

HEMŞİRELERDE ATALET DAVRANIŞLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ

Ş. Didem Kaya¹, Aydan Yüceler¹, Melek Yağcı Özen²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Konya

²Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Konya

ÖZET

Amaç: Sağlık çalışanlarında görülebilecek atalet davranışlarının hasta güvenliğini etkileyebileceğinden yola çıkılarak yapılan bu çalışmada, hemşirelerin atalet davranışları ile hasta güvenliği ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metot: Çalışma, Temmuz-Ekim 2016 tarihlerinde, evreni Konya ilinde yer alan iki sağlık kuruluşunda (610+249) hizmet veren hemşirelerden (N=859); örnekleme ise evreni temsil etme kabiliyetine sahip 266 hemşireden oluşan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Veriler, anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket formu, hemşirelerin demografik bilgileri, Bilgi Ataleti ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği'nin (A,C,E,F) boyutlarından oluşmaktadır. Verilerin analizinde doğrulayıcı faktör analizi, tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi ve ilişki çıkan boyutlar arasında regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Analiz sonuçları incelendiğinde, hemşirelerin % 75'inin kadın, % 74'ünün evli, % 42'sinin ise 30-39 yaş grubu arasında yer aldığı görülmüştür. Öğrenme ataleti alt boyutunun ortalama puanı

ve standart sapması $2,17 \pm 0,67$, deneyim ataleti alt boyutunun ortalama puanı ve standart sapması $3,62 \pm 0,47$ bulunmuştur. Hemşirelerin hasta güvenliğini değerlendirme dereceleri ise %33 çok iyi, %45 kabul edilebilir şeklindedir. Hemşirelerdeki öğrenme atalet boyutunun birimler içerisinde takım çalışması ($r=-0,415$, $p<0,01$), transferler ve hastane müdahaleleri ($r=-0,380$, $p<0,01$) boyutları arasında negatif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin sonuçlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin birimler içerisinde takım çalışması ve transferler ve hastane müdahaleleri alt boyutunda olduğu görülmektedir ($t=-4,548$, $p=0,00$; $t=-3,983$, $p=0,00$).

Sonuç: Atalet davranışı ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki bulunmakta ve hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının toplamının % 24'ü öğrenme ataleti ile % 15,5'i ise toplam bilgi ataleti ile açıklanmaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliğinin geliştirilmesinde öğrenen örgüt olma yolunda çaba gösterilmeli, ataletten uzak çalışanlar oluşturulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği, atalet, hemşireler. Nobel Med 2018; 14(2): 40-48

INERTIA BEHAVIOURS AND PATIENT SAFETY AMONG NURSES

ABSTRACT

Objective: Present study is based on the fact that inertia behaviors, which can be observed on health employees, can affect patient safety; it is aimed to examine the relationship between the inertia behaviors of nurses and the patient safety.

Material and Method: This is a descriptive study. The study was carried out in two different health institutions in Konya Province from July to October 2016. The total number of nurses were 859 (610+249) in the institutions and 266 nurses were recruited to the study who were representative all the nurses. The data were collected via questionnaire. The questionnaire contains demographic characteristics of the nurses, and Knowledge Inertia and Patient Safety Culture Hospital scale (A,C,E,F). In the analysis of the data, the confirmatory factor analysis, the descriptive statistics, the correlation analysis and among the dimensions in a relationship with each other, the regression analysis were carried out.

Results: When the analysis results are examined, it is seen that 75% of the nurses are female, 74% of them

are married, 42% of them are between 30 and 39 years of age. The average point of sub-dimension of the inertia of learning has been found 2.17 ± 0.67 and the average point of sub-dimension of the experience inertia has been found 3.62 ± 0.47 . 33% of the nurses' degrees of evaluating patient safety are very good and 45% of them are acceptable. A negative and moderate relationship has been found between the dimensions of teamwork ($r = -0.415$, $p < 0.01$), transfers and hospital responses ($r = -0.380$, $p < 0.01$) within the units in terms of the dimension of the nurses' behavior of the inertia of learning. When the results related to significance of the regression coefficient are examined, it is seen that its statistically significant effect is on the sub-dimension of teamwork, and transfers and hospital responses within the units ($t = -4.548$, $p < 0.001$; $t = -3.983$, $p < 0.001$).

Conclusion: There is a relationship between the inertia behavior and patient safety culture, and 24% of the total of sub-dimensions of patient safety scale for hospitals is explained by the inertia of learning and 15.5% of it is explained by the total knowledge inertia. Accordingly, efforts should be made to be a learning organization in developing the patient safety and the inertial employees should be organized.

Keywords: Patient safety, inertia, nurses. Nobel Med 2018; 14(2): 40-48

GİRİŞ

Çalışma yaşamında etkinliği ve verimliliği artırabilmek noktasında örgütlerin sahip olduğu insan kaynağının önemli bir unsur haline geldiği günümüzde, insan kaynağını etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler üzerinde durulmaya başlanmıştır. Bu faktörlerden belki de en önemlisi tembellik, yılgınlık ve bitkinlik gibi anlamlara gelen atalet halidir.¹ Ataletin bireyleri verimlilik, etkinlik, motivasyon ve karar verme gibi pek çok alanda etkilediği düşünülmektedir.² Özellikle hizmet sektöründe faaliyet gösteren ve hizmet sektörünün belki de en aktif üyesi olan, sağlık sektöründe yer alan örgütler için çalışanlarındaki atalet davranışlarının oldukça önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Sağlık sektöründe, özel hastanelerin sayısının gün geçtikçe artması, hasta beklentilerinin farklılaşması ve hızla değişen çevresel koşullar karşısında faaliyet gösteren sağlık sektörlerinde, hastayla birebir etkileşim halinde olan sağlık çalışanlarındaki atalet davranışları oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinin insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu göz önünde bulundurulduğunda oluşabilecek en ufak bir dikkatsizliğin hasta ile ilgili alınan karar ya da uygulamalarda yanlış ya da hataya, sonuç olarak hastanın zarar görmesine

