına

atıfta bulunan, güvenlik ortamının özel ve kritik bir bileşenidir. Kısaca çalışanın işle ilgili güvenlik davranışlarını ve yaralanmaları tahmin eder (Feely vd., 2013). Yöneticiler çalışanların işteki davranışları ve işteki çalışan yaralanma olasılığını etkileyen, rekabet eden talepler ışığında güvenliğin göreceli önceliğini çalışanlara iletir. Çalışanlar hastayla ilgili zorlu bir durumda karşı karşıya kaldığında yönetim tarafından oluşturulan güvenlik protokollerine ve kurallarına bağlı olduğu sürece stresten ve yaşanabilecek kaza riskinden uzak durmuş olurlar. Yöneticiler güvenlik konusuna bağlı olan çalışanların, bu tür güvenli davranışlara değer verildiğine, yöneticileri tarafından destekleneceğine ve güvenli olmayan davranışların caydırılacağına ve cezalandırılacağına dair beklentileri vardır. Bu beklentiler, davranışlara dönüşmekte ve bu da daha sonra yaralanma risklerinin azaltılmasına yol açmaktadır (Zohar, 2010).

Yapılan araştırmalar sonucunda YGT'yi etkileyen çok sayıda biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktör ve zararlar bulunmuştur. Bu faktörlere daha sonradan biyomekanik ve ergonomik faaliyetler eklenmiştir. Hastane ortamlarındaki başka bir tehlike faktörü de fiziksel olmayan yani psikolojik faktörlerdir. Bunların en çok bilineni iş stresidir. İş stresini etkileyen faktörler de ağır iş yükü, denetimde aksaklıklar, kontrol eksikliği ve işçinin kötü çalışma yaşamı nedenleridir. Bu nedenler yüzünden işçinin yaralanma riski ve verimsizliği artmaktadır (Lewy, 1991; Rogers ve Travers, 1991; Sepkowitz, 1996: 28).

Gershon vd., (2000) yaptığı çalışmaya göre hemşirelerin yönetim bağlılığına ilişkin algılarının ve kan yoluyla bulaşan bir patojen güvenlik programının olmasının vakalara maruz kalmayı azalttığı ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra hemşireler de GU'yu arttırdığı sonucu da ortaya çıkmıştır.

Algılanan YGT ile psikoloji güçlendirmeler arasında etkili, doğrudan ve pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir. Yani psikolojik olarak güçlendirilmiş hemşirelerin psikolojik açıdan güçlendirilmemiş hemşirelere göre YGT'yi algılama da ve uygulama da daha önde olduğu görülmektedir. Önceki araştırmaların sonucunu da bakıldığında bu sonucu desteklediği hatta bunun yanı sıra algılanan YGT'nin geliştirilmesinde sistemin de önemli olduğu görülmektedir (Amponsah ve Anuka, 2018).

Güvenlik yönetimine bağlılık algıları ve yönetici desteği, işçi güvenliği yoluyla güvenlik davranışları ve bilgi ve motivasyon sonuçlarıyla pozitif ilişkilidir. Yönetimin güvenliğe bağlılığına ilişkin algılar, çalışan güvenliği ile ilgili davranışlarda kritik öneme sahiptir (Christian vd., 2009).

2.4. SOSYAL DESTEK (SOCIAL SUPPORT)

SD, arkadaşlık ve aile ilişkileri bireyin psikolojik ve sosyal iyi oluşunu etkiler (Lang ve Heckhausen, 2001). Yani bu tanımda yola çıkarsak SD bireylerin dış çevreleri tarafından gördükleri iyi yöndeki etkileşimleri ifade etmektedir. Bireyler SD sayesinde kötü yönde sahip oldukları psikolojik ve sosyal sorunların ortadan kaldırılmasını sağlar.

Dünya çapında birçok çalışmada incelendiği üzere yalnızlığın ABD dışındaki popülasyonlar da sebep olduğu stres ve zihinsel sağlık sorunlarına karşı SD'nin etkili olduğu görülmüştür. Cao vd., (2020) Çinli üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmaya göre evde bir ebeveynle yaşayan, istikrarlı bir aile yapısına sahip olan, gelir düzeyi yüksek ve yüksek SD sahip olanların kaygı düzeylerinin az olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada da Covid-19 salgını sırasında yüksek SD sahip bireylerin virüse karşı desteklenmiş olduğu görülmektedir (Banerjee vd., 2020; Nelson vd., 2020).

Genel popülasyonu etkisi altına alan salgınların sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmaktadır. Salgınlar sırasında riskli durumlarla karşı karşıya kalma oranının yükselmesi, enfekte bir aileye sahip olma olasılığı, pratik desteğin olmaması ve genç yaş gibi risk faktörleri stresi tetiklemektedir (Kisely vd., 2020). Bu faktörlerin yanı sıra risk faktörü olarak hastalığa maruz kalma, karantinaya alınma ve sağlık korkusu da olumsuz şartların oluşmasına neden olmaktadır. Bu risk faktörlerinden korunma yolları olarak ise açık iletişim, yeterli koruyucu donanıma erişim, yeterli dinlenme, psikolojik destek ve SD olarak ön plana çıkmaktadır. Kriz zamanlarında diğer meslek gruplarında olduğu gibi sağlık sektöründe de düşük destek, yüksek iş yükü ruh sağlığı sorunları için risk faktörleridir. İş arkadaşları, aile gibi faktörlerden aldıkları SD ile çalışanlar bu risk faktörlerini ortadan kaldıracılabilmektedirler (De Brier vd., 2020; Alden vd., 2021).

SD bir bireyin diğer bireyler, gruplar ve daha geniş topluluklarla olan sosyal ilişkileri aracılığıyla ortaya çıkan destek önlemleri olarak tanımlanmaktadır. SD'nin öne çıkan 3 bileşeni vardır. Bunlar; Öznel destek, nesnel destek ve desteğin kullanımınıdır. SD'nin zihinsel ve fiziksel sağlığı etkileyebileceği iki farklı yönü vardır. Birinci yönü; bireylerin karşılaştıkları stres boyutunun ölçüsü fark edilmeksizin tüm bireyler için faydalıdır. İkinci yönü ise özellikle yüksek ölçüde stres altındaki bireyler için başkalarının SD'nin yaşam stresörleri üzerinde iyileştirici bir etkiye sahip olabileceği bir stres azaltmaya yarayan bir modeldir (Cohen ve Wills, 1985; Berkman ve Glass, 2000). Son dönemde Covid- 19

salgınıyla beraber SD üzerindeki araştırmaların psikolojik sıkıntılarla ilgili konular üzerine olduğu sonucuna varılmıştır.

Mevcut pandemi sürecinde SD'nin rolü, ruh sağlığı güçlükleri ile ilgili psikososyal koruyucu faktörleri etkilemekte ve desteklemektedir. Bugüne kadar SD genel anlamda iki şekilde yorumlanmıştır. Bunlar algılanan SD ve alınan SD'dir. Algılanan SD' in nasıl olduğunun öznel değerlendirilmesiyle ilgilidir. İhtiyaç zamanlarında maddi, psikolojik ve genel desteğin bireylerin arkadaşları ve aile üyeleri tarafından sağlanması hazır olarak algırlar. Alınan destek ise desteğin miktarı ile ilgilenmektedir. Bu iki destek türü arasında iki nedenden dolayı bir ayırım bulunmaktadır. Algılanan SD önlemleri ilk olarak tasarlanır. Genel kullanılabilirliğe ilişkin bireysel algıları değerlendirir, desteğin yeterliliğine ve küresel desteğin memnuniyetiyle ilgilenir. Alınan destek ise hedeflerin ölçütleriyle ilgilenir (Eagle vd., 2019).

SD ağları, bireyin ailesini, arkadaşlarını, komşularını ve diğer önemli yakın kişileri içermektedir. SD'nin dört temel yönü vardır. Bunlar; duygusal, değerlendirici, bilgilendirici ve araçsal yönleridir (Cobb, 1976). Sağlık çalışanları için SD, mesleki stresi azaltır, yaygın psikolojik sıkıntıları ve psikiyatrik sorunları önlemektedir. Bu durumların yanı sıra iş arkadaşı tarafından alınan SD sayesinde öz yeterliliği ve mesleki yeterliliği de önemli ölçüde etkilediği için SD daha fazla önem kazanmaktadır (Mikkola vd., 2018). Özellikle olumsuz SD'inde sağlık personelleri arasında stres ve kaygıyı arttırdığı da ve personeli olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmaktadır (Xiao vd., 2019).

SD, sağlık çalışanlarının psikolojik sıkıntılarını azaltmak ve olumlu duyguların oluşmasını teşvik etmek için uygulamaya konulan bir mekanizmadır. Spinale vd., (2008) SD'nin maneviyatla ilişkili olduğu fikrini ortaya atmaktadırlar. Maneviyat, genellikle kişisel deneyimlerden etkilenen ve dini geleneklere dayanan değerlerle ilgilidir. Bazı bağlamalarda dini olmayan olgularla da karşılaştırılabilir. Bu fikirden yola çıkkıldığında pandemi dönemindeki sağlık çalışanları arasında maneviyat ortamının ve kavramının geliştirilmesi personelleri fiziksel ve psikolojik sorunlarını hafifletmelerine yardımcı olabilmektedir. Bunun yanı sıra çalışanların; iş arkadaşlarını, hastaları ve hastaların ailelerinin sosyal açıdan desteklenmesi sağlanmaktadır.

Xiao vd., (2020) yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre SD' in tıbbi personele verilen anksiyete ve stres düzeylerinde azalmaya neden olmaktadır. Verilen SD' in uyku kalitesi üzerinde olumlu ve ya olumsuz bir etkisinin olmadığı ortaya çıkmıştır (Xiao vd., 2020).

Kişisel güvenlik endişeleri, aileleri için endişeleri ve hasta ölümüyle ilgili endişeler sağlık personellerinde stresi tetikleyen önemli faktörlerdir. Personellere verilecek SD'ler ile de bu stres faktörleri ortadan kaldırılabilmektedir (Cai vd., 2020).

SD, diğerlerinden farklı olarak algılanan veya gerçek olarak elde edilen yardımı ifade etmektedir. Destek duygusal, somut veya bilgilendirici olabilmektedir (Williams vd., 2004). Sağlık profesyonelleri akrabalarından, arkadaşlarından, akranlarından ve hatta yöneticilerden SD alabilmektedirler (Dennis, 2003). SD ile hemşirelerin beden ve ruh sağlığı arasında iyi bir ilişki olabileceği desteklenmektedir. Hemşirelerin iş arkadaşlarından aldıkları SD ne kadar fazla olursa işten sıkılma ve bıkkınlık durumu yaşama ihtimali azalmaktadır. Hemşirelerin yorgunluk ve depresyona sahip olma riski yaşadığı uyku güçlüğü seviyesi de yöneticilerinden aldıkları desteğin seviyesine göre değişmektedir (Jones vd., 2015; Weigl vd., 2016; Sun vd., 2017).

Bebeklikten yaşlılığa kadar fiziksel sağlığın ve rahatlığın en önemli belirleyicilerinden bir tanesi SD'dir. Bireylerin dâhil olduğu karmaşık ve dinamik süreçtir. Sosyal ağlar yardımıyla da bireyler birbirlerine destek sağlamakta ve bunu kaynak olarak kullanmaktadırlar. Bu sosyal ağlar iki taraf içinde destek ve yarar sağlamakta hatta hayatlarına anlam katmaktadır. SD genel anlamda iki yapıdan oluşmaktadır. Bunlar işlev ve yapıdır. İşlev duygusal ve pratik arz ile ilgilidir. Sosyal ilişkilerin yapısı, yani SD ağı insanlar arasındaki ilişkileri ve organizasyonu ifade etmektedir (Rosa, 2004). SD ağı, resmi politikalardan oluşmaktadırlar. Genel olarak yaşlı nüfusa yönelik, sağlık hizmetleri ve yasal kurumlar da hakları sağlamak için sosyal yardım kuruluşlarını kullanmaktadır. Bu yapı da aile, toplum, arkadaşlar ve komşular gayri resmi bir ağ olarak kabul edilir (Lemes ve Medeiros, 2006).

SD çalışanlar için mevcut olan sosyal bağlar, sosyal bütünleşme ve birincil grup ilişkilerini ifade etmektedir. Sözlü ve sözsüz iletişim yoluyla ve gerçek ve ya algılanan fiziksel ve ya psikososyal kaynak olarak iletilebilirler. SD hakkında yapılan araştırmalar sonucunda ruh sağlığıyla ve depresyonla ilişkili olduğu ortaya çıktı (Bernburg vd., 2016; McDougall vd., 2016). Ancak bu çalışmalar da cinsiyet faktörüne bakıldığı zaman kadın ve erkek doktorlar arasında sosyal statü farklılıkları olduğunu ve özellikle kadın hemşirelerin hastalardan yeterli düzeyde saygı görmedikleri ortaya çıkmıştır. Bu sorunu ortadan kaldırmak için hemşirelere ve kadın doktorlara depresif yönden SD uygulanmalıdır (Song ve Cheng, 2020; Wang vd., 2020). Nüfus kalabalığı olan ülkelere göre diğer ülkelere göre çalışanlara sağlanan SD yönünden düşüklükler görülebilir.

SD, stres altındaki ve zor durumdaki bireylere aileleri ve çevrelerindeki arkadaşları tarafından sağlanan maddi ve manevi desteklerdir (Candan, 2012). SD sistemleri insanların hayatların da ve kişiler arasındaki duygusal ilişkilerinde önemli bir yere sahiptir. Bireyler maddi ve ya manevi anlamda yardıma ihtiyaç duyduklarında bireylere bilişsel yardım sağlamaktadır. Bireylerin yaşamlarında önemli bir rol oynamaktadır. Hayatın zorluklarıyla başa çıkmayı sağlar. SD birçok anlamda bireylere olumlu katkılarda bulunur (Küçüköğlü, 2011; Yılmaz, 2012; Erdemoğlu, 2016).

SD, duygusal olarak devam eden ilişkilerin nitelikleri anlamına gelmektedir. Başka bir yönü ise SD'nin sağlıkla olan ilişkisi ile ilgilidir. SD'nin sağlık üzerinde dolaylı etkileri olabilir. Ruh sağlığındaki olumsuzlukların bireylerin hayatlarındaki olumsuz etkilerin azaltılması, ruh sağlığının artırılması ve stresin azaltılması gibi etkileri vardır. Kişisel kontrol, insanların inançlarını ifade eder. Bireyler kendi eylemleri aracılığıyla yaşam sonuçlarını kontrol edebilmektedir. SD kişisel gelişimi iyileştirilebilir. Kişisel kontrol sağlık alışkanlıkları için avantajlıdır (Umberson ve Montez, 2010: 56). Bunun yanı sıra ruh sağlığında etkisi olan en büyük sıkıntılardan birkaçı stres ve zorluklardır. Bireyler de aldıkları SD'ler sayesinde bu streslerden ve zorluklardan kurtulabilmektedirler (Goldsmith, 2004: 1).

Bireyler çalışma yaşamı dışında da birçok faaliyette de desteğe ihtiyaç duyarlar. Örneğin çalışanlar farklı bir şehir veya bölgedeki işlere yerleştiklerinde SD kaynakları şekillenmekte ve çeşitlenmektedir. SD, sosyal bütünleşmeyi geliştirmede önemli bir rol üstlenmektedir. Bir davranışa, bir düşünceye veya bir hisse yönelik geri bildirim olarak da tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımı ise yakın sosyal çevre tarafından özellikle zorluk ve kaygı içinde bulunduğumuz zamanda sağlanan destek olarak da bilinmektedir (Eker ve Arkar, 1995).

SD bir bireyin iş ve yaşam hayatı için büyük önem taşımaktadır. Aileler ve çevredeki insanlar tarafından sağlanan destekler çeşitli yardım biçimlerine atıfta bulunur (Cullen, 1994). Toplum için hizmet veren hemşirelerde ruh sağlığına pek dikkat etmediği için evlerde mevcut SD düzeyi yetersizdir (Wang ve Zhang, 2018; Xiao vd., 2019). Çünkü evden uzakta yaşıyorlar ve aileleriyle iletişim kuramıyorlar. Bu durumda da hem aileleri hem de çocukları olumsuz etkileniyor.

Hemşirelerde çevrelerinden gelen SD'nin yetersiz düzeyde kalması hemşirelerde merhamet yorgunluğu olmak üzere birçok faktöre sebep olmaktadır. Özellikle bekâr hemşirelerde bu durum evli hemşirelere göre daha sık görülmektedir. Çünkü evli hemşireler eşlerinden veya çocuklarından yeterli düzeyde destek görmektedir. Bekâr hemşirelerde bu durumu

düzeltebilmek için ise SD'ler sayesinde arkadaşlarıyla ve iş arkadaşlarıyla iletişimlerini güçlendirilmelidir. Bu sayede merhamet yorgunluğu sorunu ortadan kaldırılabilir (Ariapooran, 2014).

SD başvuran hasta açısından düşündüğümüzde ise tedavi sonrasında SD'nin sağlanması bireyin hastalığını iyileştirmektedir ve bu durumdan dolayı katlanmak zorunda olduğu durumsal bozuklukların da giderilmesinde kolaylık sağlamaktadır. Farklı SD türlerinin farklı türdeki sağlık seviyelerine etkisi olmaktadır. Özellikle SD sayesinde tedavi sonrasında oluşabilecek travmatik sorunların önüne geçilmektedir (Ren vd., 1999).

Hastalar açısından fiziksel bakım, düşünme ve duygusal bakım, egzersiz gibi SD sistemlerinin geliştirilmesi hemşirelere karşı olan tutumlarını olumlu anlamda geliştirmelerini sağlayacaktır. Çünkü hastalar bu destekler sayesinde kendilerini iyi hissedeceklerdir ve hemşirelere karşı minnettarlık hissedeceklerdir. Bu sistemler sayesinde kişilerarası ilişkilerde desteklenmiş olacaktır ve bireylerin uygun iletişim düzeyleri gelişmiş olacaktır (Şirin ve Yurttaş, 2015).

2.5. GÜVENLİK BİLGİSİ (SAFETY KNOWLEDGE)

Hemşirelerin bilgi düzeyi ve uzmanlığı HG'yi etkileyen faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu durumdan dolayı hem akademik olarak hem de diğer koşullara uyum sağlamak amacıyla sürekli olarak eğitime ihtiyaçları vardır (Abbott vd., 2012; Cooper, 2013; Ginsburg vd., 2013). Birleşik Krallık ve Finlandiya gibi Avrupa ülkeleri HG'yi iyileştirmek amacıyla çeşitli programlar oluşturmuşlardır. Bu programlarda hemşirelerde eğitimin içeriği, öncelikleri ve kullandıkları aletler konusunda bilgi sahibi olup olmadıkları saptanmaya çalışılmıştır. Uzman bakım konusunda bilgi ve yeterlilikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bunların elde edilmesi sonucunda ise hemşirelerin HG bilgisini ve yeterliliklerini yükseltebilecek akademik düzeyde sunulabilecek eğitim stratejileri belirlenmeye çalışılmıştır (MSAH, 2009; Steven vd., 2014).

Kanser hastalarına tedavi yapıldıktan sonra hasta yakınlarına evde hastanın rahatını sağlamaları ve hastanın iyileşmesinin hızlanması için daha fazla sorumluluk yüklenmektedir (Rivera, 2009). Hasta yakınlarından evde bakımda, hastanın temiz alanda yaşamasını sağlaması, ona uygun yiyecek ve içecek alınması ve yemek hazırlanması gibi faktörler beklenmektedir (Tamayo vd., 2010). Bu yüzden hastaların tedavilerinin daha hızlı etkili olabilmesi için hasta yakınlarının gıda güvenliği (GG) ve hasta bakımı konusunda bilgiye

sahip olmaları gerekmektedir. Ne yazık ki bu konularda GB'ye sahip bireylerin sayısının çok az olduğu tahmin edilmektedir. Hastalar kemoterapi aldıklarında dikkat edilmesi gereken önemli faktör GG ve kişisel hijyen bilgisine sahip bakıcıların olmasıdır. Yapılan araştırmalarda kemoterapi alan hastaların ve ailelerinin artan enfeksiyon riskinin farkında olmalarına rağmen riski azaltmak için gerekli olan kontrol önlemlerini uygulamak ve azaltma konusunda bilgi eksikliğinden dolayı önlem alamamaktadırlar (Bagcivan vd., 2015; Evans ve Redmond, 2017).

Hasta nüfus yapısı incelendiğinde nüfus arasında genel olarak GG bilgisi düşük çıkmaktadır. Mevcut kanıtlar doğrultusunda kanser hastalarının uygun GG gerçekleştiremeyeceğini görülmektedir (Medeiros vd., 2004). Hastalar, GG risklerinin arttığını farkında olsalar bile, enfeksiyona karşı artan duyarlılık konusundaki farkındalıklarını kendileriyle ilişkilendiremediler. Farkındalığı artırarak ve kanser hastalarını gıda kaynaklı hastalık riskinin artması konusunda bilgilendirerek riskli davranış ve uygulamaları azaltmak mümkündür. Ancak bu farkındalık için gerekli olan eğitimlerini hastalar genellikle almak istemezler. Eğitimleri alan kişilerin çoğu da yönergeleri takip edemezler ve önerileri yerine getirmekte sorun yaşamaktadırlar. Eğitim sırasında hastaların eğitime olan inanç ve tutumlarına bakılmalıdır (Medeiros vd., 2008; Evans ve Redmond, 2018).

Gıda yoluyla bulaşan hastalıkların sayısındaki artış, tüm ülkeleri GB konusunda denetimlerin ve uygulamaların geliştirilmesine yol açmaktadır. İnsanların beslenme ve GG konusundaki bilgi düzeyinin yüksek olmasının yaşamlarını olumlu ve büyük bir şekilde etkilediği ortaya çıkmaktadır. GB konusunda eğitimler insanların bu konuda bilgili olmasına ve hayat standartlarının yükseltilmesine neden olmaktadır (Zare ve Shojaiezadeh, 2001; Smith, vd., 2014).

Küresel olarak etkili bir sağlık hizmeti sunumu için sağlık personelinin bilgi düzeyi kritik bir öneme sahiptir (Pakenham ve Bukachi, 2009). Gelişmekte olan birçok ülkede sağlık çalışanlarının sağlık müdahale teknikleri hakkında gerekli olan pratik bilgileri öğrenmek için bilgilere çok az erişimleri olmakta veya hiç erişimleri olmamaktadır. Ayrıca sağlık çalışanları çalışmalarından elde ettikleri bilgileri optimize etmemekte bu durumda da uygulama da bilgi boşlukları meydana gelmektedir. Yapılan çoğu çalışmanın hedefi de aşı uygulamaları ve etkili hizmet sunumunda çalışanların bilgi düzeylerini ve teknik becerilerini geliştirmektir. Yapılan başka bir çalışmada da güvenli bağışıklama hizmetlerinin kırsal ve kentsel alanlarda başarılı bir şekilde uygulanması için sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir (Strasser vd., 2016).

HG yasası 2004'te yürürlüğe girmiştir. O zamandan günümüze HG'yi olayları ulusal bir HG raporlama sistemine bildirildi. Bu raporlama sisteminin amacı HG'yi arttırmak ve öğrenmenin sağlandığı bir sağlık kültürünü desteklemektir. Yapılan hatalar günlük rutinlere özgüdür. Bu durumun amacı ise gelecekte benzer durumlardan kaçınmak için HG olayları hakkındaki GB'lerinin kullanılmasını sağlamaktır. Hastanelerdeki ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sağlık personelleri, HG konusunda bilgilere hâkim olmak ve hataları bildirmek zorundadır (Knudsen vd., 2019).

Personeller olumlu veya olumsuz olarak sahip oldukları bilgilere dayalı olarak değerlendirme yaparken, konu ile ilgili tutumlarıyla tutarlı olarak hareket ederler. Örneğin koruyucu ekipmanlar ile ilgili güvenlik eğitimi almış çalışanlar bu ekipmanların kazaları ve yaralanmaları engelleyebildiğini bildikleri için önlem almış olurlar. Özellikle koruyucu ekipman giyme konusunda genel anlamda olumlu bir tutuma sahip olan çalışanlar buna uygun güvenlik anlayışı sergilerler. Çalışanların GB'lerinin ne konuda ve nasıl yapacaklarını bildikleri zaman güvenlik davranışı sergileme çabası içinde oldukları görülmektedir. Kısacası işçiler belli konular hakkında işçi güvenliği bilgisine sahip olduklarında oluşabilecek olaylara etki edebilmektedirler. Olaylar ile ilgili güvenlik tutumlarını etkilemek için güvenlik davranışlarını incelemek gerekmektedir (Kao vd., 2019).

Enjeksiyon GB konusunda politika belgeleri ve sağlık hizmeti sunucularının eğitiminin mevcut olmasına rağmen Nijerya'nın bazı bölgelerinde yüksek enfeksiyon yükü ve güvenli olmayan uygulamalar rapor edilmiştir (Sowande vd., 2014). Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda sağlık çalışanlarının yarısının zayıf ve düşük düzeyde sağlık sorunları bilgisine ve enjeksiyon GB'ye sahip olduklarını ortaya çıkmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarının kullanılmış iğne ve şırıngaların kapaklarını hata yaparak tekrar kapatmaları enjeksiyon GB konusunda eksikliklerinin olduklarını ortaya koymaktadır. Bu tür hatalar sonucunda HIV gibi tehlikeli hastalıkları bulunan hastalara vurulan iğnenin yanlışlıkla başka bir hastaya uygulanması sonucu o hastaya da bu tehlikeli hastalık geçmektedir (Gadzama vd., 2013; Onyemocho ve Anekoson, 2013).

Radyasyon güvenliği konusunda bilgi eksikliği çoğu zaman sağlık çalışanları açısından tehlikeli bir durum olmaktadır. Uzun süreli olarak iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalan çalışanlarda rahatsızlıklar meydana gelmektedir. Riskli durumun oluşmaması için sağlık çalışanlarının iyonlaştırıcı radyasyonun olumsuz etkileri hakkında bilgiye ve güvenlik yöntemlerine bağlı olmaları gerekmektedir. Sorumlu yöneticilerde çalışanları düzenli olarak testlerden geçirmeli ve gerekli ekipmanları onlara sunmalıdır (Heydarheydari vd., 2016;

Shafiee vd., 2016). Sağlık çalışanları özellikle radyasyondan korunma konusunda bilgili olmalıdır. Kendilerini, hastalarını ve diğer bireyleri korumak için prosedürlere uygun olarak hareket etmelidir. Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan bulgular sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun radyasyon bilgisi konusunda eksik olduğu ortaya çıkmaktadır (Abdellah vd., 2015).

Radyasyon GB ve kültürü, radyoloji birimi uzmanlarından diğer bölüm uzmanlarına yayılmaktadır (Lee vd., 2004). Radyoloji topluluğu uzun süredir radyoloji alanında gerekli bir tıp fakültesi müfredatını savunmakta ve yol gösterici olarak görmektedir. Personellerin tedavi sırasında radyasyona maruz kalmamasını sağlama konusunda eğitimi içermesini amaçlamaktadır. Standart temel radyasyon güvenliği tüm asistanlar, özellikle de radyoloji dışı asistanlar için koruma müfredatı niteliğindedir, bu konudaki bilgi açığını azaltabilir. Floroskopi kullanan tüm doktorlar için sertifika programları girişimsel hekim bilgisini ve güvenliğini artıracaktır (Balter ve Miller, 2007; Miller, 2009).

Gana da yapılan çalışmalarda seçilen otellerdeki gıda hijyeni, gıda üreticilerinin bilgi, tutum ve davranışları incelenmiştir. Son zamanlarda GG ve gıdayla ilgili bilgi ve tutumlar ön planda tutulmaya başlamıştır. GG konusunda eğitimler vermeye başlanmıştır. Çünkü bu tür eğitimler GG etkileşimlerinin anlaşılması için fayda sağlamaktadır (Boateng, 2014; Kunadu vd., 2016).

