

**T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**HASTA EMNİYET TUTUMLARI VE HATA  
YÖNETİMİ İKLİMİ İLE ALGILANAN LİDERLİK  
TARZLARI ETKİLEŞİMİ:  
SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR  
ARAŞTIRMA**

**Yüksek Lisans Tezi**

**İREM SERGER**

**İSTANBUL, 2017**



**T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ**

**HASTA EMNİYET TUTUMLARI VE HATA  
YÖNETİMİ İKLİMİ İLE ALGILANAN LİDERLİK  
TARZLARI ETKİLEŞİMİ:  
SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR  
ARAŞTIRMA**

**Yüksek Lisans Tezi**

**İREM SERGER**

**Tez Danışmanı: DOÇ. DR. HAKKI AKTAŞ**

**İSTANBUL, 2017**

**T.C.**  
**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ**

Tezin adı: Hasta Emniyet Tutumları ve Hata Yönetimi İklimi ile Algılanan

Liderlik Tarzları Etkileşimi: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma

Öğrencinin Adı Soyadı : İrem Serger

Tez Savunma Tarihi: 19 Ocak 2017

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Orhan BABUÇÇU  
Enstitü Müdürü  
İmza

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylıyorum.

Yrd. Doç. Dr. Haluk ŞENGÜL  
Program Koordinatörü  
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

**Jüri Üyeleri**

**İmzalar**

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Hakkı AKTAŞ

-----

Üye  
Yrd. Doç. Dr. Mehmet DEĞİRMENCİ

-----

Üye  
Doç. Dr. Turhan ERKMEN

-----

## TEŐEKKÖR

Yüksek lisans öğrenimim ve bu araştırma sürecinde ilgisini ve desteğini eksik etmeyip beni yönlendiren, emeğinin hakkını ödeyemeyeceğim değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Hakkı AKTAŞ'a; hamileliğinde tez çalışmama başladığım, çalışmamı bitirene kadar hep en yakınımnda olup bana güç veren canım oğlum Mehmet SERGER'e; her konuda en büyük destekçim, eşim Dr. Onur SERGER'e; akademik hayatta attığım bu adımdan en az benim kadar mutlu olan sevgili annem Dr. Yurdanur ERKILIÇ ve babam Dr. Turgay ERKILIÇ'a şükranlarımla...

İstanbul, 2016

İrem Serger

## ÖZET

### HASTA EMNİYET TUTUMLARI VE HATA YÖNETİMİ İKLİMİ İLE ALGILANAN LİDERLİK TARZLARI ETKİLEŞİMİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

İrem Serger

Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hakkı Aktaş

Ocak 2017, 114 Sayfa

Bu tez çalışmasının amacı, sağlık çalışanları tarafından algılanan liderlik tarzları ve hata yönetimi iklimi ile çalışanların hasta emniyet tutumları etkileşiminin belirlenmesidir. Bireylerin örgütte hâkim olan liderlik davranışları ve örgütün hata yönetimi ikliminin, emniyet tutumlarını nasıl etkilemekte olduğu araştırmanın temel sorunsalını oluşturmaktadır. Bu çerçevede öncelikle hasta emniyet tutumları, hata yönetimi, etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik incelendikten sonra araştırmanın modeli ve hipotezleri oluşturulmuştur. Hasta emniyet tutumlarını ölçmek için Sexton vd. (2006) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması 2010 yılında Baykal vd. tarafından yapılan Hasta Emniyeti Tutum Ölçeği; çalışanlarca algılanan hata yönetimi ikliminin ölçülebilmesi amacıyla 2005 yılında van Dyck vd. tarafından geliştirilen ve Cigularov vd. tarafından 2010 yılında kullanılan ölçek; liderlik tarzını ölçmek için ise 2000 yılında Avolio, Bass ve Jung tarafından geliştirilen Türkçesi [www.mingarden.com](http://www.mingarden.com) sitesinden elde edilen ve Demir ve Okan tarafından da 2008 yılında kullanılan “Çok Faktörlü Liderlik Ölçeği” kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılacak verilerin toplanabilmesi için Türkiye genelinde faaliyet gösteren bir zincir hastaneler grubunun üç şubesinde sağlık hizmetlerinde çalışan personel üzerinde anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler betimleyici ve açıklayıcı istatistikî yöntemler ile analiz edilmiştir.

Sonuç olarak, hasta emniyet tutumları, hata yönetimi iklimi, etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik tarzları arasındaki istatistikî olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Uygulanan çok faktörlü liderlik anketi sonuçları incelendiğinde dönüşümsel liderliğe ait bazı ifadeler tek bir faktör altında toplanmış ve bu grup “Salt dönüşümsel liderlik tarzı” olarak adlandırılmış; içinde hem dönüşümsel hem etkileşimsel liderlik tarzına ait ifadeler barındıran diğer grup da “Dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzı” olarak isimlendirilmiştir. Hata yönetimi ikliminin ve algılanan dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzının hasta emniyet tutumları üzerindeki etkisinin de istatistikî olarak anlamlı ve pozitif olduğu ortaya konmuştur. Bunun yanında salt dönüşümsel liderlik tarzının

hasta emniyet tutumları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar demografik özelliklere göre farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir; işyerindeki statü, mesleki kıdem, işletme kıdemi, çalışma birimi ve hastane bağlamında farklılık gösteren sonuçlar raporlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hata Yönetimi, Emniyet Tutumları, Hasta Emniyeti, Etkileşimsel Liderlik, Dönüşümsel Liderlik



## ABSTRACT

### THE INTERACTION AMONG PATIENT SAFETY ATTITUDES, ERROR MANAGEMENT CLIMATE AND LEADERSHIP STYLES: A RESEARCH ON HEALTHCARE STAFF

Irem SERGER

Healthcare Management

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Hakkı AKTAŞ

January 2017, 114 Pages

The purpose of this thesis study is to explain the interaction among patient safety attitudes, error management climate and leadership styles. The main research question is how the perceived leadership style and the error management climate of the organization affect the patient safety attitudes. First of all, an in depth research is conducted to explain the patient safety, error management, transactional and transformational leadership styles in a conceptual manner. Mentioned terms are elaborated in terms of their definitions, dimensions and other terms that have effect on them. After the fundamentals of the thesis study are explained, the research models and the hypothesis are formed.

In order to analyze and measure patient safety attitudes, The Safety Attitudes Questionnaire, SAQ is used which was developed by Sexton and etc. (2006), translated to Turkish by Baykal and etc. (2010). To measure the perceived error management climate the scale which was used by Cigularov and etc. (2010) in the article named “The effects of error management climate and safety communication on safety”, developed by van Dyck and etc. in 2005 is used. In order to analyze and measure the leadership style, Multifactor Leadership Questionnaire, MLQ which was developed by Avolio, Bass and Jung (2000 version) was used. Turkish translation of the scale is received from [www.mingarden.com](http://www.mingarden.com), which was also used in other researches (Demir and Okan, 2008).

In order to collect the data, a survey was conducted on the staff who works at the health services departments of three hospitals of a chain hospital group. The data has been interpreted with the help of descriptive and explanatory statistics.

The results of the analysis show that there is a statistically significant correlation between patient safety attitudes, error management climate, transactional and transformational leadership styles. As a result of factor analysis, some of the statements of transformational leadership style were grouped and named as “Absolute transformational leadership style” while the remaining group was recalled as



“Transformational and transactional leadership style”. A statistically significant effect of error management climate and transformational & transactional leadership style on patient safety attitudes was detected while the effect of absolute transformational leadership style was insignificant. Differences among demographic groups were detected and the differences among job titles, Professional seniority, organizational seniority, department, and hospital were reported.

**Keywords:** Error Management, Safety Attitudes, Patient Safety, Transactional Leadership, Transformational Leadership



## İÇİNDEKİLER

TABLolar	ix
ŞEKİLLER	xii
KISALTMALAR	xiii
SEMBOLLER	ivx
1. GİRİŞ	1
2. KURAMSAL TEMEL	4
2.1 EMNİYET KAVRAMI	4
2.2 EMNİYET YÖNETİMİ	6
2.2.1 Emniyet Yönetim Sisteminin Süreçleri	7
2.3 HASTA EMNİYETİ	10
2.4 HASTA EMNİYETİNDE SİSTEM YAKLAŞIMI	17
2.5 HATA TANIMI VE YÖNETİMİ	21
2.6 EMNİYET KÜLTÜRÜ	27
2.7 EMNİYET İKLİMİ	31
2.8 HASTA EMNİYETİNİN BOYUTLARI	35
2.8.1 Ekip Çalışması	37
2.8.2 Eğitim	41
2.8.2.1 Simülasyon	49
2.8.3 İletişim	52
2.8.4 Raporlama	56
2.9 LİDERLİK VE EMNİYET	58
2.9.1 Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik Modeli	64
2.9.1.1 Dönüşümsel liderlik	67
2.9.1.1.1 Karizma / ilham verme alt boyutu	69
2.9.1.1.2 Zihinsel teşvik alt boyutu	70
2.9.1.1.3 Bireysel düzeyde ilgi alt boyutu	71

2.9.1.2 Etkileşimsel liderlik .....	71
2.9.1.2.1 Koşullu ödül alt boyutu.....	72
2.9.1.2.2 İstisnalarla yönetim alt boyutu.....	72
2.9.1.3 Özgür bırakıcı liderlik .....	72
<b>3. VERİ VE YÖNTEM .....</b>	<b>74</b>
<b>3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....</b>	<b>74</b>
<b>3.2 ARAŞTIRMA MODELİ.....</b>	<b>74</b>
<b>3.3 ARAŞTIRMANIN TEMEL HİPOTEZLERİ .....</b>	<b>75</b>
<b>3.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....</b>	<b>75</b>
<b>3.5 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....</b>	<b>76</b>
<b>3.6 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULANMASI .....</b>	<b>76</b>
<b>3.6.1 Araştırmada Kullanılan Ölçekler .....</b>	<b>77</b>
<b>3.6.1.1 Hasta emniyet tutum ölçeği .....</b>	<b>77</b>
<b>3.6.1.2 Hata yönetimi iklimi ölçeği .....</b>	<b>77</b>
<b>3.6.1.3 Liderlik tarzı ölçeği.....</b>	<b>78</b>
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>79</b>
<b>4.1 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....</b>	<b>79</b>
<b>4.2 GÜVENİLİRLİK ANALİZİ .....</b>	<b>80</b>
<b>4.3 GEÇERLİLİK VE FAKTÖR ANALİZLERİ .....</b>	<b>80</b>
<b>4.3.1 Hasta Emniyeti Geçerlilik ve Açıklayıcı Faktör Analizi .....</b>	<b>80</b>
<b>4.3.2 Hata Yönetimi İklimi Geçerlilik ve Açıklayıcı Faktör Analizi .....</b>	<b>82</b>
<b>4.3.3 Çok faktörlü Liderlik Geçerlilik ve Açıklayıcı Faktör Analizi .....</b>	<b>83</b>
<b>4.4 İSTATİKİ ANALİZLER.....</b>	<b>86</b>
<b>4.4.1 Korelasyon Analizleri.....</b>	<b>86</b>
<b>4.4.2 Regresyon Analizleri .....</b>	<b>89</b>
<b>4.5 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FARKLILIK ANALİZLERİ .....</b>	<b>91</b>

4.5.1 T Testi Analizleri .....	91
4.5.1.1 Cinsiyete göre t testi analizi .....	92
4.5.1.2 Medeni duruma göre t testi analizi .....	93
4.5.1.3 İşyerindeki statüye göre t testi analizi .....	95
4.5.2 ANOVA (One Way) Analizleri.....	96
4.5.2.1 Yaşa göre ANOVA testi.....	97
4.5.2.2 Mesleki kıdeme göre ANOVA testi .....	98
4.5.2.3 İşletme kıdemine göre ANOVA testi.....	100
4.5.2.4 Eğitim durumuna göre ANOVA testi .....	103
4.5.2.5 Çalışma birimine göre ANOVA testi .....	104
4.5.2.6 Hastaneye göre ANOVA testi .....	108
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>110</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>115</b>
<b>EKLER</b>	
<b>Ek A.1 Araştırmada kullanılan anket .....</b>	<b>124</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>130</b>

## TABLolar

Tablo 2.1: Yüksek risk grubundaki sektörlerde simülasyon bazlı eğitimlerin özeti.....	52
Tablo 4.1: Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre dağılımı .....	79
Tablo 4.2: Ölçeklerin güvenilirlik analizleri sonuçları .....	80
Tablo 4.3: Hasta emniyeti tutum ölçeği açıklayıcı faktör analizi .....	81
Tablo 4.4: Hata yönetimi iklimi ölçeği açıklayıcı faktör analizi .....	83
Tablo 4.5: Çok faktörlü liderlik ölçeği açıklayıcı faktör analizi.....	85
Tablo 4.6: Ana değişkenlere ilişkin korelasyon analizi sonuçları.....	86
Tablo 4.7: Alt boyutlara ilişkin korelasyon analizi sonuçları .....	87
Tablo 4.8: Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutların ortalamaları ve standart sapmaları .....	88
Tablo 4.9: Çoklu regresyon analizi tablosu.....	89
Tablo 4.10:Cinsiyet değişkenine ilişkin bağımsız gruplar t testi grup istatistikleri.....	92
Tablo 4.11:Cinsiyet değişkeni için t testi sonuçları .....	93
Tablo 4.12:Medeni durum değişkenine ilişkin bağımsız gruplar t testi grup istatistikleri .....	93
Tablo 4.13:Medeni durum değişkeni için t testi sonuçları .....	94
Tablo 4.14:İşyerindeki statü değişkenine ilişkin bağımsız gruplar t testi grup istatistikleri .....	95
Tablo 4.15:İşyerindeki statü değişkeni için t testi sonuçları .....	95
Tablo 4.16:Araştırmada kullanılan değişkenler ve yaş değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları .....	97
Tablo 4.17:Araştırmada kullanılan değişkenler ve mesleki kıdem değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları .....	98
Tablo 4.18:Araştırmada kullanılan değişkenler ve mesleki kıdem değişkenine ait post hoc testi (Tamhane) .....	99
Tablo 4.19:Araştırmada kullanılan değişkenler ve işletme kıdemi değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları .....	100
Tablo 4.20:Araştırmada kullanılan değişkenler ve işletme kıdemi değişkenine ait post hoc testi (Tamhane) .....	101

Tablo 4.21:Araştırmada kullanılan değişkenler ve eğitim durumu değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları .....	103
Tablo 4.22:Araştırmada kullanılan değişkenler ve çalışma birimi değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları .....	104
Tablo 4.23:Araştırmada kullanılan değişkenler ve çalışma birimi değişkenine ait post hoc testi (Tamhane) .....	105
Tablo 4.24:Araştırmada kullanılan değişkenler ve hastane değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları .....	107
Tablo 4.25:Araştırmada kullanılan değişkenler ve hastane birimi değişkenine ait post hoc testi (Tamhane) .....	108



## ŞEKİLLER

Şekil 2.1: Emniyet yönetim sistemi örneği .....	8
Şekil 2.2: Emniyet yönetim sistem modeli taslağı .....	9
Şekil 2.3: Retrospektif ve prospektif analizlerin kombinasyonu sonucu elde edilen emniyet ölçüleri.....	21
Şekil 2.4: Hata sonuçları .....	25
Şekil 2.5: Emniyet ikliminin tedavi hataları üzerindeki etkileri .....	33
Şekil 2.6: Emniyet iklimi ve hata sonuçları modeli .....	35
Şekil 2.7: Ekip kaynak yönetim becerileri .....	45
Şekil 2.8: Simülasyon gerçekçiliğı tipolojisi .....	51
Şekil 3.1: Araştırmanın modeli .....	74

## KISALTMALAR

ACRM	:	Anesthesia Crisis Resource Management
EMC	:	Error Management Climate
EMCRM	:	Error Management Crew Resource Management
EMT	:	Error Management Training
HSE	:	Health and Safety Executive
IOM	:	Institute of Medicine
IT	:	Information Technology
KMO	:	Kaiser-Meyer-Olkin
MLQ	:	Multifactor Leadership Questionnaire
SAQ	:	Safety Attitudes Questionnaire
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
TOMS	:	Team Oriented Medicine Simulator
vb.	:	ve benzeri
ve diğ.	:	ve diğeri



## SEMBOLLER

Aritmetik Ortalama	:	$\bar{X}$
Çoklu Açıklayıcılık Katsayısı	:	$R^2$
Çoklu Korelasyon Katsayısı	:	R
Evren Büyüklüğü	:	N
Güven Düzeyi	:	t
Ki-Kare	:	$X^2$
Olayın Görülme Sıklığı	:	p
Örneklem Büyüklüğü	:	n / N
Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı	:	$\beta$
Tolerans Düzeyi	:	d
Hipotez	:	H

## 1. GİRİŞ

Sağlık kurumlarında hasta emniyeti çok sayıda departman, çalışan ve faktörün etkileşimi sonucunda sağlanan, sektördeki kuşkusuz en önemli konulardan biridir. Örgütlerin ekonomik ve finansal hedeflerine odaklandığı ve sıkı bir rekabet içinde faaliyet gösterdiği günümüz sağlık sektöründe, hasta emniyetinin ölçülmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması kaliteli sağlık hizmeti vermek için ön koşul olarak benimsenmesi gereken bir konudur.

Bu tez araştırmasının amacı, ulusal literatürde çok az çalışma yapılmış olan hasta emniyet tutumları, hata yönetimi iklimi ve liderlik tarzı kavramlarının etkileşimini inceleyerek alanyazına katkı sağlamaktır. Çalışma temel olarak sağlık sektöründe çalışanlarca algılanan etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik tarzları ile hata yönetimi ikliminin, hasta emniyetine ilişkin tutumlarını nasıl etkilediği sorusuna cevap aramaktadır. Bu bağlamda bu tez çalışmasının örgütlerde algılanan hata yönetimi ikliminin ve liderlik tarzının hasta emniyeti üzerindeki etkisini tespitine katkı sağlayarak, hizmet kalitesini ve sürdürülebilirliği destekleyeceği öngörülmektedir.

Hasta emniyetine gerekli önem verilmediğinde hem insan sağlığı hem de ekonomik açıdan büyük zararların ortaya çıkabileceğini gösteren çalışmalar, farklı faktörlerin hasta emniyeti üzerindeki etkisinin ortaya çıkarılmasını gerekli kılmıştır.

Geleneksel “Hata Önleme”den “Hata Yönetimi” perspektifine geçiş 2000’li yılların başında doğmaya, 2010 yılında literatürde daha geniş yer almaya başlamıştır. Pozitif hata yönetiminin benimsendiği örgütlerin iklimi, örgütsel ve bireysel hataların kaçınılmaz olduğunu benimsemeyi, hatalardan elde edilen tecrübelerin paylaşılmasını ve tartışılmasını, sonuç olarak da hatalardan öğrenilmesini, bir daha benzer hatalarla karşılaşılması için de gerekli sistem ve süreçleri geliştirmeyi gerektirir.