yol açabileceği, hastanın yaşadığı zararın ise ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa ve hatta can kaybına neden olabileceği düşünüldüğünde sağlık çalışanlarında görülebilecek atalet halinin ne denli önemli olduğu fark edilebilecektir.^{3,4} Bu nedenle, son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda insan hataları çerçevesinde hasta güvenliği kavramına gösterilen dikkat giderek artmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında tıbbi hataların en aza indirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması noktasında alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulmakta, bu noktada sorumluluk en çok da sağlık çalışanlarına düşmektedir.^{5,6} Sağlık çalışanlarının böylesine önem arz eden tıbbi hatalar gerçekleştirmelerine ve dolayısıyla hasta güvenliğini riske atacak faaliyetlerde bulunmalarına yol açan unsurlardan birinin de atalet hali olduğu düşünülmektedir.

Liao'ya göre; insanların karşılaştıkları problemlerin çözümünde, yeni kaynaklar aramak yerine eski kaynaklara başvurdukları, geçmişteki bilgi ve deneyimlerine sıkı sıkıya bağlı kaldıkları zaman oluşan bilgi ataleti, öğrenme ve deneyim ataleti olarak iki boyuttan oluşmakta; bireyleri, örgütleri ve nihai olarak da toplumları etkilemektedir.⁷

Bireysel anlamda iş yapmama, erteleme ve tembellik olarak kendini gösteren atalet, örgütsel anlamda bireylerin öğrenme kapasitelerini ve problem çözme yeteneklerini engelleyerek, rekabet ortamında örgütleri savunmasız kılmakta ve başarısız olmalarına neden olabilmektedir.⁸⁻¹⁰

Ayrıca atalet, zamanla çalışanların kurumdan, işlerinden ve hatta kendilerinden soğuyarak yabancılaşmalarına da neden olabilmektedir.¹¹ Bu da çalışanların yapmış oldukları işe tam anlamı ile kendilerini verememelerine, dolayısıyla da dikkatsiz davranmalarına ve tıbbi hataların artmasına yol açabilmektedir. Dolayısıyla hasta güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulmuş olan ve Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri içerisinde yer alan faaliyetler hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesinde oldukça önemli olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Sağlık çalışanlarında görülen atalet hali de hasta güvenliğini önemli ölçüde etkileyebilmektedir.⁶ Öyle ki, sağlık çalışanlarının faaliyet ve yeteneklerindeki yavaşlık, yılgınlık ve tükenmişlik durumları, sağlık kurumları tarafından benimsenen uluslararası hasta güvenliği hedeflerini gerçekleştirmeyi engelleyebilmektedir.

Bu bağlamda çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarında görülen atalet davranışının hasta güvenliği kültürünü sağlama noktasında etkili olduğu ve atalet davranışı arttıkça hasta güvenliğine ilişkin problemlerin ortaya çıkacağı düşüncesinden yola çıkılarak, hemşirelerin atalet davranışları ile hasta güvenliği ilişkisinin incelenmesidir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Araştırma, Konya ilinde faaliyet gösteren iki sağlık kuruluşunda hizmet veren hemşireler ile yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Temmuz-Ekim 2016 tarihlerinde Konya'da yer alan iki sağlık kuruluşunda (610+249 hemşire) hizmet veren hemşirelerden (N=859) oluşmaktadır.

Araştırmada, örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde %95 güven aralığı dikkate alınarak şu formülden yararlanılmıştır:¹²

$$n = [N * t^2 * (p * q)] / [d^2 * (N - 1) + t^2 * (p * q)]$$

$$n = 859 * (1,96)^2 * (0,50 * 0,50) / [(0,05)^2 * (859 - 1) + (1,96)^2 * (0,50 * 0,50)] = 265,6$$

Söz konusu bu çalışmanın örneklem grubu 266 (154+112) hemşire olarak hesaplanmıştır. Toplamda, basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 266 hemşireye ulaşılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırma, Temmuz-Ekim 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmada yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere anket uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anket; hemşirelerin demografik özelliklerinin yer aldığı kişisel bilgi formu, Bilgi Ataleti Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği'nden (A,C,E,F) oluşmaktadır. Kişisel bilgi formu (7 soru) araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Söz konusu Bilgi Ataleti Ölçeği; Liao, Fei ve Liu tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir.⁹ Türkçe'ye uyarlamasını ise; öğrenme ataleti alt boyutu Çankaya ve Demirtaş tarafından 2010 yılında, deneyim ataleti alt boyutu ise Çankaya tarafından 2010 yılında yapılmış, Türkçe alan yazında ise Atalay ve Karayel tarafından kullanılmıştır.^{11,13-15} Öğrenme ve deneyim ataleti boyutları olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Hiç katılmıyorum-kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert tipli ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar üç düzeyde değerlendirilmiştir. 3,8 ve üzeri (ya da 53 ve üzeri) puan alanlar "yüksek atalet", 2,4-3,7 (ya da 34-52) aralığındaki puanlar "orta atalet", 2,3 ve altı (ya da 33 ve altı) puan alanlar "düşük atalet" düzeyinde şekildedir.¹⁵ Katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan arttıkça, hemşirelerin atalet düzeyi de artmaktadır.