Yapılan çalışmalarda daha çok hemşirelerin HG konusunda bilgi ve yeterlilikleri üzerinde durulmaktadır. Hatta bu konuda sorumlu olan yöneticilerin ihtiyaç duyulan HG bilgisi düzeyinin genişliğini ölçebilmek için klinik uygulama ortamlarında hemşireleri test etmeli ve aktif olarak kullanılmalıdır. Bu sayede hem teorik olarak öğrenmiş olduğu bilgilerin düzeyini görmüş oluruz hem de klinik ortamda bunu uygulatarak kalıcı hale gelmesini sağlamış oluruz (Killam vd., 2012; Killam vd., 2013).

Sağlık kurumlarında ilaçların raporlanması ile ilgili GB'si önemli konudur. Olumsuz ilaç reaksiyonlarının spontan raporlanması ve en önemli ilaçlarla ilgili farmakojivilans bilgilerinin doğru yapılmasının yolu piyasaya sürülmeden önce yapılan klinik çalışmalarla elde edilen bilgilerin incelenmesi ve raporlanmasıdır. Spontane raporlama sistemleri kurulmuş olmasına rağmen birçok ülkede düzenleyici otoriteler tarafından teşvik etmek için hatta zorunlu kılmak için sağlık kurumları profesyonelleri tarafından raporlama sistemleri kullanılmaktadır (Aagaard vd., 2012; Avong vd., 2018).

Eğitim, herhangi bir uygulama stratejisinin gerekli bir bileşenidir ve profesyonel davranışlarda değişikliklere yol açar. Personellere verdiğimiz GB'si eğitimleri sayesinde personel hem hasta bakımı sırasında hasta için gerekli olabilecek önlemleri alabilir. Hem de bakım sırasında kendi güvenliği için gerekli önlemleri uygulayabilir (Grol and Grimshaw, 2003).

Sani ve Siow, (2014) yılında yapılan çalışmaya göre işletmelerde ve kurumlarda yaşanan GB'si konusundaki sıkıntılardan bir tanesi de GG konusunda yaşanmaktadır. Gıda tedarik zincirinde bulunan satıcılar besinlerin kontaminasyonun da büyük paya sahiptirler. Bu soruna yol açan sebepler arasında gıda kalite düzenleme standartları, sıhhi ve hijyenik ortam konusu gibi GG konusunda bilgi düzeyinin eksik olması da öngörülmektedir.

Hemşirelerde GB'si eğitiminde önemli olan faktör klinik ortamdır. Klinik eğitim hemşirelerin konu hakkındaki bilgilerini, eleştirel düşünme ve problem çözme gibi özelliklerini geliştirmeleri ve gerçek hayata aktarmalarını sağlar. Bunlara ek olarak yeni özellikler kazanmalarını sağlar. HG konusu son zamanlarda hemşirelik uygulamalarında üzerinde durulan bir konu olmaya başlamıştır. HG üzerindeki riskleri azaltmak için hemşirelere simülasyon eğitimleri de verilmektedir (Midik ve Kartal, 2010; Dikmen ve Usta, 2013).

2.6. GÜVENLİK MOTİVASYONU (SAFETY MOTIVATION)

Sağlık çalışanları bakımın kalitesini, verimliliğini veya güvenliğini iyileştirmeyi amaçlayan teknolojik ve tıbbi yeniliklerle sürekli karşı karşıya kalmaktadır (Greenhalgh vd., 2009; Kanfer vd., 2017). Bu yeniliklerin uygulanması için katkı da bulunan faktörlerin yanı sıra personelinde bu sürece katılımı gerekli olmaktadır (Cresswell ve Sheikh, 2013; Tubaishat, 2018). Sağlık çalışanları açısından yeniliklerin sonuçlarına bakıldığında iş motivasyonu, iş özellikleri, performans ve refah konularındaki bilgi eksiklikleri sorunlar meydana getirmektedir (Gagne ve Deci, 2003; Broeck vd., 2016). Daha özel açıdan incelediğimizde sağlık çalışanları arasındaki bireysel GM biçimleri daha yüksek bakım güvenliği ve daha az seviyede çalışan tükenmişliğine sahip olunmasına yol açmaktadır. Bu durumda kurum için de yüksek çalışan performansının oluşmasını sağlamaktadır (Heijden, vd., 2020; Veenstra vd., 2022). Ayrıca sağlık çalışanlarının GM ve çalışma özellikleri olumlu ve olumsuz proaktif olarak öğrenme ve karmaşık sağlık bakımı ortamında sürekli kalite, iyileştirme ve

kurumsal öğrenme için önemli olan HG'ye yönelik tehditleri ve riskleri önleme konusunda çalışanları sesi olmuştur (Okuyama vd., 2014; Braithwaite vd., 2020).

Güvenlik liderliği üç faktörden oluşmaktadır. Lu ve Yang, (2010) yılında yaptığı çalışmada güvenlik liderliğini GM, politika ve endişe olmak üzere üç boyutta incelemiştir. Liderler GM konusunda, güvenlikle ilgilenme, çalışanlara saygı duyma, onlara güven duygusu aşılama ve onları önemseme görevlerini üstlenmektedir. Bunların yanı sıra çalışanların ihtiyaçlarını anlama, sorunları anlama ve güvenlikle ilgili yeterli kaynakların sağlanmasını amaçlamaktadır. GM ve kontrolü, işlemsel liderlik kavramıyla ilişki içerisindedir. GM başka bir deyimle, liderlerin çalışanları teşvik etmek ve güvenlik davranışını sağlamak için motivasyon ve ödül sistemi kurmasıdır. Güvenlik kontrolü, kurumsal güvenlik performansını sağlayan liderlere atıfta bulunur. Güvenlik düzenlemeleri ve davranış normları belirleyerek, çalışan güvenliğini izleyerek çalışan davranışlarını ve sapkın davranışları düzeltmek için otoriteyi kullanmayı amaçlamaktadır (Wu, 2008; Lu ve Yang, 2010).

Psikolojik bir süreç olarak yönlendiren enerji veren ve sürdüren eylem, GM'nin belirleyici bir kilit noktasıdır (Conchie, 2013; Xiao vd., 2020). Sağlık hizmeti de dahil çeşitli bağlamlar da güvenlik davranışının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultu da güvenlik sesi davranışının muhtemelen bireyin içselleştirilmesi GM seviyesinden etkilenmesi gerekir. Yapılan çalışmalarda da bir güvenlik hedefi için çaba gösterme motivasyonu, güvenlik sesini teşvik etmektedir (Neal ve Griffin, 2006; Curcuruto vd., 2020). GM'nin, güvenlik sesi üzerindeki etkisini psikolojik güvenlik davranışları arttırmaktadır. Çünkü güvenlik duygusu, güvenliğe değer verenlerin endişelerini ve önerilerini dile getirmelerini ister. Buna karşılık çalışanlar çalışma ortamlarından sesini yükseltmeleri konusunda kendilerini güvensiz hissetmektedir. Bu da önerilerini ve endişelerini dile getirmeleri konusunda sıkıntı yaşamalarına sebep olmaktadır (Traylor vd., 2020).

Çalışanların güvenlik davranışlarının motivasyonu, GM'nin temel taşı olarak görülmektedir. GM, güvenlik davranışlarını göstermek için çalışanların işlerini güvenli bir şekilde yapma isteği yani bireysel motivasyonu geliştirme olarak tanımlanmaktadır (Neal ve Griffin, 2002). Kontrollü GM ise güvenlik motivasyonlarını otonom güvenlik olarak nitelendirmektedir. Otonom güvenlik motivasyonları bireyseldir. Gönüllü olarak veya kendi inanç ve ilgilerine göre belirli davranışlarda bulunabilmektedirler. Kontrollü güvenlik sistemleri, baskı yapılmaksızın bireylerin içsel veya dışsal nedenlerden dolayı belirli davranışlarda bulunmalarını sağlamaktadır (Ryan ve Deci, 2000).

Psikolojik güvenliğin çalışanların GM'yi arttıracakı öngörülmektedir. Çalışanların pozitif güvenlik performansına eğilimli olmasını sağlamaktadır. Güvenliğı sağlama performansı güvenlikle ilgili yeni fikir üretme istekliliğı ve yeteneğı ile ilgilenmektedir. Verilen talimatlara uyulmaması, eğitim kurallarının ihlal edilmesi, hazırlık yapılmaması gibi güvenlik ihlalleri uçuş veya kasıtlı olarak güvenlik komutlarını görmezden gelme, kasıtlı bir davranış şeklidir. GM'nin sağlanması da güvenlik kurallarını ve düzenlemelerini kasten göz ardı eden güvenli olmayan davranış sergilenmesini önlemektedir. Bazı çalışmalar da GM'nin bu tür ilişkilerde arabuluculuk ilişkisini incelemektedir (Chen vd., 2017; Barak ve Dahooei, 2018).

Çalışanların güvenli çalışma uygulamalarıyla ilgili güvenlik faaliyetlerine uyma ve bunlara katılma isteğıne GM denilmektedir. GM endüstriyel ve organizasyonel bağlamda GU'nun ve GK'nın belirleyicisi durumundadır (Griffin ve Curcuruto, 2016). GM, uyum ve katılım yöntemiyle ortam güvenliğı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. İş yoğunluğunun Gİ üzerinde doğrudan olumsuz bir etkisi olmasına rağmen GM üzerine doğrudan bir etkisi yoktur. İş yükünün ve zamanın işin yoğunlaştırılması üzerindeki baskısı, çalışanların işi yapma üzerindeki motivasyonlarının azalmasına sebep oluyor. Bunun yanı sıra çalışanların yaptıkları işin tehlikesini ve güvenliğini aksatmalarına sebep olmaktadır. Ancak bu kavramın amacı çalışanların GU'ya ve katılımına önem vermelerini sağlamaktır. Bunun içinde çalışanları işi yaparken hem güvenliğe önem vermeleri sağlayacak hem de motivasyonlarını yükseltecek yöntemler belirlenmelidir (Griffin ve Neal, 2000; Neal vd., 2000; Braunger vd., 2015).

Edimsel teori örgütlerde GM araştırmalarına ilişkin önemli davranışsal bakış açısidir. Davranışlar ve bu davranışların nihai sonuçları için emniyet performansına yönelik davranışların odak noktası güvenlik performansının doğasıdır. İş güvenliğı bağlamında edimsel teoriye göre güvenli bir davranış gerçekleştikten sonra sonuç olarak iyi şeyler ortaya çıkar. Emniyetle ilgili davranışların sonuçları iki tür yolla ortaya çıkar. Birincisi doğal yolla ortaya çıkmaktadır. Bunlar üretim hızı, iş arkadaşı tepkileri ve güvenlik ekipmanı kullanımı rahatlığı gibi faktörlerdir. İkincisi ise yönetim tarafından gerçekleştirilen etkenler sayesinde ortaya çıkmaktadır. Yönetimin sistematik olarak yaptığı girişimler bunları tetiklemektedir. Güvenlik davranışının benimsenmesi için çalışanlara parasal ödüller ve ya tebrik ve övgü gibi parasal olmayan ödüller verir. Kuruluşlar bu yolla güvenli olmayan davranışları azaltır ve üretime katkıda bulunan güvenlik davranışları arttırmaktadır (Skinner, 1935).

Yapılan literatür taramalarının çoğunda emniyet performansı davranışlarıyla ilgili GM'nin nasıl olduğu hakkında açıklamalara varılamamıştır. Sadece önleme çalışmasında emniyet motivasyonu ile güvenlik davranışları arasında birleştirici bir rol olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yüksek motivasyon düzeyine sahip çalışanların yüksek önleme yönelimleri nedeniyle güvenlik davranışlarına uymalarında bir sıkıntı olmadığı ortaya çıkmıştır (Wallace ve Chen 2006).

Zohar, (2000) yaptığı çalışma da çalışanlara istenen roller hakkında bilgi verdiği için Gİ'nin GM'yi etkilediğini savundu. Birbirleriyle ilişkili beklentileri olduklarını da belirtmiş oldu. Güvenli ve güvensiz davranışlarının denetlenmesini sağlar. Olumlu bir Gİ'de yöneticilerin çalışanların refahı için endişelenmesi çalışanlara gizli bir yükümlülük oluşturabilir. Bu yükümlülüğü hafifletmek içinse güvenlik faaliyetleri yapar. Bu argümanlar sonucunda, olumlu bir Gİ'ye sahip ortamda çalışan bireyler, olumsuz Gİ'ye sahip ortamda çalışan bireylere göre daha fazla güvenlik faaliyetlerinde bulunurlar. Gİ'de çalışan bireyler güvenlik faaliyetleri için daha fazla motive edilmelidirler. Motive edilmiş çalışanların güvenlik faaliyetlerinde bulunma olasılıkları çok yüksektir (Hofmann ve Morgeson, 1999).

Ortaya atılan bir çalışma da GM'nin güvenlik uyumu üzerinde gecikmeli bir etkiye sahip olduğu bulundu. Emniyet motivasyonunun uyumluluğun yanı sıra güvenlik davranışlarıyla da pozitif bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (Probst ve Brubaker, 2001). İşyerlerinde olumlu ve destekleyici bir güvenlik ortamının bulunması, çalışanları daha çok faydalı güvenlik davranışlarına katılmaya motive etmektedir. Çalışanlar kuralların koyulmasında daha etkili olmalı ve motive edilmelidir. Çalışanlar yöneticilerinin güvenli bir çalışma ortamını desteklediklerini fark ettiklerinde daha yüksek seviye de güvenlik davranışları sergilemektedirler (Christian vd., 2009).

Çalışanlar, Gİ algısına bağlı güvenli bir çalışma ortamında bulduklarını algıladıkları güvenlikle ilgili davranışlar sergilemeye motive olmaktadır (Kim vd., 2021). Çalışma motivasyonunun ön plana çıkan ilk hedefi güvenlik ilkelerini ve prosedürlerini kullanarak çalışma ortamında gerçekleştirilecek kaza veya yaralanmaları önlemektir. Çalışanların güvenlik ilkelerine ve prosedürlerine bağlılığını da etkilemektedir. Bu şekilde sadece çalışan bireylerin güvenliğinin yanı sıra örgütün güvenliğini de sağlamaktadır (Ying vd., 2012).

2.7. HIZLI İŞ YAPMA BASKISI (FAST JOB PRESSURE)

Sağlık kurumlarında baskı iki türde olmaktadır. Zaman baskısı ve iş yükü baskısı bu türlerdir. Zaman baskısı, bireyin görevini yerine getirirken ve ya bir işi yaparken yeterli zamanının olmadığını algılama derecesidir. Kısa zaman aralığında çalışanlardan işin daha fazla hızlı olmasını istemektedir (Baer ve Oldham, 2006). Kinicki ve Vecchio, (1994) yaptığı çalışmaya göre zaman baskısını belirli görevleri yerine getirmek için yetersiz zaman açısından değerlendirir. Zaman baskısı çok sayıda araştırmada durumlar ve denetim açısından da incelendiğinde özellikle karar verme aşamasında stres kaynağı olarak bilinmektedir. Aşırı iş yükü baskısı, bireyin çok fazla görev veya aktivite olduğu duygusunun olması olarak tanımlanır. Mevcut zamanla, yetenekleriyle ve diğer kısıtlamalarla ilgili olarak onlardan beklenenler artmakta ve üzerlerindeki iş baskısı düzeyi değişmektedir. Diğer bir tanıma göre ise insanlar iş ve zaman arasında tutarsızlık bulduğunda aşırı iş yükü oluşmaktadır (Yongkang vd., 2014).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hasta bakımı sırasında harcadıkları zaman ve para miktarını azaltmak için artan baskılarla karşı karşıya kalmaktadır. Birincil ve ayakta tedavi ortamlarında, bekleme süreleri yoğunluk hakkındaki artan iş yükleri artan endişelere yol açmaktadır. Çalışan personellerde yüksek baskı oluşturan iş arkadaşı grupları personelin çalışmak için harcadığı zamanı kısmasına neden olmaktadır (IOM, 2006; Hoot ve Aronsky 2008; Pines vd., 2011; Lazris vd., 2018).

HG açısından büyük miktarda kaynak kullanımı nedeniyle, sağlık kuruluşları hizmetleri iyileştirirken maliyetleri, bekleme sürelerini ve hataları azaltmak için personellere üretim konusunda baskılar yapmaktadır (Aherne ve Whelton, 2010, Waring ve Bishop, 2010).

Covid 19'un yayılımının artmasıyla çalışma rutinlerini orta ve yüksek düzeyde etkilediği ortaya çıkmaktadır. Bu rutinlerin değişmesinin önemli sebepleri ise KKE'nin uzun süreli kullanımı, artan çalışma gerilimi, iş dışı zamanlarda eğlenme aktiviteleri geliştirememesi ve artan çalışma basıncı olarak görülmektedir. Covid 19 yayılımı ayrıca tüm sağlığı önemli ölçüde etkilemektedir. Hatta sağlık bakım sistemi ve sağlık profesyonellerinin çalışma hayatı bozulmaya başlamıştır. Çalışma hayatının bozulmasının sebebi ise normal rutini önemli ölçüde değiştiren yeni politikaların ve süreçlerin gelişmekte olmasıdır. Çalışanların üzerinde kurulan katı ve mekanik çalışma baskısı prosedürleri de durumu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tür olumsuz etkilerden kurtulmak ve çalışanların üzerindeki çalışma baskısını azaltmak için iş ve yaşam dengesini teşvik eden politikalar geliştirilmelidir.

Çalışanların aileleriyle aktiviteler yapabilmesi için boş zamanlar oluşturmak çalışanlara SD sağlanmasını sağlar ve ruh sağlıkları için koruyucu bir faktör olmaktadır (Adriaenssens vd., 2015; Yester, 2019).

Covid- 19 pandemisi çok sayıda vaka ve ölüm sonucu vermesinden dolayı sağlık çalışanlarının artan psikolojik ve üretim baskısına maruz kalmalarına sebep olmaktadır (Chinese National Healthcare Center, 2020). Özellikle Çin de askeri hastanelerde çalışan sağlık personellerinde hastaların konsantrasyonu, askeri disiplinin gereklilikleri ve yüksek yoğunluklu çalışma faktörleri artan baskılara sebep olmaktadır. Bu durumda çalışanların ruh sağlıkları etkilenmekte bunun içinde ruh sağlığına özel önem verilmelidir (Xiao Pan vd., 2020). Depresyon, yaygın anksiyete ve somatik semptomlar, sağlık personeli ve stres altındaki hastalar arasında yaygın görülen semptomlardır (Löwe vd., 2008).

COVID-19 pandemisi kısa bir süre içerisinde 200' den fazla ülkeye ve bölgeye yayılmıştır. Özellikle bu pandeminin yayılmasıyla birlikte sağlık çalışanları hayat kurtarmak ve hastalığın yayılmasını önlemek için daha yoğun çalışmakta ve kendilerini riske atmaktadırlar. Kendilerini geliştirebilecek deneyimler kazanmalarına rağmen üzerlerindeki ÜB'si daha fazla artmaktadır. Bu durumdan psikolojik durumları da bozulmaya başlamaktadır. Çoğu zamanda imkânsız kararlar vermek zorunda kaldıkları için psikolojik baskı yaşamaktadırlar. Yaşadıkları bu psikolojik baskı ise personellerde moral olarak çöküşe ve tükenmişliğe sebep olmaktadır. Özellikle bu tükenmişlik sorununu ortadan kaldırmak ve personellere salgın sırasında psikolojik yardım sağlamak için Dünya Sağlık Örgütü(WHO) önermelerde bulunmaktadır. Diğer bir çalışmada ise COVID-19' un sağlık profesyonellerini etkilemesi kesin sonuç olarak görülmektedir. Çünkü çalışanlar çoğu zaman hayati kararlar almak zorunda kalmakta ve aşırı baskılar altında çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu kararlar daha çok yetersiz kaynakların eşit olarak dağıtılması olarak bilinmektedir. Özellikle ağır hastalara bakım sağlamak için yeterli düzeyde kaynağa sahip değiliz. Bu kararların alınması personellerde ahlaki yaralanmaları ve zihinsel sağlık sorunlarını meydana getirmektedir (Greenberg vd., 2020).

Çinli hastane çalışanları ve hemşireler üzerinde iş baskısı ve stresi ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Personeller de yoganın, iş baskısını, iş stresini ve uygulanan hizmetin kalitesini iyileştirip iyileştirmediği öğrenilmeye çalışılmıştır. Yoganın çalışan personellerdeki iş stresini azaltacağı sonucuna varılmıştır. Hemşireler üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre ise yoganın personeller üzerindeki iş baskısını azalttığı görülmektedir (Shankarapillai vd., 2012).

ÜB'si ve güvenlik davranışını inceleyen çalışmalar yapılmaktadır. Ancak çalışmalara baktığımızda güvenlik davranışları ile iş baskısı üzerindeki etkisi incelediğinde bir boşluk veya eksiklik olduğu görülmektedir. Geniş anlamda YGT ve ÜB'si arasındaki ilişkiyi incelediğimizde güvenlik davranışının etkili olduğu görülmektedir. YGT'nin önceliği de iş baskısı ve güvenlik davranışları arasındaki ilişkiyi yumuşatmaktadır (Drach ve Somech, 2010).

Sağlık kurumlarında bakım ortamının ve çalışanların stresli olmasının birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenlerden en çok ön plana çıkan ise yönetimin çalışanlara ÜB'si yapmasıdır. ABD'nin iş modeline göre çıktıyı arttırmak için sağlık hizmetleri üzerinde yüksek düzeyde bir baskı olmaktadır. Sağlık kuruluşlarında gelir ön planda olmaktadır. Geliri artması için ise işlem görmüş hasta sayısının artması gerekmektedir. Kısa poliklinik randevuları, hastanede yatış süresinin azaltılmak istenmesi yapıyı ve düzeni karmaşık bir hale getirmektedir. Bunların yanı sıra prosedürlerdeki değişimler ve tehlikeler de çalışanların üzerinde ÜB'si oluşturmaktadır. Çalışanların konfor kavramı yok olmaya başlıyor ve çoğu zaman yeterlilik kavramı da ortadan kalkmaya başlamaktadır. Bu da personelin performansını aşağıya doğru çekmektedir. Bu sorunları ortadan kaldırmak için personelin konforu da düşünülmeli, rahat ve insancıl bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır (Leape vd., 2012).

ÜB'si bireysel performanslarda ve güvenlik performansı kapsamında programlamayı ve kaliteyi anlamada önemli bir role sahiptir. Oluşan baskı altında, yönetim önceliği güvenliğe vermemektedir. Amaç daha fazla çıktı almak veya verimliliği arttırmaktır. Zamanlama ve kalite gibi diğer proje unsurlarıyla çelişkileri vardır, kazaları önlemek ve iyileştirmek için anlaşılması gerekmektedir (Nepal vd., 2006; Leveson, 2012).

Mearns vd., (2001) yaptığı çalışmalar sonucu bulduğu bulgulara göre petrol işçilerinin çalıştığı bir sektörde güvenli olmayan davranışların oluşmasına sebep olan faktörlerin en başında çalışanlara uygulanan daha fazla iş yapması konusunda baskı yapılması sebep olmaktadır. Çalışmanın bulguları Clarke'ın (2006a) çalışanların üzerine uygulanan iş baskısı algısının kazaların oluşması ve önlenmesi üzerinde doğrudan etkili olduğu düşüncesini de kanıtlamaktadır. Buradan çıkarılacak sonuca göre kuruluşların ve hastanelerin yönetimlerinin güvenlik davranışlarını daha üst düzeye çıkarabilmeleri için çalışanlar arasında baskıyı sınırlayan bir çalışma ortamı veya kültürü oluşturacak prosedürler ve politikalar geliştirilmeli ve uygulamaya geçirilmelidir (Mearns vd., 2001; Clarke, 2006a).

Sağlık kurumlarında son zamanlarında ÜB'si konusunda sorunlar yaşanmaya başlamıştır. Bu kavramdaki değişimler çalışanlar açısından stres kaynağı oluşturmaktadır. Özellikle çalışanlar mesleklerinde en iyi olma arzusu yüzünden kariyer peşinde koşmaktadırlar. Bu durum içinde yüksek çaba harcarlar. Bu durumdan dolayı ise çalışanlar üzerlerinde üretim konusunda sürekli psikolojik ve fiziksel baskı varmış gibi hissetmektedirler. Bu baskıya etki eden etkenler geçmişe göre daha da artmış durumdadır. Hasta profilinde yaşanan değişimler, vaka türündeki değişiklikler sayesinde oluşan karmaşık ortam ve teknolojiye ki yaşanan yenilikler etki eden faktörler arasındadır. Üretim basıncı hastalarda harcanan anlamlı zamanın miktarını azalmaktadır ve HG'yi tehlikeye atma potansiyeline sahiptir (Gaba vd., 1994; West vd., 2011).

2.8. GÜVENLİK UYUMLULUĞU (SAFETY COMPLIANCE)

Bir Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesinin (CGKL) cerrahi hasta sonuçlarıyla ilgili başarısızlığı güvenlik uyumu (GU) ile ilişkilendirilir. Stratejisindeki hatalar, listedeki öğeler arasındaki satın alma eksikliği ve cerrahi personel arasındaki etkisiz dağıtımla ilgilidir. Teknolojideki iyileştirmelerin, uyumluluğu üst düzeye çıkarmada bir çözüm olarak görülmektedir. Dünya sağlık örgütü de yaptığı açıklamalarla bunu nihai bir hedef olarak göstermektedir. Dünya sağlık örgütü cerrahi güvenlik kontrol listesini bir üniversite de uyguladı ancak beklediği düzeyde bir başarı oranıyla karşılaşamadı. Bu çalışmanın amacı cerrahi güvenlik kontrol listesinin elektronik sağlık kayıtları ve HG üzerindeki etkisini ve uyumluluğunu görmektir (Reames vd., 2015;150:208–15).

Covid -19 kamu güvenliği açısından büyük bir risk kaynağı olarak görülmektedir. Kamu güvenliği uyumluluğu (KGU) davranışlarının amacı ise halkı potansiyel olarak zararlı etkiye sahip sağıktan korumak ve halkı tehdit eden genel riskleri ortadan kaldırmaktır. KGU davranışları hedef gruplar açısından GU daha geniştir. Çünkü KGU ne olursa olsun halkla ilgili güvenlik görevleriyle ilgilenir. Halkın riskli durumlar karşısında uygulamaları gereken tutum ve davranışları belirler ve uygulamalarını sağlar (Van Bavel vd., 2020).

Güvenlik standartları, güvenliğe uygunluk için gereken belirli kriterleri belirtmektedir. Bu kriterler, yürütülecek faaliyetleri, verileri yönetmeyi, yerine getirilmesi gereken gereksinimleri ve unsurların ne zaman dikkate alınması gerektiği hakkında bilgi vermektedir. Kriterlerden uyuma ihtiyaç güvenlik olarak adlandırılmaktadır. Kurum yöneticileri işleyişin düzenli olması için GU ihtiyaçlarının karşılandığını göstermelidir.

Ancak ihtiyaçları ve gereksinimleri anlamak ve faaliyetleri, ek bilgi unsurlarını düzenli olarak takip etmek zordur (De la Vara vd., 2016). Kurumlarda uyumluluk ve sertifikalandırma için yeni yaklaşımların geliştirilmesi önemlidir. Hatta yöneticilerin modelleme yaklaşımlarıyla GU ihtiyaçlarını anlamaları kolay bir hale gelmektedir (Heeager ve Nielsen, 2018; M.Garcia vd., 2019).

Kurumsal GU, güvenlik liderleri ve kuruluşlar tarafından çıkarılan yasal ve ya düzenleyici güvenlik gereksinimlerini karşılamak ve diğerlerinin izlemesi için uygulamalar ve prosedürler oluşturur. Kurumsal GU bir nevi bireysel GU zerine kurulmuştur. Bu durumdan dolayı uyum sadece bireylerin bilgisine, anlayışına ve başarisına bağlı değildir. Bunların yanı sıra bireylerin ve kurumun motivasyonuna da bağlıdır (Tyler, 2011; Gray ve Silbey, 2011).