Yüksek risk grubunda yer alan ve yüksek güvene dayalı sektörlerde yapılan hatalara bakıldığında, özellikle de teknolojinin oldukça geliştiği ve buna bağlı yanlışlıkların

geçmişe göre etkili bir şekilde önüne geçildiği günümüzde, teknik olmayan yani insana dayalı faktörlerin çok büyük bir rol oynadığı görülmektedir. En büyük etkinin liderlik, karar verme süreci, ekip koordinasyonu gibi insan kaynaklı olduğu söylenebilir. Liderlik tarzı ile örgütsel çıktılar ve emniyet davranışları arasında güçlü bir bağ olduğunu gösteren çalışmalar, bu çalışmanın emniyet üzerinde büyük etkisi olan teknik olmayan faktörler arasından liderliğe odaklanmasına vesile olmuştur (Pfeffer 1997, s. 104).

Araştırmanın kuramsal temellere dayanan ikinci bölümünde, öncelikle emniyet ve bireylerin emniyet tutumlarının tanımları yapılarak alanyazın taraması gerçekleştirilmiştir. Emniyet kuramı genel olarak ele alındıktan sonra, sağlık sektörü özelindeki alanyazın taraması sonucunda elde edilen çarpıcı araştırma sonuçları paylaşılmıştır. Daha sonra hata yönetim sistemlerine ait alanyazın incelenmiş, son olarak dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzları ile ilgili alanyazın araştırması gerçekleştirilerek bu iki kuramın hasta emniyet tutumları üzerindeki etkisine dair daha önce yapılan araştırma sonuçlarına yer verilmiştir.

Temel araştırma soruları şu şekilde ifade edilebilir:

- a. Sağlık çalışanlarının hasta emniyetine ilişkin tutumları, örgütte algıladıkları liderlik tarzları ve örgütte hâkim hata yönetimi iklimi arasında anlamlı bir etkileşim var mıdır?
- b. Sağlık çalışanlarınca algılanan liderlik davranışları ve örgütteki hata yönetimi iklimi hasta emniyetine ilişkin davranışlarını nasıl etkilemektedir?
- c. Sağlık çalışanlarının hasta emniyetine ilişkin tutumları, örgütte algıladıkları liderlik tarzları ve örgütte hâkim hata yönetimi iklimi demografik değişkenler bağlamında farklılık göstermekte midir?

Araştırmanın üçüncü bölümünde amaç, araştırma modeli, hipotezler, evren ve örneklem, sınırlılıklar sunulmuştur.

Son iki bölümde araştırmadan elde edilen verilerle yapılan analizlerin (geçerlilik, güvenilirlik, frekans, korelasyon, regresyon, bağımsız t testleri, tek yön ANOVA) sonuçlarına ve yorumlarına yer verilmiştir.



## 2. KURAMSAL TEMEL

### 2.1 EMNİYET KAVRAMI

Organizasyonlarda emniyet en temel hali ile kazaya dayalı yaralanmalardan ya da diğer negatif durumlardan uzak olma gibi tanımlanmakta ve bu kavram çalışanlar ile organizasyonun diğer paydaşlarını etkilemektedir (Naveh ve diğ. 2005, s. 948). İşyerinde emniyet kavramı özellikle yüksek risk grubunda olan ve güvene dayalı sektörler diye tabir edilen alanlarda, 90'lı yıllardan sonra önem kazanmaya başlamıştır. Bu duruma etki eden birçok faktör vardır. Örnek olarak inşaat sektörü incelendiğinde 90'lı yıllarda risk yönetimi ve yatırımın geri dönüşü arasında bir ilişki olduğu belirlenmiş ve emniyet konusunda gerçekleşen negatif durumlar nedeniyle artan sağlık, mahkeme gibi masrafların sigorta primlerini artırdığı ve inşaat firmalarını finansal olarak etkilediği görülmüştür. Bunun yanında emniyet konusunda geçmişte negatif olaylar yaşamış inşaat firmalarının puanları düşmüş, onları belli başlı ihalelere teklif vermekten alıkoymuştur. Bu gibi sebeplerle inşaat sektöründe emniyet yönetimi önemli bir konu haline gelmiştir (Wilson ve Koehn 2000, s. 77). Yüksek güvene dayalı organizasyonlar, risk sonuçlarının çok ağır olduğu tehlikeli ortamlarda, risk oranını minimuma indirmeyi başararak hayatta kalan organizasyonlardır (Baker ve diğ. 2006, s. 1576). Bu gruba giren sektörlerden bir diğeri de emniyet kavramının temellerinin atıldığı, emniyeti artırmaya yönelik uygulamaların diğer sektörlerle de uyarlanacak kadar başarılı olduğu havacılık sektörüdür. 1977 yılında 2 adet uçağın Kanarya Adaları civarında birbirini ile çarpışması üzerine 583 kişinin hayatını kaybettiği korkunç kazanın nedeni teknik bir arıza olmadığı ifade edilmektedir. Tamamen pilotların ve merkezin iletişim eksikliği nedeniyle tarihe damgasını vuran bu felaket, hem havacılık sektörü hem de diğer tüm güvene dayalı yüksek riskli sektörler için emniyet kavramı üzerine eğilme konusunda bir başlangıç noktası olmuştur (McConaughy 2008, s. 96).

Emniyet çerçevesinden bakıldığında havacılık ile sağlık alanlarının birçok ortak özelliği olduğu görülmektedir. İlk olarak insan güvenliği ana hedef olsa da bir yandan emniyet

eksikliğinin getirdiği maliyet, zarar değişimi tetiklemede ve emniyeti kurumların ana mevzusu haline getirmektedir. İkinci olarak teknolojinin günden güne gelişmesi ile her iki sektör de zaman içinde otomatik olarak daha güvenli bir hale gelmiştir. Üçüncü olarak, her iki karmaşık sistemde de emniyeti etkileyen, teknolojik, insanî, çevresel vb. pek çok farklı faktör vardır. Dördüncü olarak, her iki sektörde de büyük felaketlerden sonra işin arka planının sorgulandığı görölmektedir. Son olarak, emniyetin ana alt boyutlarından olan eğitim ve ekip çalışmasında da ele alınacağı gibi hataların azaltılması, etkilerinin düşürülmesi, onlarla başa çıkılması için mutlaka ekip çalışmasının gerekli olması hem havacılık hem de sağlık sektörü için ortak bir özellik olarak ele alınabilir (Helmreich ve Davies 2004, s. R1).

Geleneksel olarak bakıldığında, bir organizasyonun kendini net kar marjı, pazar payı, satış hedefleri gibi gelir artıran ölçüleri artırmaya adanması beklenebilir. Bu ölçüler bir kurumun ekonomik olarak sağlığının bir göstergesidir. Fakat ilerici organizasyonların diğer iş göstergelerini örgütsel misyonlarına entegre ettiği görölmektedir. Örnek vermek gerekirse Paul O'Neill 1987 yılında CEO olarak Alcoa'nın başına geçtiğinde, en büyük önceliğini "emniyet" olarak açıklamıştır. Emniyete odaklanmanın sistem süreçlerini kapsamlı olarak anlamayı gerektirdiğini ve bunun da operasyonların verimliliğini artırarak şirketin ekonomik ölçüleri zaten kendiliğinden artıracakını söylemiştir (Rahimi 1995, s. 85). Görüldüğü üzere işyerlerinde emniyeti sağlama adına gösterilen emniyet ve risk yönetimi gibi çabalar, çalışanların ve müşterilerin sağlığı için çok kritik olmasının yanında, aynı zamanda ekonomik ve finansal performans, işyerinin verimliliği ve yapılan işin kalitesi için kaçınılmaz yönetimsel bir aktivitedir. Bu da organizasyonda tehlike ve risk yaratabilecek durumlar için önlemler almayı yöneticilerin en temel görevlerinden biri haline getirmektedir (Dağdeviren ve Yüksel 2008, s. 1717).

Yukarıda da belirtildiği gibi emniyet daha çok karmaşık yapılarda ön plana çıkan bir kavramdır ve emniyeti sağlamak, onunla başa çıkmak için birçok farklı yöntem vardır. Kullanılan terminoloji, risk analizi hatta teknolojik disiplinler bile sektörden sektöre, ülkeden ülkeye büyük farklılık gösterir. Bu farklılıkların temelinde farklı konseptler, teoriler, analiz ve araştırma yöntemleri yatmaktadır (Harms-Ringdahl 2004, s. 1).

Sağlık ekseninde bakıldığında emniyet her hastanın en temel hakkı olmakla birlikte, maalesef bir garanti değildir (Baker ve diğ. 2006, s. 1577). Diğer bir açıdan da sağlık sektöründe emniyet kavramı diğer yüksek risk taşıyan ve güvene dayalı sektörlerden biraz daha farklı ve kapsamlıdır. Emniyet ya da güvenlik denildiğinde inşaat, üretim gibi sektörlerde temel olarak çalışanlar algılanırken; sağlık sektöründe hasta emniyetinin çalışan emniyetinden mutlaka ayrılması gerekir, çünkü özellikle yönetim kadrosunun bunlardan birine olan bağlılığı otomatik olarak diğerini kapsamaz veya gerektirmez (Zohar ve diğ. 2007, s. 1312).

## 2.2 EMNİYET YÖNETİMİ

Emniyet yönetimi, emniyet politikalarını belirleyen ve uygulayan genel yönetim fonksiyonunun bir parçası olarak tanımlanabilir. Teknik, bireysel ve örgütsel yönlere odaklanan birçok aktivite, program ve girişimleri kapsamaktadır. Bir organizasyon içindeki bireysel tüm aktivitelerle ilgilidir ve en resmi hali ile “Emniyet Yönetim Sistemleri” olarak bilinir. Çoğu kurumda bu denli resmî ve sistematik emniyet yönetim mekanizmaları, hatta kurallar bütünü yoktur. Bu oluşumlar tehlikeli durumlarda emniyet yönetimini resmî olmayan bir şekilde kullanarak durumla başa çıkmaya çalışırlar. Hem resmî ve hem de daha az sistematik durumlar bir arada düşünüldüğünde emniyet yönetimi bir kurumun tehlikeli durumları, emniyet risklerini yönetmesinin bir yoludur (Harms-Ringdahl 2004, s. 3).

Emniyet yönetiminin temel hedefleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Cacciabue ve Vella 2010, s. e1):

- a. Kazaları ve/veya kazaya sebep olabilecek faktörleri önceden tahmin edip ona göre davranmak, önlemek,
- b. Her şeye rağmen gerçekleşen kazaları yönetmek,
- c. Kazalardan sonra normal duruma geri dönüşü sağlamak,
- d. İnsanları ve çevreyi kazaların kötü etkilerinden korumak.

Bir emniyet yönetim sistemi, organizasyonun emniyete verdiği önemi ve ona olan bağlılığını yansıtır. Çalışanların çalıştıkları şirketin emniyete verdiği önemi algılamalarında da çok önemli bir faktördür. Bu sistem çalışanların tutumlarında olumlu etkiler bırakmayı hedefleyen belli politikalar ve uygulamalardan oluşur. Çalışanların tutumları üzerinde yaratılan pozitif tutum emniyetli olmayan davranışları da azaltacaktır. Sistemin ana hedefi tüm çalışanlarda farkındalık oluşturmak, emniyetin önemini anlaşılmasını sağlamak, motivasyon ve bağlılığı yükseltmektir (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 53).

Emniyet yönetim sistemleri organizasyonların yapılarına, kullandıkları teknolojiye ve gerçekleştirdikleri aktivitelere göre değişmekle birlikte, temel olarak işyerlerinde oluşabilecek zararları ve kayıpları azaltmak üzere insanları, kaynakları, kuralları ve prosedürleri karşılıklı olarak organize etmeyi gerektirir (Dağdeviren ve Yüksel 2008, s. 1718). Organizasyonların diğer operasyonları ile entegre bir şekilde riskleri yönetmeye çalışmak son yıllarda oldukça popüler bir hale gelmiştir. Bu yaklaşımın bir yandan hata sıklığını düşürürken, bir taraftan da üretkenliği ve ekonomik, finansal performansı artırdığı görülmüştür (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 54). Hata ve kazalardan kaynaklanan rekabet gücünün azalması ve olumsuz ekonomik sonuçlar, bu hata ve kazalar ile negatif etkilerini engellemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 52).

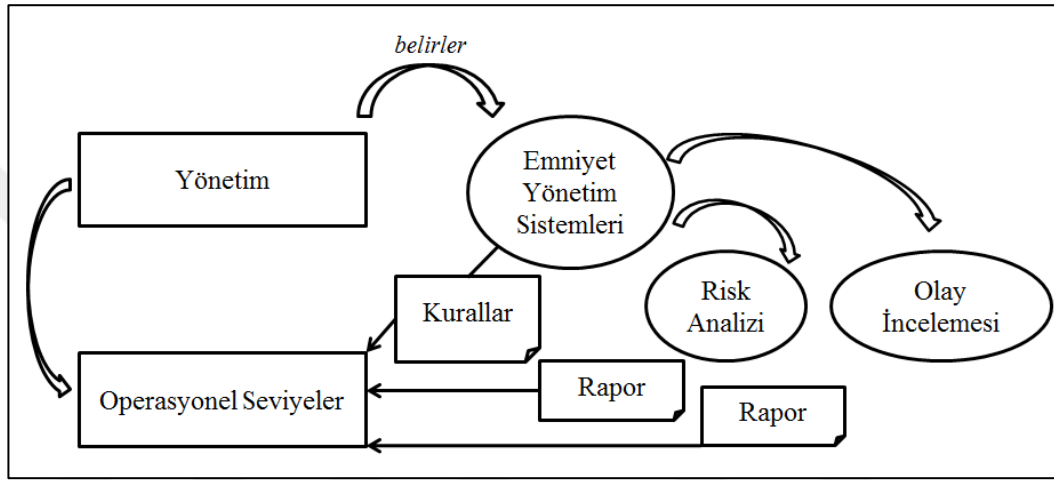
### **2.2.1 Emniyet Yönetim Sisteminin Süreçleri**

Emniyet yönetiminin belki de en önemli basamaklarından biri olay incelemesidir. Tehlikeli durumların incelendiği durumlarda vaka ve unsurlar toplanır, analiz edilir ve çoğunlukla öneriler de içeren bir rapor haline getirilir. Özellikle kaza incelemelerinde farklı metotlar vardır. Bu metotlardan ilki ve en temeli “Ardışık Kaza Modeli” olarak bilinir, domino taşları gibi her olaya sebep olan bir başka olay vardır ve bunlar kronolojik olarak birbirini takip eder. Gerçekten neler olduğunu ve sebeplerini anlatmak için bu model hele de karmaşık sistemlerde yetersiz kalır. Bir diğer model olan “Epidemiyolojik Kaza Modeli”nde kazalar tek başlarına değil faktörler ve çevresel



etkilerin bir kombinasyonu olarak tanımlanır. Yani daha çok kazalara sebep olan, direk görülmeyen örtülü faktörler tanımlanmaya ve açıklanmaya çalışılır. Son olarak “Sistemik Kaza Modeli”nde kazalar için tek bir sebep ya da faktörler bütünü aranmaz, sistemin tümünün performansı açıklanma çabası vardır (Harms-Ringdahl 2004, s. 5). Şekil 2.1’de bunun bir örneği görülmektedir.

**Şekil 2.1: Emniyet yönetim sistemi örneği**



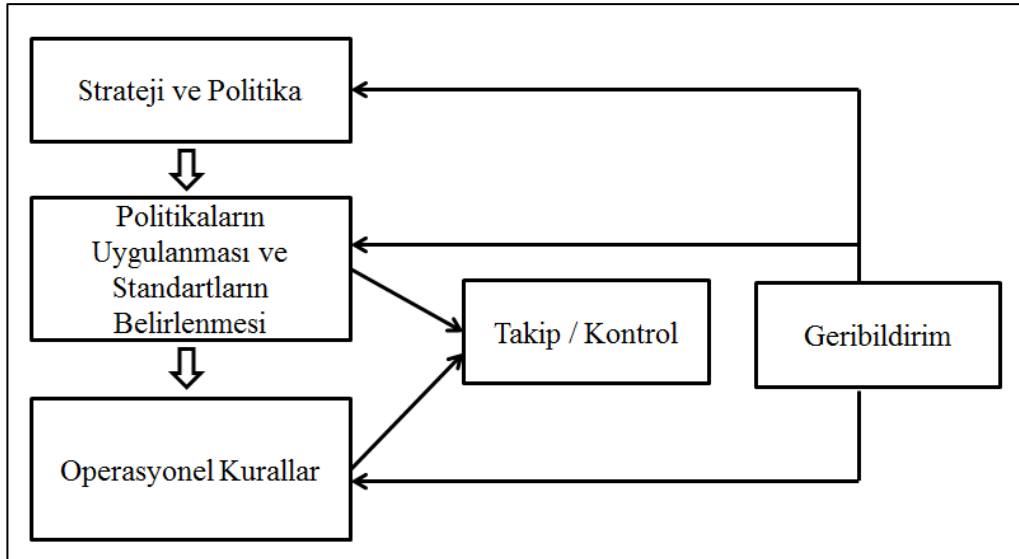
Kaynak: Harms-Ringdahl 2004, s. 6

Yüksek riskli ve güvene dayalı sektörlerde gerçekleşen kazalar analiz edildiğinde insan faktörünün bu kazaların en kritik parçası olduğu görülmektedir. İnsan faktörünün genel olarak organizasyonlarda yaşanan kazaların yüzde seksenine etkisi olduğu bilinmektedir (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 53). Fakat bu insan faktörü tek bir teknik hata ya da görevini yerine getirmeme şeklinde basitçe açıklanamamaktadır. Altta yatan sebepler örgütsel ve yönetsel faktörlere dayanmaktadır. Amerika’da ayrıntılı analiz edilen ve sebepleri araştırılan birçok uçak kazası iç iletişimin, karar verme sürecinin uygulamanın ve değerlendirmenin, yeterli insan gücünün, etkili bir regülasyonun önemini göstermektedir (McDonald ve diğ. 2000, s. 154). Uçak kazalarının üçte ikisinden fazlası insan ve pilot hatalarına işaret eder, teknolojinin de hızla gelişmesi ile ana sebebi mekanik sorunlar olan kazaların oranları giderek düşmektedir. Bu insan hatasına dayalı uçak kazalarındaki temel sorunlar araştırıldığında da ağırlıklı olarak ekip çalışmasındaki kusurlara dayandığı görülmektedir (Helmreich ve Davies 2004, s. R1).

Enerji üretimi gibi riski yüksek sektörlerde emniyet yönetimine oldukça sistematik yaklaşılmakta, havacılıkta olduğu gibi kazaların ana sebebinin insan kaynaklı olduğu görülmüştür ve burada “insan” derken hem operasyonu gerçekleştiren uygulayıcı hem de organizasyonu yöneten kişiler kastedilmektedir (Flin 2007, s. 655).