Hasta güvenliğini ölçmek için ise ABD'de Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Bodur ve Filiz tarafından gerçekleştirilen "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" (HGKHA)'nin (A,C,E,F) boyutları uygulanmıştır.¹⁶ Bunlar, birimler içerisinde takım çalışması (4 soru), hatalar için geribildirim ve açık iletişim (6 soru), birimler arası takım çalışması ve hastane yönetiminin desteği (6 soru), transferler ve hastane müdahaleleri (5 soru) ve hasta güvenliği derecesi (1 soru) toplamda 22 sorudan oluşmakta olup; kesinlikle katılmıyorum-kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert tipli ölçek kullanılmıştır. C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11. sorular ters puanlamıştır.

Her iki ölçeğin madde aralıkları ayrıca 1,00-1,80 hiç katılmıyorum, 1,81-2,60 katılmıyorum, 2,61-3,40 kısmen katılıyorum, 3,41-4,20 katılıyorum, 4,21-5,00 tamamen katılıyorum şeklinde değerlendirilmiştir.^{14,15}

Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik ve Güvenirliliği

Bilgi Ataleti Ölçeğinin Geçerliliği

Bilgi Ataleti Ölçeği'nin orijinal halinde açılımlı faktör analizi yapıldığından, ölçeğin 2 boyut (öğrenme ve deneyim) altında toplanan 14 ifade için bu çalışmada doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi öncesinde ise verilerin uygun olup olmadığını denetlemek için Bartlett Küresellik Testi ve Kaiser Meyer Olkin (KMO) Testi (Tablo 1) yapılmıştır.

Tablo 1 incelendiği üzere; Bilgi Ataleti Ölçeği ile ilgili olarak KMO örneklem uygunluğu ölçüsü 0,817 olarak hesaplanmıştır. Bartlett Küresellik Testi 1294,757, serbestlik derecesi (df) ise 91 bulunmuştur. Bartlett testi sonucunun anlamlı olması ($p < 0,05$), ölçek maddeleri arasındaki korelasyonun varlığını ortaya koymakta ve elde edilen veri setinin uygun olduğunu göstermektedir.¹⁷ Yani KMO değerinin 0,80 ile 0,90 arasında olması örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğunu göstermektedir.¹⁸

Ölçeğin orijinalinde geçerlilik ve güvenilirlik, açılımlı faktör analizi yöntemi ile yapıldığından bu çalışmada boyutların yapı geçerliliğini test etmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

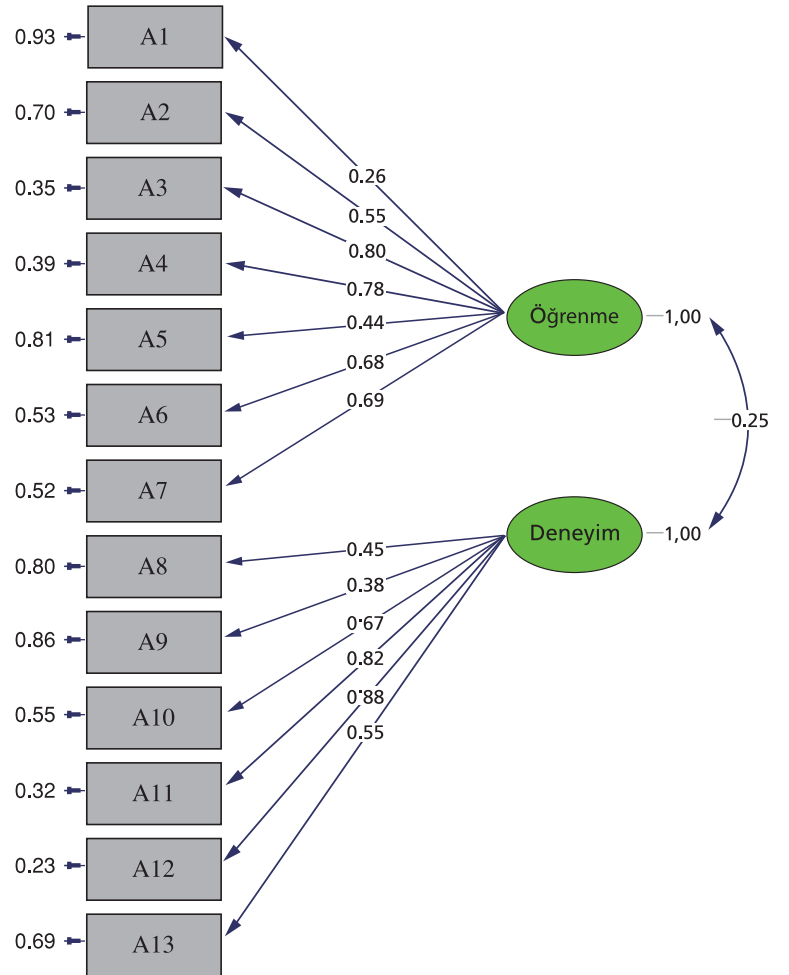
Ölçeğin uyum istatistikleri değerlendirildiğinde elde edilen ki kare değeri $X^2=181,88$, serbestlik derecesi (df)=64 olup; örneklemin (>200) büyük olması nedeniyle p değeri anlamlı bulunmuştur. X^2/df sonucu ise 2,84'dür. Bu oranın 3'ün altında olması mükemmel uyuma işaret etmektedir. Ayrıca yol şemasındaki RMSA değerinin 0,08 düzeyinde ($\leq 0,08$ =iyi uyum), GFI değeri 0,91 ($\geq 0,90$ =iyi uyum), AGFI değeri 0,87 ($\leq 0,90$ =kabul edilebilir uyum), SRMR 0,08 ($\leq 0,08$ =iyi uyum), CFI değeri 0,90 ($\geq 0,90$ =iyi uyum) indekslerine sahip olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla Bilgi Ataleti Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları gerekli uyum iyiliği koşullarını sağlamaktadır.¹⁹