Sağlık kurumlarında sağlık hizmeti sunumu öncesi ve sonrası enfeksiyonun diğer bireylere ve aileye yayılmasını önlemek için KKE'lere erişim kolaylığı sağlanmalıdır. Bu sayede hasta yakınlarının endişeleri de giderilmiş olur. Sağlık kurumu liderleri ve yöneticileri testlerle iş sağlığına hızlı erişim sağlamalı hatta gerekirse enfeksiyonun evde yayılmasını önlemek için KKE sağlamalıdır. Sağlık kurumları yöneticileri ekip çalışmasını teşvik etmeye çalışırken kritik bir bilgi tabanı oluşturmak için eğitime erişim sağlamalıdır. Dayanışma ve iletişime de öncelik vermelidir. Sağlık hizmetleri faaliyetlerini ortaya çıkarırken benzeri görülmemiş zorluklarla karşılaştıklarında bireyleri tek başına hareket etmeye değil, ekibine güvenmeye ve ekip olarak çalışmaya teşvik etmektedir (Critical Care Nurses, 2020; Shanafelt vd., 2020).

Çoğu zaman şartlar normal olsa bile sağlık kurumlarında çalışmanın duygusal olarak sıkıntılı olduğu savunulmaktadır. Son zamanlarda özellikle Covid-19 virüsünün yayılmasının başlamasıyla birlikte normal şartlar kavramı ortadan kalkmaya başlamıştır (Creating a Safe Space, 2020). Covid- 19'un gelişiyle birlikte sağlık çalışanları, sürekli KKE kullanımı olan, kanıta dayalı tedavisi olmayan ölümcül bir virüsle karşı karşıya gelmiştir ve çalışanların duygusal sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır. Ancak bu virüs salgını kaynakların büyük lde arttırılmasına nc olmuştur (Lai vd., 2019; Santarone vd., 2020). KKE olmadan sağlık çalışanlarının yaşadığı en büyük tehlike ve korku kendilerinin hastalanıp virüsü hastalarına ve ailelerine yayma riskinin olmasıdır. Bundan dolayı personeller GU prosedrlarına dikkat etmekte ve kendilerini ev yaşamlarında bile izole etmektedirler (Galvin, 2020).

Güvenlik ortamı ve özellikle GU'ya ilişkin dokümanlar, Gİ'nin iki boyutudur ve aralarındaki ilişkiye bakılarak incelenebilmektedir. Yöneticiler tarafından güvenliğe yüksek bağlılık uyumu, çalışanları güvenlik hedefleri doğrultusunda hareket etmeye, hedeflere ulaşmak için yardım etmeye ve sorumluluk alma konusunda zorunluluklara sebep olmaktadır. YGT'ye göre uyumsuz davranışlarda bulunmamaları için organizasyonlarda ödülleri ve cezalar bulunmalıdır. Çünkü güvenlik prosedürlerine uyumluluk kurumlar ve organizasyonlar için faydalıdır. Bu uyumlu davranma algıları, çalışanları yüksek bir yere yerleşmek için motive edici olmalıdır. Çalışanlar güvenlik prosedürlerine uyarken güvenlik vurgusu, güvenlik hedeflerine ulaşmaya yönelik çabalarını yöneticiler tarafından yönlendirildiği gibi olmalıdır (Hu vd., 2018).

Hastanelerdeki güvenlik sorunlarına yol açan nedenlerden birisi de personelin el hijyeni güvenliği kurallarına uyum sağlayamamasıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda hastanelerdeki el hijyeni uyum oranı %30 ile %70 oranları arasında değişim göstermektedir. Ancak bu oranlar düşük olarak gösterilmektedir. Sadece sınırlı sayıda kurum el hijyeni konusunda yüksek uyumluluk oranlarına zaman içinde sahip olmuştur (Naikoba ve Hayward, 2001; Doron vd., 2011; Chassin, 2013).

GU çekirdek anlamına gelir. Bireylerin işyerini sürdürmek için gerçekleştirmesi gereken faaliyetlerdir. Bu davranışlar, standart çalışma prosedürlerine bağlı kalmayı ve KKE kullanmayı içerir (Borman ve Motovidlo, 1993). Başka bir tanımlama da ise GU kısaca yerleşik güvenlik prosedürlerine davranışsal olarak bağlılığı ifade etmektedir. Bunlar bireylerin davranışlarını sürdürebilmesi için gerçekleştirmesi gereken temel güvenlik faaliyetleridir (Vinodkumar ve Bhasi, 2010).

GU'da önemli yönlerden bir tanesi de KKE kullanımınıdır. Yöneticiler çalışanların her zaman takip edildiklerini hissetmeleri için ara sıra denetlemelerde bulunmak zorundadır. Çalışanlar işyerlerinde çalışırken ortamın şartlarına uygun KKE'leri kullanmaları ve güvenlik kurallarına uymalıdır. Yöneticiler çalışanlara KKE dağıtmak zorundadır. Çalışanlar özellikle riskli ortamlarda çalışırken koruyucu ekipmanları kullanırlarsa zarar görme ve yaralanma risklerini azaltmış olacaklardır (Frank ve Ronald, 1982).

2.9. GÜVENLİK KATILIMI (SAFETY PARTICIPATION)

Sağlık hizmetlerine hasta katılımı bir HG'yi artırma stratejisidir. Hasta bakımlarıyla daha fazla ilgilenenler daha iyi sağlık sonuçları elde etmektedirler. Hastalar bu şekilde güvenlik

koşullarını sağlama da aktif rol oynamış olacaktırlar. Güvenlik koşulları üzerinde ve kendi sağlık koşulları üzerinde olumlu etkileri vardır. Bu sayede sağlık hizmetlerinde hataları önleme, HG'yi sağlama ve daha güvenli ilaç yönetimini sağlamak için güvenliğe katılım gerekmektedir (Lee vd., 2019). Hasta katılımı kavramı, güvenliğe aktif katılma isteği ve yeteneği olarak bilinmektedir (Higgins, vd., 2017). HG'yi geliştirmek için hastaların kurumlar da tıbbi bakım alırken güvenlik faaliyetlerine katılmaları çok önemlidir. Hastalar özellikle bu bağlamda bakım sürecinde merak ettiği konular hakkında sorular sormalı ve bilgiler edinmelidir. Tedavileri konusunda da tüm kararlara katılma hakları olduğunu bilmemeliler (Team, 2017).

Farklı iş stresi ile iki tür güvenlik davranışı arasındaki ilişki farklı olabilmektedir. Bunun nedeni ise çalışanlar performans sergilerken iş stresi altında kalırsa hem GU hem de GK zayıflayabilmektedir. Özellikle inşaat işçilerinde bir işi yapmak için sınırlı bir süreye sahipse gerekli işi önce bitirmek için GK kurallarına uymayabilir. Yani iş stresi düzeyi arttıkça çalışanların GK'ya uyma faaliyetleri azalacaktır. Ayrıca farklı iş streslerinin güvenlik davranışları üzerinde çeşitli etkileri olabilmektedir (Wang vd., 2018). Bu arada güvenlik davranışlarına katılmak iyi güvenlik sonuçlarına yol açmaktadır. Geliştirilmiş güvenlik davranışları yaralanmaların sayısını azaltmaktadır. Daha yüksek bir GU'nun sağlanması, ihlalden kaynaklanan kaza ve yaralanmaların sayısı oldukça azaltılacaktır. Daha yüksek düzeyde bir GK, güvenlik kurallarına ve prosedürlerine uyum çalışma ortamındaki riskleri ve yaralanma olasılığına da azaltacaktır. Çalışanların güvenlik faaliyetlerine daha iyi katılımı ve iş arkadaşlarına yardım etme istekleri çalışanların aralarındaki ilişkileri de kuvvetlendirmektedir (Clarke, 2006b).

Sağlık hizmetlerinde ve diğer alanlarda güvenliğin iyileştirilmesinde kalite iyileştirme hareketinin ve güçlü bakımın sağlanması için sağlık hizmeti sunumunda çalışanların ve müşterilerin de katılımı büyük oranda iyi bir durum olarak görülmelidir (Ashton ve Richards, 2003).

Güvenlik ortamının çalışanların davranışları üzerinde büyük etkileri olduğu yapılan araştırmalarda ortaya çıkarılmıştır. Olumlu bir güvenlik ortamı yüksek düzeyde GK'nın olduğu örgütlerde görülmektedir. Daha az ölçüde GK'nın olduğu örgütlerde güvenlik ortamı düzeyinin az olduğu görülmektedir. Gİ'nin güvensiz davranışlar üzerinde doğrudan ve olumsuz bir etkisi vardır. Böylece çalışanların güvenlik kurallarına uyumunu iyileştirir. Pozitif Gİ koşulları altında, çalışan güvenliği uyum davranışı iyileşir. Böylece riskli ve tehlikeli davranışların olma olasılığı azalmış olur. Bu sebepten dolayı yöneticiler GK'nın

yüksek olduğu güçlü güvenlik ortamlarının oluşmasına destek vermektedir (Clarke, 2006b; Cavazza ve Serpe, 2009; Kapp, 2012).

Yoğun çalışan hemşirelerin işle ilgili zaman kısıtlamaları olmaktadır. Bu durum dolayısıyla hasta katılımı konusunda HG konusunu bir öncelik olmadığı zamanlar ortaya çıkmaktadır. Güçlü bir güvenlik etiğine sahip olan ortamlarda çalışan hemşireler HG uyum ve katılım konularında inisiyatif alabilmektedirler. Hastalarda bu şekilde daha çok güvenlik uygulamalarına katılmaktadırlar. Hemşireler hasta katılımını arttırmada önemli rollere sahip olmaktadır. Ancak bunun yanında çalıştıkları amprk ortamında önemi vardır. Yapılan bir çalışmada da bu konunun öneminde bahsetmek için hasta ile yetkinlik, ekip çalışması ile güvenlik ortamına katılım kavramları arasındaki ilişkiler hakkında incelemeler yapılmıştır (Doherty ve Stavropoulou, 2012; Tobiano vd., 2015).

GK, bir duruma doğrudan katkıda bulunmayan davranışları tanımlar. Ancak bu, güvenliği destekleyen bir ortamın geliştirilmesine yardımcı olur. Bu davranışlar aktiviteleri içerir. Gönüllü güvenlik faaliyetlerine katılmak, güvenlikle ilgili konularda iş arkadaşlarına yardım etmek ve güvenlik toplantılarına katılmak gibi faaliyetler örnek olarak gösterilebilmektedir (Borman ve Motovidlo, 1993).

GK davranışları doğrudan işyerine katkıda bulunamayacak davranışlara atıfta bulunmaktadır. Asıl amacı güvenliği destekleyen ortamını oluşturulmasına destekte bulunmaktadır. GK, emniyete özgü organizasyonel formlara, güvenli uygulamalarla ilgili vatandaşlık davranışlarına ve ya bağlamsal performans bağlamına benzetilebilir. GK, çalışanların güvenlikle ilgili olarak gerekli olanın üstünde ve daha da ötesinde gerçekleştirdiği davranışları içerir. Örnek olarak göstermek gerekirse çalışanların işyeri güvenliğini geliştirmeye yardım etmek için gönüllü olarak hareket etmesi uyum sağlaması ve görevlerde bulunmasıdır (Vinodkumar ve Bhasi, 2010).

Sağlık hizmetlerinde güvenliği geliştirmede hasta katılımının sıklığının artması ve bakım prosedürlerinde HG teşvikinde bulunulması gerekmektedir. Hasta katılımı ve hasta görüşleri etkili müdahalenin verimli bir şekilde tanımlanması için HG ve katılımı önemlidir (Ringdahl vd., 2017). Güvenliği arttırmak, kurumsal bir kültür gerektirir. Kurumun her safhasında güvenliği sağlayan ve öncelik haline getiren bir yapı oluşturulmalıdır. Yöneticiler kurumda çalışan personellerin güvenliğe bağlılığını güçlendiren uygulamalarda bulunmalıdır. Sağlam bir güvenlik kültürü aynı zamanda aktif liderlik gerektirir (Thornton vd., 2017; Fischer vd., 2018).

Du Prey'in (2002) yaptığı çalışmaya göre çalışanların güvenlikle ilgili karar verme sürecine katılımın kapsamı farklı boyutlarda şekillenebilmektedir. Çalışanların GK, güvenlikle ilgili kararların verilme sürecine katılmayı kapsadığı gibi bu süreçlere katılmamayı da ifade etmektedir. Bu süreçlere katılmayan çalışanların yerine güvenlikle ilgili kararları güvenlik denetçileri vermektedir. Tam katılımda ise çalışanlar güvenlikle ilgili karar alma süreçlerinde bulunur hatta birbirleriyle bağlantılı olarak hareket etmektedirler (Sahlsten vd., 2008; Kitson vd., 2013).

Yönetimin temel unsurlarından olan YGT'de, yönetimin çalışanlarla beraber güvenlik faktörlerine katılımı önemlidir. Çalışanlar mekânsal olarak dağıtıldığında ve YGT'yi izleme şansı bulduklarında güvenlik performansını arttırmaktadır. Güvenlik yönetiminde yenilikçi olarak teknolojideki gelişmeleri takip ederek görsel medyanın da kullanılmasını sağlayarak ve bunlara ek olarak yönetimin GK'yı sağlayarak kurumsal olarak etkili olabiliriz (Edirisinghe ve Lingard, 2016; Hu vd., 2020).

3 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu kısımda anket sorularının nasıl hazırlandığı ve kaç ifadeden oluştuğu, evren ve örneklem büyüklüğü, kullanılan analiz teknikleri ve ankete katılan kişiler hakkında detaylı bilgiler verilecektir. Ölçek sorularının tasarlanması ile ilgili bilgiler verilecektir. Ankete katılacak kişi sayısının belirlemek için yapılan örnekleme ile ilgili bilgiler verilecektir. Yazılımlar ve anketin uygulandığı kurum ve çalışanlar ile ilgili bilgiler verilecektir.

3.1. ANKET SORULARININ TASARLANMASI

- Ölçek soruları literatür kaynaklarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Yönetim güvenlik taahhüdünün 1. ve 2.sorusu (Al-Bsheish vd., 2019) makalesindeki uzman görüşünden yararlanılmıştır. 3. Sorusu ise (Schwatka ve Rosecrance, 2016) makalesindeki uzman görüşünden yararlanılmıştır.
- Sosyal destek 1. 2. ve 3. Sorusu (Guo vd., 2016) makalesindeki uzman görüşünden yararlanılarak yapılmıştır. 4. Sorusu (Barrera vd., 1981; Abbott vd., 2021) makalesindeki uzman görüşlerinden yararlanılmıştır.
- Hızlı İş Yapma Baskısının 1.soru (Semmer vd., 1995; Amponsah ve Adu, 2016) makalesindeki uzman görüşünden yararlanılarak oluşturulmuştur. 2. ve 3. Sorular ise (Guo vd., 2016; Tehrani vd., 2019) uzman görüşünden yararlanılarak oluşturulmuştur.
- Güvenlik Motivasyonun 1. ve 2. Sorusu (Neal ve Griffin, 2006) makalesindeki uzman görüşünden 3. ve 4. sorusu (Smith vd., 2020) makalesindeki uzman görüşlerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.
- Güvenlik Bilgisi 1. Sorusu (Mariani vd., 2017) makalesindeki uzman görüşünden yararlanılarak; 2. 3. ve 4. Sorusu ise (Zhou vd., 2008) makalesindeki uzman görüşünden yararlanılarak yapılmıştır.
- Güvenlik Uyumluluğundaki tüm sorular (Fernandez vd., 2014; Smith vd., 2016; Lu ve Kuo 2016; Al-Bsheish vd., 2019) makalelerindeki uzman görüşlerinden yardım alınarak oluşturulmuştur.

- Güvenlik Katılımındaki 1.sorusu ve 2. Sorusu (Al-Bsheish vd., 2019; Liu vd., 2020) makalelerindeki , 3. Soru ve 4. Soru (Fernandez vd., 2014) makalesindeki uzman görüşlerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Yönetim güvenlik taahhüdü boyutu 4 sorudan, Sosyal destek boyutu 4 sorudan, Hızlı iş yapma baskısı 3 sorudan, Güvenlik motivasyonu 4 sorudan, Güvenlik bilgisi boyutu 4 sorudan, Güvenlik uyumluluğu boyutu 4 sorudan ve Güvenlik katılımı boyutu 4 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular 1 Her zaman, 2 Genellikle, 3 Yarı yarıya, 4 Nadiren, ve 5 Hiçbir zaman ifadelerinden oluşan 5’li likert ölçeği kullanılmıştır.

Demografik sorulardan oluşan ankette ise 17 soru bulunmaktadır. Sorularda açık uçlu sorularda sorulmaktadır.

3.2. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN HESAPLANMASI

Çalışma kapsamında evreni temsil edecek örneklem hesaplanırken aşağıdaki formül kullanılmıştır. Örneklem şekil 1 de verilen formül yardımıyla hesaplanmıştır (Lemeshow vd., 1990);

$$\text{Şekil 1 Örneklem Formülü} = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{N \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

N: Evren,

n: Örnek büyüklüğü,

Z: Güven katsayısı (%95’lik güven katsayısı 1,96 alınmıştır),

P: Ölçmek istediğimiz özelliğin evrende bulunma ihtimali (Çalışma çok amaçlı olmasından dolayı bu oran %50 alınmıştır),

Q: Ölçmek istediğimiz özelliğin evrende bulunmama ihtimali (Çalışma çok amaçlı olmasından dolayı bu oran %50 alınmıştır) ve

D: Kabul edilen örnekleme hatası (çalışan sayısı için %5; işletme sayısı için %10 alınmıştır).

Çalışan sayılarının hesaplanmasında kabul edilen örnekleme hatası %5 dikkate alınarak hesaplama yapılmıştır. Hastanede çalışan 6206 kişi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Bu hesaplamalar kapsamında ulaşılması gereken minimum kişi sayısı ‘‘361’’ olarak bulunmuştur. Biz de bu kapsam da 376 kişi üzerinde anket çalışmamızı uyguladık.

3.3. ANKET UYGULANAN KURUM VE KULLANILAN ANALİZ YÖNTEMİ

Anketin uygulandığı kurum eğitim ve araştırma hastanesidir. Anketin uyguladığımız çalışan grupları doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarıdır. Farklı yaş, meslek grubu kategorisinden, eğitim düzeyinden, cinsiyetten vb. özellikteki bireylerle yüz yüze biçimde anket çalışması uygulanmıştır.

Çalışanlara uyguladığımız anketler SPSS 26 programında sayısallaştırılmıştır. Bu sayısal veriler SPSS 26 ve SMART PLS 4 programlarıyla analiz edilmiştir. SPSS 26 yardımıyla Açıklayıcı Faktör Analizi, Güvenilirlik Analizi, Korelasyon analizi, Regresyon analizi yapılmıştır. Smart Pls 4 yardımıyla yapısal eşitlik modellemesi yapılmıştır. Çalışmadaki faktörler arasındaki ilişkileri ve farkları ortaya çıkarmak için bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi gibi istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

3.4. AÇIKLAYICI FAKTÖR ANALİZİ

Açıklayıcı faktör analizi (AFA) psikolojik ve sosyal araştırmalarda en yaygın kullanılan istatistiksel yöntemlerden biri olmuştur (Spearman, 1904, 1927). 376 kişinin verileri SPSS programında faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ortak faktör yükleri tablosuna göre GB değişkeninin 1. Sorusunun değeri 0,5 altında 0,465 değerini aldığı için analiz kısmından çıkarılıp faktör analizi yapılmıştır.

Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucunda, değerin 0,50'den düşük olması halinde faktör analizine devam edilemeyeceği yorumu yapılır (Çokluk vd., 2012: 207). KMO değerimiz 0,817 > 0,50 olduğu için örneklem büyüklüğümüz mevcut çalışma için yeterlidir. Bartlett (1950) yılındaki çalışmasının verilerine göre verilerin faktör analizine uygunluğunu ölçmek için küresellik analizi yapılır ve anlamlılık değerinin 0,05'ten küçük olması beklenmektedir. Değerlerimiz Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Kaiser- Meyer- Olkin ve Barlett Testi.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,817
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4129,322
	df	300
	Sig.	0,000

Bartlett testi sonucuna baktığımız zaman anlamlılık değerimizi $0,05 > 0,0001$ olduğu için anlamlı kabul edilmektedir. Verilerimiz, faktör analizi yapmaya uygundur. Tablo 2’de toplam açıklanan varyans tablomuzu incelediğimiz zaman öz değeri 1’den büyük 8 faktörlü bir yapı ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler YGT, SD, Hızlı iş yapma baskısı (HİYB), GB, GU, GK, GM boyutunun iki alt boyutu olan GM keyifler ve değerler (GMKD) ve GM hisler (GMH) olarak adlandırılmıştır. Bu 8 faktör toplam varyansın %70,33’ünü açıklamaktadır.

Tablo 2. Toplam Varyans tablosu.

Component	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,383	25,531	25,531	6,383	25,531	25,531	2,881	11,525	11,525
2	2,534	10,136	35,666	2,534	10,136	35,666	2,798	11,194	22,719
3	1,896	7,584	43,251	1,896	7,584	43,251	2,598	10,392	33,111
4	1,766	7,065	50,315	1,766	7,065	50,315	2,184	8,737	41,848
5	1,517	6,069	56,384	1,517	6,069	56,384	2,012	8,049	49,897
6	1,251	5,006	61,390	1,251	5,006	61,390	1,894	7,576	57,474
7	1,146	4,585	65,975	1,146	4,585	65,975	1,742	6,970	64,443
8	1,090	4,359	70,335	1,090	4,359	70,335	1,473	5,891	70,335
9	,810	3,242	73,576						
10	,782	3,129	76,705						
11	,740	2,961	79,665						
12	,645	2,580	82,246						
13	,594	2,377	84,623						
14	,504	2,014	86,637						
15	,456	1,822	88,460						
16	,415	1,659	90,119						
17	,384	1,537	91,655						
18	,349	1,396	93,051						
19	,331	1,323	94,375						
20	,288	1,152	95,527						
21	,286	1,145	96,672						
22	,265	1,060	97,732						
23	,246	,983	98,715						
24	,204	,816	99,531						
25	,117	,469	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis. Tablo 2

Varimax tekniğini kullanabilmek için faktörler arasındaki korelasyon katsayılarının ($r < 30$) olması gerekmektedir. Yukarıdaki tabloda döndürülmüş bileşenler matrisinde döndürme işlemi yapıldıktan sonra ölçek sorularının faktörler altında toplanması sağlanmaktadır. Ölçek sorularının kendi faktör isimlerinin altında 7 boyut toplanmıştır. Ancak GM sorularında bireyler GM sorularını farklı 2 faktör olarak yorumlamışlardır. Bu durumdan dolayı Gm1 ve Gm2 ölçek soruları **GM'nin değerler ve keyifler** başlığı altında, Gm3 ve Gm4 ölçek soruları

GM ve hisler başlığı altında toplanmışlardır. Toplamda 24 ifade vardır. Boyutların dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Rotasyona tabi tutulmuş faktör yükleri.

İFADELER	SD	YGT	GK	GB	GU	HİYB	GMKD	GMH
SD4	,835							
SD3	,833							
SD2	,754							
SD1	,606							
YGT2		,886						
YGT3		,869						
YGT1		,833						
GK3			,801					
GK4			,778					
GK2			,775					
GK1			,649					
GB3				,874				
GB2				,805				
GB4				,703				
GU3					,798			
GU4					,735			
GU2					,640			
GU1					,509			
HİYB2						,800		
HİYB3						,771		
HİYB1						,711		
GM2							,775	
GM1							,751	
GM4								,803
GM3								,695

3.5. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Tablo 4’ deki analiz sonuçlarına göre güvenilirlik katsayısı 0,70’in üzerinde olması durumunda veri setimizin sonuçlarının güvenilir olacağı belirtilmiştir (Cronbach, 1951). Diğer bir tanımda ise likert tip ölçekler de güven aralığı tablo 5’deki gibi yorumlanmaktadır (Wu vd., 2019).

Tablo 4. Cronbach alpha değerleri tablosu.

	YGT	SD	HİYB	GB	GM	GMDK	GMH	GU	GK	Genel Toplam
Cronbach alpha	0,923	0,851	0,70	0,78	0,60	0,683	0,530	0,651	0,821	0,796

Tablo 5. Cronbach alpha değeri aralığı tablosu.

Alpha değeri	Yorumu
$0,0 \leq \alpha < 0,40$	Güvenilir değil
$0,4 \leq \alpha < 0,6$	Düşük güvenilir
$0,6 \leq \alpha < 0,8$	Oldukça güvenilir
$0,8 \leq \alpha < 1,0$	Yüksek ölçüde güvenilir

376 kişi üzerinde yapılan anketin sonuçlarına bakıldığında; YGT verilerinin analizi sonucunda güvenilirlik oranı 0,923 yani %92,3'tür. SD verilerinin analizi sonucunda güvenilirlik katsayısı 0,851'dir. HİYB'nin güvenilirlik analizi sonuçlarına göre güvenilirlik katsayısı 0,7'dir. Eğer HİYB'nin birinci sorusunu çıkaracak olsak güvenilirlik oranı 0,8'e çıkmaktadır. GB'si verilerinin analizi sonucunda güvenilirlik katsayısının 0,78 oranında güvenilir olduğu bulunmuştur. Eğer faktör analizinde çıkardığımız GB'si 1. Sorunun verilerini analizimizden çıkardığımız zaman güvenilirlik katsayısının 0,808 oranına çıkacağı bulunmuştur. Güvenlik motivasyon verilerinin analizi sonucunda güvenilirlik katsayısının 0,60 (%60) olduğu bulunmuştur. Alt boyutlarında GM'nun keyifler ve değerleri 0,683; GM'nun hisler boyutu 0,530 oranında güvenilir olduğu saptanmıştır. GU verilerinin analizi sonucunda güvenilirlik katsayısının 0,651 oranında güvenilir olduğu bulunmuştur. Eşik değerine yakınlığı nedeniyle analiz sonuçları veri setinden çıkarılmamıştır. GK verilerinin analizi sonucunda güvenilirlik katsayısının 0,821 oranında güvenilir olduğu saptanmıştır. Tüm verilerin analizi sonucunda genel güvenilirlik katsayısının 0,796 oranında güvenilir olduğu bulunmuştur. GB'si birinci sorusu çıkarılıp analiz edildiğinde ise güvenilirlik oranı 0,786 (%78,6) olarak saptanmıştır. Modeldeki boyutların genel olarak güvenilirlik oranı (GT) 0,796 (%79,6) olarak saptanmıştır (Tablo 4 ve 5).

3.6. KORELASYON ANALİZİ

Kurtosis ve Skewness değerleri -1,5 ile +1,5 olduğu zaman normal dağılım olduğu kabul edilmektedir. İki değişken arasındaki ilişkileri keşfetmek için kullanılan analize korelasyon analizi denilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Değerler normal olarak dağılmış ise Pearson korelasyon analizi kullanılır r ile gösterilir. Korelasyon katsayıları ± 1 arasında değişir. Mutlak değerler giderek 1'e yaklaşır ve bu da giderek daha güçlü bir ilişkiyi gösterir. Değerler $0,40 > r$ ise zayıf ilişki, $0,40 < r < 0,70$ ise orta düzey ilişki, $0,70 < r$ ise güçlü bir ilişki vardır (Schober vd., 2018).