Organizasyonlar oldukça karmaşık ve dinamik yapılar olup, emniyet süreçteki fonksiyonlarından sadece biridir. Hale vd. 1998 yılında yaptıkları çalışmada ideal bir emniyet yönetim modeli geliştirmişler ve 4 basamaklı bir yönetimsel aktivite planı çizmişlerdir. Bunlar kurallar ve prosedürler, planlama, uygulama ve geri bildirim. Farklı sanayilerde gerçekleşen kazaların ayrıntılı analizleri sonucunda da planlama ve prosedürlerin, uygulama ve geri bildirim göre emniyete çok daha büyük etkileri olduğu belirlenmiştir (McDonald ve diğ. 2000, s. 152). Bunu destekler bir şekilde McDonald ve arkadaşlarının 2000 yılında havacılıkta kullanılan emniyet yönetimi sistemlerini inceledikleri çalışmalarında ele alınan modelin başarılı olmaklar beraber planlama ve değişimin önemini göz ardı ettiği sonucuna varılmıştır (McDonald ve diğ. 2000, s. 174). Şekil 2.2’de emniyet yönetim sistem modelinin bir taslağı bulunmaktadır.

**Şekil 2.2: Emniyet yönetim sistem modeli taslağı**



Kaynak: N. Mc. Donald ve diğ. 2000, s. 155

1991 yılında yapılan Sağlık ve Emniyet Yöneticisi (HSE, *Health and Safety Executive*) analizine göre etkin bir emniyet yönetimi için gerekli 5 örgütsel fonksiyon bulunmaktadır. Bunlar (HSE, 1991):

- a. İlke: Gelişimi ve Uygulanması
- b. Organizasyon: Etkili iletişimi sürdürebilmek için gerekli organizasyonun gelişimi, tüm seviyelerde yeterliliğin teşviki ve sağlık ile emniyeti destekleyen ortak bir kültürü devam ettirecek liderlik.
- c. Performans standartları oluşturmak ve riski en aza indirmek için planlama
- d. Performansı ölçümlemek
- e. Performansı denetlemek ve değerlendirmek

Etkin emniyet yönetimi ile ilgili birçok yayın bulunsa da örtülü sebepler ve çalışanları emniyetsiz davranışlara eğilimli bir hale getiren yönetim sistemleri nedeniyle birçok kaza kaçınılmaz hale gelir. Bu kazaların sebepleri olarak uygun eğitim ve yönlendirmelerin eksikliği, motivasyon düşüklüğü, prosedürlerin yetersiz olması, görevlerin dizaynının tam olmaması, kontrol eksikliği, yönetimin emniyete bağlılığının düşük olması; özetle yetersiz emniyet ölçüleri ve yönetim sistemleri sıralanabilir (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 53).

### **2.3 HASTA EMNİYETİ**

Emniyet hastaların temel ama garantisi olmayan hakkıdır. Hastalar sağlık hizmeti veren herhangi bir organizasyona girdiklerinde, o kurumdan en iyi ihtimalle daha sağlıklı, en kötü ihtimalle de girdiklerinde sahip oldukları sağlık seviyesi ile aynı şekilde çıkacakları beklentisi içinde olmaktadır. Hastalar ve refakatçileri doktorların, hemşirelerin ya da diğer sağlık personelinin hata yapacağını, hata yapsa bile bunun saklanacağını beklemezler (Baker ve diğ. 2006, s. 1577). Fakat gerçek hayatta durum bu şekilde gerçekleşmeyebilir. Hasta emniyeti her türlü iş ve ihmalden kaynaklanabilecek hatalardan doğacak zararların önlenmesi olarak tanımlanabilir (Bodur ve Filiz 2009, s. 348). Hasta emniyeti özellikle de tedavi hatalarının olmama durumu, sağlık hizmeti süreçleri sonucu olumsuz sonuçların alınmaması olarak ifade edilmektedir. Tedavi

hatalarına örnek vermek gerekirse normal prosedürlerden sapmalar, medikal yönetimden kaynaklanan yaralanmalar, ekipman hatalarından kaynaklanan negatif olaylar ve planlanan bir aksiyonun niyet edilen gibi sonuçlanmaması ya da bir hedefe ulaşmak için uygunsuz bir planı seçmek gibi durumlar olarak sıralanmaktadır (Naveh ve diğ. 2005, s. 949).

Hasta emniyeti kavramı, tıbbi bakım ve hatalara bağlı olarak ortaya çıkabilecek, hasta ve yakınlarına zarar verebilecek olayların gerçekleşmemesi için sağlık kurumları tarafından alınan ve bu kurumlarda çalışan tüm sağlık görevlileri tarafından uygulanan önlemlerin tamamıdır (Altuntaş ve diğ. 2010, s.40). Bunun yanında emniyetin, kazaların engellenmesinin ötesinde bir kavram olduğu ve organizasyonların mekanik makineler olarak değil sosyoteknik sistemler olarak değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır (Reiman ve diğ. 2010, s. 1). Sağlık alanında emniyeti artırmaya yönelik atılan adımlar genelde reaktif olsa da, biri zarar gördükten sonra duruma tepki vermek yerine proaktif olarak olabilecek kazaları belirlemek ve engellemek emniyeti ciddi ölçüde geliştirecek bir yöntemdir. Bunun için de hasta emniyeti stratejik bir öncelik olarak belirlenmeli ve organizasyonun tüm çabası onu sağlamak üzerine yoğunlaşmalıdır (Pronovost ve diğ 2003, s. 405).

Hasta emniyeti hizmet kalitesinin çok kritik bileşenlerinden bir tanesidir (Naveh ve diğ. 2005, s. 948). Sağlık kurumlarının kaliteli sağlık hizmeti sunmaları için hasta emniyetini güvence altına almaları çok önemlidir. Hastaların emniyetli ortamlarda, kendilerine zarar getirecek her türlü durumdan korunmak suretiyle hizmet almalarını sağlamak hasta yönetimleri ile tüm sağlık çalışanlarının ana sorumluluğu olarak görülmektedir (Altuntaş ve diğ. 2010, s.40).

Hasta emniyetinin önemini ortaya koyabilmek için bazı istatistikleri incelemek yerinde olacaktır. Maalesef Türkiye’de birçok sağlık kurumunda hasta emniyeti algısı, hasta emniyeti hataları ölçülmemekte; ölçümlenenlerde ise kayıt altına alınıp raporlanmamaktadır. Fakat birçok yabancı kaynakta özellikle 90’lı yılların sonundan itibaren hasta emniyeti ile ilgili çarpıcı sonuçlara rastlanmakta ve bu sonuçlar hasta emniyeti ve dolayısıyla hasta emniyetine etki eden faktörler üzerinde durmanın önemini

gözler önüne sermektedir. 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlıkta Kalite Yuvarlakmasa'sının yayınladığı demeç “Hizmet Kalitesini Geliştirmek için Acil İhtiyaç” (“*The Urgent Need to Improve Quality of Care*”), 2001 yılında paylaşılan “Kalite Darboğazını Geçmek” (“*Crossing the Quality Chasm*”) gibi yayınlar ülke ve hatta dünya genelindeki bireysel hizmet sağlayıcılardan sağlık ocaklarına kadar her türlü sağlık kurumunun verdikleri sağlık hizmetlerini geliştirme çabalarını artırmalarını teşvik edici bir unsur olmuştur (Nembhard ve Edmondson 2006, s. 950). Bu kaynaklardan belki de en önemlisi Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 1999 yılında yayınladığı “Hata İnsana Mahsustur: Daha Emniyetli Bir Sağlık Sistemi Kurmak” (“*To Err is Human: Building a Safer Health System*”) isimli çalışmasıdır. Bu çalışmada Harvard ve Utah-Colorado Medikal Uygulama Çalışmaları sonuçlarına dayanılarak Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 44.000 ile 98.000 ölümün sadece medikal hatalardan kaynaklandığı belirtilmiştir. Bu sayı otomobil kazaları (43.458), göğüs kanseri (42.297) veya AIDS'ten (16.516) kaynaklanan ölümlerden çok daha yüksek bir rakamdır (Baker ve diğ. 2005, s. 3).

Medikal hataların hasta sağlığı ve ölümlerine negatif etkisinin yanında finansal olarak da oldukça tahrip edici bir yanı vardır. Yine IOM'un yaptığı çalışmanın sonucunda sadece ilaç hatalarının yıllık 2 milyar dolar direk zarara; dolaylı olarak hesaplanıp medikal hatalar nedeniyle gerçekleşmesi engellenen üretim, bu hataları düzeltmek için harcanan kaynağın başka konulara harcanması durumunda elde edilebilecek yarar da göz önünde bulundurulduğunda yıllık 17 ila 29 milyar dolar arası bir zarara sebep olduğu görülmüştür (Kohn ve diğ. 1999). Bu önlenmesi mümkün olaylar hem hastalar hem de sağlık sistemi için her yönden oldukça zarar vericidir. Çalışmanın bir diğer çarpıcı sonucu ise medikal hataların bireysel ihmallerden çok hatalı sistemler, süreçler, bireyleri hata yapmaya iten ya da onları hataları önlemekten alıkoyan durumlardan kaynaklanmasıdır (Yang ve diğ. 2009, s. 1148). Bahsi geçen IOM raporunda diğer sanayilerden elde edilen tecrübelerin sağlık sektöründe emniyetin artırma sürecinin nasıl başlatılacağına dair çok değerli iç görüler sağladığı, bunun da ancak yapılan hatalardan ve kazalardan öğrenilebileceği belirtilmiştir (Flin 2007, s. 655). Rapor hata ve hatalar aracılığı ile sebep olunan kazaların önüne geçebilmek için gönüllü hata raporlaması, sistem değişiklikleri, emniyet sistem dizaynları, sağlık profesyonelleri için standartlar

getirilmesi, geliştirilmiş ekip çalışması ve eğitimleri gibi hasta emniyeti alt boyutlarını tavsiye edip, sağlık kurumlarında uygulanmasını önermektedir (Baker ve diğ. 2006, s. 1577). Bu bir nevi hasta emniyeti ile ilgili uyanışı sağlayan rapor, Amerika Birleşik Devletleri'nde Federal Kalite Kuruluşlararası Koordinasyon Çalışma Kolu'nun (*Federal Quality Interagency Coordination Task Force*) kurulmasına da önyak olmuştur. Çalışma kolu rapor sonrası 2 adet konferans vermiş ve bu konferanslarda çalışma koşullarının hasta emniyeti üzerindeki etkisinin üzerinde durulmuş, çalışma koşullarında; yani fiziksel çalışma koşullarında, çalışma saatlerinde, çalışan seviyesinde, örgütsel kültür ve iklimde yapılacak iyileştirmelerin sağlık hizmet kalitesini artıracığı sonucuna varılmıştır (Gershon ve diğ. 2004, s. 33). Bu çalışma ve çarpıcı sonuçları ile öncelikli olarak Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere gibi ülkelerde, sonrasında tüm Dünya'da "Hasta Emniyeti" sağlık sektöründe en önemli konular arasında yerini almıştır ve hasta emniyeti ölçümlenmeye, artırılması için birçok çalışma yapılmaya başlanmıştır. Özellikle de konu ile ilgili gerçekleştirilen Annenberg Konferansı'ndan sonra hatalarda bireysel suçlamaları bir kenara bakıp her seviyenin hatayı daha çok sahiplenmesi ve sorumluluğunu artırması yoluna gidilerek hasta emniyetini geliştirme yolları aranmaya başlanmıştır (Zohar ve diğ. 2007, s. 1312). Çünkü sağlık sektöründe kastî olarak yapılmayan hataları önlemenin tek yolu suçlama yaklaşımı yerine sistemin bireyleri hata yapmaya iten parçalarını tanımlamak ve değiştirmek ya da geliştirmektir (Catchpole ve diğ. 2007, s. 102).

Medya tarafından yaratılan farkındalık da hasta emniyeti konusunun gündemde ön sıralara çekilmesine bir vesile olmuştur (Goodman 2003, s. 22). Bu 90'ların sonuna doğru artış gösteren kötü hasta bakımı ile ilgili, birçoğu halka da açıklanan rapor hem profesyonellerin hem de halkın sağlığın kalitesi ile ilgili endişeye kapılmasına sebep olmuş, bir yandan da emniyetin geliştirilme yollarının aranmasını sağlamıştır (Gershon ve diğ. 2004, s. 33).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003 yılında oldukça yüksek bir katılımımla Ulusal Kalite Forumu oluşturulmuştur ve sonucunda çıkan raporda hasta emniyeti ile ilgili birçok stratejiye yer verilmiş, bu konunun sağlık kurum yöneticileri ve çalışanlarının

tümünün sorumluluğunu gerektiren ve öncelik verilmesi gereken bir husus olduğu belirtilmiştir. Bu rapora göre;

- a. Sağlık kurumlarındaki hasta emniyeti kurumsal bir sorumluluk olarak benimsenmelidir ve yönetim kadrosunun önceliği olmalıdır. Ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunda sorumluluk üstlenilmelidir.
- b. Sağlık kurumlarında hasta emniyet kültürü oluşturulmalı ve hataların araştırılması için gerekli süreçler belirlenmelidir.
- c. Sağlık kurumlarında hasta emniyetini sağlayan ve artıran uygulamalar yerleştirilip yaygınlaştırılmalıdır.
- d. Hasta emniyeti ile ilgili eğitimler arttırılmalı, hatalı davranışlar saptanıp düzeltilmelidir.

Hasta emniyetinin bu denli kritik bir konu olduğu yukarıda belirtilen ve benzeri birçok çalışma ile özellikle 1990'lar sonrası ortaya çıksa da birçok sağlık çalışanı tıp ile ilgili yüksek teknik bilgi ve beceriye sahip olmasına rağmen, hem verdikleri sağlık hizmetinin kalitesini hem de hasta emniyetini birlikte artıracak becerilere her zaman sahip olamamaktadır (Aron ve Headrick 2002, s. 168). Personel seçimi ve eğitimi, ekipman dizayn ve bakımı, ilaçlara erişimin artması ve yan etkilerinin azalması gibi birçok gelişime rağmen sağlık sektöründe hala oldukça kötü sonuçlu bir çok kaza meydana gelmektedir (Helmreich ve Davies 2004, s. R1). Birçok hastanın hastanelere şifa almak için gelmesine rağmen zarar görerek çıkması, hastaların ihtiyaçları olan tedavilerin sadece yarısını alabildikleri halka açık raporlarla açıklanmış gerçekler olarak bilinmesine rağmen bu zararları önlemeye yönelik yapılandırılmış örnekler çok azdır (Pronovost ve diğ. 2003, s. 405). Bu ve benzeri nedenlerle sağlık sektörü diğer yüksek riskli sektörlerle göre emniyet konusunda uzun yıllar geride kalmıştır (McConaughy 2008, s. 100). Havacılık ve tıp alanlarında emniyet davranışlarını karşılaştıran araştırmalar sağlık sektöründe emniyet kültürünün havacılığın çok gerisinde kaldığını ve gelişmesi gerektiğini göstermektedir. Buna rağmen çok az sağlık kuruluşu kendileri için emniyetin ne derecede stratejik bir öncelik olduğunu ve kültürlerinin hasta emniyetini destekleyip desteklemediğini değerlendirmektedir (Pronovost ve diğ. 2003, s. 405). Sağlık sektöründe emikleme aşamasında olan emniyet kavramı ve bu konuda

atılan adımlar hem ulusal hem de uluslararası sağlık otoritelerinin, politik organların destek ve irdelemeleri ile sosyal seviyelerde kültürel değişimlere ihtiyaç duymaktadır. Yani sağlıkta emniyet için tüm oyuncuların sürekli bir çabası ve teşviki gerekmektedir (Cacciabue ve Vella 2010, s. e16).

Hasta emniyet algısını ölçümleyen çalışmaların hasta emniyeti ile ilişkisini görmek için geçmiş çalışmaları incelendiğinde 2010 yılında *International Journal for Quality in Healthcare* dergisinde yayınlanmış yoğun bakım ünitelerinde hasta emniyeti ölçülenmesine dayanan çalışma sonuçları dikkat çekicidir. Bu araştırmaya göre düşük hasta emniyeti yönetimi algısı ile yüksek mortalite ve yüksek hastanede kalma süresi arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu ilişkinin en güçlü sebebi olarak da düşük hasta yönetimi algısı gerçekten kötü bir hasta yönetimi politikası göstergesi olarak değerlendirilmekte ve bu kötü yönetim de medikal hatalara dolayısıyla hastane ölümlerinin ve hastanede yatış süresinin artmasına sebep olması gösterilmektedir (Huang ve diğ. 2010, s. 157).

Medikal kültürde emniyeti tehdit eden birçok faktör vardır. Medikal hataların tartışılmasını bastırmak bunlardan biridir. Çok basit gibi görünse de oldukça hasar verici sonuçları olabilecek alışkanlıklara göz yumulması sağlıkta emniyeti azaltma riski olan diğer bir faktör olarak ele alınabilir. Okunmayan ya da yanlış okunabilen hekim el yazıları ve hala elektronik sisteme geçilmemiş ortamlarda bunun doğurabileceği felaketler bir örnek olarak gösterilebilir. Bir diğer tehdit de uygulama standartlarının değişkenliğidir, medikal prosedürlerde bireysel çeşitliliğin oldukça yüksek olduğu ifade edilmektedir (Helmreich ve Davies 2004, s. R2).

Hasta emniyetini düşüren faktörleri özetleyebilecek bir tarif James Reason tarafından “Hasta Sistem Sendromu” olarak ifade edilmiştir. Birçok sağlık kuruluşu bu sendroma yakalanmıştır. Bu kuruluşlar hiyerarşiktir, karşılıklı saygı, şeffaflık ve takım çalışması gibi konularda eksiktir. Suçlama hala birçok soruna çözüm olarak kullanılmaktadır. Sorumluluk alma mekanizmaları zayıf ve belirsizdir. Çok azı gerçekten öğrenmeye ve değişmeye açıktır. Çoğu emniyeti bir ön koşul olarak görmemektedir ve hastalarına emniyetli bir ortamda ve çalışma prensibinde hizmet vermenin verimlilik ve karlılığı



artıracağıının farkında değildir. Bilakis emniyet organizasyonun her yönü ile ilgili bir değer olarak konumlandırılmalıdır (Rahimi 1995, s. 88). Bu tarz kurumlarda çalışan doktorlar da nasıl bir takım çalışanı, lideri olunacağını bilmezler; diğer sağlık çalışanlarını kendi asistanları gibi görürler çünkü modası geçmiş hiyerarşik yapılar öğrenmeyi ve işbirliğini engeller. Hemşire açısından bakıldığında sert kuralları olan ortamlar raporlamaya daha çok vakit ayırmak zorunda kalmalarına neden olur, liderlerin ilgisizliği ve kayıtsızlığı nedeniyle gerçek potansiyellerini keşfedemezler. Sağlık çalışanları sadece bireysel performanslarına önem verdikleri ve diğer ekip arkadaşları ile sadece parçalı ve yetersiz bir iletişim içinde olurlar. Hastalar ise örgütsel planlama ya da başlarına emniyet ile ilgili gelen herhangi kötü bir olayın analizine neredeyse hiçbir zaman dâhil edilmezler (Leape ve diğ. 2009, s. 424). Sonuç olarak yukarıda belirtilen ve benzeri halka açık hasta emniyeti raporlamalarında ilgilileri acil değişime yönlendiren sonuçlar hasta emniyeti performansı düşük olan kurumların ortak özellikleri olarak da süreçlerde zarar verici farklılıklar, gereksiz karmaşıklık, hasta emniyeti için kritik bilgilerin akışındaki bariyerler gibi konuları vurgulamış ve gözler önüne sermiştir (Mohr ve diğ. 2002, s. 69).