Bilgi Ataleti Ölçeği'nin alt boyutlarındaki hata varyansları incelendiğinde 8. maddenin hata varyansı çok yüksek bulunduğundan ($=1,00$) ölçekten çıkarılmıştır. 8. madde ölçekten çıkarıldıktan sonra doğrulayıcı faktör analizi yeniden yapılmıştır. Bilgi Ataleti Ölçeği'nin boyutlarına ilişkin yol şeması Şekil 1'de gösterilmektedir. Öğrenme ataleti boyutunun hata varyansları 0,35-0,93, deneyim ataleti boyutunun hata varyansları ise 0,23-0,86 arasında değişmektedir. Örtük değişkenlerin gözlenen değişkenler tarafından açıklanma durumlarına ilişkin t değerlerine bakıldığında ise değerlerin 1,96'nın üzerinde olduğunda 0,05 düzeyinde, 2,56'nın üzerinde olduğunda 0,01 düzeyinde anlamlı kabul edilmektedir.¹⁹ Çalışmada

Tablo 1. Bilgi Ataleti Ölçeği ile ilgili Bartlett Küresellik Testi ve Kaiser Meyer Olkin Sonuçları		
KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü	0,817	
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	1294,757
	Serbestlik Derecesi	91
	p değeri	<0,001

tüm maddelerin değerleri 2,56'dan büyük olduğu için 0,01 düzeyinde tüm değerler anlamlı bulunmuştur.

Yol şemasında standardize edilmiş parametre değerleri incelendiğinde (Şekil 1) ise öğrenme ataleti boyutunun 0,26 ile 0,80 arasında, deneyim ataleti boyutunun ise 0,38 ile 0,88 arasında değiştiği ve faktör yüklerinin 0,30'dan daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla Bilgi Ataleti Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonucunda; öğrenme (7 madde) ve deneyim (6 madde) ataleti olmak üzere 2 boyuttan ve 13 maddeden oluşmaktadır.²⁰



Şekil 1. Bilgi Ataleti Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi modeli (standardize edilmiş değerler)

A: Bilgi Ataleti Ölçek Maddeleri (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13. maddeler), df: serbestlik derecesi p : p değeri, RMSEA: Yaklaşık ortalama karekök hata
Ki-Kare=181.88, Sd=64, $p < 0,001=0.00000$, RMSEA=0.083

Tablo 2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri		
Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	200	75,2
Erkek	66	24,8
Yaş		
18-29	102	38,3
30-39	112	42,2
40-49	49	18,4
50-59	3	1,1
Medeni Durum		
Evlü	197	74,1
Bekâr	69	25,9
Eğitim Durumu		
Lise	50	18,8
Ön Lisans	69	25,9
Lisans	118	44,4
Lisansüstü	29	10,9
Kurum		
A hastanesi	154	42,1
B hastanesi	112	57,9
Çalışılan Birim		
Dâhili	82	30,8
Cerrahi	83	31,2
Diğer	101	38,0
Çalışma Saati		
40 saati geçmiyor	84	31,6
40-49 saat	159	59,8
50 saatten fazla	23	8,6
n: Örnekleme alınan birey sayısı		

Bilgi Ataleti ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği'nin Güvenirliliği

Ölçeklerin güvenirliliği ise alfa değeri temel alınarak hesaplanmıştır. Güvenirlilik analizi sonucu; Bilgi Ataleti Ölçeği'nin güvenirliliği 0,70, Öğrenme Ataleti alt boyutunun güvenirliliği 0,78, Deneyim Ataleti alt boyutunun güvenirliliği ise 0,60 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinalindeki alfa değerleri ise Öğrenme Ataleti boyutu için 0,75, Deneyim Ataleti boyutu için 0,60 olarak bulunmuştur.⁹ Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği'nin alt boyutlarının alfa değerleri ise; Birimler İçerisinde Takım Çalışması 0,79, Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim 0,77, Birimler Arası Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği 0,77, Transferler Ve Hastane Müdahaleleri boyutu 0,70 olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçekler için kabul edilebilir şekilde değerlendirilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde doğrulayıcı faktör analizi için Lisrel programı ve diğer analizler için ise SPSS programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında örnekleme dâhil edilen hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla yüzde dağılımlarından yararlanılmıştır. Bilgi Ataleti Ölçeği'nin yapı geçerliliğini saptamak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. İfadeleri tanımlamak için ise verilerin ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Ayrıca bilgi ataleti davranışı ile hasta güvenliği arasında ilişkinin var olup olmadığını ölçümlemek üzere korelasyon analizi ve korelasyon analizi sonucunda aralarında ilişki bulunan alt ölçekler arasında ise çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.¹⁵

İlaç Ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24/06/2016 tarih ve 2016/641 sayılı kararı ile etik kuruldan ve çalışmanın yapıldığı iki kurumdan da yazılı izin alınmıştır. Ayrıca katılımcılar onam formu ile bilgilendirilerek gönüllülük esası ile çalışmaya katılmaları sağlanmıştır.