Tablo 6 verilerine göre veri setindeki faktörlerin diğer faktörlerle olan ilişki katsayıları ve birbirlerini etkileme düzeyleri tablo haline getirilmiştir. Bu tabloya göre; YGT ile SD arasında orta düzeyde (0,483) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. YGT ile HİYB arasında başlangıç düzeyinde (0,285) negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. YGT ile GM arasında başlangıç düzeyde (0,115) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. YGT ile GB'si arasında orta düzeyde (0,366) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. YGT ile GU arasında başlangıç düzeyde (0,204) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. YGT ile GK'ı arasında başlangıç düzeyde (0,195) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

SD ile YGT arasında orta düzeyde (0,483) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. SD ile HİYB'si arasında orta düzeyde (-0,333) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. SD ile GM arasında başlangıç düzeyinde (0,284) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. SD ile GB'si arasında orta düzeyde (0,359) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. SD ile GU arasında başlangıç düzeyinde (0,176) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. SD ile GK arasında orta düzeyde (0,419) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

HİYB'si ile YGT arasında başlangıç düzeyinde (-0,285) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. HİYB'si ile SD arasında orta düzeyde (-0,333) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. HİYB'si ile GM arasında başlangıç düzeyde (-0,118) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. HİYB'si ile GB'si arasında başlangıç düzeyde (-0,230) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. HİYB'si ile GU arasında başlangıç düzeyde (-0,112) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. HİYB'si ile GK arasında başlangıç düzeyde (-0,236) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır

GM ile YGT arasında başlangıç düzeyde (0,115) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GM ile SD arasında başlangıç düzeyinde (0,284) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GM ile HİYB'si arasında başlangıç düzeyinde (-0,118) negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GM ile GB'si arasında orta düzeyde (0,361) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GM ile GU arasında başlangıç düzeyde (0,192) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GM ile GK arasında orta düzeyde (0,329) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

GB'si ile YGT arasında orta düzeyde (0,366) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GB'si ile SD arasında orta düzeyde (0,359) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GB'si ile HİYB'si arasında başlangıç düzeyde (-0,230) negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GB'si ile GM arasında orta düzeyde (0,361) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GB'si ile GU arasında orta düzeyde (0,304) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GB'si ile GK arasında orta

düzeyde (0,333) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GU ile YGT arasında başlangıç düzeyinde (0,204) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

GU ile SD arasında başlangıç düzeyinde (0,176) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GU ile HİYB'si arasında başlangıç düzeyinde (-0,112) negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GU ile GM arasında başlangıç düzeyinde (0,192) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GU ile GB'si arasında orta düzeyde (0,304) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GU ile GK arasında orta düzeyde (0,333) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

GK ile YGT arasında başlangıç düzeyinde (0,195) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GK ile SD arasında orta düzeyde (0,419) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GK ile HİYB'si arasında başlangıç düzeyinde (-0,236) negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GK ile GM arasında başlangıç düzeyinde (0,329) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GK ile GB'si arasında başlangıç düzeyinde (0,333) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. GK ile GU arasında başlangıç düzeyinde (0,333) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 6. Korelasyon analizi değerleri.

	YGT	SD	HİYB	GM	GB	GU	GK
YGT	1	0,483**	-0,285**	0,115*	0,366**	0,204**	0,195**
SD	0,483**	1	-0,333**	0,284**	0,359**	0,176**	0,419**
HİYB	-0,285**	-0,333**	1	-0,118*	-0,230**	-0,112*	-0,236**
GM	0,115*	0,284**	-0,118*	1	0,361**	0,192**	0,329**
GB	0,366**	0,359**	-0,230**	0,361**	1	0,304**	0,333**
GU	0,204**	0,176**	-0,112*	0,192**	0,304**	1	0,333**
GK	0,195**	0,419**	-0,236**	0,329**	0,333**	0,333**	1

3.7. REGRESYON ANALİZİ

Doğrusal regresyon analizi farklı alanlarda uygulanabilen yaygın olarak kullanılan bir istatistiksel tekniktir. Değişkenler üzerindeki bir dizi veriden model oluşturmak için kullanılır. Bağımlı olarak ifade edilen değişken ile bağımsız değişkenin birbiriyle olan ilişki düzeyini inceler. P değeri 0,05'ten küçük olursa anlamlı olarak kabul edilir. R² belirleme katsayısıdır. Katsayı değeri 1'e yakınlıkta değişkenlerin ilişki düzeyi artar (Montgomery vd., 2012; Triola 2014; Lang ve Altman, 2015).

Tablo 7 verilerine göre, Korelasyon katsayısı 0,544 olarak bulunmuştur. Bağımsız değişkenler bağımlı değişkendeki değişimin % 54,4'ünü açıklayabilmektedir. Birden fazla

bağımsız değişkenin standardize açıdan bakıldığında bağımlı değişkendeki değişimin %28,4'ünü açıkladığı görülmüştür.

Tablo 7. Güvenlik katılımı regresyon modeli özeti.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,544 ^a	,295	,284	,600
a. Predictors: (Constant), GUO, HİYBO, GMO, YGT0, GBO, SDO				

Tablo 8'e göre Korelasyon katsayısı 0,404 olarak bulunmuştur. Bağımsız değişkenler bağımlı değişkendeki değişimin % 40,4'ünü açıklayabilmektedir. Birden fazla bağımsız değişkenin standardize açıdan bakıldığında bağımlı değişkendeki değişimin %14,9'unu açıkladığı görülmüştür.

Tablo 8. Güvenlik uyumluluğu regresyon modeli özeti.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,404 ^a	,163	,149	,755
a. Predictors: (Constant), GKO, YGT0, GMO, HİYBO, GBO, SDO				

Tablo 9'u incelediğimiz de anlamlılık değeri 0,5'in üzerinde olanlar değerlendirilmemiştir. YGT ve HİYB değişkenlerinin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Bağımsız değişkenler arasında güçlü bağlantılar olmasına çoklu doğrusal bağlantı denilmektedir. Çoklu bağlantı sorununu saptayabilmek için VIF değerini incelemek gerekmektedir (Orhunbilge ve Neyran 2000: 240-251). VIF değeri 10'un altında ise çoklu bağlantı sorunu yoktur (Kutner vd., 1996). En yüksek VIF değeri 1,494 olduğu için çoklu bağlantı sorunu yoktur. SD boyutundaki bir birimlik değişim GK üzerinde 0,259'luk bir değişime sebep olmaktadır. GM boyutundaki bir birimlik artış GK üzerinde 0,176'lık bir değişime sebep olmaktadır. GB'si boyutundaki bir birimlik artış GK üzerinde 0,127'lik bir değişime sebep olmaktadır. GU boyutundaki bir birimlik artış GK üzerinde 0,192'lik bir değişime sebep olmaktadır.

Tablo 9. Güvenlik katılımı bağımlı değişkeni katsayı tablosu.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,367	,323		4,229	,000					
	YGT	-,057	,037	-,080	-1,529	,127	,195	-,079	-,067	,701	1,427
	SD	,259	,045	,305	5,711	,000	,419	,285	,250	,669	1,494
	HİYB	-,068	,036	-,088	-1,879	,061	-,236	-,097	-,082	,861	1,161
	GM	,176	,053	,161	3,341	,001	,329	,171	,146	,827	1,209
	GB	,127	,062	,107	2,057	,040	,333	,106	,090	,710	1,408
	GU	,192	,040	,222	4,801	,000	,333	,242	,210	,889	1,124

a. Dependent Variable: GKO

Tablo10'u incelediğimiz de anlamlılık değeri 0,5'in üzerinde olanlar değerlendirilmemiştir. SD HİYB ve GM değişkenlerinin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$). Diğer boyutların p değerleri 0,05' in altında olduğu için anlamlı olmaktadır. En yüksek VIF değeri 1,621 olduğu için çoklu bağlantı sorunu yoktur. YGT boyutundaki bir birimlik değişim GU üzerinde 0,094'luk bir değişime sebep olmaktadır. GB'si boyutundaki bir birimlik değişim GU üzerinde 0,253'lük bir değişime sebep olmaktadır. GK boyutundaki bir birimlik değişim GU üzerinde 0,306'luk bir değişime sebep olmaktadır.

Tablo10. Güvenlik uyumluluğu bağımlı değişkeni katsayı tablosu.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,137	,413		2,754	,006					
	YGT	,094	,047	,114	2,008	,045	,204	,104	,096	,704	1,421
	SD	-,065	,060	-,066	-1,088	,277	,176	-,057	-,052	,617	1,621
	HİYB	,008	,046	,008	,165	,869	-,112	,009	,008	,853	1,172
	GM	,057	,067	,045	,847	,397	,192	,044	,040	,804	1,243
	GB	,253	,077	,183	3,272	,001	,304	,168	,156	,723	1,384
	GK	,306	,064	,264	4,801	,000	,333	,242	,229	,749	1,336

a. Dependent Variable: GU

Araştırmaya ilişkin demografik bulgulara göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 66,5'i kadınlardan ve % 33,5'i erkeklerden oluşmaktadır. Bireylerin medeni durumuna bakıldığında % 58' i evli ve % 42'si bekârdır. Çalışanların yaş dağılımına bakıldığında % 1,3'ü 20 yaşında, % 36,2'si 20-30 yaş aralığında % 30,9'u 31-40 yaş aralığında, % 22,6'sı 41-50 yaş aralığında, %9'u 51-60 yaş aralığındadır. Eğitim durumuna göre incelendiğinde, %7,2'si lise, %8,5'i Ön lisans, % 48,4'ü lisans, 35,9'u yüksek lisans mezunudur. Faaliyet alanına bakıldığında %27,4'ü poliklinik, % 42,6'sı servis, % 7,7'si ameliyathane, % 22,3'ü diğer birimlerde çalışmaktadır. Personelin deneyim süresi incelendiğinde % 34,6'sı 0-5 yıl,

% 20,2'si 6-10 yıl, % 14,6'sı 11-15 yıl, % 10,4'ü 16-20 yıl, %9,3'ü 21-24 yıl, % 10,9'u 25 yıl ve üzeri deneyime sahiptir. Gelir düzeyine göre bakıldığında, % 0,5'i 6000 TL ve altı, % 1,6'sı 6000-7300 TL arasında, % 6,4'ü 7300-8300 TL arasında, %8,2'si 8300-9300 TL arasında, %83'ü 9300 ve üzeri gelir elde etmektedir. Günlük çalışma saati düzeyine bakıldığında % 3,5'i 7 saat ve altı, %79,5'i 7-9 saat arasında, % 17'i 9 saat ve üzeri çalışmaktadır. Çalışma düzenine bakıldığında %56,9'u mesaili, %43,1'i mesai + nöbetli çalışmaktadır. Hastanedeki çalışma süresi incelendiğinde % 41,8 0-5 yıl arasında, %21 6-10 yıl arasında, %14,1 11-15 yıl arasında, %8,2 16-20 yıl arasında %6,1 21-25 yıl, %8,8 25 yıl ve üzeri süredir çalışmaktadır. Personelin çalıştığı bölüme göre incelendiğinde, %6,6'sı acil servis de, %3,7'si ameliyathane de, %18,4 dâhiliye de, % 5,9'u genel cerrahi de, %4,3'ü nöroloji de, %61,2 diğer bölümlerde çalışmaktadır. Personelin sağlık kontrolünden geçme düzeyi incelendiğinde, %54,5' düzenli sağlık kontrolünden geçmekte, %45,5'i düzenli sağlık kontrolünden geçmemektedir. Meslek hastalığına sahip olma düzeyine bakıldığında, % 12,2'si meslek hastalığına sahip, %87,8'i meslek hastalığına sahip değildir. Geçmişte önemli bir hastalığa sahip olma düzeyi incelendiğinde %12,2'si hastalığa sahip, %87,8'i hastalığa sahip değildir. İşten kaynaklı hastalığa sahip olma düzeyi incelendiğinde % 6,4'ü işten kaynaklı hastalığa sahip,%93,6'sı işten kaynaklı hastalığa sahip değildir. Personelin önemli bir tedavi görme düzeyi incelendiğinde % 7,8'i tedavi görmekte, %92,2'si önemli bir tedavi görmemektedir. Bağımlılık düzeyinde alışkanlığa sahip olma düzeyinde bakıldığında %73,1 alışkanlığa sahip, %26,9'u alışkanlığa sahip değildir. Değerler Tablo 11 ve 12 de detaylı olarak görülmektedir.

Tablo 11. Demografik bilgiler tablosu.

Değişken(N:376)		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	250	66,5
	Erkek	126	33,5
Medeni durum	Evli	218	58,0
	Bekâr	158	42,0
Yaş	20	5	1,3
	20-30	136	36,2
	31-40	116	30,9
	41-50	85	22,6
	51-60	34	9,0
Eğitim durumu	Lise	27	7,2
	Ön lisans	32	8,5
	Lisans	182	48,4
	Yüksek lisans	135	35,9
Faaliyet alanı	Poliklinik	103	27,4
	Servis	160	42,6
	Ameliyathane	29	7,7
	Diğer	84	22,3

Tablo 12. Demografik bilgiler tablosu devamı.

Deneyim süresi	0-5 yıl	130	34,6
	6-10 yıl	76	20,2
	11-15 yıl	55	14,6
	16-20 yıl	39	10,4
	21-24 yıl	35	9,3
	25 yıl ve üzeri	41	10,9
Gelir düzeyi	<6000	2	0,5
	6000-7300	6	1,6
	7300-8300	24	6,4
	8300-9300	31	8,2
	9300<	313	83,0
Günlük çalışma saati	<7 saat	13	3,5
	7-9 saat	299	79,5
	9 saat<	64	17,0
Çalışma düzeniniz	Mesai	214	56,9
	Mesai + nöbet	162	43,1
Hastanedeki çalışma süreniz	0,5 yıl	157	41,8
	6-10 yıl	79	21
	11-15 yıl	53	14,1
	16-20 yıl	31	8,2
	21-25 yıl	23	6,1
	25 yıl<	33	8,8
Çalıştığınız bölüm	Acil servis	25	6,6
	Ameliyathane	14	3,7
	Dâhiliye	69	18,4
	Genel cerrahi	22	5,9
	Nöroloji	16	4,3
	Diğer	230	61,2
Sağlık kontrolünden geçme	Evet	205	54,5
	Hayır	171	45,5
Meslek hastalığına sahip olma	Evet	46	12,2
	Hayır	330	87,8
Geçmişte önemli bir hastalığa sahip olma	Evet	46	12,2
	Hayır	330	87,8
İşten kaynaklı hastalığa sahip olma	Evet	24	6,4
	Hayır	352	93,6
Tedavi görme	Evet	27	7,8
	Hayır	348	92,2
Bağımlılık düzeyinde alışkanlığa sahip olma	Evet	101	73,1
	Hayır	275	26,9

3.8. FARKLILIK TESTLERİ

3.8.1. Bağımsız Örneklem T Testi

Bu test iki bağımsız örneklemden elde edilen ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için kullanılan parametrik bir testtir. Verilerimiz homojen dağılırsa ve anlamlılık değerimiz 0,05'ten küçükse istatistiksel açıdan anlamlı olarak tanımlanmaktadır (Strasak

vd., 2007). Bağımsız, iki kantitatif anakütle ortalaması arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı “bağımsız iki-grup arası farkların t testi (independent samples t-test)” ile yapılır. Bu test için sıfır hipotezi “ortalamlar arasında fark yoktur” biçimindedir (Altunışık vd., 2005: 172-173).

Tablo 13 de cinsiyete göre farklı katılım derecelerine sahip olan faktörler HİYB, GM ve GK’dır. Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir. HİYB ifadelerine katılım dereceleri açısından erkekler kadınlara göre daha fazla HİYB’si hissetmektedirler ($p < 0,05$). GM ve GK faktörlerinde ise kadınlar erkeklere göre bu iki faktörde belirgin bir şekilde farklı düşünmektedir. ($p < 0,05$). YGT, SD, GB’si ve GU faktörlerinde cinsiyete göre farklılaşma yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 13. Cinsiyet faktörüne göre bağımsız örneklem t testi tablosu.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Kadın	250	3,68	1,003	0,388	Ret
YGT Erkek	126	3,77	9,74		
SD Kadın	250	3,69	0,828	0,76	Ret
SD Erkek	126	3,53	0,836		
HİYB Kadın	250	2,92	0,927	0,041	Kabul
HİYB Erkek	126	3,12	0,912		
GM Kadın	250	4,23	0,642	0,021	Kabul
GM Erkek	126	4,07	0,647		
GB Kadın	250	4,19	0,594	0,249	Ret
GB Erkek	126	4,11	0,595		
GU Kadın	250	3,76	0,812	0,731	Ret
GU Erkek	126	3,73	0,836		
GK Kadın	250	3,98	0,666	0,001	Kabul
GK Erkek	126	3,69	0,753		

Tablo 14’ e göre medeni duruma göre farklı katılım derecesine sahip olan faktör GB’ dir. Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir. GB ifadelerine katılım dereceleri açısından evli bireyler bekar bireylere göre daha fazla GB’si faktörüne önem vermektedir ($p < 0,05$). Diğer faktörler de medeni duruma göre farklılaşma yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 14. Medeni duruma göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Evli	218	3,78	0,926	0,111	Ret
YGT Bekar	158	3,61	1,075		
SD Evli	218	3,64	0,837	0,837	Ret
SD Bekar	158	3,63	0,831		
HİYB Evli	218	2,91	0,964	0,540	Ret
HİYB Bekar	158	3,09	0,862		
GM Evli	218	4,15	0,642	0,293	Ret
GM Bekar	158	4,22	0,653		
GB Evli	218	4,22	0,558	0,035	Kabul
GB Bekar	158	4,09	0,635		
GU Evli	218	3,78	0,789	0,310	Ret
GU Bekar	158	3,70	0,859		
GK Evli	218	3,90	0,687	0,623	Ret
GK Bekar	158	3,86	0,739		

Tablo 15 de çalışma düzenine göre farklı katılım derecelerine sahip olan faktörler YGT, SD, HİYB, GB ve GK'dır. Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir. YGT, SD, GB ve GK ifadelerine katılım dereceleri açısından sadece mesaili çalışan bireyler mesai ve nöbetli çalışan bireylere göre bu faktörlere daha fazla önem vermektedir ($p < 0,05$). HİYB ifadelerine katılım dereceleri açısından mesaili ve nöbetli çalışan bireylerin sadece mesaili çalışan bireylere göre daha fazla HİYB'si hissetmektedir ($p < 0,05$). GM ve GU faktörlerinde katılım açısından çalışma düzenine göre farklılaşma yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 15. Çalışma düzenine göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Mesai	214	3,98	0,846	0,001	Kabul
YGT Mesai+nöbet	162	3,35	1,058		
SD Mesai	214	3,74	0,805	0,007	Kabul
SD Mesai+nöbet	162	3,50	0,854		
HİYB Mesai	214	2,80	0,916	0,001	Kabul
HİYB Mesai+nöbet	162	3,24	0,881		
GM Mesai	214	4,20	0,604	0,461	Ret
GM Mesai+nöbet	162	4,15	0,701		
GB Mesai	214	4,31	0,546	0,001	Kabul
GB Mesai+nöbet	162	3,97	0,601		
GU Mesai	214	3,84	0,824	0,11	Ret
GU Mesai+nöbet	162	3,62	0,798		
GK Mesai	214	3,99	0,671	0,001	Kabul
GK Mesai+nöbet	162	3,73	0,731		

Tablo 16 de düzenli sağlık kontrolünden geçme düzeyine göre farklı katılım derecelerine sahip olan faktörler YGT, GB ve GU' dur. Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir. YGT, GB ve GU ifadelerine katılım dereceleri açısından Evet diyen bireyler hayır diyen bireylere göre daha fazla önem vermektedir ($p < 0,05$). SD, HİYB, GM ve GK faktörlerine katılım açısından düzenli sağlık kontrolünden geçme düzeyine göre farklılaşma yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 16. Sağlık kontrolünden geçme düzeyine göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Evet	205	3,86	1,003	0,002	Kabul
YGT Hayır	171	3,54	0,956		
SD Evet	205	3,72	0,808	0,44	Ret
SD Hayır	171	3,54	0,855		
HİYB Evet	205	2,97	0,952	0,743	Ret
HİYB Hayır	171	3,00	0,896		
GM Evet	205	4,23	0,570	0,085	Ret
GM Hayır	171	4,11	0,726		
GB Evet	205	4,29	0,537	0,001	Kabul
GB Hayır	171	4,02	0,628		
GU Evet	205	3,85	0,781	0,007	Kabul
GU Hayır	171	3,62	0,848		
GK Evet	205	3,93	0,630	0,132	Ret
GK Hayır	171	3,82	0,790		

YGT, SD, HİYB, GM, GB, GU ve GK faktörlerinin hiç birinde meslek hastalığına sahip olma düzeyine göre farklılaşma yoktur ($p>0,05$). Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir. Tablo 17'deki değerlere göre bilgiler elde edilmiştir.

Tablo 17. Meslek hastalığına sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Evet	46	3,68	1,111	0,833	Ret
YGT Hayır	330	3,71	0,978		
SD Evet	46	3,77	0,797	0,262	Ret
SD Hayır	330	3,62	0,838		
HİYB Evet	46	2,93	0,908	0,644	Ret
HİYB Hayır	330	2,99	0,930		
GM Evet	46	4,12	0,674	0,532	Ret
GM Hayır	330	4,18	0,644		
GB Evet	46	4,11	0,555	0,553	Ret
GB Hayır	330	4,17	0,600		
GU Evet	46	3,92	0,846	0,117	Ret
GU Hayır	330	3,72	0,813		
GK Evet	46	4,00	0,697	0,222	Ret
GK Hayır	330	3,86	0,709		

YGT, SD, HİYB, GM, GB, GU ve GK faktörlerinin hiç birinde geçmişte önemli bir hastalığa sahip olma düzeyine göre farklılaşma yoktur ($p>0,05$). Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir. Tablo 18'deki verilere göre düzenlenmiştir.

Tablo 18. Geçmişte önemli bir hastalığa sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Evet	46	3,71	1,000	1,000	Ret
YGT Hayır	330	3,71	0,994		
SD Evet	46	3,68	0,868	0,678	Ret
SD Hayır	330	3,63	0,829		
HİYB Evet	46	2,75	0,890	0,680	Ret
HİYB Hayır	330	3,02	0,928		
GM Evet	46	4,16	0,684	0,889	Ret
GM Hayır	330	4,18	0,643		
GB Evet	46	4,20	0,558	0,691	Ret
GB Hayır	330	4,16	0,600		
GU Evet	46	3,90	0,774	0,170	Ret
GU Hayır	330	3,73	0,824		
GK Evet	46	3,97	0,700	0,374	Ret
GK Hayır	330	3,87	0,710		

Tablo 19' a göre YGT, SD, HİYB, GM, GB, GU ve GK faktörlerinin hiç birinde geçmişte işten kaynaklı önemli bir hastalığa sahip olma düzeyine göre farklılaşma yoktur ($p>0,05$). Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir

Tablo 19. İşten kaynaklı önemli bir hastalığa sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P anlamlılık değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Evet	24	3,57	0,975	0,474	Ret
YGT Hayır	352	3,72	0,995		
SD Evet	24	3,43	0,845	0,203	Ret
SD Hayır	352	3,65	0,832		
HİYB Evet	24	3,00	0,988	0,942	Ret
HİYB Hayır	352	2,99	0,923		
GM Evet	24	3,96	0,593	0,089	Ret
GM Hayır	352	4,19	0,649		
GB Evet	24	4,18	0,549	0,904	Ret
GB Hayır	352	4,16	0,598		
GU Evet	24	3,71	0,800	0,813	Ret
GU Hayır	352	3,75	0,821		
GK Evet	24	3,98	0,824	0,481	Ret
GK Hayır	352	3,87	0,701		

Tablo 20 de önemli bir tedavi geçirme durumuna göre farklı katılım derecelerine sahip olan faktör HİYB' dir. HİYB ifadelerine katılım dereceleri açısından Evet diyen bireyler hayır

diyen bireylere göre daha fazla HİYB'si hissetmektedir ($p < 0,05$). YGT, SD, GM, GB, GU ve GK faktörlerinin geçmişte önemli bir tedavi geçirme düzeyine göre farklılaşma yoktur ($p > 0,05$). Bu tabloda H1 hipotezimiz incelenmiştir.

Tablo 20. Önemli bir tedavi geçirme durumuna göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Evet	27	3,73	0,887	0,941	Ret
YGT Hayır	348	3,71	1,000		
SD Evet	27	3,84	0,803	0,192	Ret
SD Hayır	348	3,63	0,830		
HİYB Evet	27	2,62	1,024	0,031	Kabul
HİYB Hayır	348	3,02	0,914		
GM Evet	27	4,05	0,714	0,266	Ret
GM Hayır	348	4,19	0,638		
GB Evet	27	4,22	0,644	0,602	Ret
GB Hayır	348	4,16	0,591		
GU Evet	27	3,64	0,782	0,474	Ret
GU Hayır	348	3,76	0,823		
GK Evet	27	3,91	0,763	0,866	Ret
GK Hayır	348	3,88	0,699		

Tablo 21'e göre YGT, SD, HİYB, GM, GB, GU ve GK faktörlerinin hiç birinde bağımlılık düzeyinde bir alışkanlığa sahip olma düzeyine göre farklılaşma yoktur ($p > 0,05$). Bu tabloda H1 hipotezimiz red veya kabul edilmiştir.

Tablo 21. Bağımlılık düzeyinde bir alışkanlığa sahip olma durumuna göre bağımsız örneklem t testi.

Değişkenler	N	X	Σ	P değeri	H1 Hipotezi Karar
YGT Evet	101	3,69	1,074	0,780	Ret
YGT Hayır	275	3,72	0,964		
SD Evet	101	3,60	0,780	0,617	Ret
SD Hayır	275	3,65	0,853		
HİYB Evet	101	3,11	0,884	0,111	Ret
HİYB Hayır	275	2,94	0,939		
GM Evet	101	4,13	0,605	0,396	Ret
GM Hayır	275	4,19	0,662		
GB Evet	101	4,20	0,514	0,483	Ret
GB Hayır	275	4,15	0,622		
GU Evet	101	3,70	0,856	0,464	Ret
GU Hayır	275	3,77	0,806		
GK Evet	101	3,84	0,665	0,469	Ret
GK Hayır	275	3,90	0,724		

3.8.2 Anova Analizleri

ANOVA, 'faktörler' olarak bilinen bir veya daha fazla kategorik bağımsız değişkenin bağımlı bir değişken üzerindeki etkisini inceler. Veriler homojen dağılmışsa ve uygunsa Anova ile analiz edilir ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlılık tanımlanır (Strasak vd., 2007). Her faktör içinde gruplar bulundurulmalıdır. ANOVA'da hangi grupların birbirinden farklı olduğunu belirlemek için post-hoc testler kullanılır. Bu testler, ANOVA için p değerleri herhangi bir faktörün önemli bir etkisinin veya iki veya daha fazla faktör arasında önemli bir etkileşimin olduğunu gösterdiğinde kullanılır. Birçok farklı türde post-hoc test vardır (Weissgerber vd., 2018). Bu çalışma da Tukey ve Tamhane's post-hoc testleri kullanılmıştır.

Tablo 22 de Anova analiz tablosuna göre faktör boyutlarına katılım dereceleri yaş gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri sadece YGT; HİYB, GB ve GK değişkenlerinde 0,05'ten küçüktür. Yani yaş gruplarına göre YGT, HİYB, GB ve GK boyutlarına katılım farklılık arz etmektedir. 'YGT' ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,5 > 0,038$ olması yaş grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tamhane's testi sonucuna göre, 51-60 yaş grubu bireyler 20-30 ve 31-40 yaş grubundaki bireylere göre daha farklı düşünmektedir. 'HİYB'si' ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyi $0,05 > 0,039$ olması yaş grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, 20 yaş grubundaki bireyler diğer yaş grubundaki bireylere göre daha farklı düşünmektedir. GB'si ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyi $0,05 > 0,002$ olması yaş grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir.

Tablo 22. Yaş faktörüne göre anova analizi tablosu.