Geleneksel olarak hasta emniyeti eksikliğinin temel nedeni için yetersiz emniyet kuralları, prosedürleri ve bilgi eksikliği gibi sebepler sıralanabilir. Dolayısıyla hasta emniyetini artırmak ve tedavi hatalarını azaltmak için hastanelerin emniyet kuralları ve prosedürleri üzerine yatırım yapması gerektiği ifade edilmektedir. Fakat zaman geçtikçe yapılan çalışmalarla hasta emniyeti konusunun bu kadar yüzeysel olmadığı görülmüş ve geleneksel yöntemler sorgulanmaya başlanmıştır (Naveh ve diğ. 2005, s. 949). Kurumsal firmalarda genellikle örgütsel misyon ve hedeflerle ilgili olup olmadığına bakılmaksızın modüler, emniyet programları atanmakta ve bu yolla emniyet geleneksel bir yolla geliştirilmeye çalışılmaktadır. Önceden saptanmış bir listedeki emniyet kurallarına uyulur, emniyet komiteleri kurulmakta, emniyetle ilgili poster gibi bazı uyarıcı materyaller kullanılmakta ve kazalar için soruşturmalar yapılmaktadır. (Rahimi 1995, s. 84). Geleneksel yöntemlerin atladığı temel konunun çalışanların çalışma ortamları ile ilgili algıları olduğu söylenebilir. Bu konu ile direk alakalı emniyet kültürü ve emniyet iklimi kavramlarına ilerleyen kısımlarda değinilecektir.

## 2.4 HASTA EMNİYETİNDE SİSTEM YAKLAŞIMI

Sistem ortak bir performans hedefine doğru yürüyen birbirine bağlı olan örgütsel, teknolojik ve insani element grupları olarak tanımlanabilir. Genellikle bu performans hedefi verimlilik ve kalitedir. Tabii pozitif objektifleri olan sistemler aynı zamanda emniyet hataları gibi negatif sonuçlara sebep olabilirler. Dolayısıyla sistemlerin her elementinin potansiyel kayba sebep olabilecek faktörleri en erken dönemde fark ve kontrol edebilecek şekilde planlamaya programlanmış olması gerekmektedir (Rahimi 1995, s. 84).

Emniyet yönetim sistemleri emniyet ile ilgili kurallar, stratejiler, uygulamalar, prosedürler, roller ve fonksiyonlar bütünü olarak algılanabilir. Bu yönetim sistemi yaklaşımı kurallar ve prosedürlerle ilgili bir dokümantasyon sisteminden çok ötedir. Emniyet yönetim sistemlerinin organizasyonlara entegre edilmiş olması gerekir. Etkili olarak işleyebilmesi için çalışanların katılımına ihtiyaç vardır (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 54). Sistemler işimizi nasıl organize ettiğimizi ve organizasyonun kültürünü kapsamaktadır (Pronovost ve diğ. 2003, s. 405).

1970’li yılların sonlarında kimya, nükleer ve havacılık sektörlerinde meydana gelen ve ciddi sonuçları olan birçok kazayı takiben Emniyet Yönetim Sistemleri oluşturulmuş ve uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde “Emniyet Yönetim Sistemleri” kapsamında emniyet yönetim ölçülerinin uygulanması Nükleer Enerji Üretimi, Tren Yolu Taşımacılığı Sistemleri, Havacılık gibi alanlarda emniyetin organizasyonlar tarafından kapsamlı bir şekilde ele alındığı ve sağlandığından emin olunması için gerekli bir uygunluk kriteridir. Hatalar ve aksaklıklardan kaynaklanan kazaların yönetiminde bir adım ileri atabilmek için medikal ortamlarda da emniyet yönetim sistemlerinin kullanımı uygun görülmektedir (Cacciabue ve Vella 2010, s. e1). Özellikle havacılık sektörünün emniyet konusunda başı çekmesi nedeniyle, önceki bölümlerde de bahsedilmiş olan “Hata İnsana Mahsustur: Daha Emniyetli bir Sağlık Sistemi Kurmak” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) isimli uluslararası arenada hasta emniyeti için ana kaynaklardan biri olarak kabul edilen raporda tıp sektörünün havacılıktaki emniyet ve hata yönetim sistemi yaklaşımlarını benimsemesi gerektiği

açıkça belirtilmektedir (Helmreich ve Davies 2004, s. R1). Cacciabue ve Vella'ya (2010) göre de havacılık sektörü emniyet sistemlerinde kural ve standartların oturduğu, ulusal ve uluslararası emniyet otoritelerinin büyük uğraşları sonucu uygulandığı sektördür. Sağlık sektöründe de benzer bir sistemin oturması için gerekli, giderek daha da etkili olan modeller ve teknikler bulunmaktadır. Bu modeller ve teknikler sayesinde oldukça karmaşık ve çeşitli kayıttan değerli bilgiler elde edilmesi mümkün olmaya başlamıştır. Bundan sonra emek harcanması gereken konu etkili değerlendirmeler, benzer sağlık yapılarının karşılaştırılması, yönetim desteğinin sağlanması, olayların raporlanması ve analizinin takdir edilmesini mümkün kılmak için standartların ve referans değerlerinin belirlenmesi, sonuç olarak da hedeflenen hasta emniyeti ve sağlığına ulaşılmasıdır (Cacciabue ve Vella 2010, e16).

Hasta emniyetinde sistem yaklaşımına göre sağlık hizmetlerinin sağlanma sürecinde birçok farklı basamakta eksiklikler vardır ve bu eksiklikler insan hataları ile birleşince ciddi sonuçlara sebep olabilmektedir. Ana mantık bu eksikliklerin ciddi kötü sonuçlara dönüşmeden önce belirlenmesi, hataya sebep olabilecek şartların ortadan kaldırılması böylece hasta emniyetinin sağlanmasına temeline dayanmaktadır. Bu tarz bir sistem yaklaşımı, salt hatalara odaklanmaktan çok daha etkili ve sürdürülebilir sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (Catchpole ve diğ. 2007, s. 103). Gelişmek için organizasyonlar işlemeyen, bozuk sistemleri belirlemeli ve tamir etmelidir.

Değişim bireysel seviyede değil, sistemde gerçekleşmelidir. Organizasyon hataların kaçınılmaz olduğunu kabul etmeli, hatalarla cezalandırıcı olmayan bir tavırla başa çıkmalı, onları eğitim ve gelişim için bir fırsat olarak görmelidir. Sağlık organizasyonları sistemlerini baştan tasarlayarak, hasta emniyetini artırmaya yönelik hata tamponları oluşturarak hataların gerçekleşme olasılığını azaltmalıdır (McConaughy 2008, s. 100). Sağlık sektöründe profesyonel ve örgütsel kültürler daha emniyetli bir hasta portföyü için sadece bir değişim değil dönüşüme girmelidir. Sağlık sektörü kendini doğal olarak yüksek risk altından bulunan, yüksek tehlikelere maruz bir sektör olarak kabul etmelidir. Çalışanlarından sıfır hatalı bir performans beklemeyi bir kenara bırakıp emniyet için sistemler üretmeye odaklanmalıdır (Nieva ve Sorra 2003, s. 17).

Kalite gibi emniyet de sistem geliştirildiğinde artar, bu her zaman daha çok kişiyi işe almak anlamına gelmez. Önemli olan yönetim kadrosunun emniyeti kendi yönetim sistemlerinin bir sonucu olarak görmeleridir. Emniyette sistem yaklaşımı temel olarak bir emniyet probleminin çözümünde sadece o anlık hatanın göz önünde, açık olan gereğini yapmayı değil, tüm sistem döngüsünce tekrar gerçekleşmemesini sağlayacak gereklilikleri yerine getirmeyi gerektirir (Rahimi 1995, s. 84). Sağlık sistemleri hatalardan herhangi bir şey öğrenmeyi imkansız kılan, mevcut “Suçla ve utanç duy” kültüründen uzaklaşmalıdır. Emniyetin gelişmesi, sağlık sistemlerinin tecrübeden öğrenmeyi mümkün kılacak bilgiye limitsiz erişimi ile hem hataları engellemesini hem de gerçekleşen hataların etkisinin azaltılmasını sağlamaktadır (Nieva ve Sorra 2003, s. 17).

Yeterli bir emniyet sistemi yönetiminin sahip olması gereken özellikler aşağıdaki işlem adımlarından oluşmaktadır (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 54):

- a. İşyerinde sağlık ve emniyet ile ilgili hedefleri, stratejileri, prensipleri ifade eden ve organizasyonun emniyete olan bağlılığını anlatan, organizasyonun çalışanlarının emniyet rollerini içeren bir emniyet kuralları bütünü geliştirmek.
- b. Emniyetle ilgili örgütsel aktivitelere çalışanların katılımını teşvik etmek, emniyetli davranış modellerini özendirici kılmak, çalışanları karar verme süreçlerine dahil etmek, çalışanlara emniyet yönetimine olan katkılarının takdir edildiğini ve değer verildiğini hissettirmek.
- c. Çalışan becerilerini geliştirmek için eğitim programları organize etmek, çalışanları işyerlerindeki riskler ve onları önlemek, etkilerini minimize etmek ya da düzeltmek için bilgilendirmek ve bu eğitimi tek seferlik değil sürekli bir hale getirmek.
- d. İşyerindeki potansiyel riskler ile ilgili bilgi akışını, iletişimi resmi ya da resmi olmayan iletişim modelleri ile, hem üstten asta doğru hem de asttan üste doğru sağlamak.
- e. Hem önleyici hem de acil durum planlamalarını tamamlamak.
  - i. Önleyici planlama süreç ortamındaki potansiyel kazaları belirler, gerçekleştirme risklerini hesaplar, kazaları ve kayıpları önlemek için koruyucu tedbirler alınmasını kapsar.

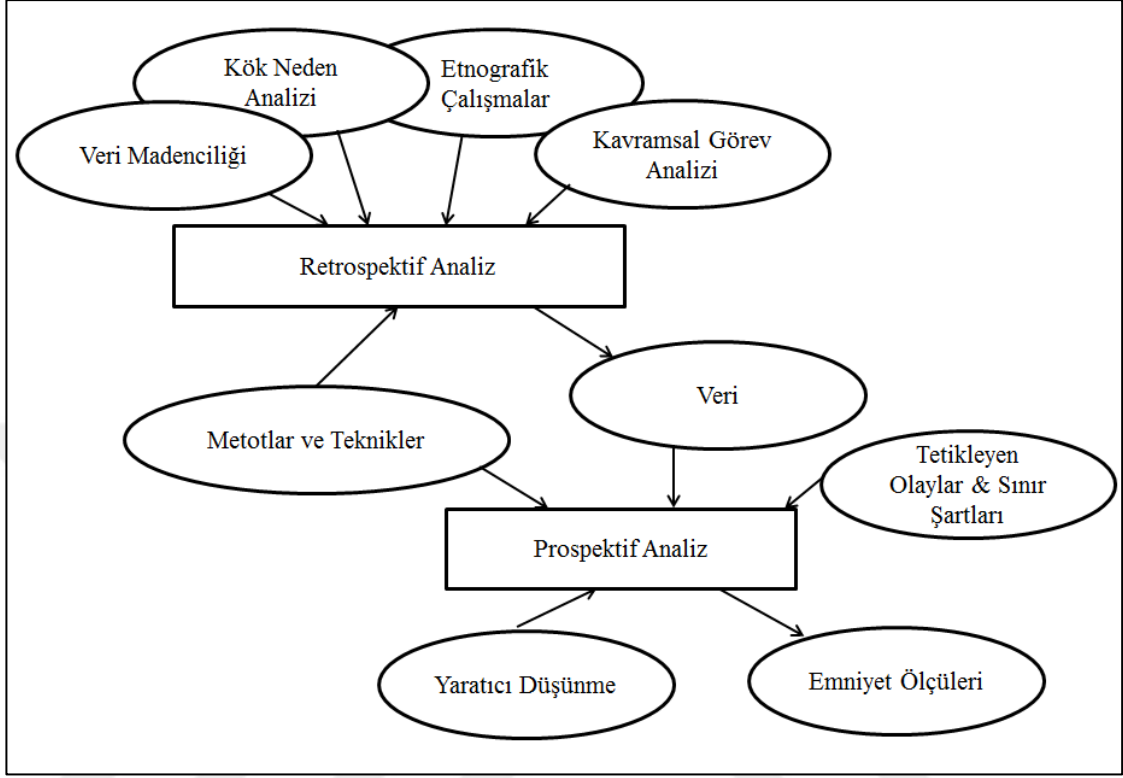
- ii. Acil durum planlamasında herhangi bir acil durumda insan ve materyal kaynaklarının kullanımının en etkin ve hızlı yolu planlanır.
- f. Emniyet incelemeleri ve denetimleri ile emniyetin hem iç kontrolünü hem de pazardaki diğer emniyet yönetim sistemlerini de inceleyerek karşılaştırmalı değerlendirme ile dış kontrolünü sağlamak.

Emniyet Yönetim Sistemleri genel olarak üç temel değerlendirmeyi kapsar (Cacciabue ve Vella 2010, s. e2):

- a. Kantitatif Risk Değerlendirmesi
- b. Denetim
- c. Acil Durum Yönetimi

Bu üç değerlendirme için birçok metot bulunmaktadır. Önemli olan kurumun işleyişi ve kültürüne uygun olan metodu ve indikatörleri tayin etmektir. Uygulamada retrospektif ya da prospektif yaklaşımlardan hangisinin kullanılacağı da bir tartışma konusudur. Genellikle denetim için retrospektif analizler, kantitatif risk değerlendirme için prospektif analizler, acil durum yönetimi için ise gerçek zamanlı, prospektif ve retrospektif yaklaşımın bir karışımı uygulanmalıdır. Önemli olan bu iki yaklaşımı iyice anlamak ve ilişkilendirmektir. Retrospektif analizler spesifik olaylar ve içeriklerle ortaya çıkan dataların belirlenmesine odaklanmaktadır. Bunu yaparken de literatürde yer alan kök neden analizi, etnografik çalışmalar, veri madenciliği gibi farklı metodlar modeller kullanılmaktadır. Prospektif analizlerde ise insan faktörü teorisi ve teknik – teknik olmayan faktörlerin etkileşimi modeline yönelik senaryoların sonuçları değerlendirilmeye alınmaktadır. İkisi arasındaki temel fark birinin (retrospektif) geçmişte yaşanmış olayları, diğerinin (prospektif) de geleceğe – yaratıcı düşünme ile sistemlerin emniyet seviyelerini anlamaya çalışmasıdır (Cacciabue ve Vella 2010, s. e3). Tüm bunlar Şekil 2.3’te özetlenmiştir.

**Şekil 2.3: Retrospektif ve prospektif analizlerin kombinasyonu sonucu elde edilen emniyet ölçüleri**



*Kaynak: Cacciabue ve Vella 2010, s. e3*

## 2.5 HATA TANIMI VE YÖNETİMİ

Hata, planlanan bir aksiyonun tamamlanamaması ya da bir hedefe ulaşmak için yanlış bir plan uygulanması olarak tanımlanabilir (Baker ve diğ. 2005, s. 3). Her organizasyon hatalar ile karşı karşıyadır. Bu hatalar zaman kaybı, ölümler gibi olumsuz sonuçlara neden olabilirler. Bununla birlikte hataların öğrenme, inovasyon gibi olumlu sonuçları da olabilmektedir. (Van Dyck ve diğ. 2005, s. 1228).

Hatadan bahsedip de riske değinmemek olmaz, çünkü her durum bünyesinde bir hataya ve dolayısıyla bir kazaya dönüşebilecek riski barındırır. Risk belirli tehlikeli bir olayın gerçekleşme sıklığı ya da olasılığı ve sonucunun bir kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır. Risk analizi de tehlikeli olayları belirlemek ve bireylere, toplumlara, çevreye ve mülke olan riski değerlendirmek için mevcut bilgileri sistematik bir şekilde

kullanmaktır (Harms-Ringdahl 2004, s. 2). Yüksek güvene dayalı organizasyonlar riski en aza indirmek için prosedürleri standardize etmeye çalışıp bir yandan da riski kabul ederek onlara karşı gereken cevabı vermektedirler (McConaughy 2008, s. 98). Çalışanlar risklere karşı organizasyonların son bariyeridir ve kayıpları önlemek adına onların davranışları çok kritiktir (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 53). Geleneksel olarak bakıldığında ameliyat gibi zorlu süreçlerin riskleri daha çok ameliyatın zorluk, karmaşıklık derecesine; hastanı ve klinik olarak durumuna bakılarak hesaplanmıştır. Geleneksel yöntemlerde risk öngörülerini yapılırken sağlık hizmeti veren organizasyonun ya da ekibin rolüne, sistemin etkisine bakılmaz. Günümüzde hasta emniyeti anlayışı geliştikçe bu bakış açısı da giderek değişmektedir. Yine ameliyat örneği üzerinden gidilirse, cerrahın ekibi ve çevresi (sistem olarak adlandırılabilir) ile olan iletişim ve etkileşimi risklerin ve hataların belirleyici faktörleri olarak ele alınmaya başlanmıştır (Greenberg ve diğ. 2007, s. 533). Hata yönetimi bağlamında, havacılıkta da özellikle kültürün risk ve dolayısıyla hata üzerindeki etkisini ölçümleyen ve diğer yüksek risk grubundaki sektörlerde de ışık tutan çalışmalar yapılmıştır. Havacılıkta operasyonların üç farklı kültür çerçevesinde gerçekleştiği kabul edilmektedir. Bunlar organizasyonun da içinde bulunduğu ulusal kültür, havacıların oluşturduğu profesyonel kültür ve şirketin ya da kurumun örgütsel kültürüdür. Her kültür türünün riskler ve hatalar üzerinde negatif ve pozitif etkileri olabilir. Ulusal kültür üzerinden örnek vermek gerekirse, otokrat bir liderlik geleneği, aşırı derecedeki bireysellik ve otomasyona gereğinden fazla güven hataların artmasına sebep olabilir. Fakat bunun yanında grup uyumu, otomasyona şüpheli yaklaşmak gibi kültürel özellikler de hata riskini azaltan unsurlar olarak sıralanabilir (Helmreich 1998, s. 2). Ulusal kültürde yer alan bir alt kavram olan “Güç mesafesi” ele alındığında, güç mesafesi yüksek olan organizasyonlarda astların üstlerini ne olursa olsun sorgulamadıkları görülür. Bu durum özellikle yüksek riske dayalı sektörlerde çok ciddi hatalara sebep olabilir. Öte yandan belirsizliğin önlenmesi değerleri yüksek olan topluluklarda, ne olursa olsun kesinlikle kuralların dışına çıkılmaması gerektiği kanıksanmıştır (Helmreich ve Davies 2004, s. R2). Bu kültürel özellik bir seviyeye kadar hataları önlemekle beraber, özellikle esnek davranılması ve alternatif çözümler getirilmesi gereken kriz durumlarında, ki sağlık sektöründe oldukça sık rastlanır, emniyeti düşürücü ve hatayı artırıcı bir etken haline gelebilir.