Sınırlılıklar

Çalışmanın iki sağlık kuruluşunu kapsamaması, sadece hemşireler üzerinde uygulanıyor olması ve özel hastanelerden çalışmanın yapılması için izin alınmaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

BULGULAR

Tablo 2'de araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini gösteren bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin %75'i kadın ve %24'ü evlidir. En fazla %42 oranında 30-39 yaş grubudur. Hemşirelerin %42'si A hastanesinde, %58'i B hastanesinde çalışmaktadır. Eğitim durumu incelendiğinde hemşirelerin %44'ü lisans mezunudur. Hemşirelerin %31 dâhili, %31 cerrahi, %38'i çalışma yerini diğer (yoğun bakım, acil, eğitim birimi, ameliyathane, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü, kan merkezi ve karma klinikler) olarak belirtmiştir. Çalışma saati olarak ise hemşireler %60 oranında 40-49 saat arasında çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3'de hemşirelerin Bilgi Ataleti ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği'nin ortalama puanları ve standart sapmaları verilmiştir. Öğrenme Ataleti alt boyutunun ortalama puanı ve

standart sapması $2,17\pm 0,67$ 'dir. Deneyim Ataleti alt boyutunun ortalama puanı ve standart sapması $3,62\pm 0,47$, Bilgi Ataleti toplam ortalama puanı ve standart sapması $2,84\pm 0,42$ 'dir. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği'nin alt boyutlarından Birimler İçerisinde Takım Çalışması alt boyutunun ortalama puanı ve standart sapması $3,73\pm 0,80$, Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim ortalama puanı ve standart sapması $3,38\pm 0,75$, Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği ortalama puanı ve standart sapması $3,29\pm 0,73$ ile Transferler ve Hastane Müdahaleleri ortalama puanı ve standart sapması $3,44\pm 0,76$ 'dır.

Tablo 4'de hemşirelerin çalıştıkları hastanenin hasta güvenliğine ilişkin değerlendirilmeleri görülmektedir. Hemşirelerin hasta güvenliğini değerlendirme dereceleri ise %10,5 mükemmel, %33 çok iyi, %45 kabul edilebilir, %10 zayıf, %1,5 başarısız şeklindedir.

Bilgi Ataleti ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi neticesinde (Tablo 5); hemşirelerdeki Öğrenme Ataleti boyutunun Birimler İçerisinde Takım Çalışması ($r=-0,415$, $p<0,01$), Transferler ve Hastane Müdahaleleri ($r=-0,380$, $p<0,01$), Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği ($r=-0,327$, $p<0,01$) boyutları arasında negatif ve orta düzeyde bir ilişki; Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim ($r=-0,276$, $p<0,01$) boyutu arasında ise negatif ve düşük bir ilişki tespit edilmiştir.²¹ Deneyim Ataleti boyutunun ise Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği alt boyutları arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,01$). Bilgi Ataleti toplam boyutunun ise Birimler İçerisinde Takım Çalışması ($r=-0,318$, $p<0,01$), Transferler ve Hastane Müdahaleleri ($r=-0,322$, $p<0,01$) boyutları arasında negatif ve orta düzeyde; Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim ($r=-0,177$, $p<0,01$), Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği ($r=-0,259$, $p<0,01$) boyutları arasında ise negatif ve düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin korelasyon analizi yapıldıktan sonra, korelasyon analizi sonucunda aralarında ilişki bulunan alt boyutların etkilerini yordamak amacıyla ise çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 6 ve 7'de ilişkisi saptanan hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının Öğrenme Ataleti ve Toplam Bilgi Ataleti üzerindeki etkilerini gösteren sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 6'da görüldüğü gibi, regresyon analizindeki sonuçlar anlamlıdır ($F=20,60$; $p<0,001$). İlişki katsayısı $0,49$ 'dur. Hastaneler için Hasta Güvenliği Ölçeği'nin

Tablo 3. Bilgi Ataleti Ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları ve standart sapmaları

	n	Min.	Max.	Ort.	SS
Öğrenme Ataleti	266	1,00	4,00	2,17	0,67
Deneyim Ataleti	266	1,67	5,00	3,62	0,47
Toplam Bilgi Ataleti	266	1,46	3,92	2,84	0,42
Birimler İçerisinde Takım Çalışması	266	1,00	5,00	3,73	0,80
Hatalar için Geribildirim ve Açık İletişim	266	1,50	5,00	3,38	0,75
Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği	266	1,00	5,00	3,29	0,73
Transferler ve Hastane Müdahaleleri	266	1,60	5,00	3,44	0,76

n: Örneklem alınan birey sayısı Min: Minimum değer Max: Maximum değer Ort: Ortalama değer SS: Standart sapma