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	9,932	4	2,483	2,558	,038
	Within Groups	360,136	371	,971		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	2,980	4	,745	1,074	,369
	Within Groups	257,342	371	,694		
	Total	260,321	375			
HİYBO	Between Groups	8,628	4	2,157	2,557	,039
	Within Groups	312,972	371	,844		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	1,641	4	,410	,980	,419
	Within Groups	155,399	371	,419		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	5,745	4	1,436	4,201	,002
	Within Groups	126,839	371	,342		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	4,553	4	1,138	1,709	,147
	Within Groups	247,006	371	,666		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	5,045	4	1,261	2,554	,039
	Within Groups	183,194	371	,494		
	Total	188,239	375			

Tablo 23 deki Anova analiz tablosuna göre faktör boyutlarına katılım dereceleri eğitim düzeyi gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri YGT, SD, HİYB, GB ve GK değişkenlerinde 0,05'ten küçüktür. Yani eğitim düzeyi gruplarına göre YGT, SD, HİYB, GB ve GK boyutlarına katılım farklılık arz etmektedir. "YGT" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,5 > 0,000$ olması eğitim düzeyi grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tamhane's testi sonucuna göre, Ön lisans mezunu bireyler lisans ve yüksek lisans mezunu bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "SD" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyi $0,05 > 0,000$ eğitim düzeyi kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Ön lisans mezunu bireyler lisans ve yüksek lisans mezunu bireylere göre SD faktöründe farklı düşünmektedir. "HİYB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyi $0,05 > 0,011$ eğitim düzeyi kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tamhane's testi sonucuna göre, Yüksek lisans mezunu bireyler ön lisans mezunu bireylere göre HİYB'si faktöründe daha farklı düşünmektedir. "GB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyi $0,05 > 0,002$ eğitim düzeyi kategorileri arasında düşünce farkı olduğu

anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Ön lisans mezunu bireyler yüksek lisans mezunu bireylere göre GB'si faktöründe daha farklı düşünmektedir. "GK" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyi $0,05 > 0,001$ eğitim düzeyi kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Ön lisans mezunu bireyler lisans mezunu bireylere göre GK faktöründe daha farklı düşünmektedir. GM ve GU faktörlerinde eğitim düzeyi gruplarına göre farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 23. Eğitim düzeyi faktörüne göre anova analizi tablosu.

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	19,064	3	6,355	6,735	,000
	Within Groups	351,004	372	,944		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	19,895	3	6,632	10,261	,000
	Within Groups	240,426	372	,646		
	Total	260,321	375			
HİYBO	Between Groups	9,507	3	3,169	3,777	,011
	Within Groups	312,093	372	,839		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	,900	3	,300	,715	,543
	Within Groups	156,139	372	,420		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	5,135	3	1,712	4,996	,002
	Within Groups	127,450	372	,343		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	4,290	3	1,430	2,152	,093
	Within Groups	247,268	372	,665		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	8,789	3	2,930	6,073	,000
	Within Groups	179,451	372	,482		
	Total	188,239	375			

Tablo 24 deki Anova analizi tablosuna göre faktör boyutlarına katılım dereceleri hastanedeki çalışma süresi faktörü gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri YGT değişkeninde $0,05$ 'ten küçüktür. Yani hastanedeki çalışma süresi faktörü gruplarına göre YGT boyutuna katılım farklılık arz etmektedir. "YGT" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,5 > 0,008$ olması çalışma süresi grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tamhane's testi sonucuna göre, Sağlık kurumunda 21-25 yıl arasında çalışan bireyler 16-20 yıl çalışan bireylere daha farklı düşünmektedir. SD, HİYB'si, GM, GB'si, GU ve GK faktörlerinde çalışma süresi gruplarına göre farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 24. Hastanedeki çalışma süresine göre anova analizi tablosu.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	15,168	5	3,034	3,163	,008
	Within Groups	354,901	370	,959		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	,677	5	,135	,193	,965
	Within Groups	259,644	370	,702		
	Total	260,321	375			
HİYBO	Between Groups	7,495	5	1,499	1,766	,119
	Within Groups	314,105	370	,849		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	2,721	5	,544	1,305	,261
	Within Groups	154,319	370	,417		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	2,330	5	,466	1,324	,253
	Within Groups	130,254	370	,352		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	3,554	5	,711	1,061	,382
	Within Groups	248,004	370	,670		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	4,542	5	,908	1,830	,106
	Within Groups	183,697	370	,496		
	Total	188,239	375			

Tablo 25'deki Anova analiz tablosuna göre faktör boyutlarına katılım dereceleri deneyim süresi faktörü gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri HİYB ve GB değişkenlerinde 0,05'ten küçüktür. Yani deneyim süresi faktörü gruplarına göre HİYB ve GB boyutuna katılım farklılık arz etmektedir. "HİYB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,012$ deneyim süresi grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tamhane's testi sonucuna göre, 0-5 yıl deneyim süresine sahip bireyler ile 16-20 yıl deneyim süresine sahip bireyler arasında düşünce farkları vardır. 6-10 yıl deneyim süre sahip bireyler ile 16-20 yıl deneyim süresine sahip bireyler arasında düşünce farkları vardır. "GB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,031$ deneyim süresi grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Deneyim süresi 21-25 yıl olan bireyler ile 0-5 yıl olan bireyler arasında düşünce farkları vardır. YGT, SD, GM, GU ve GK faktörlerinde deneyim süresi gruplarına göre farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 25. Deneyim süresine göre anova analizi tablosu.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	5,628	5	1,126	1,143	,337
	Within Groups	364,440	370	,985		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	,610	5	,122	,174	,972
	Within Groups	259,711	370	,702		
	Total	260,321	375			
HİYB O	Between Groups	12,470	5	2,494	2,985	,012
	Within Groups	309,131	370	,835		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	2,436	5	,487	1,166	,325
	Within Groups	154,604	370	,418		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	4,315	5	,863	2,490	,031
	Within Groups	128,270	370	,347		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	4,361	5	,872	1,305	,261
	Within Groups	247,198	370	,668		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	2,240	5	,448	,891	,487
	Within Groups	186,000	370	,503		
	Total	188,239	375			

Tablo 26'deki Anova analiz tablosuna göre faktör boyutlarına katılım dereceleri günlük çalışma saati faktörü gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri YGT, SD, HİYB ve GB değişkenlerinde 0,05'ten küçüktür. Yani günlük çalışma saati faktörü gruplarına göre YGT, SD, HİYB ve GB boyutlarına katılım farklılık arz etmektedir. YGT'' ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,001$ günlük çalışma saati kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tamhane's testi sonucuna göre, 9 saatten fazla çalışan bireyler ile 7 saatten az çalışan ve 7-9 saat arası çalışan bireyler arasında düşünce farkları vardır. "SD" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,020$ günlük çalışma saati kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, 7-9 saat arası çalışan bireyler ile 9 saat ve üzeri çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "HİYB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,001$ günlük çalışma saati kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, 9 saat ve üzeri çalışan bireyler ile 7-9 saat arası çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "GB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,038$ günlük çalışma saati kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, 7-9 saat arası çalışan bireyler ile 9 saat ve üzeri çalışan bireylere

göre daha farklı düşünmektedir. GM, GU ve GK faktörlerinde günlük çalışma saati gruplarına göre farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 26. Günlük çalışma saatine göre anova analizi tablosu.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	20,070	2	10,035	10,695	,000
	Within Groups	349,998	373	,938		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	5,433	2	2,717	3,976	,020
	Within Groups	254,888	373	,683		
	Total	260,321	375			
HİYBO	Between Groups	24,639	2	12,319	15,474	,000
	Within Groups	296,961	373	,796		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	1,099	2	,549	1,314	,270
	Within Groups	155,941	373	,418		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	2,302	2	1,151	3,295	,038
	Within Groups	130,283	373	,349		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	,539	2	,269	,400	,670
	Within Groups	251,019	373	,673		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	1,525	2	,762	1,523	,219
	Within Groups	186,715	373	,501		
	Total	188,239	375			

Tablo 27'deki Anova analizi değerlerine göre faktör boyutlarına katılım dereceleri aylık gelir düzeyi faktörü gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri YGT değişkeninde 0,05'ten küçüktür. Yani aylık gelir düzeyi gruplarına göre YGT boyutuna katılım farklılık arz etmektedir. "YGT" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,037$ aylık gelir düzeyi kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, 6000 lira ve altı alan bireyler 9300 ve üzeri maaş alan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. SD, HİYB'si, GM, GB'si, GU ve GK faktörlerinde aylık gelir düzeyi gruplarına göre farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 27. Aylık gelir düzeyine göre anova analizi tablosu

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	10,018	4	2,505	2,581	0,037
	Within Groups	360,050	371	0,970		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	5,085	4	1,271	1,848	0,119
	Within Groups	255,237	371	0,688		
	Total	260,321	375			
HİYBO	Between Groups	4,865	4	1,216	1,425	0,225
	Within Groups	316,736	371	0,854		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	2,305	4	0,576	1,382	0,240
	Within Groups	154,735	371	0,417		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	2,575	4	0,644	1,837	0,121
	Within Groups	130,010	371	0,350		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	1,495	4	0,374	0,554	0,696
	Within Groups	250,063	371	0,674		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	3,307	4	0,827	1,659	0,159
	Within Groups	184,932	371	0,498		
	Total	188,239	375			

Tablo 28'deki Anova analizi değerlerine göre faktör boyutlarına katılım dereceleri faaliyet alanı faktörü gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri YGT ve GB değişkeninde 0,05'ten küçüktür. Yani faaliyet alanı gruplarına göre YGT ve GB boyutlarına katılım farklılık arz etmektedir. "YGT" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,011$ faaliyet alanı kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tamhane's testi sonuna göre, Poliklinikler de çalışan bireyler servisler de çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "GB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,012$ faaliyet alanı kategorileri arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Diğer birimler de çalışan bireyler servisler de çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. SD, HİYB'si, GM, GU ve GK faktörlerinde faaliyet alanı gruplarına göre farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 28. Faaliyet alanına göre anova analizi tablosu.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	10,850	3	3,617	3,745	,011
	Within Groups	359,218	372	,966		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	4,609	3	1,536	2,235	,084
	Within Groups	255,712	372	,687		
	Total	260,321	375			
HİYBO	Between Groups	5,482	3	1,827	2,150	,094
	Within Groups	316,118	372	,850		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	1,250	3	,417	,995	,395
	Within Groups	155,790	372	,419		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	3,837	3	1,279	3,695	,012
	Within Groups	128,748	372	,346		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	2,869	3	,956	1,430	,234
	Within Groups	248,690	372	,669		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	1,618	3	,539	1,075	,360
	Within Groups	186,622	372	,502		
	Total	188,239	375			

Tablo 29'deki Anova analizi değerlerine göre faktör boyutlarına katılım dereceleri çalışılan bölüm faktörü gruplarına göre değişmekte midir sorusuna cevap aranmıştır. Bu açıdan bakıldığında p değeri YGT, SD, GM, GB, GU VE GK değişkeninde 0,05'ten küçüktür. Yani çalışılan bölüm gruplarına göre YGT, SD, GM, GB, GU VE GK boyutlarına katılım farklılık arz etmektedir. "YGT" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,008$ çalıştığı bölüm grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Genel cerrahi biriminde çalışan bireyler acil servis de çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "SD" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,011$ çalıştığı bölüm grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Ameliyathane, genel cerrahi ve diğer birimler de çalışan bireyler acil serviste çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "GM" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,029$ çalıştığı bölüm grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Ameliyathane çalışan bireyler ile nöroloji biriminde çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "GB'si" ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,004$ çalıştığı bölüm grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Genel cerrahide çalışan bireyler acil servis de çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. "GU"

ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,001$ çalıştığı bölüm grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Ameliyathane de çalışan bireyler ile acil servis ve dahiliye biriminde çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. Genel cerrahi de çalışan bireyler ile dahiliye biriminde çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir. “GK” ifadesine verilen cevapların anlamlılık düzeyinin $0,05 > 0,003$ çalıştığı bölüm grupları arasında düşünce farkı olduğu anlamına gelmektedir. Tukey testi sonucuna göre, Diğer birimlerde çalışan bireyler dahiliye biriminde çalışan bireylere göre daha farklı düşünmektedir.

Tablo 29. Çalışılan bölüme göre anova analizi tablosu.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
YGT0	Between Groups	15,341	5	3,068	3,200	,008
	Within Groups	354,727	370	,959		
	Total	370,068	375			
SDO	Between Groups	10,247	5	2,049	3,032	,011
	Within Groups	250,074	370	,676		
	Total	260,321	375			
HİYBO	Between Groups	8,038	5	1,608	1,897	,094
	Within Groups	313,562	370	,847		
	Total	321,600	375			
GMO	Between Groups	5,176	5	1,035	2,522	,029
	Within Groups	151,864	370	,410		
	Total	157,040	375			
GBO	Between Groups	5,981	5	1,196	3,496	,004
	Within Groups	126,604	370	,342		
	Total	132,585	375			
GUO	Between Groups	13,373	5	2,675	4,155	,001
	Within Groups	238,186	370	,644		
	Total	251,558	375			
GKO	Between Groups	8,867	5	1,773	3,658	,003
	Within Groups	179,372	370	,485		
	Total	188,239	375			

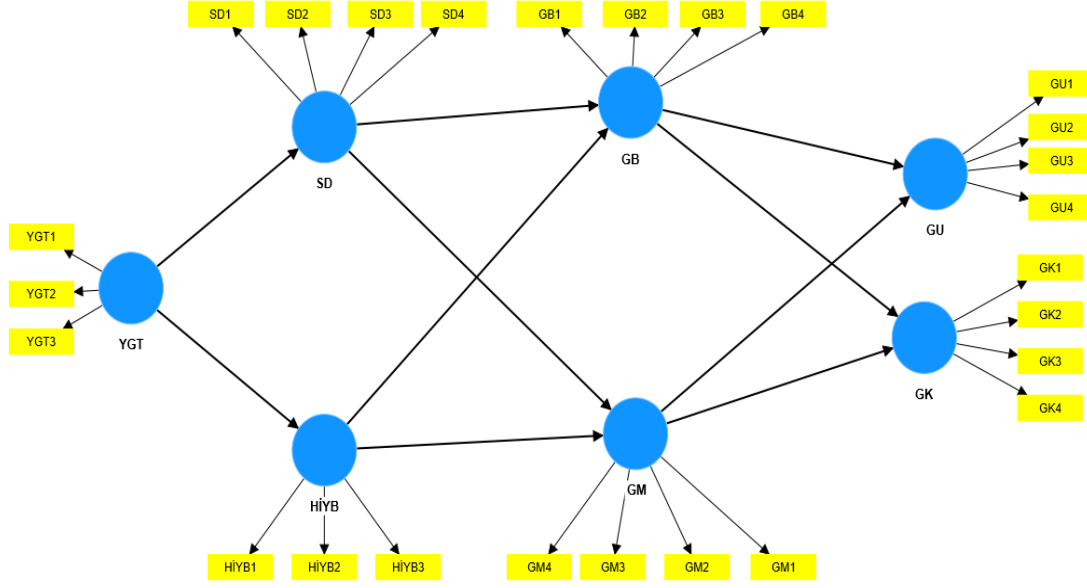
3.9. SMART PLS İle Yapısal Eşitlik Modeli

SmartPLS özellikle normal dağılıma sahip olmayan küçük örneklem grupları ve birden fazla bağımlı değişkene sahip olan modellerin analizi için tercih edilmesi gereken bir yöntemdir. Ayrıca ileri sürülen yeni davranış kalıpları arasındaki ilişkiyi açıklamaya yöneliktir (Dülgeroğlu ve Başol, 2017, s. 296). SmartPLS, Kısmi En Küçük Kareler Yapısal Eşitlik Modellemesi (PLS-SEM) için önde gelen yazılım uygulamalarından biridir (Ken ve Kay, 2013, s. 2). Madde güvenilirlik değerlerinin 0,40’ın üzerinde olması, ayrıca yapı güvenilirlik

değerlerinin de 0,50'den büyük olması beklenmektedir (Peterson ve Kim, 2013, s. 197). Çıkarılan ortalama varyans değerleri (AVE) 0,50'in üzerinde olmalıdır (Fornell ve Larcker, 1981).

Şekil 2'deki model SmartPLS'de yapısal eşitlik analiziyle yapılmıştır. YGT'nin sorularının faktör yükleri 0,40'ın üzerindedir. AVE değerleri de 0,50'in üzerinde olduğu için hiçbir soru çıkarma işlemi yapılmamıştır. SD boyutu sorularının faktör yükleri 0,40'ın üzerindedir. AVE değerleri de 0,50'in üzerinde olduğu için hiçbir soru çıkarma işlemi yapılmamıştır. GB'si boyutunun 1. Sorusu (GB1) faktör yükü 0,40'ın altında olup AVE değeri de $0,487 < 0,50$ olduğu için modelden çıkarılmıştır. HİYB'si boyutunun 1. Sorusunun (HİYB1) faktör yükü 0,40'ın altında olup AVE $0,50 > 0,492$ olduğu için modelden çıkarılmıştır. GK boyutunun sorularının faktör yükleri 0,40'ın üzerindedir AVE değerleri 0,50'in üzerinde olduğu için hiçbir soru çıkarma işlemi yapılmamıştır.

GM boyutunun 3. Sorusu (Gm3) faktör yükü 0,40'ın altında olduğu için çıkarılmıştır. GM boyutunun 4. Sorusu faktör yükü olarak 0,40'ın üzerindedir ancak AVE değerleri $0,50 > 0,404$ altında olduğu için çıkarılmıştır. GM 1.sorusuda faktör yükü olarak 0,40'ın üzerindedir ancak AVE değerleri $0,50 > 0,404$ altında olduğu için çıkarılmıştır. Çıkarılan sorulardan sonra boyutu temsil eden soru sayısı 2'in altında olduğu için GM sorusu kalmadığı için boyut olarak modelden çıkarılmıştır. GU boyutunu 2. Sorusu faktör yükü 0,40'ın altında olduğu için modelden çıkarılmıştır. GU boyutunun 1 ve 3. Sorusunun faktör yükleri 0,40'ın üstünde olmasına rağmen AVE değerleri $0,50 > 0,321$ olduğu için çıkarılmıştır. Modelde GU boyutunu temsil eden 1 soru kaldığı için boyut olarak modelden çıkarılmıştır. Bütün bu aşamalardan sonra analiz bir daha yapılarak geçerlilik ve güvenilirliği aşan bütün boyutlar ile model geçerliliği aşamasına geçilmiştir. Çıkarma işlemleri tablo 30'daki verilere göre yapılmıştır.



Şekil 2. Araştırma modeli

AVE ve faktör yükleri değerleri belirtilen eşiği geçtiği için birleşme geçerliliği ve güvenilirliği vardır. PLS yönteminde C. Alpha değerinin ve birleşik güvenilirlik (Composite Reliability; CR) 0,60'ın üzerinde olmasını iç tutarlılık ve güvenilirlik için yeterli görülmektedir (Pretorius vd., 2021). Zaten program eşik değeri aşmayan bütün değerleri kırmızı ile işaretlemektedir. Eşik değeri geçen bütün değerler ise yeşil renkle gösterilmektedir. Tablo 30 ve 31'deki veriler ışığında yorumlamalar yapılmıştır.

Tablo 30. Güvenilirlik ve geçerlilik tablosu ilk hali.

	Cronbach's alpha	Composite reliability (rho_a)	Composite reliability (rho_c)	Average variance extracted (AVE)
GB	0,789	0,794	0,791	0,487
GK	0,821	0,836	0,818	0,536
GM	0,640	0,690	0,662	0,404
GU	0,651	0,675	0,638	0,321
HIYB	0,695	0,856	0,682	0,492
SD	0,850	0,862	0,852	0,592
YGT	0,924	0,924	0,924	0,801

Tablo 31. Soru çıkarma işlemi yapıldıktan sonra oluşan Güvenilirlik ve geçerlilik tablosu.

	Cronbach's alpha	Composite reliability (rho_a)	Composite reliability (rho_c)	Average variance extracted (AVE)
GB	0,808	0,809	0,806	0,582
GK	0,821	0,874	0,818	0,546
HİYB	0,801	0,810	0,804	0,674
SD	0,850	0,863	0,852	0,593
YGT	0,924	0,924	0,924	0,801

3.9.1 Ayrışma Geçerliliği

Ayrışma geçerliliği için çapraz yükler tablosu analizi, Fornel Larcker Kriteri ve HTMT oranı yöntemlerine başvurulmuştur. İlk yapılan analiz çapraz yükler tablosu analizidir. Boyutların çapraz yükler tablosuna her indikatör en büyük değerini kendi değişkeninde almıştır ve faktör yükleri arasında 0,1'den fazla değer farkı vardır. Sonuç olarak boyutların alt ifadeleri veya sorularda binişiklik yoktur. Değerler tablo 32' de verilmiştir.

Tablo 32. Çapraz yükler analizi tablosu.

	GB	GK	GYK	HİYB	SD
GB2	0.763	0.300	0.382	-0.225	0.300
GB3	0.713	0.278	0.205	-0.194	0.636
GB4	0.809	0.349	0.198	-0.218	0.637
GK1	0.275	0.628	0.117	-0.176	0.638
GK2	0.334	0.797	0.124	-0.242	0.639
GK3	0.215	0.459	0.176	-0.111	0.640
GK4	0.361	0.972	0.235	-0.356	0.641
GYK1	0.334	0.224	0.888	-0.374	0.642
GYK2	0.303	0.179	0.892	-0.389	0.643
GYK3	0.283	0.189	0.905	-0.369	0.644
HİYB2	-0.197	-0.267	-0.319	0.769	0.645
HİYB3	-0.258	-0.260	-0.371	0.870	0.646
SD1	0.296	0.373	0.394	-0.405	0.647
SD2	0.353	0.416	0.481	-0.362	0.648
SD3	0.302	0.405	0.435	-0.374	0.649
SD4	0.241	0.350	0.362	-0.287	0.650

Tablo 33'deki verilere göre Çıkarılan ortalama varyans değerleri (AVE) 0,50'in üzerinde olmalıdır (Fornell ve Larcker, 1981). Boyutların Fornell Lacker değerleri görülmektedir. AVE değerlerinin karekökü kendi satır ve sütunlarından en büyük olmalıdır. Yani Fornell ve Lackere göre ayrışma geçerliliği vardır.

Tablo 33. Fornell Larcker Kriteri.

	GB	GK	GYK	HİYB	SD
GB	0.763				
GK	0.407	0.739			
GYK	0.342	0.220	0.895		
HİYB	-0.279	-0.320	-0.422	0.821	
SD	0.390	0.502	0.546	-0.464	0.770

HTMT kriteri, göstergelerin yapılar arasındaki ortalama korelasyonlarını ölçer. Ayırt edici geçerlilik seviyelerinin 0,85 veya 0,90'ın altında olmamasına dikkat edilmelidir (Henseler vd., 2015). Veriler tablo 34' de verilmiştir. Katsayılara baktığımız zaman tüm değerler 0,85'in altında olduğu için HTMT tablosuna göre ayırışma geçerliliği vardır.

Tablo 34. Heterotrait-Monotrait Oranı.

	GB	GK	GYK	HİYB	SD
GB					
GK	0.404				
YGT	0.343	0.223			
HİYB	0.277	0.304	0.422		
SD	0.389	0.504	0.546	0.469	

Tablo 35'deki verilere göre değişkenler arasındaki VIF (Variance Inflation Factor) değerleri incelendiğinde, değerlerin eşik değer olan 5'in altında olması nedeniyle değişkenler arasında doğrusallık problemi olmadığı anlaşılmıştır (Hair vd., 2014).

Tablo 35. Doğrusallık İstatistikleri (VIF)

	GB	GK	HİYB	SD	YGT
GB		1,084			
GK					
HİYB	1,274	1,084			
SD	1,274				
YGT			1,000	1,000	

Tablo36'ı incelediğimizde PATH modeline baktığımız zaman %95 güven aralığında p değeri 0,05'ten küçükse bileşenler arasındaki yol istatistiksel açıdan anlamlıdır. Tabloya göre sadece HİYB'si ile GB'si faktörü arasındaki ilişkiyel yolda p değeri =0,083>0,05 olduğu için anlamsızlık vardır. t değerlerine bakıldığında $\pm 1,960$ arasındaysa hipotez reddedilir. T değerleri 1,960 dan büyük olmalıdır (Ken ve Kay, 2013). Tabloya göre sadece HİYB'si

ile GB'si faktörü arasındaki t değeri 1,734 olduğu ve $\pm 1,960$ arasında olduğu hipotez red edilmiştir.

Tablo 36. Boyutlar arasındaki yol ilişkisi katsayısı.

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
GB -> GK	0.345	0.349	0.070	4.896	0.000
HİYB -> GB	-0.124	-0.127	0.072	1.734	0.083
HİYB -> GK	-0.224	-0.224	0.072	3.128	0.002
SD -> GB	0.333	0.333	0.069	4.832	0.000
YGT -> HİYB	-0.422	-0.421	0.050	8.359	0.000
YGT -> SD	0.546	0.547	0.044	12.471	0.000

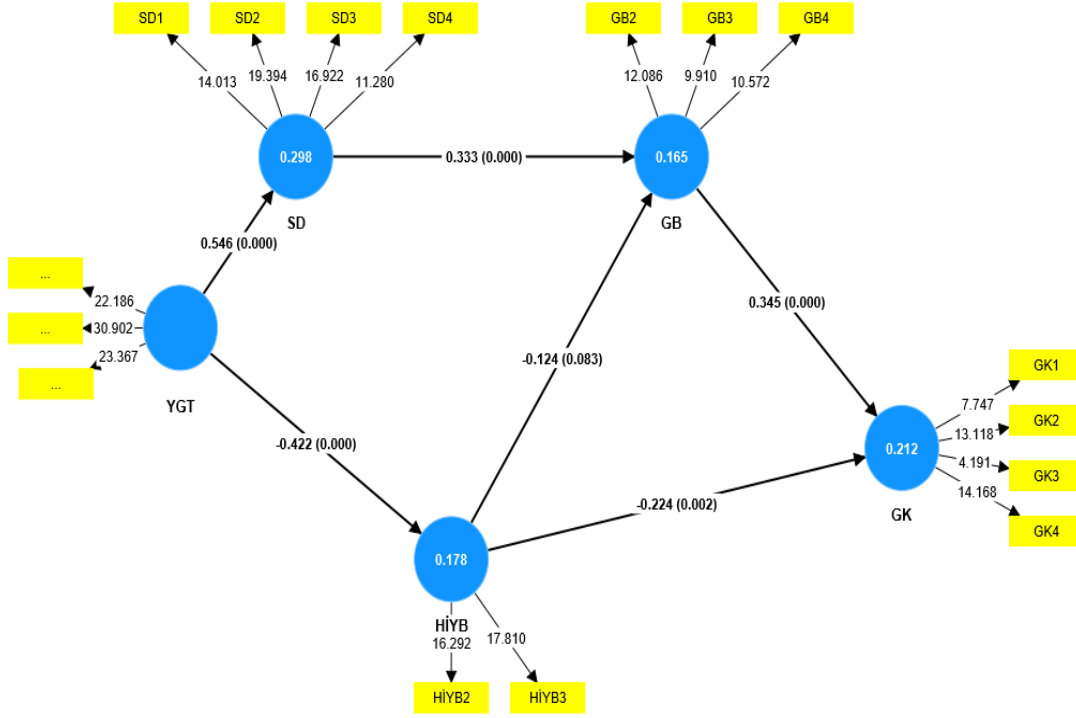
Bileşenlerin kendi grupları arasındaki ilişkilere bakıldığında p değerleri 0,05'in altında olduğu için anlamlıdır. T değerleri $\pm 1,960$ değerleri arasında olmadığı için hipotezler reddedilmez. Tablo 37'deki verilere göre incelenmiştir.

Tablo 37. Boyutların bileşenleri arasındaki yol ilişkisi tablosu.