Bir işyerinde sistemdeki kabahatli davranışları tespit etmek ve düzeltmek hem organizasyonun geneli, hem çalışanlar hem de sağlık sektöründe bakıldığında hastalar – genel bir çerçevede değerlendirildiğinde müşteriler için çok önemlidir. Çünkü hatalı davranışlar kalıcı ya da geçici hasarlara, kazalara, yaralanmalara sebep olabilirler. Bu hataların kök sebepleri örgütsel sistemlerde aranmalıdır, birçok farklı faktör ve hatta bu faktörlerin birbirleri ile olan etkileşimi hatalara sebep olabilir (Dağdeviren ve Yüksel 2008, s. 1729).

Hatalardan bahsederken ramak kalma durumlarını, yani o seferlik kötü bir sonuca sebep olmasa da, olmak üzere kalınan durumları da unutmamak gerekir. Ramak kalma durumlar süreçleri aksatır ve emniyete direk etkileri yokmuş gibi görünse de azımsanmayacak derecede bir ekonomik kayba neden olurlar. Ayrıca ramak kala durumları ciddi bir kaza için önemli bir uyarı olarak algılanmalıdır. Bu nedenle kontrol edilmeli ve emniyet yönetim sistemlerine entegre edilmelidir (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 53).

İnsan hatası özellikle de yüksek stres altındaki durumlarda kaçınılmazdır (Hales ve Pronovost 2006, s. 231). Hata ile baş edebilmek, onun kaçınılmaz olduğunun kabulü ile başlar. Unutulmamalıdır ki iş başı ya da akademik eğitimlerde göz ardı edilen ya da ilgilenilmeyen hatalar, çalışan gerçek iş üzerindeyken kaçınılmaz olurlar ve önemli olan bunun bilincinde ve hazırlıklı olmaktır (Chillarege ve diğ. 2003, s. 371). Hataların kaçınılmazlığı insan sınırlılıklarından gelir, bunlar limitli hafıza kapasitesi, limitli mental süreç kapasitesi, stresin negatif etkileri, sınırlı bakış açıları, uykusuzluk – açlık – susuzluk gibi psikolojik ve fizyolojik faktörlerin negatif etkisi gibi sıralanabilir. Hem havacılıkta hem de sağlıkta kusursuz olmayan insan faktörünü telafi etmek ve hatayı kaçınılır hale getirmek için teknoloji üzerine yoğunlaşmıştır. Belli konularda teknoloji kullanımı hataları azaltsa da belli noktalarda teknolojinin başlı başına bir hata kaynağı olabileceği de gözden kaçmamalıdır. Dolayısıyla daha yeni, daha ileri teknoloji her zaman ve her durumda hatayı engelleyen bir etmen olarak görülmemelidir (Helmreich ve Davies 2004, s. R2)



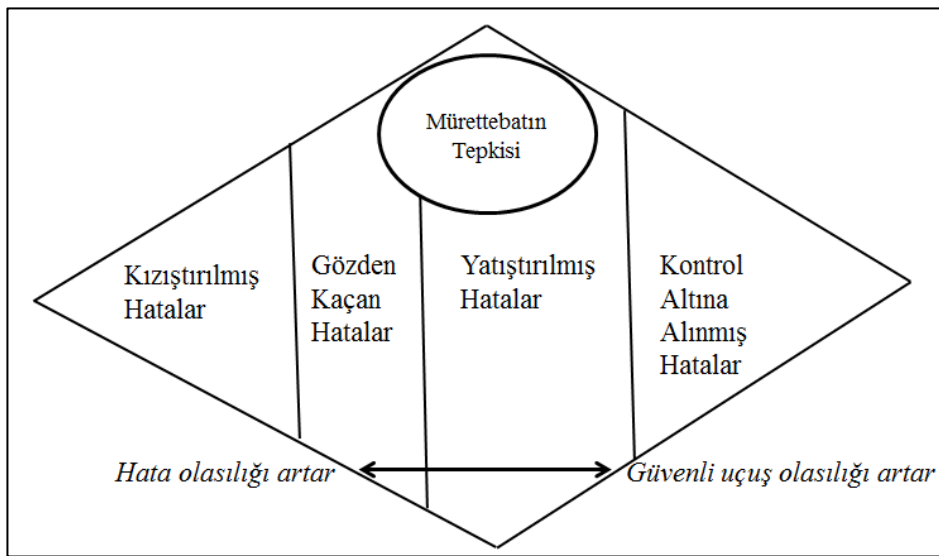
Bu bölümün başındaki hata tanımlarından da görüleceği gibi konu, alan ne olursa olsun hatanın hayatın genelinde kötü bir ünü vardır. Hata istenmeyen sapmadır, bilgi eksikliğinden gelen doğru olmayan tutumlardır; yaralanmalar, stres, utanç ve hatta ölüm ile sonuçlanırlar. Tüm bunlar özellikle de iş hayatında çalışanların hatalarını kabul etmekten kaçınmalarına, bu konuda gönülsüz olmalarına sebep olur. Bireylerin ve organizasyonların hatalarını itiraf etmekten kaçınmaları hataların ve hataların kötü sonuçlarının meydana gelmesini ne yazık ki engellemez. Çünkü insan ve organizasyon sınırlı kabiliyet ve becerilere sahiptir. Bu durum özellikle karmaşık ve dinamik durumlarda geçerlidir ki yüksek risk grubunda yer alan sektörler bu alana girer. Örgütsel ve bireysel hataların kaçınılmaz olduğu gerçeğinin ışığında, organizasyonların sadece hata önleme üzerine eğilmemelerinin; aynı zamanda çalışanlarını hatalarından elde ettikleri tecrübelerini paylaşmaya ve tartışmaya yönlendirmelerinin, sonuç olarak da gerçek başarıya ulaşmak için hatalarından öğrenmeye teşvik etmelerinin en mantıklısı olacağı söylenebilir (Cigularov ve diğ. 2010, s. 1500). Tam da burada uzun yıllardır iş hayatına hakim olan “Hata Önleme” perspektifinden “Hata Yönetimi”ne geçişten bahsedilebilir. Ana mantık hataların kötü sonuçlarını kontrol altına almak, iyi sonuçlarını da duyurmak ve teşvik etmektir (Van Dyck ve diğ. 2005, s. 1228). Hatadan kaçınma yolunu benimseyen organizasyonlar sistemlerdeki hataları elimine etmeye çalışırken, hata yönetimini destekleyenler sistem hatalarının her halükarda gerçekleşeceğini kabul eder ve bu hataları ve etkilerini azaltmaya odaklanırlar (Guchait ve diğ. 2012, s. 12). Hata yönetiminin ana felsefesi bir hata yapıldıktan sonra bu hata ve sonuçları ile etkin bir şekilde başa çıkmak ve tecrübeler aracılığı ile çıkarılan derslerle gelecekte oluşabilecek benzer hataları önlemektir. Hata yönetiminin basamakları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Cigularov ve diğ. 2010, s. 1500):

- a. Hataları en kısa zamanda fark etmek, ayrıntılı bir şekilde analiz etmek, iletişim kurmak,
- b. Hataların negatif sonuçları ile etkin bir şekilde başa çıkmak ve azaltmak,
- c. Değerli öğrenme fırsatları olarak tanımlanabilecek hatalardan öğrenmek.

Hata yönetimini benimseyen organizasyonlar öncelikle hataların nasıl gerçekleştiği ile ilgilenirler, sonra da bu hataların bir daha gerçekleşmemesi için nasıl süreçler ve sistemler geliştirilebileceği üzerinde çalışırlar (Guchait ve diğ. 2012, s. 12).

Her sektör hatta sektör içi branşlarda hata türleri birbirinden farklıdır. Sağlık sektöründen örnek vermek gerekirse, girişimsel radyolojide majör hatalar teknik (yazılımsal ve donanımsal hatalar), görüntüleme (görüntüleme cihazlarının geometrik olarak yanlış ölçümlenmeleri), kayıt (hasta ve görüntüleme sonucu arasındaki uyumsuzluklar), aplikasyon (uygulama hataları) ve insan hatası olarak beş grupta toparlanabilir. Tüm bu hata grupları birbirinden tamamen bağımsız değildir, bütünleştiricidir ve her biri ayrı ayrı girişimsel radyoloji operasyonlarının performansını etkiler (Widmann ve diğ. 2009,s. 701). Hata yönetiminde kritik olan hatanın gerçek nedenini anlayabilmek için mevcut bütün bilgileri kullanmak; politika değişiklikleri, kurallar ve özel eğitimler gibi uygun aksiyonlar alarak hataların oluşum oranlarını azaltmak ve oluşan hataların da kötü sonuçlarını minimize etmektir. Hata yönetimi yaklaşımının en çok ve etkin kullanıldığı sektör olan havacılıktan, bir hata yapıldıktan sonra ortaya çıkabilecek farklı sonuçları özetleyen tablo aşağıda sunulmuştur (Helmreich 1998, s. 1).

**Şekil 2.4: Hata Sonuçları**



Kaynak: Helmreich 1998, s. 1

Hata Yönetimi ya da farklı kaynaklarda Tehdit ve Hata Yönetimi olarak geçen devrimci kavram, hata üzerindeki insan etkileri bilgisinin pratik olarak entegre edilmesi yolu ve havacılık operasyonlarındaki hata marjlarını geliştirme dürtüsü ile aşamalı olarak gelişmiştir. Havacılıktaki Tehdit ve Hata Yönetimi'nde temel olarak 3 bileşen vardır. Modelin adı üstünde bunlar, tehdit, hata ve istenilmeyen uçak şartlarıdır. Tehdit, çalışanların kontrolü dışında gerçekleşen, operasyonel karmaşayı artırabilecek, emniyet marjlarını korumak için yönetilmesi gereken olaylar ya da faktörler olarak tanımlanabilir. Havacılık sektöründen tehlide bir örnek verilmesi gerekirse bu, emniyet marjlarını düşürmesi gerekçesiyle uçuş operasyonlarını negatif etkileme potansiyeline sahip oldukları için olumsuz meteorolojik durumlar olabilir. Bazı tehditler öngörülebilir, bazıları beklenmedik ya da örtülüdür; yani anlaşılması ve yönetilmesi için emniyet analizlerine tabi tutulmaları gerekir. Hangi türden olursa olsun bir ekibin tehditleri iyi yönetip yönetmediklerinin ana göstergesi uygun karşı önlemlerle başa çıkılıp çıkılmadıklarıdır. Tehdit yönetiminin hata yönetimi önündeki önemli bir engel olabileceği, her ne kadar tehdit ile hata arasında doğrusal bir ilişki kanıtlanmış olmasa da göz önünde bulundurulmalıdır. Tehdit yönetiminin hata yönetimi için proaktif bir araç olduğu unutulmamalıdır. “Tehdit ve Hata Yönetimi Modeli”ne göre tehditler ve hatalar havacılığın günlük operasyonlarının doğal bir parçasıdır ve mürettebat tarafından başa çıkılması gereken bileşenlerdir; çünkü doğru yönetilmedikleri takdirde modelin ana üçüncü bileşeni olan istenilmeyen uçak şartlarına sebep olabilirler. Mürettebat üyelerinin tehdit ve hatalar aracılığıyla emniyet açısından olumsuz sonuçlara sebep olabilecek istenilmeyen uçak şartlarının yönetimini de en iyi şekilde sağlamaları gerekir. Tehdidin, hatanın çeşidi ne olursa olsun emniyet üzerindeki etkisi çalışanların hatayı istenilmeyen durumlara sebep olmadan önce fark edip etmediklerine ve gerekli cevabı verip vermediklerine bağlıdır. Bu nedenle tehdit ve hata yönetimi sadece hatanın sebeplerine odaklanmaz, esas hata yönetimine önem verir (Maurino ve Seminar 2005, s. 3). Hata yönetimi yaklaşımının havacılık sektöründeki en önemli etkilerinden biri yukarıda da bahsedilen profesyonel kültür üzerinde olmuştur. Aslında diğer sektörlerdeki liderlerde de benzer davranışlar, profesyonel kültürel özellikler gözlemlenir, kendilerinin stres faktörlerine (yorgunluk, tükenmişlik, kişisel problemler, tehlike vb.) karşı zaman zaman savunmasız olabileceklerini kabul etmek istemezler (Helmreich 1998). Halbuki yorgunluk ve özellikle de uykusuzluğun hata yapma

üzerindeki etkileri birçok bilimsel makalede ele alınmış bir gerçektir. Güney Avustralya Üniversitesi'nden Profesör Drew Dawson'ın yaptığı araştırmalar on yedi saatlik uykusuzluğun kanda 0.05%'lik alkol bulunması ile aynı etkiyi yaptığını, uykusuzluk süresi 24 saate çıktığında ise bu oranın binde bire yükseldiğini göstermiştir (Helmreich ve Davies 2004, s. R2). Stres faktörlerinin verilen sağlık hizmetinin üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, genç doktorların hasta ölümlere sebep olan dikkatsizlikten kaynaklanan hataları aşırı yorgunluklara, fazla mesailere, destek görememeye veya depresyon semptomlarına atfettikleri görülmüştür (Firth-Cozens ve Mowbray 2001, s. ii5). Hem havacılık hem de sağlık sektöründeki uzun çalışma saatleri düşünüldüğünde, uyku eksikliğinin getirdiği performans düşüklüğünün yol açabileceği ve şahıslar kabul etmese de çoktan yol açtığı hatalar düşünüldüğünde, hala bu konuda bir aksiyon alınmaması oldukça şaşırtıcı bir durumdur. Hata yönetiminin temelinde hataların kaçınılmazlığını ve doğallığını kabul etmek ve hataları analiz etmek olduğu için, hata yönetiminin örgütsel kültürün içine dahil edildiği durumlarda bu tarz profesyonel kültür negatif etkileri telafi edilmiş olur.

Başarılı bir hata yönetimi için gerekli ön koşullar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Helmreich 1998, s. 5):

- a. Güven (özellikle lider ve çalışanlar arasında, emniyete bağlılığa dayalı)
- b. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan bir politika
- c. Hataya sebep olabilecek durumları azaltmak için aksiyon alma taahhüdü
- d. Hataların doğasını ve türlerini gösteren veriler
- e. Hata yönetim stratejileri ile ilgili eğitim

## **2.6 EMNİYET KÜLTÜRÜ**

Kültür, grup üyeleri tarafından paylaşılan değerleri, inançları ve davranışları temsil etmektedir. Kültür insanları birbirine bağlamakta ve hem normal hem de alışılmışın dışında durumlarda nasıl davranmamız gerektiği ile ilgili bize işaretler, ipuçları vermektedir. Bir organizasyonu ele aldığımızda kültürün sadece bu kadar da değil, birçok farklı sonucu olduğu görülmektedir. Mesela astların üstelere nasıl davrandığını

da kültür şekillendirmektedir. Çalışanların üstlerine karşı kendine güvenen bir şekilde açık iletişim yolunu mu tercih ederler yoksa tam tersi konuşmaya daha kapalı mı olurlar, kültürün belirlediği bir tutumdur. Kültür ayrıca bilginin direkt mi dolaylı mı, nasıl paylaşıldığını da etkilemektedir. Konumuz ile direkt ilgili olarak, kültür kurallara bağlılığı, strese karşı tavırları, kişisel kabiliyetleri bile etkiler. Hatta kültür bireylerin bilgisayar ve genel olarak teknoloji ile nasıl bir etkileşim kurduğunu da etkilediği görülmektedir. Sağlık sektöründen örnek vermek gerekirse sağlık çalışanları sadece monitörde gördüklerine mi inanır yoksa teknolojinin verdiği bilgiler ile hastaların paylaştıkları öyküleri bir arada harmanlayıp mı sürece devam eder? (Helmreich ve Davies 2004, s. R1). Kısacası kültür toplumları, organizasyonları, ekipleri bir ağ gibi saran ve birçok önemli faktörün temelinde yer alan bir kavramdır.

Emniyet kültürü örgütlerin sağlık ve emniyet yönetimine olan bağlılıklarını, tarzlarını ve yeterliklerini belirleyen tüm değerler, tutumlar, algılar ve beceriler bütünü olarak tanımlanabilir (Chu-Weininger ve diğ. 2010, s. 1). Başka bir deyişle emniyet kültürü bir çalışanın emniyet performansını etkileyen örgütsel ve çevresel emniyet nitelikleri nasıl algıladığıdır ve tüm çalışanların emniyet ile ilgili tutumlarını, inançlarını, algılarını ve değerlerini yansıtır (Yang ve diğ. 2009, s. 1150). Sağlık sektörüne de uyarlanabilecek en uygun emniyet kültürü tanımlarından biri Nükleer Tesisler Emniyeti Danışma Kurulu tarafından getirilmiştir: Emniyet kültürü bir organizasyonun sağlık ve emniyet yönetimi tarzını, bağlılığını, yeterliğini belirleyen, bireysel ve kitlesel değerler, tutumlar, algılar, beceriler ve davranış biçimlerinin bütünüdür (Nieva ve Sorra 2003, s. 18). Pozitif emniyet kültürüne sahip olan organizasyonlar karşılıklı güvene dayanan iletişimlerini, emniyetin önemine dair ortak algıları ve önleyici uygulamaların etkisine duydukları güvenle ön plana çıkarlar (ACSNI 1993, s. 23). Günümüzde bir organizasyonun operasyonlarını güvenli olarak yerine getirebilmesi için gerekli yönetim kabiliyetinin en önemli yansımasının emniyet kültürü olduğu kabul edilmektedir ve emniyet kültürünün öneminin fark edilmesi birçok sektör ve organizasyonda onu açıklama ve analiz etme girişimlerinin başlamasına sebep olmuştur (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 62).