Tablo 4. Hemşirelerin hasta güvenliği düzeyine ilişkin değerlendirmeleri

Hemşireler	Mükemmel		Çok iyi		Kabul edilebilir		Zayıf		Başarısız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	28	10,5	88	33,1	120	45,1	26	9,8	4	1,5	266	100

alt boyutlarının toplamı Öğrenme Ataleti toplam varyansın %24'ünü açıklamaktadır. Regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin sonuçlar incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı etkisinin Birimler İçerisinde Takım Çalışması (BİTÇ) ile Transferler ve Hastane Müdahaleleri (THM) alt boyutunda olduğu görülmektedir (sırasıyla $t=-4,548$, $p<0,01$; $t=-3,983$, $p<0,001$). Regresyon katsayısı (sırasıyla Beta= $-0,295/-0,250$) negatif yönlü olduğu için, Birimler İçerisinde Takım Çalışması ile Transferler ve Hastane Müdahaleleri alt boyutları, Öğrenme Ataleti boyutunu negatif yönde ve anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim (HGAI) ile Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği (BATÇHYD) boyutlarının Öğrenme Ataleti boyutu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7'de görüldüğü gibi, regresyon analizindeki sonuçlar anlamlıdır ($F=11,89$, $p<0,001$). İlişki katsayısı $0,393$ 'dür. Hastaneler İçin Hasta Güvenliği Ölçeği'nin alt boyutlarının toplamı, Bilgi Ataleti toplam varyansın %15,5'ini açıklamaktadır. Regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin sonuçlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin Birimler İçerisinde Takım Çalışması ile Transferler ve Hastane Müdahaleleri alt boyutunda olduğu görülmektedir (sırasıyla $t=-3,371$, $p<0,001$; $t=-3,496$, $p<0,001$). Regresyon katsayısı (sırasıyla Beta= $-0,230/-0,232$) negatif yönlü olduğu için, etkisinin Birimler İçerisinde Takım Çalışması ile Transferler ve Hastane Müdahaleleri alt boyutları Bilgi Ataletini negatif

Tablo 5. Bilgi Ataleti ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği alt boyutlarına ilişkin korelasyon analizi							
	1	2	3	4	5	6	7
1	Öğrenme Ataleti	1					
2	Deneyim Ataleti	-,004	1				
3	Toplam Bilgi Ataleti	,855*	,522*	1			
4	Birimler İçerisinde Takım Çalışması	-,415*	,069	-,318*	1		
5	Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim	-,276*	,113	-,177*	,448*	1	
6	Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği	-,327*	,039	-,259*	,502*	,521*	1
7	Transferler ve Hastane Müdahaleleri	-,380*	,005	-,322*	,336*	,328*	,498*

* $p < 0,01$ $r < 0,30$ düşük seviye, $0,30 < r < 0,69$ orta seviye, $r \geq 0,70$ yüksek seviye.²¹

p: Korelasyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin p değeri r: Korelasyon katsayısı

yönde ve anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Diğer boyutların Bilgi Ataleti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

TARTIŞMA

Araştırma, hemşirelerin bilgi ataleti davranışları ile hasta güvenliği kültürü ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Analiz bulgularını değerlendirdiğimizde ilk olarak, hemşirelerin öğrenme ataleti alt boyutunun ortalama puanı “katılmıyorum” ($2,17 \pm 0,67$), deneyim ataleti alt boyutunun ortalama puanı ($3,62 \pm 0,47$) “katılıyorum” şeklindedir. Yani deneyim ataleti boyutunun “yüksek atalet” düzeyinde, öğrenme ataleti boyutunun ise “düşük atalet” düzeyinde olduğu görülmektedir. Hemşirelerde deneyim ataleti, öğrenme ataletine göre daha yüksek düzeyde çıkmıştır. Yılmaz ve ark.’nın çalışmasında da deneyim ataleti ($3,44 \pm 0,89$) öğrenme ataletine ($2,51 \pm 0,96$) göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur.²² Çankaya’nın çalışmasında da deneyim ataleti ortalama puanı “kısmen katılıyorum” şeklindedir. Sonuçlar literatürle uyum göstermektedir.¹³ Çalışanların geçmiş deneyimlerine çok güvendikleri ve farklı problemlerin çözümünde aynı deneyimlerden faydalandıkları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bilgi Ataleti Ölçeği toplam puan

ortalaması ($2,84 \pm 0,42$) ise “kısmen katılıyorum” ve “orta atalet” düzeyinde çıkmıştır. Atalay’da çalışmasında, bilgi ataleti davranış ortalamasını ($2,90 \pm 0,67$) “kısmen katılıyorum” ve “orta atalet” şeklinde bulmuştur.¹¹

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği’nin alt boyutlarının sırasıyla ortalama puanları; Birimler İçerisinde Takım Çalışması alt boyutunun ortalama puanı ($3,73 \pm 0,80$) ve Transferler ve Hastane Müdahaleleri ortalama puanı ($3,44 \pm 0,76$) “katılıyorum”; Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim ortalama puanı ($3,38 \pm 0,75$) ile Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği ortalama puanı ($3,29 \pm 0,73$) ise “kısmen katılıyorum” şeklindedir. Hasta güvenliği konusunda en yüksek ortalamaya sahip Birimler İçerisinde Takım Çalışması boyutudur. Diğer boyutlar ise birbirine yakın ortalamaya sahiptirler. Akpolat ve Sırakaya’nın çalışmasında Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği’nin boyutlarının ortalama ve standart sapmaları; Hasta Güvenliği için Hastane Yönetiminin Desteği boyutu için $3,28 \pm 0,664$, Birimler Arasında Takım Çalışması boyutu için $3,29 \pm 0,481$, Transferler ve Hastane Müdahaleleri boyutu için $3,42 \pm 0,575$ şeklinde çıkmıştır.²³

Tablo 6. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının Öğrenme Ataleti Üzerine Etkilerinin Belirlenmesine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları					
Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	4,070	0,220		18,466	$p < 0,001$
Birimler İçerisinde Takım Çalışması	-0,245	0,054	-0,295	-4,548	$p < 0,001$
Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim	-0,041	0,059	-0,045	-0,692	0,490
Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği	-0,029	0,066	-0,031	-0,434	0,665
Transferler ve Hastane Müdahaleleri	-0,219	0,055	-0,250	-3,983	$p < 0,001$