Sütun1	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
GB2 <- GB	0.763	0.763	0.062	12.289	0.000
GB3 <- GB	0.713	0.715	0.071	10.056	0.000
GB4 <- GB	0.809	0.810	0.077	10.511	0.000
GK1 <- GK	0.628	0.625	0.081	7.707	0.000
GK2 <- GK	0.797	0.791	0.061	12.976	0.000
GK3 <- GK	0.459	0.456	0.111	4.118	0.000
GK4 <- GK	0.972	0.964	0.065	15.006	0.000
YGT1 <- YGT	0.888	0.890	0.040	22.186	0.000
YGT2 <- YGT	0.892	0.890	0.029	30.901	0.000
YGT3 <- YGT	0.905	0.904	0.039	23.367	0.000
HİYB2 <- HİYB	0.769	0.770	0.047	16.311	0.000
HİYB3 <- HİYB	0.870	0.871	0.049	17.830	0.000
SD1 <- SD	0.733	0.733	0.052	14.011	0.000
SD2 <- SD	0.888	0.888	0.046	19.398	0.000
SD3 <- SD	0.790	0.789	0.047	16.924	0.000
SD4 <- SD	0.650	0.647	0.058	11.265	0.000

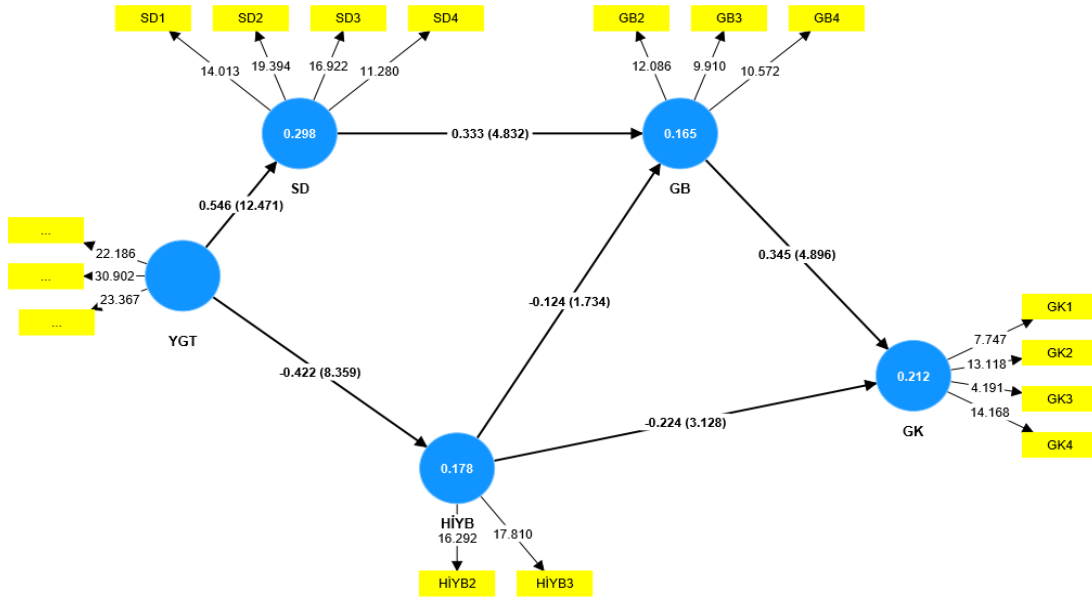
Şekil 3'e göre Boyutların diğer modellerle olan ilişkisinde (inner model de) YGT 'nin SD üzerindeki etkisi pozitif yönlü 0,546 ve p değeri $0,000 < 0,05$ olduğu için anlamlıdır. YGT'nin

HİYB'si üzerindeki etkisi negatif yönlü $-0,422$ ve p değeri $0,000 < 0,05$ olduğu için anlamlıdır. HİYB'nin GK üzerindeki etkisi negatif yönlü $-0,224$ ve p değeri $0,0002 < 0,05$ olduğu için anlamlıdır. HİYB'nin GB üzerindeki etkisi negatif yönlü $-0,124$ ve p değeri $0,083 > 0,05$ olduğu için anlamlı bir etkisi yoktur. GB'nin GK üzerindeki etkisi pozitif yönlü $0,345$ ve p değeri $0,0000 < 0,05$ olduğu için anlamlıdır.



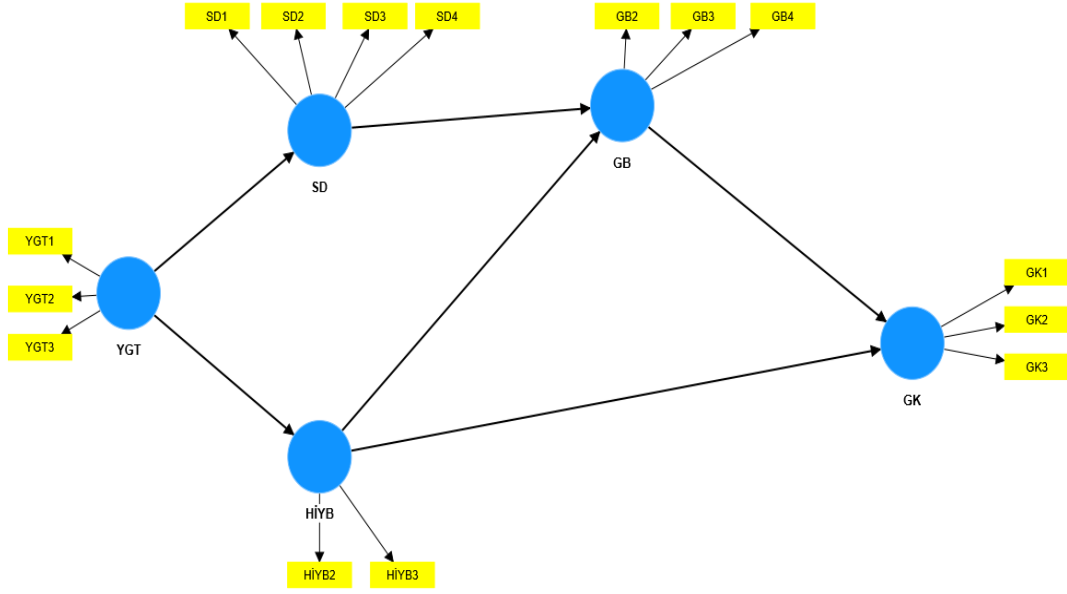
Şekil 3. Inner model ve p değerleri

Şekil 4'e göre Boyutların kendi faktörleriyle olan ilişkilerinde (Outer modelde) t değerleri $\pm 1,960$ arasında değilse anlamlı olarak kabul edilmektedir. YGT boyutları kendi içerisinde çift taraflı değerlendirildiğinde değerler belirtilen aralıklar arasında olmadığı için anlamlıdır. HİYB'nin boyutları kendi içerisinde çift taraflı değerlendirildiğinde değerler belirtilen aralıklar arasında olmadığı için anlamlıdır. SD boyutları kendi içerisinde çift taraflı değerlendirildiğinde değerler belirtilen aralıklar arasında olmadığı için anlamlıdır. Sosyal bilgisi boyutları kendi içerisinde çift taraflı değerlendirildiğinde değerler belirtilen aralıklar arasında olmadığı için anlamlıdır. Sosyal katılımı boyutları kendi içerisinde çift taraflı değerlendirildiğinde değerler belirtilen aralıklar arasında olmadığı için anlamlıdır.



Şekil 4. Outer model T değerleri

HIYB'nin 1.sorusu(HIYB1) faktör yükü 0,40'ın altında olduğu için modelden çıkarılmıştır. GB'nin 1. Sorusu (GB1) faktör yükü 0,40'ın altında olduğu için modelden çıkarılmıştır. GM'nin 3. Sorusu (GM3) faktör yükü 0,40'ın altında olduğu çıkarılmıştır. GM'nin 4.sorusu ve 1. Sorusu faktör yükü 0,40'ın üzerinde olmasına rağmen bu boyutun AVE değeri 0,50 in altında kaldığı için çıkarılmıştır. Bu boyutu temsil eden sadece bir soru kaldığı için boyut olarak modelden çıkarılmıştır. GU boyutunu 2. Sorusu faktör yükü 0,40'ın altında olduğu için modelden çıkarılmıştır. GU boyutunun 1 ve 3. Sorusunun faktör yükleri 0,40'ın üstünde olmasına rağmen AVE değerleri $0,50 > 0,321$ olduğu için çıkarılmıştır. Modelde GU boyutunu temsil eden 1 soru kaldığı için boyut olarak modelden çıkarılmıştır. Bu sorular ve boyutlar ana modelden çıkarılınca nihai modelimiz ortaya çıkmıştır. Oluşan model şekil 5' de gösterilmiştir.



Şekil 5. Nihai Araştırma Modeli

4.TARTIŞMA

Analizlerimiz sonucunda elde edilen bulgulara göre YGT'nin hasta güvenliği faktörlerine katılımı ve uyumluluğu arttırdığı ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalar da Gershon vd., (2000) yaptığı çalışmaya göre hemşirelerin yönetim bağlılığına ilişkin algılarının ve kan yoluyla bulaşan bir patojen güvenlik programının olması vakalara maruz kalmayı azalttığı ortaya çıkmıştır. Bunun sonucunda hemşireler de YGT'nin GU'yu arttırdığı sonucu da ortaya çıkmıştır. Sağlık sektöründe yönetimin taahhüt ve prosedür geliştirmesinin GK'yı arttırdığı ortaya çıkmıştır (Davis, 2023). Sağlık sektöründe yapılan Vinodkumar ve Bhasi, (2010), Liu vd., (2015) ve Yıldız, (2020) çalışmalarındaki bulgulara göre de algılanan güvenlik yönetim taahhüdü ile güvenlik katılımı ve güvenlik uyumluluğu arasında olumlu bir etki olduğu ortaya çıkmıştır. Farklı sektörler incelendiğinde otelcilik sektöründe Zhang, (2020) çalışmasının bulgularına göre güvenlik yönetim taahhüdünün bileşeni olan güvenlik liderliğinin güvenlik davranışlarını yani güvenlik katılımı ve uyumluluğunu olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Sonuçlara göre YGT' nin GK ve GU'yu olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır ve hipotezimiz doğrulanmıştır.

Analizlerimiz sonucunda Güvenlik bilgisi faktörünün güvenlik katılımı ve uyumluluğu faktörlerine olumlu ve anlamlı bir şekilde arttırdığı sonucuna varılmıştır. Konuyla ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde Hwang'ın (2021), Karadal, (2019), ve Basahel, (2021) çalışmalarının sonuçları da güvenlik bilgisi faktörünün doğrudan güvenlik katılımı ve uyumluluğu faktörlerini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Sukamani vd., (2021) ile Akdamar ve A. C. A, (2022) çalışmalarında ise çalışanlara güvenlikle ilgili eğitimler verilmesinin güvenlik katılımını ve uyumluluğunu arttırdığı görülmüştür. Yani güvenlik eğitimiyle bilgi seviyesi yükseltilip dolaylı bir ilişki kurulmak istenmiştir. Sonuçlara göre GB'nin GK ve GU'yu olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır ve hipotezimiz doğrulanmıştır.

Analizlerimiz sonucunda sosyal destek faktörünün güvenlik katılımı ve uyumluluğunu olumlu ve anlamlı bir şekilde etkilediği sonucuna varılmıştır. Yapılan diğer çalışmaların bulguları incelendiğinde Sampson vd., (2014) makalesinde sosyal desteğin güvenlik katılımı ve uyumluluğunu olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Hatta etkilenme

derecelerine bakıldığında sosyal desteğin güvenlik katılımını güvenlik uyumluluğuna göre daha yüksek bir derece de etkilediği ortaya çıkmıştır. Turner vd., (2012) çalışmasında da sosyal desteğin doğrudan olumlu bir şekilde GK'yı ve GU'yu arttırdığı görülmektedir. Guo vd., (2016) yılında inşaat sektöründe yaptığı çalışmada ise sosyal desteğin hem dolaylı hem de doğrudan bir şekilde GK ve GU'yu etkilediği görülmüştür. Sonuçlara göre SD'nin GK ve GU'yu olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır ve hipotezimiz doğrulanmıştır.

Analizlerimiz sonucunda güvenlik motivasyonu faktörünün GK ve GU'yu olumlu ve anlamlı bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan diğer çalışmaların bulguları incelendiğinde Basahel, (2021), Neal ve Griffin, (2002) ve Mousavi vd., (2017) makalelerinde GM'nin GK ve GU olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. İnşaat sektörünü inceleyen Guo vd., (2016) makalesinde de GM'nin GK'yı ve GU'yu arttırdığı sonucuna varılmıştır. Sonuçlara göre GM'nin GK ve GU'yu olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır ve hipotezimiz doğrulanmıştır.

Analizlerimiz sonucunda (HİYB) faktörünün GK'yı ve GU'yu negatif olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmaların bulguları incelendiğinde Guo vd., (2016) makalesinde de HİYB'nin GK'yı ve GU'yu negatif etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Vaismoradi vd., (2020) makalesinde de hemşirelerde iş yükünün ve baskısının arttığı ortamlarda güvenlik davranışlarına daha az önem verdikleri görülmüştür. Yani hızlı iş yapma baskısının artması GU ve GK faktörlerinin negatif yönlü olarak etkilemektedir. Aydın ve Barın, (2020) güvenlik görevlileri üzerinde yaptığı çalışmalar da iş baskısının güvenlik davranışlarını yani GK'yı ve GU'yu negatif olarak etkilemektedir. Sonuçlara göre HİYB'nin GK ve GU'yu negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır ve hipotezimiz doğrulanmıştır.

Analizlerimiz sonucunda GK faktörünün GU'yu olumlu olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmaların bulguları incelendiğinde Hwang vd., (2021) çalışmasında GK faktörünün GU'yu dolaylı olarak olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. GK faktörü bilgi farkındalığını olumlu etkilemekte, bilgi farkındalığı da güvenlik uyumluluğunu olumlu etkilemektedir. Wang vd., (2021) Çin de yaptığı çalışma da GK'nın GU'yu doğrudan olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Aynı makale de GK'nın iş yeterliliği aracılığıyla dolaylı olarak ta GU'yu etkilemektedir. Mirza vd., (2022) çalışmasında psikolojik açıdan güvenlik iklimini sağlamak için personelin güvenliğe aktif katılmasını sağlayarak güvenlik davranışlarını yani güvenlik uyumluluğunu olumlu etkilemektedir. GK faktörünün psikolojik güçlendirmeler aracılığıyla GU niyetini olumlu etkilediğini bulmuştur (Dhillon

vd., 2020). Analizlerimiz sonucunda GU faktörünün GK'yı olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmalar incelendiğinde (Bandura, 1997) makalesinde öz yeterlilik gibi faktörler aracılığıyla pozitif güvenlik uyumluluğu davranışına yönelik tutumlar GK'yı olumlu yönde etkilemektedir. Sonuçlara göre GK'nın ve GU'yu olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Diğer yönden baktığımızda GU'nun GK'yı olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır ve hipotezlerimiz doğrulanmıştır.



5 SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Bu makalede İzmir ilinde sağlık kurumlarında çalışan bireylerin HG davranışlarını tahmin etme ve HG uygulamalarına önem verip vermediklerini belirlemeyi amaçlayan 26 değişken sorusu faktör analiziyle incelenmektedir. Bu 26 değişken faktör analizi sonucunda 8 boyuta indirgenmiştir. Bu boyutlar Yönetim güvenlik taahhüdü, Sosyal destek, Hızlı iş yapma baskısı, Güvenlik motivasyonu, Güvenlik bilgisi, Güvenlik uyumluluğu ve Güvenlik katılımıdır. GM boyutu iki boyuta ayrılmıştır. Bunlar keyifler ve değerler boyutu ile hisler boyutudur. HG uygulamalarına katılma dereceleri bu boyutlar aracılığıyla belirlenmiştir. Bu boyutlar arasındaki farklılıkları incelerken, çoklu gruplar için Anova analizi, ikili gruplar için t testi kullanılmıştır. Anova testinde grupların birbirine göre farklılıklarını belirlemek için Tukey ve Tamphane's testleri kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler, oluşturulan 8 boyut ve bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, faaliyet alanı, hastanedeki çalışma süresi, deneyim süresi, günlük çalışma saati, çalıştığı bölüm, çalışma düzeni, aylık gelir düzeyi, düzenli sağlık kontrolünden geçme, meslek hastalığına sahip olma, geçmişte önemli bir hastalığa sahip olma, geçmişte işten kaynaklı bir hastalığa sahip olma, tedavi görme ve bağımlılık düzeyin de alışkanlığa sahip olma analizleri SPSS yardımıyla analiz edilmiştir.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, cinsiyete göre farklılık olup olmadığı t testi ile belirlenmiştir. YGT, SD, GB ve GU anketi cevaplayan bireylerde cinsiyete göre farklılaşma olmadığı bulunmuştur. HİYB de erkekler kadınlara göre, GM ve GK faktörlerinde ise kadınlar erkeklere göre daha fazla önem vermektedir.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, medeni duruma göre farklılık olup olmadığı t testi ile belirlenmiştir. GB faktöründe evli bireyler kadınlara göre daha fazla önem vermektedir. Diğer faktörler de medeni duruma göre farklılaşma bulunmamaktadır.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, çalışma düzenine göre farklılık olup olmadığı t testi ile belirlenmiştir. YGT, SD, GB ve GK sadece mesaili

çalışan bireyler daha fazla önem vermekte iken HİYB faktörüne mesai ve nöbetli çalışan bireyler daha fazla önem vermektedir. GM ve GU faktörlerinde farklılık düzeyi yoktur.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, düzenli sağlık kontrolüne göre farklılık olup olmadığı t testi ile belirlenmiştir. YGT, GB ve GU faktörlerine sağlık kontrolünden geçenler daha fazla önem vermektedir.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, meslek hastalığına göre farklılık olup olmadığı t testi ile belirlenmiştir. Faktörler de bu değişkene göre farklılaşma yoktur. Geçmişte önemli bir hastalığa sahip olma bileşeninde de faktörler üzerinde bir farklılaşma yoktur. Geçmişte işten kaynaklı önemli bir hastalığa sahip olma bileşeninde de faktörler üzerinde bir farklılaşma yoktur. Bağımlılık düzeyinde alışkanlığa sahip olma düzeyine göre faktörlerde farklılaşma yoktur.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, tedavi görme durumuna göre farklılık olup olmadığı t testi ile belirlenmiştir. HİYB faktöründe tedavi gören bireyler diğer bireylere göre daha farklı düşünmektedir. Diğer faktörler de farklılaşma yoktur.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, yaş grubuna göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre YGT, HİYB, GB ve GK boyutlarına katılım farklılık vardır. SD, GM ve GU faktörlerinde istatistiksel açıdan farklılık tespit edilememiştir.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, eğitim düzeyine göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre YGT, SD, HİYB, GB ve GK boyutlarına katılımda farklılık vardır. GM ve GU boyutlarında eğitim düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde, çalışma süresine göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. Çalışma süresinde YGT boyutuna katılımda farklılık vardır. SD, HİYB, GM, GB, GU, GK boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde deneyim süresine göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. Deneyim süresine göre HİYB ve GB faktörlerinde farklılık vardır. YGT, SD, GM, GK ve GU boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur.

Ankete katılan sağlık alışanlarının HG faktörlerine katılım düzeylerinde günlük çalışma saatine göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. YGT, SD, HİYB ve GB değişkenlerinde günlük çalışma saatine göre farklılaşma vardır. GM, GU ve GK boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur.

Ankete katılan sağlık alışanlarının HG faktörlerine katılım, aylık gelir düzeyine göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. YGT boyutuna katılım aylık gelir düzeyine göre farklılaşma vardır. SD, HİYB, GM, GB, GK ve GU boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur.

Ankete katılan sağlık alışanlarının HG faktörlerine katılım, faaliyet alanına göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. YGT ve GB boyutlarına katılımında faaliyet alanına göre farklılaşma yoktur. SD, HİYB, GM, GU ve GK boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur.

Ankete katılan sağlık alışanlarının HG faktörlerine katılım, çalışılan bölüme göre farklılık olup olmadığı Anova testi ile belirlenmiştir. YGT, SD, GM, GB, GU VE GK boyutlarına katılımında çalışılan bölüme göre farklılaşma vardır. HİYB boyutunda istatistiksel açıdan anlamlılık yoktur.

Korelasyon analizi sonucuna bakıldığında bileşenlerin birbirleriyle arasındaki ilişki düzeyi incelenmiştir. Sadece HİYB'si değişkeni diğer değişkenlerle negatif yönlü bir ilişki oluşturmaktadır. Diğer değişkenler birbirleri ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

Bağımlı ve bağımsız faktör arasında regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda bağımsız değişkenler GK bağımlı değişkeninin % 54,4'lk kısmını açıklamıştır. SD, GM, GK ve GU değişkenleri GK bağımlı değişkenini olumlu yönde anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Bağımsız değişkenler GU bağımlı değişkeninin % 40,4'n açıklamaktadır. YGT, GB, GK değişkenleri GU olumlu yönde anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

Analize katılan sağlık kurumu personellerinin demografik yapısını belirlemek için frekans analizi yapılmıştır. ıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir. Ankete katılan bireylerin çoğunluğu kadınlardır. Bu oran % 66,5'tir. Personelin çoğunluğu evlidir. Bu oran %58'dir. Eğitim düzeylerine bakıldığında % 48,4 ile lisans mezunu çoğunluğu oluşturmaktadır.

Yaş açısından incelediğimizde 20-30 yaş arası bireylerin katılım oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu oran %36,2'dir. Ankete katılan bireylerin çoğu servis birimlerinde çalışan personellerdir. Bu oran %42,6'dır. Deneyim süresi oranları birbirine yakındır ancak

0-5 yıl arası deneyim süresine (% 34,6) sahip olanlar daha fazladır. Hastane de çalışma süresi de 0-5 yıl arası % 41,8 ile çoğunluğa sahiptir.

Gelir düzeyi kategorisinde ise 9300 TL ve üzeri alan bireylerin oranı %83,0'dır. Günlük çalışma saati 7-9 saat arası çalışan bireyler % 79,5 ve sadece mesaili çalışan bireyler ise % 56,9 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Ankete katılan personellerden %54,5'i düzenli olarak sağlık kontrolünden geçmektedir.

Hastalık ve tedavi düzeyinde incelediğimizde personelin %87,8 oranla meslek hastalığına ve geçmişte önemli bir hastalığa sahip değildir. %93,6'sı işten kaynaklı bir hastalığa sahip değildir. %92,2 ise herhangi bir nedenden dolayı tedavi görmemektedir. Ankete katılan bireylerin % 73,1'i bağımlılık düzeyinde bir alışkanlığa (sigara, alkol, kahve vb.) sahiptir.

5.2. ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında çalışanların güvenlik katılımını arttırmak için yöneticiler çalışanların üzerindeki hızlı iş yapma baskısını ortadan kaldırmalıdır. Bu konuyla ilgili gelişen son teknolojik teçhizatlar kullanılmalıdır. Sağlık kurumu yöneticileri personelde iş yoğunluğundan ve zamandan kaynaklı baskıyı kaldırmak için plan ve programlar belirlemelidir. Sağlık sektöründe iş baskısı çoğu zaman personel eksikliğinden de kaynaklanmaktadır. Sağlık sektörü yasal düzenleyicileri kurumlar da personel eksikliği gidermek için iş gücü istihdamı planlamaları yapmalıdır. Personele uygulanan baskı düzeyini incelemek için Sağlık bakanlığı denetlemeler yapmalıdır.

Sağlık kurumlarında güvenlik katılımını arttırmak isteyen sağlık kurumu yöneticileri personele sosyal destek sağlamalıdır. Sağlık kurumu yöneticileri personelin sosyal standartlarını arttıracak destekler belirlemelidir. Personelin güvenlik katılımını arttırmak için yan haklar belirlenmeli ve yerine getirilmelidir. Kurum yöneticileri çalışanlar da stresten kaynaklanacak güvenlik risklerini azaltmak için kurum içinde personele sosyal aktiviteler yapabileceği yerler oluşturmalıdır. Sağlık kurumu denetçileri personelin sosyal standartlarının ve sosyal haklarının yerine getirildiğini görmek için denetlemeler yapmalıdır.

Hasta güvenliği açısından çalışanların güvenlik uyumluluğunu arttırmak için yöneticiler çalışanların bağlılığını sağlayacak taahhütlerde bulunmalıdır. Çalışanların KKE kullanımı teşvik etmek amacıyla yöneticiler ve Sağlık Bakanlığı gibi kurumlar tarafından farkındalık yaratabilecek aktiviteler ve etkinlikler yapmalıdır. Oluşabilecek riskleri ve durumları

önlemek amacıyla stratejik planlar belirlenmeli ve uygulanıp uygulanmadığı yöneticiler tarafından denetlenmelidir.

Kurumlarda güvenlik katılımını ve uyumluluğunu arttırmak için personelin güvenlik bilgisi konusunda eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir. Yöneticiler tarafından çalışanlara yaptıkları iş ve güvenlik faktörleriyle ilgili kurslar açılmalı, seminerler ve eğitimler verilmeli. Yaptıkları işle ve güvenlik faktörleriyle ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilecekleri teknolojik sistemler kurulmalıdır. Bakanlık veya yöneticiler tarafından belirli aralıklar personele güvenlik faktörleriyle ilgili bilgilerini test etmek amacıyla uygulamalar ve sınavlar yapılmalıdır.

Kurumlarda güvenlik katılımını ve uyumluluğunu arttırmak için personelin güvenlik motivasyonunun yani güvenlik faktörlerine olan isteğin artırılması gerekmektedir. Kurum yöneticileri güvenlikle ilgili açık hedefler belirlemeli ve bunlara ulaşması için çalışanları motive etmelidir. Yöneticiler güvenlik faktörlerini uyguladıklarını öğrenebilmek için çeşitli yollarla geri bildirim alabileceği yöntemler belirlemelidir. Çalışanların güvenlik uygulamalarına isteklerini arttırabilmek için çeşitli aktiviteler ve olanaklar sağlanmalıdır.

Genel anlamda bakacak olursak sağlık kurumu yöneticileri, yasal düzenleyiciler ve politika yapıcılar sağlık kurumlarında hasta güvenliğinden kaynaklanabilecek maddi ve manevi zararları önlemek için çalışanlara hasta güvenliği faktörlerine katılım ve uyumluluğunu düzenlemeli ve denetlemelidir. Çalışan üzerindeki baskıları ve iş yükünü ortadan kaldırmalı, çalışanların iş ve aile çevresiyle zaman geçirilmesi sağlanıp sosyal destek verilmelidir. Çalışanların güvenlik faktörleri ve yaptıkları uygulamalarla ilgili olarak eğitimlerle güvenlik bilgisi düzeyleri arttırılmalıdır. Güvenlik faktörleriyle ilgili prosedürler ve ilkeler belirleyerek güvenlik konusunu denetime almalıdır. Çalışanların güvenlik faktörlerine bağlılıkları ve faktörlere katılım ve uyma istekleri arttırılırsa oluşabilecek riskler ve durumlar en aza indirilmiş olur.

6. KAYNAKÇA

Aagaard, L., Strandell, J., Melskens, L., Petersen, P. S., & Hansen, E. H. (2012). Global patterns of adverse drug reactions over a decade: analyses of spontaneous reports to VigiBase™. *Drug safety*, 35, 1171-1182.

Abbott, A. A., Fuji, K. T., Galt, K. A., Paschal, K. A., (2012). How baccalaureate nursing students value an interprofessional patient safety course for professional development. In: International Scholarly Research Network Nursing, March 2012

Abdellah RA, Ahmed SA, Ahmed MF, Waheed AA (2015) Assessment of physicians' knowledge, attitude and practices of radiation safety at Suez Canal University Hospital, Egypt. *Open Journal Radiology* 5: 250–258

Acakpovi, A., Dзамikumah, L., (2016). An investigation of health and safety measures in a hydroelectric power plant. *Safety and Health at Work*, 7, 331–339.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>.