Emniyet kültürü kavramı 1980'li yıllara ortaya çıktığından beri, yönetimin emniyete olan bağlılığı bu kavramın en önemli bileşeni olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sektöründe hasta emniyeti üzerine birçok çalışması olan Flin (2007) de diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yönetimin emniyete olan bağlılığının en merkezi örgütsel boyut olduğunu ifade etmektedir. Yönetimin emniyeti sağlamak için aldığı aksiyonlar sayesinde bu emniyete bağlılık görünür bir hale gelmektedir (Reiman ve diğ. 2010, s. 1). McDonald ve diğerlerine göre iyi bir emniyet kültürünün özellikleri stratejik yönetim seviyesinde emniyet sorumluluğu, emniyet ile ilgili organizasyonun içinde farklı bölümlere ve kişilere dağılmış özen tutumları, tehlikelerle başa çıkmak için belirlenen normlar ve kurallar ve tüm bunların emniyet davranışlarına olan yansımalarıdır (McDonald ve diğ. 2000, s. 152).

Hasta emniyeti kısmında da bahsedildiği gibi, konu ile ilgili yayınlanan raporlar, yapılan konferanslar ve hatta Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların girişimleri sonrası tüm dünya ülkelerinde sağlık sektöründe emniyeti artırıcı çalışmalar yaygınlaşmıştır. Bu doğrultuda birçok sağlık otoritesi diğer tehlikeli sanayilerden adapte edilmiş emniyet yönetimi metotlarının kullanımını tavsiye etmektedir ve bu metotlardan en çok kullanılan örgütsel emniyet kültürü ile ilgilidir. Sağlık hizmeti veren kuruluşların mevcut emniyet kültürlerini, onu geliştirmek ve hedeflenen hasta emniyeti seviyesine çıkarmak hedefiyle ölçümlenmeleri teşvik edilmektedir (Flin 2007, s. 654). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'ne göre de medikal hataları azaltmak için alınacak her aksiyonun emniyet kültürü oluşturma çerçevesinde gerçekleşmesi gerekmektedir (McConaughy 2008, s. 101).

Sağlık sektöründe hata ya da kaza oranının sıfırlanması beklenmemelidir, hatalar kaçınılmazdır ve sebepleri yanlış enjeksiyonu yapmak gibi sonucu hemen görülen aktif hatalar ya da sonucu hemen ortaya çıkmayan aşırı iş yoğunluğu, süpervizyon, eğitim eksikliği, stres ortamı ve yetersiz iletişim gibi örtülü durumlar olabilmektedir. Hem aktif hatalar hem de örtülü durumlar organizasyonun alt yapısını oluşturan emniyet kültüründen etkilenmektedir (Flin 2007, s. 655). Bu nedenle de riski yüksek, güvene dayalı sektörlerde emniyet kültürünün düzenli aralıklara ölçülmesi birçok ülkede teşvik edilmektedir hatta bazılarında zorunlu bir hale getirilmiştir.

Bir kurumda emniyet kültürü oluşturmak kolektif bir öğrenme sürecini, yani hem bireysel hem de örgütsel öğrenmeyi gerektirir. Bunun için de organizasyonun insanları suçlamak yerine öğrenmeye, sabit kalmak yerine gelişmeye saygı duyması; gerektiğinde emniyet yaratıcılığını kullanıp kıl payı kurtulunan ya da yüksek riskli durumlarda neler olabileceğini hayal edip, gerçekten tecrübe etmeden öğrenmeye açık olması gerekmektedir (Mohr ve diğ. 2002, s. 73). Tüm bu özellikler, yetiler de kurumun emniyet kültürüne dayanmaktadır.

Helmreich ve diğ. (2004) organizasyonların bir emniyet kültürü inşa etme basamaklarını şu şekilde özetlemiştir:

- a. Organizasyon net bir insan hatası politikası tanımlamalı, hataların kabul edilebilir olduğunu, kasti olmadığı sürece cezalandırılmayacağını benimsemelidir.
- b. Uygun olan yerlerde resmi kurallar yürürlüğe koyulmalı ve uygulanmalıdır. Havacılık sektörü ne kadar prosedürlerle çevrili ise sağlık sektörü bir o kadar protokollerden uzaktır. Hata yönetiminde etkili bir araç olan kontrol/yapılacak listelerinin bile yetersiz ve zayıflar tarafından kullanılır imajı vardır.
- c. Yorgunluk, uyku eksikliği gibi nedenlerin getirebileceği tehlikelerin farkında olunmalıdır.
- d. Tehdit ve hataların kaynaklarını görebilmek için etkin raporlama sistemleri kullanılmalıdır.
- e. Kazalar ve ucu ucuna kazadan kurtulunan durumlar sistematik metotlarla analiz edilmelidir.
- f. Hata yönetimi için etkin, resmi bir eğitim programı uygulanmalıdır.

Burada farklı hastanelerde ve hatta aynı hastanenin farklı bölümlerinde hasta emniyeti kültürünün farklı değerlendirileceğini belirtmek gerekir. Organizasyonun büyüklüğü bile kullanılan emniyet modelini değiştirici bir etkiye sahiptir. Yapılan çalışmalarda büyük organizasyonlar için tasarlanan emniyet modellerinin ve ölçümlerinin daha küçük firmalarda aynı etkiyi yaratmadığı ve uygulamasının da zor olduğu görülmüştür (Champoux ve Brun 2003, s. 302). Ayrıca bireylerin kişilikleri ve iş tanımlarının getirdiği sorumluluklar da emniyet kültürü algılarını farklılaştırır (Yang ve diğ. 2009, s.

1149) Hasta emniyeti skorları her bir çalışanın kişisel ilgi, dikkat ve bağlılığına bağlıdır; hatta aynı hastane içindeki bireylerdeki farklılık, hastaneler arası farklılıktan çok daha yüksektir. Bu nedenle hasta emniyetini iyileştirmeye yönelik her türlü girişim bireysel seviyede olmalıdır (Deilkås ve Hofoss 2010, s. 4).

Hasta emniyetini artırmaya yönelik atılan birçok adımın başarısı (klinik eğitimler, ana hatların çizilmesi, bilgi teknolojileri, örgütsel yapılandırmalar, sanayi regülasyonları vb.) kurumun çalışanları arasında bir emniyet kültürü oluşturup oluşturulmamasına bağlıdır. Emniyet kültürü sağlık profesyonellerinin hasta emniyetini en yüksek öncelikli konular arasına almasını sağlayan davranışlara yön veren performans belirleyici bir faktördür. Bu kültürü oluşturmak, eğer hasta emniyeti için zararlı bir emniyet kültürü varsa bunu dönüştürmek için öncelikle mevcut emniyet kültürünü anlamak, sonra da onunla yüzleşmek gerekir, bu da ancak etkili bir kültür belirleme aracı ile gerçekleşebilir (Nieva ve Sorra 2003, s. 17).

Smith'e göre tutum bireye atfedilen ve bireyin psikolojik bir obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimdir (1968). Tutumlar davranışlarımızın temelini oluştururlar. Tutum çalışmaları da kişilerin belirli bir zaman dilimindeki tutumlarını belirleyerek gelecekteki davranışlarını tahmin etme prensibine dayanarak, olumsuz davranışlara sebep olabilecek koşulları önceden belirleyip önlem olarak bu davranışların önüne geçmeyi amaçlar (Baysal ve diğ. 2000). Hasta emniyetini sağlamanın da ön koşulu çalışanların hasta emniyet tutumlarını ölçmek, değerlendirmektir. Bu belirlendikten sonra ancak, emniyet kültürünü oluşturmak ve/veya geliştirmek için stratejiler belirlenebilir (Baykal ve diğ. 2010, s.40). Tüm bu nedenlerle bu çalışmada hasta emniyet kültürünü belirlemek için emniyet tutumları ölçümlenmiştir.

## **2.7 EMNİYET İKLİMİ**

Emniyet iklimi konsepti ilk olarak yüksek riskli sektörlerde emniyeti artırmak için kullanılmıştır ve yüksek riskli operasyonlar yapan üretim ve servis firmalarında konu ile



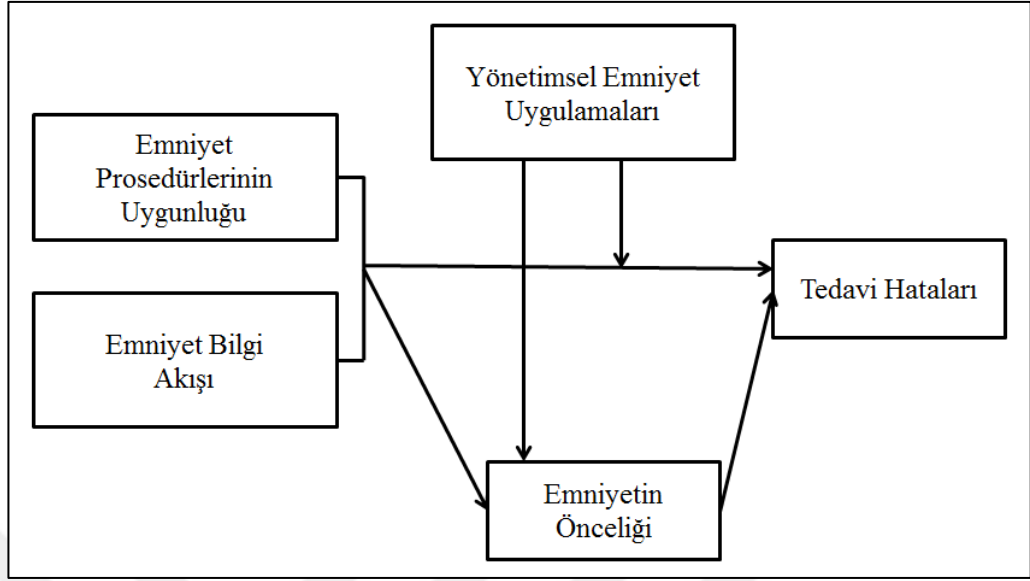
ilgili yapılan çalışmalarda emniyet ikliminin yüksek olduğu durumlarda kazalarda ve hatta işten uzak geçirilen gün sayısında düşme olduğu gözlemlenmiştir.

Genel olarak emniyet iklimi, çalışanların kendi bölümlerinde ve bünyesinde çalıştıkları organizasyonun tümünde emniyetin önceliğine karşı ortak algısı olarak tanımlanabilir. Bu algı özellikle emniyet kalite ve hız gibi diğer performans kriterleri ile rekabete girdiğinde ortaya çıkar (Zohar ve diğ. 2007, s. 1312). Emniyetli bir şekilde çalışmak çok daha düşük bir hız, ekstra emek, daha az rahatlık gerektirebilir. Bu nedenle iş yoğunluğu arttığında çalışanların emniyet, hız ve verimlilik faktörleri arasındaki önceliği çok iyi özümsemiş olması gerekmektedir.

Williamson ve diğerleri 1997'de yaptıkları tanımda emniyet iklimini bir çalışanların emniyete olan inançlarına yansıyan organizasyon ya da iş yerindeki emniyet etiğini açıklayan bir konsept olarak betimlemişler ve emniyet iklimini anlamının çalışanların iş yerinde güvenlik hareketlerini öngörmeye yarayacağını belirtmişlerdir. İklim çalışanların hareketlerini, çevrelerinin belli yönleri ile ilgili neler düşündükleri ve hissettiklerini etkileyerek belirlemektedir. Çalışanlar olayları yorumlamak için çalıştıkları iş ortamından elde ettikleri işaretlere güvenmekte, ona göre belli başlı davranışlar geliştirmekte ve kendilerinden ne beklendiğini keşfetmektedirler (Naveh ve diğ. 2005, s. 949).

Emniyet iklimi mantığı yönetsel kurallar, prosedürler ve uygulamaları emniyetin temel göstergeleri olarak ele alınmaktadır (Zohar 2002, s. 75). Brown ve Holmes emniyet ikliminin üç ana boyutu olduğunu söylemiştir. Bunlar yönetimin emniyete verdiği önemin algısı, emniyetin kendisi ve gerçek risktir (McDonald ve diğ. 2000, s. 152). Bunun yanında diğer akademik kayıtlar ve Amerikan – İngiliz emniyet enstitülerine göre emniyet ikliminin dört ana boyutu vardır. Bu boyutlar çalışanların emniyet prosedürlerini, kendilerine verilen emniyet bilgilerini, yöneticilerinin emniyet uygulamalarını ve organizasyonlarının emniyeti hangi önceliğe koyduğunu nasıl algıladıklarını göstermektedir. Bu boyutlar aşağıda verilen Şekil 2.5'teki gibi özetlenebilir ve her bir boyutun altında organizasyonların emniyeti sağlamak için uyguladıkları girişimler yatmaktadır (Naveh ve diğ. 2005, s. 949).

**Şekil 2.5: Emniyet ikliminin tedavi hataları üzerindeki etkileri**



*Kaynak: Naveh ve diğ. 2005, s. 949*

Şekil 2.5'te yer alan organizasyonlarda en çok görülen emniyet uygulamaları yani emniyet iklimi boyutları aşağıdaki gibi açıklanabilir:

- Emniyet kuralları ve prosedürlerinin oluşturulması ve uygulanması – Emniyet Prosedürlerinin uygunluğu
- Çalışanlara emniyet bilgisinin tedariki – Emniyet Bilgi Akışı
- Emniyeti sağlamada bölüm yöneticisinin rolünün önemine yapılan vurgu – Yönetimsel Emniyet Uygulamaları
- Organizasyon içinde emniyete verilen önemin net bir mesaj olarak çalışanlara ulaştırılması – Emniyetin Önceliği

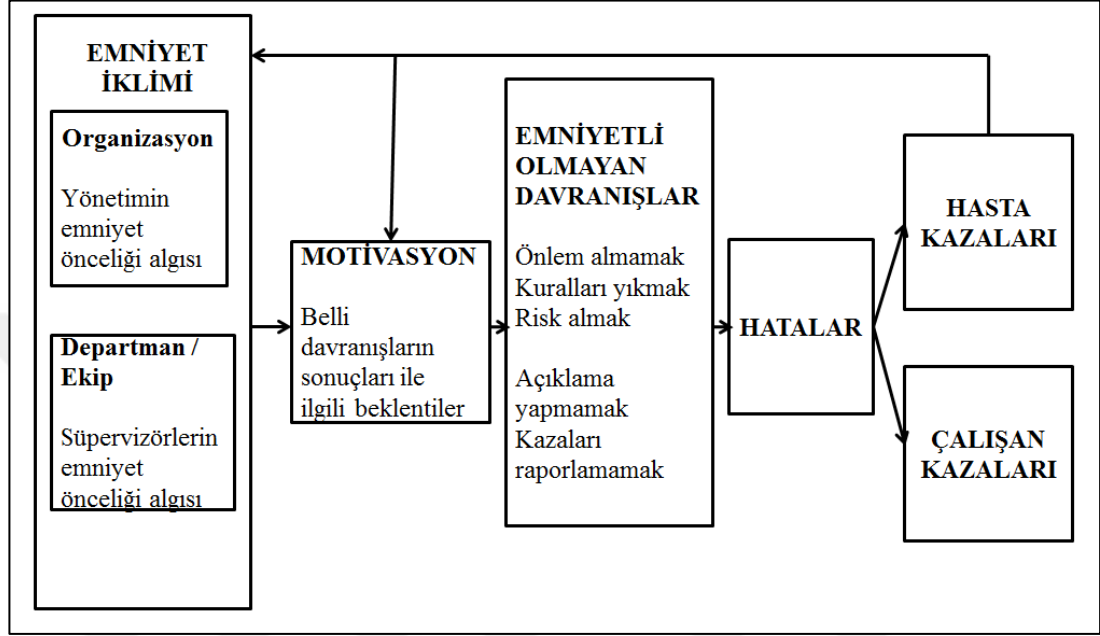
Emniyet kültürü ve emniyet iklimi çoğu zaman birbiri ile karıştırılan kavramlardır. Aradaki ince fark, iklimin organizasyonun bir algısı olarak daha mikro seviyede incelenmesi gerektiği; kültürün ise emniyet ile ilgili inançlar, normlar, tutumlar roller, sosyal ve teknik uygulamalardan oluşan daha makro bir konsept olduğu düşünülerek ifade edilebilir (McDonald ve diğ. 2000, s. 152). Bir organizasyonun emniyet kültürü kendini emniyet ikliminde göstermektedir (Fernández-Muñiz ve diğ. 2007, s. 62). Aralarında küçük bir fark olsa da, önemli olan her ikisinin de örgütsel sonuçlar

üzerindeki etkisinin büyük olduğu; sağlık alanında ise bu etkinin hastaya verilen hizmet kalitesi ve hatta yeri geldiğinde hasta hayatına kadar ulaştığıdır. Bu açıdan bakıldığında her ikisi de sağlık hizmeti verilen kurumlarda ve akademik hayatta üzerinde durulması, öncelikle doğru ölçümlenmesi, sonra da özellikle yönetim ekipleri tarafından üzerinde çalışılıp, geliştirmesi gereken kavramlardır. Her iki kavramın da fikir birliğine varılmış ortak boyutu hiç şüphesiz yönetim – liderlik tarzlarıdır. Guldenmund (2000), Zohar (2003) gibi araştırmacılar ölçümlenmelerinde yönetimi baskın bir değişken olarak ele almış ve liderlik hareketlerini ana odak noktası olarak belirlemişlerdir (Flin 2007, s. 657). Birbirinden bağımsız olarak yapılan araştırmalardaki emniyet iklimi boyutları da incelendiğinde en sık ortak kullanılan boyutun yönetimin emniyete bağlılığı olduğu görülmüştür. Diğer sanayi çalışmalarında daha sık görülen süpervizörlerin emniyete bağlılığı faktörünün sağlık araştırmalarında da kullanıldığı fark edilmiştir (Flin 2007, s. 662). Bunu takip eden diğer boyutlar da sırası ile üretime göre emniyetin önceliği ve zaman baskısıdır (Cigularov ve diğ. 2010, s. 1498). Burada diğer sanayilerle sağlık sektöründe emniyet iklimi ile ilgili yapılan araştırmaların farkını belirtmek gerekir. Geleneksel sanayilerde emniyet iklimi, emniyet kuralları ve prosedürlerinin emniyet performansını nasıl etkilediğini anlamak için temel bir örgütsel özelliktir. Fakat sağlık alanında emniyet iklimini diğer sektörlerden ayıran temel bir özellik vardır, o da her müşteri yani hastanın kendine has, eşsiz olmasıdır. Bu durum sağlık sektörünü diğerlerinden çok daha karmaşık bir kalıba sokar. Sağlık sektöründe diğer sektörlerde olduğu gibi belli başlı emniyet kurallarına ve prosedürlerine harfiyen uymak emniyeti garantilemez, belirsizlik her zaman yüksektir ve daha esnek karar alma süreçlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Naveh ve diğ. 2005, s. 949).