R=0,49 R²=0,24 F=20,60 $p < 0,001$ Durbin Watson=1,69

B: B katsayıları (diğer değişkenlerin varlığında her bir değişkene ilişkin katsayı kestirimi) Std. Hata: Standart Hata Beta: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı
t: Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t istatistiği p: Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin p değeri R: Regresyon (ilişki) katsayısı R²: Açıklanabilirlik katsayısı
F: Regresyona ilişkin olarak yapılan varyans analizi (F değeri)

Tablo 7. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının Toplam Bilgi Ataleti Üzerine Etkilerinin Belirlenmesine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları					
Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Sabit	3,763	0,147		25,647	<0,001
Birimler İçerisinde Takım Çalışması	-0,121	0,036	-0,230	-3,371	0,001
Hatalar İçin Geribildirim ve Açık İletişim	0,013	0,039	0,024	0,342	0,732
Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği	-0,023	0,044	-0,041	-0,532	0,595
Transferler ve Hastane Müdahaleleri	-0,128	0,037	-0,232	-3,496	0,001
R=0,393 R ² =0,155 F=11,89 p<0,001 Durbin Watson=1,906					
<p>B: B katsayıları (diğer değişkenlerin varlığında her bir değişkene ilişkin katsayı kestirimi) Std. Hata: standart hata Beta: standartlaştırılmış regresyon katsayısı t: regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t istatistiği p: Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin p değeri R: regresyon (ilişki) katsayısı R²: açıklanabilirlik katsayısı F: regresyona ilişkin olarak yapılan varyans analizi (F değeri)</p>					

Çalışmada hemşirelerin hasta güvenliğini değerlendirme dereceleri ise %10,5 mükemmel, %33 çok iyi, %45 kabul edilebilir, %10 zayıf, %1,5 başarısız şeklindedir. Genel olarak bakıldığında hemşirelerin büyük bir kısmı hasta güvenliğini “kabul edilebilir” sınırlar içerisinde değerlendirmişlerdir. Bu bulgu literatürle uyum göstermektedir.¹⁶ Atan ve ark.¹⁶’nın yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yaklaşık üçte biri (%37,8) çalıştıkları birimde hasta güvenliği derecesini “çok iyi” ve yaklaşık beşte ikisi (%43,3) “kabul edilebilir” olarak, Akbolat ve Sırakaya ise sağlık çalışanlarının %53,3’ü, hemşirelerin ise %50,6’sı hasta güvenliğini “kabul edilebilir” olarak değerlendirmişlerdir. Bu durumda hasta güvenliği kültürü öncelikli geliştirilmesi gereken alanlar olarak düşünülebilir.^{23,24}

Öğrenme Ataleti boyutu ile Hasta Güvenliği Kültürü ilişkisi incelendiğinde; hemşirelerin Öğrenme Ataleti düzeyi ile en fazla Birimler İçerisinde Takım Çalışması boyutu ile Transferler ve Hastane Müdahaleleri boyutu arasında negatif ve orta; Birimler Arasında Takım Çalışması ve Hastane Yönetiminin Desteği ile Hatalar için Geribildirim ve Açık İletişim boyutu arasında ise negatif ve düşük bir ilişki tespit edilmiştir. Yani hemşirelerdeki öğrenmeye dayalı atalet hali azaldıkça hasta güvenliği kültürü ile ilgili uygulamalar artış gösterecektir. Dolayısıyla hasta güvenliği kültüründe rol oynayan faktörlerden bir tanesinin de hemşirelerin atalet düzeyleri olduğu düşünüldüğünde, hastane yönetiminin güvenlik kültürü politikalarını belirlemelerinde bu hususlara da dikkat etmeleri gerekmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün öğrenme ataleti ve toplam bilgi ataleti üzerine etkisine bakıldığında; Hastaneler İçin Hasta Güvenliği Ölçeği’nin alt boyutlarının toplamının %24’ü Öğrenme Ataleti boyutu ile %15,5’i ise Bilgi Ataleti toplamı ile açıklanmaktadır. Fakat Deneyim Ataleti’nin ise hasta güvenliği kültürü ile bir ilişkisi bulunamamıştır.

SONUÇ

Sağlık örgütleri açısından önem arz eden sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında tehdit olarak düşünülen ataletin engellenmesi gerekmektedir. Günümüzde çoğu örgüt için ve özellikle de örgütün sahip olduğu, en önemli sermayesi olarak nitelendirilen insan kaynağı için oldukça önemli bir konu haline gelen atalet, yılgınlık, bitkinlik, yorgunluk gibi anlamlara gelmekte; bireyleri verimlilik, etkinlik ve motivasyon gibi pek çok alanda etkilemektedir.^{1,2,25} Özellikle hizmet sektöründe faaliyet gösteren ve hizmet sektörünün belki de en aktif üyesi olan, sağlık sektöründe yer alan örgütler için de çalışanlarında görülebilecek atalet hali oldukça önemlidir. Sağlık sektöründe yer alan çalışanlarda görülebilecek atalet halinin önemi ise uluslararası hasta güvenliği hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi noktasındadır. Öyle ki, sağlık çalışanlarında görülebilecek atalet halinin uluslararası hasta güvenliğinin sağlanmasında problemler yaşanmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Sağlık sektöründe atalet davranışı ile hasta güvenliği konusunu ele alan bu çalışma, sağlık çalışanlarında görülebilecek atalet halinin hasta güvenliğini etkileyebileceği sorunsalından yola çıkılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada, bilgi ataleti davranışı ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki olduğu ve hasta güvenliğinde hemşirelerin atalet düşmelerinin engellenmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır. Çünkü hemşirelerin bilgi atalet davranışı “orta” seviyede çıkmıştır. En çok üzerinde durulması gereken davranışında da deneyim ataleti boyutu olduğu görülmektedir. Yani hemşireler bilgiyi öğrenmede ataleti düşük seviyede yaşıyorlar fakat problem çözerken geçmiş deneyim ve bilgiyi kullanmada daha fazla atalet düşüyorlar. Bu noktada örgütlerin çalışanlarını yeniliğe, gelişime, işbirliğine ve yardımlaşmaya teşvik eden, bilgi