Agency for Healthcare Research and Quality, (2013). AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicator v4.5 Benchmark Data Tables. Prepared by Battelle for the Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services

Agency for Healthcare Research and Quality, (2020). AHRQ Falls.

Aherne, J. and Whelton, J. (2010), *Applying Lean in Healthcare: A Collection of International Case Studies*, CRC Press, New York,

Aitken, M., & Gorokhovich, L. (2012). Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. *Available at SSRN 2222541*.

Alden, L. E., Matthews, L. R., Wagner, S. L., Fyfe, T., Randall, C., Regehr, C., & Krutop, E. (2021). Systematic literature review of psychological interventions for first responders. *Work & Stress*, 35(2), 193-215.

- Al-Mandhari, A., Al-Farsi, S., Al-Barwani, S., Al-Salmani, N., Al-Rabhi, S., Al-Saidi, S., & Al-Adawi, S. (2018). Developing patient safety system using WHO tool in hospitals in Oman. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(6), 423-428.
- Altunışık, Remzi, Coşkun, Recai, Bayraktaroğlu, Serkan ve Yıldırım, Engin (2005). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Sakarya: Sakarya Kitabevi, 196-199
- Amponsah-Tawiah, K., & Anuka, B. E. (2018). Pressure for health service delivery and its implications on safety behaviour of health care practitioners. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 802-809.
- Andersen, B. M., & Rasch, M. (2000). Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo. *Journal of Hospital Infection*, 46(4), 288-296.
- Andriesson, J. (1978). Safe behaviour and safety motivation. *Journal of Occupational Accidents*, 1, 363–373
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 19: (3), 279.
- Ashton, M., & Richards, L. (2003). Nothing about me without me: A practical guide for avoiding medical errors. Trafford Publishing.
- Avong, Y. K., Jatau, B., Gurumnaan, R., Danat, N., Okuma, J., Usman, I. & Ogundahunsi, O. A. (2018). Addressing the under-reporting of adverse drug reactions in public health programs controlling HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria: A prospective cohort study. *PLoS One*, 13(8), e0200810.
- Aydın, N. B., & Barın, N. E. (2020). İşyerindeki güvenlik iklimi algısının psikososyal risk faktörleri üzerindeki etkisi: Adana büyükşehir belediyesi'ne bağlı olarak çalışan özel güvenlik görevlileri üzerine bir araştırma. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(4), 240-265.
- Baer, M., & Oldham, G. R. (2006). The curvilinear relation between experienced creative Time Pressure and creativity: moderating effects of openness to experience and support for creativity. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 963.

- Bagcivan, G., Masatoglu, B., & Topcu, Z. (2015). Informal caregivers' knowledge and practice of caring for neutropenic patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19, 400–403. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.400-403>
- Balter, S., & Miller, D. L. (2007). The new Joint Commission sentinel event pertaining to prolonged fluoroscopy. *Journal of the American College of Radiology*, 4(7), 497-500.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Banerjee, S., Burkholder, G., Sana, B., & Szirony, M. (2020). Social Isolation as a predictor for mortality: Implications for COVID-19 prognosis. medRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.04.15.20066548>
- Barak, S., & Dahooei, J. H. (2018). A novel hybrid fuzzy DEA-Fuzzy MADM method for airlines safety evaluation. *Journal of air transport management*, 73, 134-149.
- Bartlett, M.S., (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology* 3, 77–85.
- Basahel, A. M. (2021). Safety leadership, safety attitudes, safety knowledge and motivation toward safety-related behaviors in electrical substation construction projects. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4196.
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*, 1(6), 137-173.
- Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg DA, Mache S. (2016) Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. *BMJ Open*.
- Boateng AE (2014). Assessment of food hygiene practices by street food vendors and microbial quality of selected foods sold. A study at Dunkwa-On-Offin, Upper Denkyira East municipality of the Central Region. Kumasi, Ghana: Kwame Nkrumah University of Science and Technology.

- Borman, W. C., & Motowidlo, S. M. (1993). Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance.
- Braithwaite, J., Clay-Williams, R., Taylor, N., Ting, H. P., Winata, T., Arnolda, G., & Downton, S. B. (2020). Bending the quality curve. *International Journal for Quality in Health Care*, 32 (Supplement_1), 1-7.
- Brandis, S. (1999). A collaborative occupational therapy and nursing approach to falls prevention in hospital inpatients. *Journal of quality in clinical practice*, 19(4), 215-220.
- Braunger, P., Korunka, C., Kubicek, B., Frank, H., & Lueger, M. (2015). The perspective of safety engineers on safety climate. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 25(2), 198-210.
- Brennan TA, Hebert LE, Laird NM, Lawthers A, Thorpe KE, Leape LL, Localio AR, Lipsitz SR, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. (1991). Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *Journal of the American Medical Association* 266(23): 3265–3269.
- Burke MJ, Sarpy SA, (2003). Improving safety and health through interventions, In: Hoffman DE, Tetrick L, eds. *Health and Safety in Organizations: A Multilevel Perspective* San Francisco, Calif: Jossey-Bass Publishers, 56-90.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171-1.
- Candan Ö, (2012). Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin, Depresyon Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
- Casey, T., Griffin, M. A., Flatau Harrison, H., & Neal, A. (2017). Safety climate and culture: Integrating psychological and systems perspectives. *Journal of occupational health psychology*, 22(3), 341.

- Cavazza, N., & Serpe, A. (2009). Effects of safety climate on safety norm violations: exploring the mediating role of attitudinal ambivalence toward personal protective equipment. *Journal of safety research*, 40(4), 277-283.
- Chassin, M. R. (2013). Improving the quality of health care: what's taking so long? *Health Affairs*, 32(10), 1761-1765.
- Chen, J. C., Lin, S. C., & Vincent, F. Y. (2017). Structuring an effective human error intervention strategy selection model for commercial aviation. *Journal of Air Transport Management*, 60, 65-75.
- Chinese National Healthcare Center. (2020). Occupational injury insurance supports occupational injury “protection umbrella” for prevention and rescue personnel in the fight against new coronavirus pneumonia.
- Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V. H., & Smith, D. G. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing research*, 52(2), 71-79.
- Christian, M. S., Bradley, J. C., Wallace, J. C., & Burke, M. J. (2009). Workplace safety: A meta-analysis of the roles of personal and situational factors. *Journal of Applied Psychology*, 94, 1103–1127.
- Clancy CM, Farquhar MB, Collins BA, (2005). Patient safety in nursing practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (3): 193-197.
- Clarke, S. (2006, a). Safety climate in an automobile manufacturing plant: The effects of work environment, job communication and safety attitudes on accidents and unsafe behaviour. *Personnel review*, 35(4), 413-430.
- Clarke, S. (2006, b). The relationship between safety climate and safety performance: a meta-analytic review. *Journal of occupational health psychology*, 11(4), 315.
- Cleveland, R. J., Cohen, H. H., Smith, M. J., & Cohen, A. (1978). Safety program Safety program practices in recordholding plants. *Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health*.
- Cobb S. Presidential address, (1976). Social support as a moderator of stress. *Psychosom Med*. 1976; 38(5): 300–314. pmid:981490.

- COHEN S and WILLS T A (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*; 98, 310-357
- Colligan MJ, Cohen A. (2004). The role of training in promoting workplace safety and health. In: Barling J, Frone MR, eds. *The Psychology of Workplace Safety*. Washington, DC: American Psychological Association, 223–248.
- Conchie, S. M. (2013). Transformational leadership, intrinsic motivation, and trust: A moderated-mediated model of workplace safety. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(2), 198.
- Cooper, E. (2013). From the school of nursing quality and safety officer: nursing students' use of safety reporting tools and their perception of safety issues in clinical settings. *Journal of Professional Nursing*, 29(2), 109-116.
- COVID-19 is Affecting Critical Care Nurses. What Nurse Leaders Need to Know. (2020). Available online: <https://www.healthleadersmedia.com/nursing/covid-19-affecting-critical-care-nurses-what-nurse-leaders-need-know>.
- Creating a Safe Space: Psychological Safety of Healthcare Workers. Available online: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Creating-a-Safe-Space-Psychological-Safety-of-Healthcare-Workers/Pages/creating-a-safe-space-addressing-the-psychological-safety-of-healthcare-workers-2020-01-06.aspx>
- Cresswell, K., & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: an interpretative review. *International journal of medical informatics*, 82(5), e73-e86.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334.
- Cullen, M. A. (1994). “Weighing it up”: A case study of discontinuing access students. Scotland: Edinburgh University Centre for Continuing Education.
- Curcuruto, M., Strauss, K., Axtell, C., & Griffin, M. A. (2020). Voicing for safety in the workplace: A proactive goal-regulation perspective. *Safety Science*, 131, 104902
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara

- Davis, J., Agrawal, D., & Guo, X. (2023). Enhancing users' security engagement through cultivating commitment: the role of psychological needs fulfilment. *European Journal of Information Systems*, 32(2), 195-206
- Day, D., Lord, R.G., (1988). Executive leadership and organizational performance: suggestions for a new theory and methodology. *Journal of Management* 14, 453–464.
- De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & De Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PloS one*, 15(12), e0244052.
- Dekker, S. (2019). *Foundations of Safety Science: A Century of Understanding Accidents and Disasters*; Routledge: Milton, UK.
- De la Vara, J. L., Ruiz, A., Attwood, K., Espinoza, H., Panesar-Walawege, R. K., López, Á., & Kelly, T. (2016). Model-based specification of safety compliance needs for critical systems: A holistic generic metamodel. *Information and software technology*, 72, 16-30.
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 40(3), 321-332.
- Dhillon, G., Abdul Talib, Y. Y., & Picoto, W. N. (2020). The mediating role of psychological empowerment in information security compliance intentions. *Journal of the Association for Information Systems*, 21(1), 5.
- Dikmen, Y. D., & Usta, Y.Y. (2013). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme. *SDU Journal of Health Science Institute /SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 31-38.
- Dodge, R.B. (2012), Patterns of root cause in workplace injury. *International Journal of Workplace Health Management*, 5(1), 31-43
- Doherty, C., & Stavropoulou, C. (2012). Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 75, 257–263
- Doron, S. I., Kifuji, K., Hynes, B. T., Dunlop, D., Lemon, T., Hansjosten, K., & Fairchild, D. G. (2011). A multifaceted approach to education, observation, and feedback in a successful hand hygiene campaign. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(1), 3-AP3.

- Downey, J. R., Hernandez-Boussard, T., Banka, G., & Morton, J. M. (2012). Is patient safety improving? National trends in patient safety indicators: 1998–2007. *Health services research, 47*(1pt2), 414-430.
- Drach-Zahavy, A., & Somech, A. (2010). Implicit as compared with explicit safety procedures: the experiences of Israeli nurses. *Qualitative Health Research, 20*(10), 1406-1417.
- Drosler, S. E., Klazinga, N. S., Romano, P. S., Tancredi, D. J., Gogorcena Aoiz, M. A., Hewitt, M. C., & Kelley, E. (2009). Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries. *International Journal for Quality in Health Care, 21*(4), 272-278.
- DuPrey, R. (2002). Assessing the effectiveness of an occupational safety program in an automotive manufacturing plant machine shop in the Midwest. Capella University.
- Dülgeroglu, I., & Basol, O. (2017). Is Stresi ve Çalışma Yasami Kalitesi Algısının Yansımaları: Satis Temsilcileri Üzerine Bir Arastirma/Reflection of Job Stress and Work Life Quality Perception: A Research on Sales Representatives. *Business and Economics Research Journal, 8*(2), 293.
- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships, 36*(7), 2055-2073.
- Edirisinghe, R., & Lingard, H. (2016). Exploring the potential for the use of video to communicate safety information to construction workers: Case studies of organizational use. *Construction Management and Economics, 34*(6), 366–376
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Factorial structure, validity, and reliability of the multidimensional scale of perceived social support. *Turkish Journal of Psychology, 10*(34), 45-55.
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC health services research, 11*, 1-12.
- Erdemoğlu, Ç. (2016). Fetusun cinsiyetinin prenatal bağlanma ve algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkisinin saptanması (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Evans, E.W., & Redmond, E.C. (2017). An assessment of food safety information provision for UK chemotherapy patients to reduce the risk of foodborne infection. *Public Health*, 153, 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.06.017>
- Evans, E. W. (2018). Food safety knowledge and self-reported food-handling practices in cancer treatment. Number 5/September 2018, 45(5), E98-E110.
- Falkowitz, S. (2016) “Defining Management Commitment for Safety, Predictive Solutions. An Industrial Scientific Company”, <https://blog.predictivesolutions.com/blog/defining-managementcommitment-for-safety>, (Erişim: 08.11.2017).
- Feely, M. A., Havyer, R. D., Lapid, M. I., & Swetz, K. M. (2013). Management of end-of-life care and of difficult behaviors associated with borderline personality disorder. *Journal of pain and symptom management*, 45(5), 934-938.
- Fernando, Y., Z, S., Janbi, L. (2008). The Determinant Factors of Safety Compliance at Petrochemical Processing Area: Moderator Effects of Employees Experience and Engineering Background, Proceedings of the 9th Asia Pacific Industrial Engineering & Management Systems Conference, 1442-1452.
- Fischer, S., Jones, J., & Verran, J. (2018). Consensus achievement of leadership, organizational and individual factors that influence safety climate: Implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 50–58. <https://doi.org/10.1111/jonm.12519>
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P., & Bryden, R. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety science*, 34(1-3), 177-192.
- Fournier, A. M. (2009). Primary care remuneration a simple fix. *New England Journal of Medicine*, 361(10), e102.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.
- Frank, H, Ronald, M. (1982). Construction Plant, Granada Publishing Limited.
- Gaba DM, Howard SK, Jump B. (1994). Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology*, 81: 488-500

- Gadzama, G. B., Bawa, S. B., Ajinoma, Z., Saidu, M. M., & Umar, A. S. (2014). Injection safety practices in a main referral hospital in northeastern Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*, 17(2), 134-139.
- Gagné M, Deci E. (2003). Self-determination theory and work motivation. *J Organ Behav*; 2005(26):331–62. <https://doi.org/10.1002/job.322>.
- Galvin, G. (2020). The great unknown: how many health care workers have coronavirus. US News.
- Gandhi, T. K., & Lee, T. H. (2010). Patient safety beyond the hospital. *The New England journal of medicine*, 363(11), 1001.
- Gershon, R. R., Karkashian, C. D., Grosch, J. W., Murphy, L. R., Escamilla-Cejudo, A., Flanagan, P. A., & Martin, L. (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American journal of infection control*, 28(3), 211-221.
- Ghahramani, A., & Salminen, S. (2019). Evaluating effectiveness of OHSAS 18001 on safety performance in manufacturing companies in Iran. *Safety science*, 112, 206-212.
- Gilkey, D. P., Keefe, T. J., Hautaluoma, J. E., Bigelow, P. L., Herron, R. E., & Stanley, S. A. (2003). Management commitment to safety and health in residential construction: HomeSafe spending trends 1991–1999. *Work*, 20(1), 35-44.
- Gillen, M., Kools, S., Sum, J., McCall, C., & Moulden, K. (2004). Construction workers' perceptions of management safety practices: A qualitative investigation. *Work*, 23(3), 245-256.
- Ginsburg, L. R., Tregunno, D., & Norton, P. G. (2013). Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. *BMJ quality & safety*, 22(2), 147-154.
- Goldsmith, D. J., (2004). *Communicating Social Support*, New York: Cambridge University Press.
- Gracia, A.M., Boix, P. & Canosa, C. (2004) Why do workers behave unsafe at work? Determinants of safe work practices in industrial workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 61 (3), 239–246

- Gray, G., & Silbey, S. S. (2011). The other side of the compliance relationship. *Explaining compliance: Business responses to regulation*, 123-38.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368, m1211.
- Greenhalgh T, Potts HWW, Wong G, Bark P, Swinglehurst D. (2009). Tensions and paradoxes in electronic patient record research: a systematic literature review using the meta-narrative method. *Milbank Q*, 87:729–88.
- Griffin, M. A., & Curcuruto, M. (2016). Safety climate in organizations. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, 3, 191-212.
- Griffin, M. A., & Neal, A. (2000). Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of occupational health psychology*, 5(3), 347.
- Grol, R., Grimshaw, J., (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 362 (9391), 1225– 1230.
- Guldenmund FW. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34(1-3):215-57.
- Guo, B. H., Yiu, T. W., & González, V. A. (2016). Predicting safety behavior in the construction industry: Development and test of an integrative model. *Safety science*, 84, 1-11.
- Hair Junior, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM).
- Halligan, M. and Zecevic, A. (2011), "Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and Progress", *BMJ quality and safety*, 20(4), 338-343.
- Hambrick, D.C., Mason, P.A., (1984). Upper echelons: the organization as a reflection of its top managers. *Academy of Management Review* 9, 193–206.
- Heeager, L. T., & Nielsen, P. A. (2018). A conceptual model of agile software development in a safety-critical context: A systematic literature review. *Information and Software Technology*, 103, 22-39.

- Heydarheydari, S., Haghparast, A., & Eivazi, M. T. (2016). A novel biological dosimetry method for monitoring occupational radiation exposure in diagnostic and therapeutic wards: from radiation dosimetry to biological effects. *Journal of Biomedical Physics & Engineering*, 6(1), 21.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the academy of marketing science*, 43, 115-135.
- Higgins, T., Larson, E., & Schnall, R. (2017). Unraveling the meaning of patient engagement: a concept analysis. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 30-36.
- Hofinger G. Sicherheitskultur. In: Schrappe M, Hölscher U, editors. (2008). Proceedings Dachkongress Medizintechnik und Patientensicherheit, Münster: Universität Münster.
- Hofmann, D. A., & Morgeson, F. P. (1999). Safety-related behavior as a social exchange: The role of perceived organizational support and leader–member exchange. *Journal of Applied Psychology*, 84, 286–296.
- Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of emergency medicine*, 52(2), 126-136.
- Hu, X., Griffin, M., Yeo, G., Kanse, L., Hodkiewicz, M., Parkes, K., (2018). A new look at compliance with work procedures: an engagement perspective. *Safety Science*, 105, 46–54.
- Hu, X., Yan, H., Casey, T., & Wu, C. H. (2020). Creating a safe haven during the crisis: How organizations can achieve deep compliance with COVID-19 safety measures in the hospitality industry. *International Journal of Hospitality Management*, 92, 102662.
- Hwang, I., Wakefield, R., Kim, S., & Kim, T. (2021). Security awareness: The first step in information security compliance behavior. *Journal of Computer Information Systems*, 61(4), 345-356.
- IOM. (2006). Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point (Tech. Rep.). Institute of Medicine.
- Institute of Medicine (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.

- Jafarjalal E, Jafarpour H, Dehghan Nayeri N, Haghani H. (2013). Relationship between perceptions of organizational culture with Patients' safety behavior among nurses in Babol (Persian). *Hayat*. 19(3):5-16.
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ quality & safety*, 22(10), 809-815.
- Jones, G., Hocine, M., Salomon, J., Dab, W., & Temime, L. (2015). Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses and nurses' aides: A crosssectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 250–259. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.015>
- Kanfer, R., Frese, M., & Johnson, R. E. (2017). Motivation related to work: A century of progress. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 338.
- Kao, K. Y., Spitzmueller, C., Cigularov, K., & Thomas, C. L. (2019). Linking safety knowledge to safety behaviours: a moderated mediation of supervisor and worker safety attitudes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(2), 206-220.
- Kapp, E.A., (2012). The influence of supervisor leadership practices and perceived group safety climate on employee safety performance. *Safety Science*, 50, 1119–1124.
- Karadal, H., Merdan, E., & Abubakar, M. (2019). Güvenlik iklimi ve güvenlik kültürünün işyeri yaralanmaları üzerine etkisinde güvenlik davranışlarının aracılık rolü: Döküm sanayinde bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(6), 341-351.
- Ken Kwong-Kay Wong,(2013); Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Techniques Using SmartPLS, *Marketing Bulletin*, 24(1), 1-32.
- Khandan M, Koohpaei A, Babaki F. (2016). The effect of individual and organizational variables on Patient Safety Culture (PSC): A case study on nurses (Persian). *Archives of Hygiene Sciences*, 5(3): 179-83.
- Killam, L. A., Montgomery, P., Raymond, J. M., Mossey, S., Timmermans, K. E., & Binette, J. (2012). Unsafe clinical practices as perceived by final year baccalaureate nursing students: Q methodology. *BMC nursing*, 11, 1-13.

- Killam, L.A., Mossey, S., Montgomery, P., Timmermans, K.E., (2013). First year nursing students' viewpoints about compromised clinical safety. *Nurse Education Today* 33 (5), 475-480.
- Kim, S., Kim, P. B., & Lee, G. (2021). Predicting Hospitality Employees' Safety Performance Behaviors in The COVID19 Pandemic. *International Journal of Hospitality Management*, 93, 102797.
- Kinicki, A. J., & Vecchio, R. P. (1994). Influences on the quality of supervisor–subordinate relations: The role of time- pressure, organizational commitment, and locus of control. *Journal of Organizational Behavior*, 15(1), 75-82.
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *bmj*, 369.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 4-15.
- Knudsen, P., Graversen, L., & Larsen, T. (2019). High-risk medications identified from the Danish Patient Safety Database and the challenge of dissemination. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 24(1), 7-12.
- Kudo Y, Kido S, Taruzuka Shahzad M, Saegusa Y, Satoh T, Aizawa Y. (2009). Safety climate and motivation toward patient safety among Japanese nurses in hospitals of fewer than 250 beds. *Industrial Health*, 47(1), 70-9.
- Kunadu AP-H, Ofosu DB, Aboagye E, Tano-Debrah K. (2016). Food safety knowledge, attitudes and self-reported practices of food handlers in institutional foodservice in Accra, Ghana. *Food Control*, 69, 324–30.
- Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., Neter, J., & Li, W. (2005). *Applied linear statistical models* (Vol. 5). Boston: McGraw-Hill Irwin.
- Küçüköğlü S. (2011). Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Annelerine Verilen Doğal Besleme Eğitiminin Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Düzeyi Emzirme Başarısı ve Bebeğin Büyümesine Etkisi, Doktora Tezi.

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- Landrigan, C. P., Parry, G. J., Bones, C. B., Hackbarth, A. D., Goldmann, D. A., & Sharek, P. J. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*, 363(22), 2124-2134.
- Lang, F. R., and Heckhausen, J. (2001). Perceived control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 509
- Lang, T. A., & Altman, D. G. (2015). Basic statistical reporting for articles published in biomedical journals: the “Statistical Analyses and Methods in the Published Literature” or the SAMPL Guidelines. *International Journal Nursing Studies*, 52(1), 5-9.
- Lazris, A., Roth, A., & Brownlee, S. (2018). No more lip service; it’s time we fixed primary care (part one). *Health Affairs Forefront*.
- Leape, L. L., Shore, M. F., Dienstag, J. L., Mayer, R. J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G. S., & Healy, G. B. (2012). Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic medicine*, 87(7), 845-852.
- Lee, C. I., Haims, A. H, Monico, E. P., Brink, J. A., & Forman, H. P. (2004). Diagnostic CT scans: assessment of patient, physician, and radiologist awareness of radiation dose and possible risks. *Radiology*, 231(2), 393-398.
- Lee N-J, Ahn S, Lee M. (2019). Mixed-method investigation of health consumers’ perception and experience of participation in patient safety activities. *BMJ Open* 2020;10:e035831. doi:10.1136/ bmjopen-2019-035831
- Lemes N, Medeiros SL. (2006). Suporte Social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Gorzoni ML, Py L, Xavier EV, Doll J, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1227-33.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & World Health Organization. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: Wiley.
- Lehto, M. R., & Cook, B. T. (2012). Occupational health and safety management. *Handbook of human factors and ergonomics*, 699-733.

- Leveson, N.G., (2012). *Engineering a Safe World: System Thinking Applied to Safety*. MIT Press, Cambridge, MA.
- Lewy RM. (1991). Protecting the health of health care workers. Controlling exposure to psychological hazards in employees at risk. New York: Van Nostrand Reinhold, 112-26.
- Lingard, H., Cooke, T., & Blismas, N. (2012). Do perceptions of supervisors' safety responses mediate the relationship between perceptions of the organizational safety climate and incident rates in the construction supply chain? *Journal of construction engineering and management*, 138(2), 234-241.
- Liu, X., Huang, G., Huang, H., Wang, S., Xiao, Y., Chen, W., (2015). Safety climate, safety behavior, and worker injuries in the Chinese manufacturing industry. *Safety Science*, 78, 173–178. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.04.023>.
- Lorenzini, E, Oelke, N. D, Marck, P. B, & Dall'agnol, C. M. (2017). Researching safety culture: deliberative dialogue with a restorative lens. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(5), 745-749.
- Löwe, B., Spitzer, R., Williams, J., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 191–199
- Lu, C.S. and Yang, C.S. (2010), "Safety leadership and safety behavior in container terminal operations", *Safety Science*, 48(2), 123-134.
- Luo, T. (2020). Safety climate: Current status of the research and future prospects. *Journal of Safety Science and Resilience*, 1(2), 106-119.
- M. García-Valls, M., Escribano-Barreno, J., & García-Muñoz, J. (2019). An extensible collaborative framework for monitoring software quality in critical systems. *Information and Software Technology*, 107, 3-17.
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety*, 6(4), 226-232.
- Matsubara, S., Hagihara, A., & Nobutomo, K. (2008). Development of a patient safety climate scale in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, 20, 211-220.

- McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G., & Catchpole, K. (2009). The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *BMJ Quality & Safety*, 18(2), 109-115.
- McDougall, M. A., Walsh, M., Wattier, K., Knigge, R., Miller, L., Stevermer, M., & Fogas, B. S. (2016). The effect of social networking sites on the relationship between perceived social support and depression. *Psychiatry research*, 246, 223-229.
- Mearns K., Flin R., Gordon R., Fleming M. (2001). Human and organizational factors in offshore safety. *Work Stress*. 15, 144–160.
- Medeiros, L. C., Chen, G., Hillers, V. N., & Kendall, P. A. (2008). Discovery and development of educational strategies to encourage safe food handling behaviors in cancer patients. *Journal of food protection*, 71(8), 1666-1672.
- Medeiros, L. C., Chen, G., Kendall, P., & Hillers, V. N. (2004). Food safety issues for cancer and organ transplant patients. *Nutrition in clinical care: an official publication of Tufts University*, 7(4), 141-148.
- Midik, Ö, Kartal, M. (2010). Simülasyona dayalı tıp eğitimi. *Marmara Medical Journal*. 23(3), 389-99.
- Mikkola, L., Suutala, E., & Parviainen, H. (2018). Social support in the workplace for physicians in specialization training. *Medical Education Online*, 23(1), 1435114.
- Miller, D. L. (2009). Interventional fluoroscopy: reducing radiation risks for patients and staff. *Journal of vascular and interventional radiology: JVIR*, 20(7 Suppl), S274.
- Ministry of Social Affairs and Health(MSAH), (2009). Promoting Patient Safety Together. Finnish Patient Safety Strategy 2009-2013, 5. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health.
- Mirza, M. Z., Isha, A. S. N., Memon, M. A., Azeem, S., & Zahid, M. (2022). Psychosocial safety climate, safety compliance and safety participation: The mediating role of psychological distress. *Journal of Management & Organization*, 28(2), 363-378.
- Montgomery, D. C., Peck, E. A., & Vining, G. G. (2021). Introduction to linear regression analysis. John Wiley & Sons.
- Mousavi SS, Cudney EA, Trucco P. (2017). What are the antecedents of safety performance in the workplace? A critical review of literature. In: Coperich K, Cudney

E, Nembhard H, editors. Proceedings of the 2017 Industrial and Systems Engineering Conference; 2017, May; Pittsburgh, Pennsylvania (USA). Available from:https://www.researchgate.net/publication/317231387_What_are_the_antecedents_of_safety_performance_in_the_workplace_A_critical_review_of_literature

Naikoba, S., & Hayward, A. (2001). The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers-a systematic review. *Journal of hospital infection*, 47(3), 173-180.