Emniyet kültüründe olduğu gibi ikliminde de organizasyonlar genellikle hiyerarşik yapılar olduğu için iklimin incelenebileceği birçok farklı seviye vardır. Bireysel, çalışma grupları, birimler, organizasyonlar, çevreler gibi çok farklı seviyelerde emniyet iklimi ölçümlenmeleri yapılabilir ve farklı sonuçlar elde edilebilir. Bunun yanında Zohar (2003) emniyet ikliminin anlamlı olarak ancak iki seviyede incelenebileceğini belirtmiştir. Bunlar ünite/grup seviyesi ve örgütsel seviyedir. Böylece grup ölçümlenmelerinde süpervizörlerin emniyet iklimine olan etkisi, örgütsel seviyede de üst

düzyer yöneticilerin emniyet iklimine etkisi görülebilir (Flin 2007, s. 658). Bu etki aŖağıdaki gibi görselleŖtirilebilir.

**Ŗekil 2.6: Emniyet iklimi ve hata sonuçları modeli**



*Kaynak:* Flin 2007, s. 658

Emniyet iklimi algıları organizasyonda emniyetin önem sırasını belli eden davranışlara atfedilenleri, görevini yerine getirirken emniyetli bir Ŗekilde alıŖmanın önemini içerir. Bu hali ile emniyet iklim seviyesi ile emniyet davranışları pozitif bir ilişki içindedir (Zohar 2002, s. 76). Yani kurumlardaki emniyet hareketlerinin bir yansımasıdır bu nedenle emniyet iklimi algısını ölçmek emniyet yönetimi için bir temeldir.

## 2.8 HASTA EMNİYETİNİN BOYUTLARI

Emniyet kavramının temellerini atılmasına vesile olan, 1977 yılında Kanarya Adası açıklarında 583 kişinin hayatını kaybetmesi ile sonuçlanan iki adet uçağın birbiri ile çarpıştığı kazanın nedenleri araştırıldığında, ana faktörün pilotların ve merkezin iletişimi olduğu keşfedilmiştir ve bunun üzerine havacılık sektöründe birçok değışiklik yapılmıştır. “İnsan Hatası” kavramı bireyler arası iletişim, karar verme ve liderlik

eksikliklerinin bir sonucu olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Resmi iletişimde kullanılacak standart bir dil geliştirilmiştir, hiyerarşik yapılardan ortak karar vermeye dayanan yapılara geçiş sağlanmıştır, “Kokpit Kaynak Yönetimi” adında teknik olmayan becerileri geliştirmeye yönelik eğitimler zorunlu hale getirilmiştir (McConaughy 2008, s. 96). Özellikle yukarıda da üzerinde durulan hata yönetimi odağında bakıldığında etkili operasyonel performans teknik beceriler ile bilişsel ve çevreyle uyum gibi jenerik teknik olmayan becerilerin bir arada, bütünleşmiş bir şekilde kullanılması gerekir (Thomas 2004, s. 208). Sistem perspektifinden bakıldığında da, emniyetin ölçülmesi ve sağlanması için teknik ve teknik olmayan (insana dayalı) faktörlerin entegre bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Hem insanları hem makineleri ya da diğer teknik detayları kapsayacak tüm unsurlar ele alınmalı ve “İnsan Hatası ile Hata Yönetimi”nden bahsedilmelidir. Nerede olursak olalım insan hatasının kaçınılmaz olduğu daha çok kabullenilmeye başladığından beri teknik olmayan insana dayalı faktörlerin ve becerilerin önemi giderek daha çok takdir edilmeye başlanmış ve insan faktörü her sosyo-teknik yapıda en önemli konulardan biri haline gelmiştir (Cacciabue ve Vella 2010, e2).

Modern sağlık sektörü uygulamalarının hastaların yüzde üçü ile yüzde on altısına istemsiz zarar verdiği, bu zararların ana sebeplerinin örgütsel karmaşa, ileri teknoloji cihazlara fazla güvenme, sistematik iletişim ve eğitim eksikliği olduğu görülmüş, en yüksek hata oranının da ameliyathanelerde gerçekleştiği raporlanmıştır (McCulloch ve diğ. 2009, s. 109). Dolayısıyla sağlık kurumlarında risk oranı en yüksek bölüm olan ameliyathanelerde hasta emniyeti daha da kritik bir önem taşımaktadır. İnsan kaynaklı hataların sebepleri araştırıldığında liderlik, karar verme süreci, ekip koordinasyonu gibi teknik olmayan beceriler diye tabir edilen faktörlerin ameliyathanelerdeki hata yönetiminde önemli bir rol oynadığı görülmüştür (Flin ve diğ. 2003, s. 233).

Catchpole ve diğerlerine (2007, s. 107) göre ameliyathanelerdeki hataların sebebi çalışanların teknik bilgi ya da beceri eksikliği değil, ameliyatın gerçekleştiği şartlardan kaynaklanan yani; ekip çalışması sürecindeki hatalar, gereksiz dikkat dağılımları, ekipmanla ilgili zorluklar, hasta anatomisi ile ilgili beklenmedik durumlar, emniyet kültüründeki eksiklikler ve ameliyathane çalışanlarının diğer hastane sisteminde yer

alan ekiplerden farklı olan ve çelişen taleplerinin bütünüdür. Tüm bu teknik olmayan faktörler ameliyat süreçlerini aksatmış ve bazen ameliyatın başarısını, hastanın emniyetini kötü etkileyen durumlar yaratmıştır. Yani çoğunlukla çalışanlarının bireysel olarak kontrollerinin dışında gelişen olaylar, hataların gerçekleşmesine zemin hazırlamıştır.

Teknik olmayan becerilerin geliştirilmesi sürecindeki en önemli engellerden biri geleneksel eğitim programlarının bu konuda etkili olamamasıdır. Teknik olmayan becerilerin gelişmesi için uygulanan eğitsel tekniklerin geliştirilmesi gerektiği açıkça ortadadır. Diğer bir sorun ise teknik ve teknik olmayan becerilerin eğitimlerinin entegre, bütünlük bir şekilde gerçekleştirilememesidir (Thomas 2004, s. 209).

Bundan sonraki bölümlerde hasta emniyetine etki eden, ana boyutlar ele alınacaktır.

### **2.8.1 Ekip Çalışması**

Organizasyonlar gün geçtikçe daha dinamik, değişken bir hale gelmektedir. Organizasyonlardaki bu evrim ekiplerin önemini, ekip oluşumundaki karmaşıklığı, iyi bir ekip içinde olması gereken becerilerin sayısını ve tüm bunlar içerisindeki risk oranını artırmaktadır (Baker ve diğ. 2006, s. 1576). Genel olarak bakıldığında ekipler ortak ve belirli bir hedef için beraber çalışan, göreve özel kabiliyetlere ve rollere sahip, ortak kaynakları kullanan, koordine olmak için iletişim kuran, değişime adapte olan iki ya da daha fazla kişiden oluşan bireyler bütünü olarak tanımlanabilir (Manser 2009, s. 143). İyi işleyen ekipler, tek başına çalışan bireylerden çok daha etkili, verimli, güvenilir ve emniyetlidir. Performansı yüksek ekiplerin karakteristik özellikleri şu şekilde sıralanabilir: her ekip üyesinin kendine özel katkısı ekibin ortak hedefine hizmet eder, herkes ortak sorumluluk alır ve kaliteli hizmet verilir. Bu kapsamda ekip çalışması etkili ekip üyesi etkileşimine olanak sağlayan davranışlar bütünü olarak tanımlanabilir (McConaughy 2008, s. 98). Sadece tanımlara bakılarak bile ekip çalışmasının sağlık hizmetlerinin sunulmasında ne kadar kritik olduğu anlaşılabilir. Doktorlar, hemşireler, eczacılar, teknisyenler ve diğer sağlık personelleri emniyetli ve etkili sağlık hizmeti sağlayabilmek için aktivitelerini koordine etmelidir. Tıpkı ekip tanımında da belirtildiği

gibi sağlık ekipleri üyelerinin görevleri birbirine bağlıdır. Örnek vermek gerekirse, ameliyatı yapacak cerrah, hasta anestezi alıp uyumadan cerrahi işleme başlayamaz. Birbirine bağımlı olmakla beraber, kişiye özel rolleri olan sağlık çalışanları ortak tek hedefleri olan emniyetli ve etkili sağlık hizmeti vermek için ekip halinde çalışırlar. Ekipler bireylerden daha az hata yaparlar. Fakat bir yandan da sadece yapısal olarak takımlar kurmanın hatalardaki azalmayı sağlayamayacağı göz önünde bulundurulmalıdır (Baker ve diğ. 2006, s. 1579).

Ekip çalışmasının emniyet üzerindeki büyük etkisi ilk olarak havacılık sektöründe keşfedilmiştir. Başarısız ekip çalışmalarının emniyetsiz durumların ana sebeplerinden olduğu ve ekiplerin zor durumlardan kazasız çıkma kabiliyetini kötü etkilediği görülmüştür. 1990 ve 1996 yılları arasında gerçekleşen uçak kazaları incelendiğinde kazaların yüzde yetmiş beşinin insan hatasıyla gerçekleştiği, bu insan hatalarının da yüzde yetmişinin uçuş ekibine ait olduğu görülmüştür. Uçuş ekibine ait insan hataları kategorize edildiğinde ise ağırlıklı olarak koordinasyon ve ekip çalışması eksikliği kaynaklı hatalar olduğu keşfedilmiştir (McConaughy 2008, s. 97). Havacılık sektöründe yapılan çalışmalar, uygulamalar sayesinde çok uzun zamandır hak ettiği önemi gören ekip çalışması konusu, sağlık sektöründe hala gereken titizlikte işlenmemektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerde bir arada çalışmak zorunda olan, farklı rollerdeki sağlık çalışanları; doktorlar, hemşireler, teknisyenler vb. sağlık bilimleri eğitimlerini aldıkları süre boyunca birbirleri ile çalışma fırsatını çoğu zaman yakalayamazlar ve aynı kişilerden iş başı yaptıklarında çok iyi bir ekip gibi davranmaları beklenir. Hasta emniyeti perspektifinden bakıldığında bu çok şaşırtıcı bir durumdur (Flanagan ve diğ. 2004, s. 59). Sağlık sektöründeki cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler ve bunun gibi sağlık personellerinden oluşan muhtelif grupların gerçek bir ekip gibi çalışmasını sağlamak kedilere çobanlık yapmaya benzetilebilir (Helmreich ve Davies 2004, s. R1). Sağlık sektöründeki ekip kavramını diğer sektörlerden ayıran bir diğer yön de özellikle sağlığın dinamik alanlarında (ameliyathane, yoğun bakım, acil vb.) ekiplerin sürekli değişen durumlarda çalışmak zorunda olmalarıdır. Dinamik olarak değişen bir ekip üyeliği vardır, kısa süreler için bir arada çalışılır, farklı profesyonel kültürlere adapte olmak zorundadırlar. Ekip literatüründe bu ekipler “Aksiyon Ekipleri” olarak tanımlanır (Manser 2009, s. 143).

Sağlık sektöründeki trendlere bakıldığında öncelikle sağlık profesyonellerinin medikal bilgilerde şaşırtıcı boyutlarda bir değişimle karşı karşıya oldukları görülmektedir. Hiçbir insan tüm yeni bilgileri sindiremez, fakat bir yandan da etkin bir sağlık hizmeti verilebilmesi için güncel bilgilerin takip edilmesi gerekmektedir. Bir ikinci trend olarak da sağlık profesyonellerinin uzmanlıklarının artması belirtilebilir. Eskiden aynı hekim çok sayıda uzmanlığa aynı anda bakıyorken, şu anda uzmanlık sayısı artmış ve dolayısıyla hekimlerin alanlarında daha da derinleşmeleri beklenmeye başlanmıştır. Ayrıca doktor dışı sağlık çalışanlarının da sayısı oldukça artmıştır. 1900'lu yıllarda doktorların diğer sağlık çalışanlara oranı 1/3 iken, 2000'li yıllarda bu oran 1/16'ya düşmüştür. Üçüncü trend olarak, ilk iki trendin doğal bir sonucu olan, giderek artan karşılıklı bağımlılık belirtilebilir. Birçok yeni teknoloji ve uygulama karşılıklı etkileşim gerektirmektedir. Sağlık hizmeti veren çalışanlar sadece kendi işlerini yapmaya odaklanıp diğerlerinden de aynı şeyi bekleyemezler. Kaliteli bir sağlık hizmeti verilebilmesi için tüm bilgiler ve çabalar bütünleşik olmalıdır. Tüm bu trendler disiplinlerarası gruplar halindeki profesyonellerin işbirlikçi bir öğrenme içinde olmalarını gerektirir (Nembhard and Edmondson 2006, s. 942). Diğer sektörlerdeki "ekip çalışması" kavramının sağlık sektöründe daha kapsamlı olmasının yansımaları takımın her üyesinin diğer üyelerin ihtiyaçlarını öngörmesi gerektiğinde, birbirinin aksiyonlarına uyum sağlama kabiliyetinde ve bir prosedürün nasıl yapılması gerektiği ile ilgili ortak bir bilgi ve anlayışın gerekliliğinde görülebilir (Baker ve diğ. 2006, s. 1579). Bununla birlikte, birçok sağlık kuruluşunda ekip becerilerini geliştirmek için resmi eğitimler yoktur, ameliyathane gibi emniyetin en kritik olduğu bölümlerde bile ekip çalışması sistematik olmayan bir şekilde gelişir. Birbirini tanıyan ve iyi anlaşılan çalışanlar komplike olmayan ameliyatlarda uyumlu bir şekilde ve sorunsuz çalışır fakat prosedürün zorlaştığı durumlarda bu ilişkiler etkisini kaybeder ve sorunların çözülmesini engelleyici bir hal alır. Ekiplerin sağlık sektöründe de havacılıkta olduğu gibi resmi olarak, ciddi bir şekilde becerilerini geliştirici yöntemlerle eğitilmesi, hasta emniyetinde ölümcül hataların alt zeminini oluşturabilecek ufak hataların oluşmasını engellemesi açısından çok önemlidir (Catchpole ve diğ. 2007, s. 108). Örnek vermek gerekirse ekip kaynak yönetimiyle ekipler çetin ve zor durumlarda nasıl cevap vermeleri, davranmaları gerektiğini gösteren araçlar, bilgi ve becerilerle donanmakta, böylece hata riskini minimize etmektedirler (McConaughy 2008, s. 98).



Ekiplerin performansı, öğrenme ya da öğrenmede başarısızlığa uğramaları konusundan en çok etkilenecek sektörlerden biri sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü birçok farklı ortamda birinci basamak tedavi ünitelerinden acile, geriatriden palyatif bakıma hep disiplinlerarası ekiplerin hastalara hizmet vermekle sorumluluğu olduğu bir alandır. Bu ekipler sadece ürkütücü derecede fazla ve giderek artan medikal bilgi ile baş etmek zorunda değil, verdikleri hizmetin kalitesini artırmak için kritik bilgileri birbiri ile entegre etmek zorundadırlar. Bu durum ve şartlar ekip çalışması ve ekip öğrenmesini sağlık hizmetleri kalitesinin odağına yerleştirmektedir (Nembhard and Edmondson 2006, s. 942).

Catchpole ve diğerlerine (2007, s. 107) göre ameliyatlarda ortaya çıkan komplikasyonların sebepleri çoğunlukla ufak sorunların büyümesidir ve etkili bir ekip çalışması ile bu ufak sorunlar yatıştırılabilir. Ayrıca etkili olmayan ekip performansı durumlarında problemlerin hem kötü sonuçlarının hem de sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Başka bir deyişle etkili ekip çalışması, yokluğu durumunda kaçınılmaz olabilecek problemlerin etkisinin azaltılmasını sağlayabilirken, etkin olmayan ekip çalışması yeni problemlere sebep olabilir. Çarpıcı ve sağlıkta emniyet konusunun önemini gözler önüne seren bir örnek vermek gerekirse, bebek ölümlerinin incelendiği bir çalışmada ölümlerin yüzde yetmiş beşinin iletişim kopması ve etkin olmayan ekip çalışmasından kaynaklandığı görülmüştür (McConaughy 2008, s. 98).

Ekip hataları beş temel grupta sınıflandırılmaktadır (Helmreich ve Davies 2004, s. R2):

- a. Görev İcrası – Planlanan, niyetlenenden sapan, kasıtlı olmayan fiziksel davranışlar. Örnek: Durumu stabil olmayan bir hastaya anestezi verdikten sonra vantilatörü açmamak.
- b. Prosedürel - Zorunlu olan prosedürleri kasti olmadan atlama, yapmama, yanlış yapma. Örnek: Bir hemşirenin ameliyat sırasında kullanılan aletleri yanlış sayması.
- c. İletişim – Bilgiyi aktarırken hata yapma, bilgiyi yanlış anlama, hatta bir anlık dalgınlık. Örnek: Ameliyat sırasında cerrahın 55 dakika demesini 5 dakika olarak algılamak.

- d. Karar – Prosedürler tarafından sınırlandırılmamış, gereksiz yere tehlikeyi artıran eylemler. Örnek: Durumu stabil olmayan bir hastaya travma odasında anestezi vermek.
- e. Kasıtlı Uyumsuzluk – Resmi prosedür ve regülasyonları çiğnemek. Örnek: Anestezi almış hastayı travma odasında bırakıp, dolaptan kan almak için uyanma odasına geçmek.

Hasta emniyetini sağlayacak etkili bir ekip çalışması için öncelikle ekip olarak birlikte çalışma isteğinin güçlü olması şarttır. Eğer ekip üyeleri ayrı ayrı, bağımsız olarak çalışmak isterse, etki ve başarı riske girer. Güvenilirliği yüksek organizasyonlar verimliliği ve emniyeti artırmak için ekipleri kullanmakta ve ekipleri güvenilirliği yüksek ekiplere dönüştürmek için eğitmektedir (McConaughy 2008, s. 98).

Sağlık sektöründe ekip çalışması ile ilgili önemli konulardan bir diğeri de disiplinler arası ya da multidisipliner ekipler olarak betimleyebileceğimiz farklı bölümlerden ve disiplinlerden gelen profesyonellerden oluşan gruplardır. Leipzig ve diğerlerinin yaptığı (2002) yaptığı çalışmalarda sağlık çalışanlarının multidisipliner ekip çalışmasının hastalar için faydalı olduğu konusunda hemfikir olduğu, fakat yaşanan olaylar incelendiğinde disiplinler arası işbirliği kapsamındaki davranışların oldukça negatif olduğu gözlemlenmiştir. (McConaughy 2008, s. 98). Sağlık hizmeti üretme süreci disiplinler arası bir süreçtir; doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri gibi farklı uzmanlık alanlarından gelen kişilerin ekipler halinde çalışmasını gerektirir. Organizasyonlarda özellikle de farklı seviyelerdeki çalışanların arasındaki zayıf koordinasyonun (birbiri ile çelişen bilgiler, testler ya da tedavilerdeki gecikmeler gibi) hastaya verilen hizmetin kalitesini ve emniyet seviyesini etkilediği görülmüştür (Manser 2009, s. 143).