paylaşımını etkin kılan, örgütsel öğrenmeye önem veren bir yapı kazanmaları gerekmekte ve bu sayede çalışanlarının ataletli halinden sıyrılmalarının mümkün olabileceğini göz ardı etmemeleri gerekmektedir.²² Dolayısıyla hasta güvenliğinin geliştirilmesinde öğrenen örgüt olma yolunda çaba gösterilmeli, ataletten uzak çalışanlar oluşturulmalıdır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamıza izin veren kurumlara ve katkı sağlayan hemşirelerimize teşekkür ederiz.

*Bu makalenin özeti 10. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde (1-3 Aralık 2016) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Yazarlar herhangi bir çıkar ilişkisi içinde bulunmadıklarını bildirmiştir.

C	İLETİŞİM İÇİN: Ş. Didem Kaya Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Büyük İhsaniye mah., Kazım Karabekir Cad., No:82, 42040, Selçuklu, Konya, dkaya@konya.edu.tr
✓	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 07 / 02 / 2017 • KABUL TARİHİ: 17 / 11 / 2017

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu, 15.11.2016 <http://tdk.gov.tr>.
2. Çavuş MF, Pekkan NÜ. Bilgi ataletinin karar verme tarzına etkisi: Adana ilinde bir uygulama. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi 2017; 563-576.
3. Kaya ŞD, Yüceler A. The role of teamwork in patient safety at healthcare institutions, Çamlı AA, Ak B, Arabacı R, Remzi E. (eds.) In Recent Advances In Health Sciences. Kliment Ohridski University Press, Sofia 2016: 670-609
4. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13: 53-59.
5. Yardımcı F, Başbakkal Z. Tıp Bilimlerinde ekip kaynak yönetimi. Nobel Med 2012; 3:12-17.
6. Kaya ŞD, Yağcı M. Sağlık çalışanlarının atalet durumlarının hasta güvenliği ile ilişkisi. International Journal of Social Sciences and Education Research 2015; 1:553-564.
7. Liao SH. Problem Solving and knowledge inertia. Expert Systems With Applications 2002; 21-31.
8. Aksoy A, Türk M. Bilgi ataleti ve örgütsel öğrenmenin girişimci davranış üzerine olan etkisi: Osmaniye ili organize sanayi bölgesine yönelik bir araştırma. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015; 4: 1-28.
9. Fang CH, Chang ST, Chen GL. Organizational learning capability and organizational innovation: The moderating role of knowledge inertia. African Journal of Business Management 2011; 5: 1864-1870.
10. Liao SH, Fei WC, Liu CT. Relationships between knowledge inertia, organizational learning and organization innovation. Technovation 2008; 28:183-195.
11. Atalay F. Kurumsal ataletin yabancılaşma ve işten ayrılma niyetine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 2013.
12. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Ankara, Şahin Matbaası. 1997.
13. Çankaya İH. İlköğretim Okul yöneticilerinin vicdan odaklı yaklaşım düzeyleri ile atalet algıları arasındaki ilişki. Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010; 11: 64-75.
14. Çankaya İ, Demirtaş Z. Öğretmen adaylarının görüşlerine göre üniversite iklimi ve atalet arasındaki ilişki. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010; 1-9.
15. Karayel G. Ortaöğretim öğretmenlerinin örgütsel atalet düzeyleri: Bayrampaşa ilçesi örneği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi Ve Denetimi Anabilim Dalı, 2014.
16. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. Health Services Research 2010; 10: 1-9.
17. Geçkil T, Tikici M. Örgütsel demokrasi ölçeği geliştirme çalışması. Amme İdaresi Dergisi 2015; 48: 41-78.
18. Sönmez V, Alacapınar FG. Örneklandırılmış bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara, Anı Yayıncılık. 2016.
19. Çokluk, Ö, Şekericioğlu G, Büyükoztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. Ankara, Pegem Akademi. 2014.
20. Çapık C. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17: 196-205.
21. Geçkil T, Tikici M. Hospital employees' organizational democracy perceptions and its effects on organizational citizenship behaviors. Asian Pac J Health Sci 2016; 3: 123-136.
22. Yılmaz A, Çelik A, Abul A, Nalcın AZ. Sinerjik liderler örgütsel ataleti yener mi? Çalışanların özyeterliliğinin aracılık etkisi. 22. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 22-24 Mayıs 2014 Konya. Kongre Kitabı, s:1056.
23. Akbolat M, Sırakaya İR. Hasta güvenliği kültürünün algılanan örgütsel adalet üzerine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016; 19: 1-16.
24. Atan ŞÜ, Dönmez S, Duran ET. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. FN Hem Derg 2013; 21: 172-180.
25. Huang HC, Lai MC, Lin LH, Chen CT. Overcoming organizational inertia to strengthen business model innovation: An open innovation perspective. Journal of Organizational Change Management 2013; 26: 977-1002