National Academies of Sciences, (2018). Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press.

Neal, A., & Griffin, M. A. (2006). A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 946–953.

Neal, A., Griffin, M. A., and Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*. 34, 99–109. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00008-4

Neal, A., & Griffin, M. A. (2002). Safety climate and safety behaviour. *Australian Journal of management*, 27(1_suppl), 67-75.

Nelson, B., Pettitt, A. K., Flannery, J., & Allen, N. (2020). Psychological and epidemiological predictors of COVID-19 concern and health-related behaviors. Retrieved from <https://psyarxiv.com/jftze/>

Nepal, M.P., Park, M., Son, B., (2006). Effects of schedule pressure on construction performance. *Journal of Construction Engineering and Management* 132 (2), 182–188.

Ng, Q. X., De Deyn, M. L. Z. Q., Lim, D. Y., Chan, H. W., & Yeo, W. S. (2020). The wounded healer: A narrative review of the mental health effects of the COVID-19 pandemic on healthcare workers. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102258.

Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ quality & safety*, 12(suppl 2), ii17-ii23.

Orhunbilge, Neyran (2000); Uygulamalı Regresyon ve Korelasyon Analizi, 2. baskı, İstanbul 12.

Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC health services research*, 14(1), 1-8.

Olsen, S., Neale, G., Schwab, K., Psaila, B., Patel, T., Chapman, E. J., & Vincent, C. (2007). Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place. *BMJ Quality & Safety*, 16(1), 40-44.

Onyemocho, A., Anekoson, J. I., & Pius, E. O. (2013). Knowledge and practice of injection safety among workers of Nigerian prison service health facilities in Kaduna state. *Am J Public Health Res*, 1(7), 171-176.

Pakenham-Walsh N, Bukachi F. (2009). Information needs of health care workers in developing countries: A literature review with a focus on Africa. *Human Resources for Health*.

Peterson, R. A., ve Kim, Y. (2013). On the relationship between coefficient alpha and composite reliability. *Journal of Applied Psychology*, 98(1), 194-8.

Pines, J. M., Hilton, J. A., Weber, E. J., Alkemade, A. J., Al Shabanah, H., Anderson, P. D., & Schull, M. J. (2011). International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1358-1370.

Planek T, Driessen G, Vilardo FJ. (1967). Evaluating the elements of an industrial safety program. *National Safety News*, 60-3

Porter, S. (2020). The impact of COVID-19 on health tech adoption in the UK.

Pretorius, T. B., Padmanabhanunni, A., Stiegler, N., & Bouchard, J. P. (2021, December). Validation of the fear of COVID-19 scale in South Africa: Three complementary analyses. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 179, No. 10, pp. 940-946). *Elsevier Masson*.

Pretorius, T. B., Padmanabhanunni, A., Stiegler, N., & Bouchard, J. P. (2021, December). Validation of the fear of COVID-19 scale in South Africa: Three complementary analyses. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 940-946.

- Probst, T. M., & Brubaker, T. L. (2001). The effects of job insecurity on employee safety outcomes: Cross sectional and longitudinal explorations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 139– 159.
- Puspitasari, M. (2015). Merumuskan learning organization melalui analisis budaya keselamatan pasien dan budaya organisasi di RS. Masmitra. Jakarta: UI.
- Rahim, A., Hamid, A., Majid, M.Z.A., Singh, B. (2008), Causes of accidents at construction sites. *Malaysia Journal of Civil Engineering*, 20(2), 242-259.
- Rajaprasad, S.V.S., Chalapathi, P.V., (2015). Factors influencing implementation of OHSAS 18001 in Indian construction organizations: Interpretive structural modeling approach. *Safety Health Work* 6, 200–205
- Reames, B. N., Krell, R. W., Campbell, D. A., & Dimick, J. B. (2015). A checklist-based intervention to improve surgical outcomes in Michigan: evaluation of the Keystone Surgery program. *JAMA surgery*, 150(3), 208-215.
- Ren, X.S.; Skinner, K.; Lee, A.; Kazis, L. (1999). Social support, social selection and selfassessed health status: results from the veterans health study in the *United States*. *Social Science & Medicine*, 48, 1721-1734.
- Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization, (2011).
- Ringdahl, M., Chaboyer, W., Ulin, K., Bucknall, T., & Oxelmark, L. (2017). Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *BMC Nursing*, 16, 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0266-7>
- Rivera, H.R. (2009). Depression symptoms in cancer caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13, 195–202. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.195-202>
- Rogers B, Travers P. (1991). Overview of work-related hazards in nursing: health and safety issues. *Heart Lung*, 20, 486-97.
- Rosa TEC. (2004). Redes de apoio social. In: Litvoc J, Brito FC, organizadores. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Editora Atheneu, 203-217.
- RSUDZA. (2017). Pentingnya pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Aceh: RSUDZA.

- Ryan, R.M.; Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *Am. Psychol*, 55, 68–78.
- Sahlsten MJ, Larsson IE, Sjöström B, Plos KA. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum*, 43(1), 2-11.
- Sakit, K. K. P. R. (2015). Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 25.
- Salih SA, Adbelkader Reshia FA, Bashir WAH, Omar AM, Ahmed ES. (2021). Patient safety attitude and associated factors among nurses at Mansoura University Hospital: a cross sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14,100287.
- Salyer, J. (1995). Environmental turbulence: impact on nurse performance. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 25(4), 12-20.
- Sampson, J. M., DeArmond, S., & Chen, P. Y. (2014). Role of safety stressors and social support on safety performance. *Safety Science*, 64, 137-145.
- Sanders J, Esmail A, (2003). The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family Practice*, 20 (3), 231-236. 10.1093/fampra/cm301.
- Sani, N. A., & Siow, O. N. (2014). Knowledge, attitudes and practices of food handlers on food safety in food service operations at the Universiti Kebangsaan Malaysia. *Food Control*, 37, 210–217.
- Santarone, K., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *The American journal of emergency medicine*, 38(7), 1530.
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & analgesia*, 126(5), 1763-1768.
- Sepkowitz KA. (1996). Occupationally acquired infections in health care workers, Part II. *Annals of Internal Medicine*; 125, 917-28.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6, 1-10.

- Shafiee, M., Hoseinnezhad, E., Vafapour, H., Borzoueisileh, S., Ghorbani, M., & Rashidfar, R. (2016). Hematological findings in medical professionals involved at intraoperative fluoroscopy. *Global Journal of Health Science*, 8(12), 232.
- Shanafelt, T.; Ripp, J.; Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*.
- Shankarapillai R, George R & Nair MA (2012) The effect of yoga in stress reduction for dental students performing their first periodontal surgery: a randomized controlled study. *International Journal of Yoga* 5, 48–51.
- Simard, M., & Marchand, A. (1995). A multilevel analysis of organizational factors related to the taking of safety initiatives by work groups. *Safety Science*, 21, 113–129.
- Singer, S. J., & Vogus, T. J. (2013). Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. *Annual review of public health*, 34, 373-396.
- Skinner, B.F. (1935), 'Two Types of Conditioned Reflex and a Pseudo Type,' *Journal of General Psychology*, 12, 66 –77.
- Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2018). The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris: OECD.
- Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2017). The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD.
- Smith VK, Mansfield C, Strong A. (2014). How should the health benefits of food safety programs be measured? In: Preference Measurement in Health. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 161–202.
- Song, J., & Cheng, T. C. (2020). How do gender differences in family responsibilities affect doctors' labour supply? Evidence from Australian panel data. *Social Science & Medicine*, 265, 113475.
- SOWANDE, A. O., Jibowu, O. L., Amaefule, K. E., Pearson, J., & Iyortim, I. (2014). Safe Injection in the Context of IPC–Changing Landscape in Nigeria. *International Journal of Infection Control*, 10(1).
- Spearman, C. (1904). General intelligence, objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293.

- Spearman, C. (1927). *The abilities of man*. New York: Macmillan
- Spinale, J., Cohen, S. D., Khetpal, P., Peterson, R. A., Clougherty, B., Puchalski, C. M., & Kimmel, P. L. (2008). Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 3(6), 1620.
- Starfield B, Shi L, Macinko J, (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank*, 83 (3), 457-502. 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- Strasak AM, Zaman Q, Marinell G, Pfeiffer KP, Ulmer H (2007) The use of statistics in medical research: A comparison of the New England *Journal of Medicine and Nature Medicine The American Statistician* 61, 47–55.
- Stelfox, H. T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2006). The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *BMJ Quality & Safety*, 15(3), 174-178.
- Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., Pearson, P.H., (2014). Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Education*. Today 34 (2), 277-284.
- Strasser R, Kam SM, Regalado SM. (2016). Rural Health Care Access and Policy in Developing Countries. SSRN.
- Sukamani, D., Wang, J., & Kusi, M. (2021). Impact of safety worker behavior and safety climate as mediator and safety training as moderator on safety performance in construction firms in Nepal. *KSCE Journal of Civil Engineering*, 25, 1555-1567.
- Sun, N., Lv, D. M., Man, J., Wang, X. Y., Cheng, Q., Fang, H. L., & Wu, Q. H. (2017). The correlation between quality of life and social support in female nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7–8), 1005–1010. <https://doi.org/10.1111/jocn.13393>
- Şirin, M. & Yurttaş, A. (2015). Hemşirelik Bakımının Bedeli: Merhamet Yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8: (2), 123-130.
- Tabachnick, B. G. And Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston, Pearson.
- Tamayo, G.J., Broxson, A., Munsell, M., & Cohen, M.Z. (2010). Caring for the caregiver [Online exclusive]. *Oncology Nursing Forum*, 37, E50–E57. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E50-E57>

- Tappura, S., Nenonen, N., Kivistö-Rahnasto, J., (2017). Managers' viewpoint on factors influencing their commitment to safety: an empirical investigation in five Finnish industrial organisations. *Safety Science*. 96, 52–61
- Team, P. E. A. (2017). Engaging patients in patient safety—a Canadian Guide. *Canadian Patient Safety Institute*.
- Turner, N., Stride, C. B., Carter, A. J., McCaughey, D., & Carroll, A. E. (2012). Job Demands–Control–Support model and employee safety performance. *Accident Analysis & Prevention*, 45, 811-817.
- Weissgerber, T. L., Garcia-Valencia, O., Garovic, V. D., Milic, N. M., & Winham, S. J. (2018). Why we need to report more than 'Data were Analyzed by t-tests or ANOVA'. *elife*, 7, e36163.
- Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BIW, Howard KM, Williams EJ, Brennan TA. (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry* 36, 255–264.
- Thornton, K., Schwarz, J., Kendall Gross, A., Anderson, W., Liu, K., Romig, M., & for the Project Emerge Collaborators (2017). Preventing harm in the ICU building a culture of safety and engaging patients and families. *Critical Care Medicine*, 45, 1531–1537. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002556>
- Thye, L.L., (2006), Leadership and the Development of OSH Culture. Proceeding of the 9th Conference and Exhibition on National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), Malaysia
- Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: an integrative review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1107-1120.
- Traylor, A. M., Tannenbaum, S. I., Thomas, E. J., & Salas, E. (2020). Helping healthcare teams save lives during COVID-19: Insights and countermeasures from team science. *American Psychologist*.
- Triola MM; Triola MF. (2014). Correlation and Regression. In: *Biostatistics for the Biological and Health Sciences with Statdisk*. Pearson Education Ltd; 426-488.
- Tsui, A. S., Pearce, J. L., Porter, L., & Tripoli, A. M. (1997). Alternative approaches to the employee-organization relationship: Does investment in employees pay off? *Academy of Management Journal*, 40, 1089 1121.

- Tubaishat A. (2018). Perceived usefulness and perceived ease of use electronic health records among nurses: application of Technology Acceptance Model. *Inform Health Social Care*, 43:379-89.
- Tyler, T.R., (2011). The psychology of self-regulation: normative motivations for compliance. In: Parker, C., Nielsen, V.L. (Eds.), *Explaining Compliance: Business Responses to Regulation*. Edward Elgar, Cheltenham, UK, 78–99.
- Umberson, D., and Montez, J. K., (2010). “Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy”, *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), 54–66.
- Vaismoradi, M., Tella, S., A. Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses’ adherence to patient safety principles: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2028.
- Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C. H., & Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory’s basic psychological needs at work. *Journal of management*, 42(5), 1195-1229.
- Van der Heijden, B. I., Houkes, I., Van den Broeck, A., & Czabanowska, K. (2020). “I just can’t take it anymore”: how specific work characteristics impact younger versus older nurses’ health, satisfaction, and commitment. *Frontiers in Psychology*, 11, 762.
- Van der Wal G: (1996). Medical disciplinary jurisprudence in The Netherlands; a 10-year review. *Ned Tijdschr Geneesk*, 140 (52), 2640-2644.
- Veenstra, G. L., Dabekaussen, K. F., Molleman, E., Heineman, E., & Welker, G. A. (2022). Health care professionals’ motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health Care Management Review*, 47(2), 155.
- Verbeek-Van Noord, I., Wagner, C., Van Dyck, C., Twisk, J. W., & De Bruijne, M. C. (2014). Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. *International journal for quality in health care*, 26(1), 64-70.
- Vinodkumar, M. N., & Bhasi, M. (2010). Safety management practices and safety behavior: Assessing the mediating role of safety knowledge and motivation. *Accident Analysis and Prevention*, 42, 2082–2093.
- W.M. Sage, (2001). “The Lawyerization of Medicine,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(5), 1179–1195.

- Wallace, C., & Chen, G. (2006). A multilevel integration of personality, climate, self-regulation, and performance. *Personnel Psychology*, 59(3), 529-557
- Wang, J. M., Liao, P. C., & Yu, G. B. (2021). The mediating role of job competence between safety participation and behavioral compliance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5783.
- Wang, L., Wang, H., Shao, S., Jia, G., & Xiang, J. (2020). Job burnout on subjective well-being among Chinese female doctors: the moderating role of perceived social support. *Frontiers in psychology*, 11, 435.
- Wang, Y., Eldridge, N., Metersky, M. L., Verzier, N. R., Meehan, T. P., Pandolfi, M. M., & Battles, J. (2014). National trends in patient safety for four common conditions, 2005–2011. *New England Journal of Medicine*, 370(4), 341-351.
- Wang, D.; Wang, X.Q.; Xia, N.N. (2018). How safety-related stress affects workers' safety behavior: The moderating role of psychological capital. *Safety Science*, 103, 247–259.
- Wang, Y. Y., & Zhang, L. (2018). How psychological resilience influence employees' creativity: The role of psychological safety and creative self-efficacy. *Journal of Psychological Science*, 41(1), 118–124.
- Waring, J. and Bishop, S. (2010), “Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance”, *Social Science & Medicine*, Vol. 71(7), 1332-1340.
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158, 369-374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: A cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1774–1788. <https://doi.org/10.1111/jan.12948>
- West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. (2011). Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*; 306: 952-60.

Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M: (2008). Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC Fam Pract*, 9: 35-10. 1186/1471-2296-9-35.

Williams, P., Barclay, L., & Schmied, V. (2004). Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research*, 14 (7),942–960.

WHO guidelines for safe surgery (2009) Safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, (2021). Patients for patient safety.

World Health Organization. (2017). Patient safety: making health care safer (No. WHO/HIS/SDS/2017.11).

Wu, T.C. (2008), “Safety leadership in the teaching laboratories of electrical and electronic engineering departments at Taiwanese universities”, *Journal of Safety Research*, 39(6), 599-607.

Wu, W., Wang, H., Zheng, C., & Wu, Y. J. (2019). Effect of narcissism, psychopathy, and machiavellianism on entrepreneurial intention the mediating of entrepreneurial self-efficacy. *Frontiers in psychology*, 10, 360.

Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. (2019). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*. 2020 ,26 (26), e923549.

Xiao Pan PhD1 | Ying Xiao Bachelor2 | Ding Ren PhD3 | Zheng-Mei Xu PhD4 | Qian Zhang Bachelor5 | Li-Ying Yang Bachelor6 | Fen Liu Bachelor7 | Yu-Shi Hao Bachelor1 | Feng Zhao Bachelor2 | Yong-Hai Bai PhD (2020) Prevalence of mental health problems and associated risk factors among military healthcare workers in specialized COVID-19 hospitals in Wuhan, China: A cross-sectional survey

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N., (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical. Science. Monitor*, 26, e923549.

Xiao, J. Y., Jiang, T. S., Qing, Q. R., & Yuan, X. (2019). Paths for the professional competence improvement of Chinese nursing caregivers based on the scientific,

technical, service and social perspectives of nursing care. *Chinese Journal of Gerontology*, 39(8), 2034– 2038.

Yassi, A., McGill, M. L., & Khokhar, J. B. (1995). Efficacy and cost-effectiveness of a needleless intravenous access system. *American Journal of Infection Control*, 23(2), 57-64.

Yester, M. (2019). Work-life balance, burnout, and physician wellness. *The health care manager*, 38(3), 239-246.

Yıldız, A. (2020). Hastane iş güvenliği uygulamalarının sağlık çalışanlarının iş güvenliği performansına etkisi . *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)* , 12 (23) , 566-578 . DOI: 10.20990/kilisiibfakademik.709754

Yılmaz F. (2012). Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe Ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi.

Ying, L., Zhijia, H., & Lianbao, L. (2012). Motivation Mechanism Of Accident Prevention in Coal Mine. *Procedia Engineering*, 43, 174-179.

Yongkang, Z., Weixi, Z., Yalin, H., Yipeng, X., & Liu, T. (2014). The Relationship among Role Conflict, Role Ambiguity, Role Overload and Job Stress of Chinese Middle-Level Cadres, 3(1), 8–11.

Zare, H., & Shojaiezadeh, D. (2001). Evaluation of education efficacy on proper nutrition knowledge and iron deficiency anemia in Mehriz city. *Tehran Uni Med Sci*, 23240.

Zegers, M., de Bruijne, M. C., Wagner, C., Hoonhout, L. H., Waaijman, R., Smits, M & van der Wal, G. (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *BMJ Quality & Safety*, 18(4), 297-302.

Zeynep, A. C. A., & AKDAMAR, E. (2022). Güvenlik önceliğinin, güvenlik iletişiminin ve güvenlik eğitiminin güvenli davranış üzerindeki etkisinin incelenmesi: İnşaat sektöründe uygulamalı bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2(73), 1075-1104.

Zhang, J., Xie, C., Wang, J., Morrison, A. M., & Coca-Stefaniak, J. A. (2020). Responding to a major global crisis: the effects of hotel safety leadership on employee safety behavior during COVID-19. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 32(11), 3365-3389.

Zohar D. (2010). Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions. *Accid Anal Prev*, 42(5), 1517-22

Zohar, D. (2000). A group-level model of safety climate: Testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. *Journal of Applied Psychology*, 85, 587–596.

Zohar, D. (2002) The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 75–92

Zohar, D., Luria, G., (2005). A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group-level climates. *Journal of Applied Psychology* 90, 616–628



7 EKLER

7.1. ANKET FORMU

1.Yaşınız	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 60>
2.Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
3.Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
4.Eğitim düzeyiniz	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü
5.Faaliyet alanınız	<input type="checkbox"/> Poliklinikler <input type="checkbox"/> Servisler <input type="checkbox"/> Ameliyathane <input type="checkbox"/> Diğer_____
6.Hastanedeki çalışma süreniz	<input type="checkbox"/> 0-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11-15 yıl <input type="checkbox"/> 16-20 yıl <input type="checkbox"/> 21-25 yıl <input type="checkbox"/> 25> yıl
7.Deneyim süreniz	<input type="checkbox"/> 0-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11-15 yıl <input type="checkbox"/> 16-20 yıl <input type="checkbox"/> 21-25 yıl <input type="checkbox"/> 25> yıl
8.Günlük çalışma saatiniz	<input type="checkbox"/> <7 saat <input type="checkbox"/> 7-9 saat <input type="checkbox"/> 9 saat >
9.Çalıştığınız bölüm	<input type="checkbox"/> Acil servis <input type="checkbox"/> Ameliyathane <input type="checkbox"/> Dahiliye <input type="checkbox"/> Genel cerrahi <input type="checkbox"/> Nöroloji <input type="checkbox"/> Diğer
10.Çalışma düzeniniz?	<input type="checkbox"/> Mesai <input type="checkbox"/> Mesai + Nöbet
11.Aylık gelir düzeyiniz?	<input type="checkbox"/> <5300 <input type="checkbox"/> 6300-7300 <input type="checkbox"/> 7300-8300 <input type="checkbox"/> 8300-9300 <input type="checkbox"/> 9300>
12.Düzenli olarak sağlık kontrolünden geçiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
13.Meslek hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet ise nedir? <input type="checkbox"/> Hayır
14.Geçmişte önemli bir hastalık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet ise nedir? <input type="checkbox"/> Hayır

15.Geçmişte işten kaynaklı önemli bir hastalık geçirdiniz mi?	()Evet ise nedir? ()Hayır
16.Şuan da önemli bir tedavi görüyor musunuz?	() Evet ise nedir? ()Hayır
17.Bağımlılık düzeyinde bir alışkanlığınız var mı? (sigara, alkol vb.)	()Evet ise nedir? ()Hayır

*Lütfen aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadelere katılım düzeyinizi belirtiniz (Lütfen cevabınızın olduğu kutucuğu işaretleyiniz)

	Her zaman	Genellikle	Yarı yarıya	Nadiren	Hiçbir zaman
Yönetim güvenlik taahhüdü					
1.Hastane yönetimi hastanede hastalar için güvenlik prosedürleri oluşturulmasına önem verir.					
2.Hastane yönetimi çalışanların güvenli bir ortamda çalışmasını sağlar.					
3.Hastane yönetimi hastane de oluşabilecek güvenlik sorunlarını engellemek için çeşitli önlemler alır.					
Sosyal destek					
1.Amirim ve iş arkadaşlarım risk altında çalıştığımı gördüklerinde beni uyarırlar.					
2.Süpervizör (müdür) hastanede çalışanlara her zaman güvenlik önlemlerine ve prosedürlerine uymalarını söyler.					
3.Süpervizör (sorumlu personel) personelin güvenlik konusundaki kurallar karşı olan tutumunu inceler.					
4.Süpervizör (sorumlu personel) hastane de işleyişi kontrol etmek için personellerle konuşur, onları ziyaret eder ve inceler.					
Hızlı iş yapma baskısı					
1.İşi zamanında bitirmem gerektiğinde kısa yollar kullanırım.					
2.Hastanede yoğunluk olduğu zaman hizmetleri aksatmamak için güvenliği ikinci plana atarım.					
3.Personel iş yükü yoğun olduğu zaman kurallarda esneme yapar ve risk alır.					
Güvenlik motivasyonu					
1.Sahada güvenli çalışmaktan keyif alıyorum.					
2.Güvenli bir şekilde çalışmak kişisel değerlerim ile uyumludur.					
3.Güvenli bir şekilde çalışmadığımda kendimi kötü hissediyorum.					
4.Güvenli bir şekilde çalışmadığımda kendimi suçlu hissediyorum.					
Güvenlik bilgisi					
1.Personel tedavide gerekli olan teçhizatı (ekipmanı) tanıyor ve kullanmayı biliyor.					
2.İşyerinde sağlık ve güvenliği nasıl koruyacağımı veya iyileştireceğimi biliyorum.					
3.İşyerinde kaza ve olay riskini nasıl azaltacağımı biliyorum.					

4.İşimle ilgili tehlikelerin neler olduğunu ve işimi yaparken alınması gereken önlemleri biliyorum.					
Güvenlik uyumluluğu					
1.Hastanede ne sıklıkla eldiven ve maske takarsınız?					
2.Hastanede belirli alanlarda çalışırken ne sıklıkla koruyucu gözlük takarsınız?					
3.Polikliniklerde, servislerde ve hastaya müdahale ederken ne sıklıkla kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanırsınız?					
4.Radyoloji gibi radyasyonlu bölümler de teşhis ve tedavi sırasında ne sıklıkla o birime uygun KKE kullanırsınız?					
Güvenlik katılımı					
1.İşlerini güvenli bir şekilde yapmalarını sağlamak için diğer çalışanlara ve hastalara ne sıklıkla yardım ediyorsunuz?					
2.Diğer çalışanlara güvenlik kurallarına uymaları ve dâhil olmaları için ne sıklıkla teşviklerde bulunuyorsunuz?					
3.Yapılan işin daha güvenli olması ne sıklıkla işin yapılma yöntemini değiştiriyorsunuz?					
4.İş ihlallerini önlemek ve çalışma ortamının refahını korumak için ne sıklıkla uygulamalarda bulunursunuz?					

7.2. ANKET FORMUNUN HAZIRLANMASINDA KULLANILAN KAYNAKLAR

- Abbott, L. S., Graven, L. J., Schluck, G., & Williams, K. J. (2021, June). Stress, social support, and resilience in younger rural women: A structural equation model. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 7, p. 812). MDPI.
- Al-Bsheish, M., bin Mustafa, M., Ismail, M., Meri, A., & Dauwed, M. (2019). Perceived management commitment and psychological empowerment: A study of intensive care unit nurses' safety. *Safety Science, 118*,
- Amponsah-Tawaih, K., & Adu, M. A. (2016). Work pressure and safety behaviors among health workers in Ghana: the moderating role of management commitment to safety. *Safety and health at work, 7*(4), 340-346.
- Barrera M Jr, Sandler I, Ramsay T (1981) Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *Am J Commun Psychol 9*(4):435–447
- Fernández-Muñiz, B., Montes-Peón, J. M., & Vázquez-Ordás, C. J. (2014). Safety leadership, risk management and safety performance in Spanish firms. *Safety science, 70*, 295-307.
- Guo, B. H., Yiu, T. W., & González, V. A. (2016). Predicting safety behavior in the construction industry: Development and test of an integrative model. *Safety science, 84*, 1-11.

- Liu, S. X., Zhou, Y., Cheng, Y., & Zhu, Y. Q. (2020). Multiple mediating effects in the relationship between employees' trust in organizational safety and safety participation behavior. *Safety science*, 125, 104611.
- Lu, C.S., Kuo, S.Y., (2016). The effect of job stress on self-reported safety behaviour in container terminal operations: The moderating role of emotional intelligence. *Transp. Res. Part F Traffic Psychol. Behav.* 37, 10–26.
- Mariani, B., Ross, J. G., Paparella, S., & Allen, L. R. (2017). Medication safety simulation to assess student knowledge and competence. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(5), 210-216.632-640.
- Neal, A., & Griffin, M. A. (2006). A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. *Journal of applied psychology*, 91(4), 946.
- Schwatka, N. V., & Rosecrance, J. C. (2016). Safety climate and safety behaviors in the construction industry: The importance of co-workers commitment to safety. *Work*, 54(2), 401-413.
- Semmer, N. K., Zapf, D., & Dunckel, H. (1995). Assessing stress at work: A framework and an instrument. *Work and health: Scientific basis of progress in the working environment*, 105-113.
- Smith, T. D., Eldridge, F., & DeJoy, D. M. (2016). Safety-specific transformational and passive leadership influences on firefighter safety climate perceptions and safety behavior outcomes. *Safety science*, 86, 92-97.
- Smith, T. D., DeJoy, D. M., & Dyal, M. A. (2020). Safety specific transformational leadership, safety motivation and personal protective equipment use among firefighters. *Safety science*, 131, 104930.
- Tehrani, V. Z., Rezaifar, O., Gholhaki, M., & Khosravi, Y. (2019). Investigating factors of safety culture assessment in construction industry projects. *Civil Engineering Journal*, 5(4), 971-983.
- Zhou, Q., Fang, D., Wang, X., (2008). A method to identify strategies for the improvement of human safety behavior by considering safety climate and personal experience. *Safety. Science.* 46, 1406–1419