### **2.8.2 Eğitim**

Hasta emniyeti üzerinde oldukça etkili, ana alt boyutlardan biri olan eğitime geçmeden önce aktif eğitim ve pasif eğitim arasındaki farkı belirtmek gerekir. Pasif eğitimde dersler bellidir fakat pratiğe dönüştürülemezler. Aktif eğitimde ise dersler, öğretilenler

organizasyonun kültürü ve uygulamaları arasına gömülüdür (Mohr ve diğ. 2002, s. 70). Hiç şüphesiz hasta emniyetini geliştiren boyutlardan biri olan eğitimin misyonunu yerine getirebilmesi ve anlamlı olabilmesi için aktif bir öğrenme sağlaması gerekmektedir.

Eğitim alt boyutunda hem lisans/yüksek lisans/doktora eğitimlerinin bir eleştirisi yapılacak; hem de görev başı eğitimden bahsedilecektir. Geleneksel tıp eğitimlerine bakıldığında kavramsal bilgiye odaklanıldığı, asistanlık tamamlandığında bile tıp öğrencilerinin acil durumlarda neyi nasıl yapmaları gerektiğini çoğunlukla sadece teorik olarak bildiği, gerçekte başlarına geldiğinde ise teorik olan bilgiyi uygulamanın aslına ne kadar zor ve stresli bir iş olduğunu daha yeni fark ettikleri görülmektedir. Önceki bölümlerde de bahsedilen kazalara dayalı ölümlerin raporlandığı belgeler, aslında sağlık bilimleri fakültelerinin müfredatlarını gözden geçirmeleri gerektiğini gösteren bir işaret olarak algılanmalıdır. Fakat üzücü bir şekilde hasta emniyetinin ne müfredatı oluşturan kişiler ne de uygulayan kişiler tarafından bir öncelik olarak alındığı görülmektedir. Şüphesiz ki doktorlar ve hemşireler dahil tüm sağlık çalışanlarının görevleri ve fonksiyonlarını güvenli bir şekilde yerine getirebilmeleri için, gerçek iş becerileri ve davranışlarını öğrenecekleri bir eğitim görmeleri gerekmektedir (Flanagan ve diğ. 2004, s. 56). Geleneksel olarak teknik becerilere dayanan eğitim programlarının, özellikle emniyet perspektifinden bakıldığında çevre ile uyum becerisine de odaklanması gerekmektedir (Helmreich ve Davies 2004, s. R1).

Özellikle kritik durumlarla başa çıkabilmek için sağlık sektöründe çalışanların öncelikle medikal bilgisinin ve teknik becerilerinin yeterli olması bir ön koşuldur. Fakat en az bu teknik ve medikal bilgi kadar önemli olan bir konuda kriz anının, kritik durumun nasıl yönetildiğidir. Yapılması gerekenleri en hızlı ve aynı zamanda emniyetli şekilde yapabilmek için tüm durumun, çevrenin, ekipmanın, duyguların kaynakları iyi kullanarak yönetilmesi gereklidir. Fakat özellikle sağlık profesyonellerinin yetiştirildiği eğitim programlarına bakıldığında sadece ilk bahsedilen ve bir ön koşul olan teknik, medikal bilgi ve becerilere zaman ayırıldığı görülmektedir. Halbuki özellikle kriz anlarında, kritik durumlarda durum yönetiminin müfredatlara dahil edilmesi hasta emniyeti açısından hayati bir öneme sahiptir (Flanagan ve diğ. 2004, s. 60).

Emniyet konusunun önemli alt boyutlarından olan ekip çalışması ve eğitim aslında iç içe geçmiştir çünkü her iki boyut da temellerini havacılıktaki “Ekip Kaynak Yönetimi” adı verilen emniyeti geliştirmek üzere tasarlanan ve ekip çalışmasını merkezine alan eğitim programlarından alır. Uçuş ekiplerinin kritik ve ölümlü sonuçlanan hataları üzerine havacılık sektörü “Ekip Kaynak Yönetimi” eğitim programını tasarlamış ve uygulamaya koymuştur. Sağlık sektöründe de bu ve bunun gibi diğer sektörlerden adapte edilen, kriz yönetimini temel alan eğitim programları kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe ekip kaynak yönetiminden devşirilen eğitimler ilk kez 1994 yılında İsviçre’de ameliyathane ekiplerine uygulanmıştır. Günümüzde özellikle ameliyathanelerde, anestezi departmanlarında, acillerde, yoğun bakım ünitelerinde ve doğum ünitelerinde havacılıkta olduğu kadar resmi ve zorunlu olmasa da, bu eğitimler aktif olarak kullanılmaktadır (McConaughy 2008, s. 96).

Diğer sektörler için de bir başlangıç noktası olması açısından bu bölümde ağırlıklı olarak havacılıktaki, ana hedefi bir grup bireyi ortak emniyet idealiyle bir ekip olarak düşünebilecek ve hareket edebilecek şekilde organize etmek olan “Ekip Kaynak Yönetimi”nden bahsedilecektir. Yüksek risk grubundaki diğer sektörler için bir örnek teşkil eden havacılıktaki ekip kaynak yönetiminin gelişiminin basit ve hızlı olduğunu söylemek çok doğru olmaz. Yapılan araştırmalar kullanılan mevcut programların son 10 yıl içerisinde aşamalı olarak geliştiğini ve bundan sonra da gelişmeye devam edeceğini göstermektedir (Musson ve Helmreich 2004, s. 30). 1970’lerden itibaren havacılıktaki bu ekip çalışmasını baz alan eğitimler birçok değişime, gelişime uğramıştır. İlk versiyonunda “Kokpit Kaynak Yönetimi” olarak adlandırılan eğitimlerde sadece uçuş ekiplerine her yıl tekrarlanan simülasyonlu iletişim eğitimleri veriliyordu. İkinci basamakta eğitimin adı ile beraber içeriği de değiştirildi. Kokpit kelimesi yerine ekip kelimesi kullanılmaya başlandı ve ekip kurma, brief verme, bilgilendirme, durum farkındalığı, stres yönetimi ve karar verme stratejileri gibi konular eğitim programına dahil edildi. 1990’ların başında üçüncü jenerasyon ekip kaynak yönetimi eğitimlerine daha önce dahil edilmeyen uçuş personelleri, bakım personelleri, uçuş hareket görevlileri gibi diğer ekip üyeleri de eklendi. Dördüncü jenerasyonda artık ekip kaynak yönetimi eğitimi uçuş eğitimlerinin ayrılmaz bir parçası haline geldi. Son olarak beşinci

jenerasyonda artık insan hatasının kaçınılmaz olduğunun anlaşıldığı dönemlere denk geldiği için, hata yönetimi yaklaşımı programa dahil edilmiştir. Hedef hataları erken bir fazda fark edip, etkilerini azaltmaktır. Zamanla etkili hata yönetimi yaklaşımının performansı artırarak hataların kaçınılmazlığını da azalttığı gözlemlenmiştir. Son hali ile ekip kaynak yönetimi eğitimleri ciddi davranışsal değişiklikler sağlayan ve çalışanlar tarafından da oldukça önemli ve etkili olarak algılanan eğitimler haline gelmiştir (McConaughy 2008, s. 97). Federal Havacılık İdaresi tarafından zorunlu bir hale getirilmeden çok önce ekip kaynak yönetimleri ticari havacılık firmaları tarafından sahiplenilmişti. Çünkü bu eğitim programının çok önemli bir emniyet girişi olduğu ve bu tarz bir eğitim almadıklarında pilotların hata yapma korkusu ve sorumluluğunun artacağı düşünülmüştür. Tabii ki ilk aşamada bu eğitimlerin zorunlu bir hale gelmesine, eğitimlerin çok teorik ve etkisiz olduğu iddiası ile direnen kişiler olmuştur ama zaman içerisinde, eğitimlerin etkinliği de artırdıkça bu direnişler giderek azalmıştır (Musson ve Helmreich 2004, s. 30). Sonuçta hiçbir konuda değişim bir gecede gerçekleşemez, en istenen durumda bile belirli zorluklarla ve direnişlerle karşılaşılır. Zaman içinde değişimin olumlu etkileri görünür hale geldikçe, ekip tarafından sahiplenilip günlük rutinin bir parçası, doğal bir süreç ve hatta olmazsa olmaz bir gereklilik haline gelir. İstatistiklere bakıldığında ekip kaynak yönetiminin ne kadar etkili olduğu net bir şekilde görülmektedir. 1967, 1976 yılları arasında Amerika Birleşik Devleti'nde iç hatlarda yapılacak bir uçuşta hayatını kaybetme olasılığı iki milyonda bir iken, ülke genelinde yapılan eğitim planlarından ve uygulamalarından sonra 90'lı yıllarda bu oran sekiz milyonda bir inmiştir (McConaughy 2008, s. 100). Kazalara olan etkileyici etkisinin yanında giderek gelişen ve adeta evrimleşen ekip kaynak yönetimi programları ortalama yirmi beş yıl içerisinde pilotların profesyonel kültürlerinde büyük bir değişim sağlamıştır. Zaman içerisinde bu bir eğitim programı olmaktan çıkmış ve adeta pilotların işini nasıl yaptıklarının bir göstergesi, günlük iş akışının bir parçası haline almıştır. Havacılıkta emniyetin gelişmesini bu denli pozitif yönde etkileyen ekip kaynak yönetiminin sağlık sektöründe de uygulanması gerektiği, önceki bölümlerde de bahsi geçen IOM raporunda belirtilmiştir (Musson ve Helmreich 2004, s. 28). Örnek bir ekip kaynak yönetim becerileri eğitim programında odaklanılması gereken beceriler şekil 2.7'de listelenmiştir.

## Şekil 2.7: Ekip kaynak yönetim becerileri

### **Ekip Kaynak Yönetimi Becerileri**

#### **Çevreyle Uyum Becerileri**

İletişim (*sözel/sözel olmayan*)

Ortak zihinsel model

Ekip Çalışması (*katkı sağlamaya yetkilendirilmiş ve teşvik edilmiş üyeler*)

Liderlik/İzleyicilik

#### **Zihinsel Beceriler**

Durumsal Farkındalık

Hazırlık ve Planlama

Girişim

İhtiyat

Problem çözme

Karar verme

*Kaynak: Musson ve Helmreich 2004, s. 28*

Ekip kaynak yönetiminin önemli ana özelliklerinden bir diğeri de mürettebat üyelerinden diğeri üyelerin hareketlerini sorgulamalarının ve endişelerini dile getirmelerinin beklenmesidir. Ekip kaynak yönetimlerindeki bu felsefe sayesinde endişeleri dile getirmek ve diğeri lerinin davranışlarının emniyetsiz bulunması durumunun konuşuluyor olması bireysel bir saldırı ya da isyankar bir tavır olarak algılanmaktan çıkmış ve beklenen hatta talep edilen bir davranış haline gelmiştir. Bu alışkanlık aynı zamanda mürettebat üyelerinin birbirini sürekli izlemesini ve kontrol etmesini de beraberinde getirmiştir (Musson ve Helmreich 2004, s. 27).

Ekip kaynak yönetimi eğitimlerinde ekip bilgisi, becerileri ve davranışlarını hedef alan simülasyonlar, sınıf içi dersler, videolar gibi farklı araçlar kullanılır. Bu tarz disiplinlerarası ekip çalışmasını odak noktasına koyan eğitimlerin hem işyerlerinde ama en önemlisi iş öncesi, lisans / ön lisans dönemlerinde temel müfredata dahil edilmesi, farklı disiplinlerden gelen sağlık çalışanlarının etkili ekiplerde çalışmakla ilgili deneyim kazanması açısından şarttır. (McConaughy 2008, s. 98).

Ekip kaynak yönetimi eğitiminin Amerika Birleşik Devletleri'nde beş hastanede uygulanması ile ilgili yapılan bir araştırmada ekip davranışlarında, ekip performanslarında ve hasta emniyeti farkındalığında iyileşmeler görülmüş fakat etkili ekip çalışması ile ilgili hala bazı bariyerler olduğu tespit edilmiştir. En önemli engel, sağlık çalışanlarının özellikle de doktorların otonomi ve otoritelerini kaybetme korkusu olduğu gözlemlenmiştir (McConaughy 2008, s. 99). Fakat burada unutulmaması gereken konu, bir sektörde hatta bir organizasyonda yararlı olan bir eğitim programının, başlangıçta mantıklı görünse bile başka bir organizasyon ya da sektöre direk transfer edildiğinde genellikle etkisini yitirebileceği ve farklı problemlere sebep olabileceğidir. Bu konuda en endişe verici duruma örnek olarak özellikle havacılık ekip kaynak yönetimi konusunda uzman organizasyonların hastanelerde farklı ekiplere verdikleri tek seferlik eğitimler verilebilir. Bu eğitimler belki emniyet üzerindeki insan faktörü hakkında bir fikir edinilmesi için iyi bir fırsat olabilir ama bundan öteye asla geçemez (Musson ve Helmreich 2004, s. 32). Bu nedenle başka bir sektörden adapte edilen bir eğitim programı mutlaka uygulanacağı sektörün dinamiklerine göre düzenlenmelidir.

Stanford Üniversitesi'nden David Gaba temellerini havacılıktaki "Ekip Kaynak Yönetimi" eğitiminden alan "Anestezi Kriz Kaynak Yönetimi" (*Anesthesia Crisis Resource Management*, ACRM) programını geliştirmiştir. ekip kaynak yönetimi temel prensipleri ve hasta simülasyonları kullanılarak 90'ların başında hastanelerin anestezi departmanları için uygun olan bu simülasyon programı uygulanabilir bir hale gelmiştir. Programdaki ana amaç anestezi uzmanlarına doktorlar, hemşireler, teknisyenler ve diğer sağlık personellerinden oluşan multidisipliner ekipler içinde çalışırken krizlerle başa çıkmaları, acil durumları yönetmeleri için destek olmaktır. Bu program dahilinde hasta simülatörleri kullanılarak teknik ve jenerik ekip becerileri eğitimleri gerçekleştirilir, simüle edilmiş anestezi ortamına standart ekipmanlara sahip ameliyat odası ve klinik kararların verilmesini gerektiren gerçek performanslar dahil edilir. Genellikle gerçek akciğer ve kalp sesleri çıkaran hasta mankenleri kullanılır. Simülasyonlar anestezi maddesinin fazla dozda verilmesi, ani kalp durması gibi senaryolar üzerinden gerçekleştirilir (Baker ve diğ. 2006, s. 1580). Sağlıkta hasta emniyetinin eğitim alt boyutunda gerçekleşen bu gelişimin paralelinde Basel'de yer alan Kantonsspital Hastanesi anestezi bölümünde Helmreich ve Schaefer "Gruplara Yönelik Medikal

Simülâtör” (*Team Oriented Medical Simulator*, TOMS) programını geliştirmiştir. Bu program tamamen bir hasta simülasyonu üzerinden doktorlar ve hemşirelerden oluşan karışık bir ekibe cerrahi ekip becerilerini öğretmeye yöneliktir (Musson ve Helmreich 2004, s. 28). Bu açıdan bakıldığında Gruplara Yönelik Medikal Simülâtör programı hem multidisipliner bir ekibe yönelik olması hem de havacılıktaki Ekip Kaynak Yönetimi prensiplerini simülasyon tekniği aracılığı ile uygulatması açısından sağlık sektöründeki hasta emniyeti için geliştirilen eğitim programları arasında önemli bir yere sahiptir.

Eğitimlerde göz önünde bulundurulması gereken bir diğer konu da çoğu zaman geleneksel işyeri kültürüne ters düşen hatalarından öğrenme kavramıdır. İşyerinde emniyeti sağlamakta, hele de hasta emniyetini yönetmede en kritik faktörlerden biri organizasyonların hataya bakış açısını suçlama ve utançtan, ders almaya dönüştürmektir. Bunun eğitimdeki en güzel yansıması belki de Van Dyck ve arkadaşları (2005) tarafından hataların pozitif bir fonksiyonunun olduğunun keşfi ile ortaya atılan ve eğitime boyut kazandıran “Hata Yönetim Eğitimi”dir (*Error Management Training*, EMT). EMT genel olarak eğitime katılanların hatalardan nasıl kaçınmaları gerektiği değil hatalarla nasıl başa çıkabileceklerinin eğitimini alması temeline dayanır. EMT’nin hedefi katılımcılara hata kavramını “öğrenme fırsatı” olarak yeniden tanımlayabilecekleri bir zihniyeti, eğitim aracı ile verebilmektir. Katılımcılar hatayı eğitim sürecinin bir parçası olarak görmeye yönlendirilirler. Eğitimciler bir yandan katılımcıların bu hatalarla başa çıkabileceği konusunda onları ikna ederler. Katılımcılar mutlaka hatanın ve hata ile başa çıkma sürecinin bir parçası olmaya zorlanırlar, böylece hata durumlarının getirdiği stres ve hüsrana duygusu azaltılır. Böylece katılımcılar da hata durumu ile başa çıkmak için en etkili stratejilere odaklanma şansını yakalarlar (Chillarege ve diğ. 2003, s. 371). Nordstrom ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar EMT eğitimlerinin oldukça pozitif sonuçları olduğunu, eğitime katılanlarının iş performanslarının arttığını, daha az hüsrana odaklanması ile motivasyon seviyelerinin yükseldiğini göstermektedir.

Helmreich (1998) tarafından hata yönetimi ve ekip kaynak yönetimini bir araya getiren Hata Yönetimi Ekip Kaynak Yönetimi (EMCRM, *Error Management Crew Resource*



*Management*) isimli model, ekip kaynak yönetiminin bir üst jenerasyonu olarak tabir edilebilir ve önerilen bir eğitim programıdır. Bu eğitim programında insanların limitasyonları ve hatanın kaçınılmazlığı temeline dayanılarak daha önce hata dedektörleri olarak eğitilen ekiplerin sorumluluğu artık hataların nasıl yönetildiği ve etkin stratejilerin kuvvetlendirilmesini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Görüldüğü üzere sağlık kurumlarında özellikle multidisipliner ekiplerin işbirlikçi eğitimleri verilen sağlık hizmeti kalitesi açısından çok mühim bir konudur, fakat birçok farklı sebeple önü kesilebilir. Öncelikle yapısı itibariyle sağlık sektöründe alınan riskler çok yüksektir. Süreçler başarısız olunca hastalar hayatını kaybeder, bu gerçek bile tek başına ekip deneyimlemelerinin kaosuna girme isteğini azaltabilir. Stres ve risk derecesi bu denli yüksek olan sektörlerde gelişim çabalarının daha merkezi ve hiyerarşik olduğu; daha az kolektif ve demokratik olduğu gözlemlenmektedir. İkinci olarak disiplinler arası ekip çalışması pratikte oldukça zorlayıcı bir iştir. Basit bir örnek vermek gerekirse doktorlar daha özelleşmiş medikal uzmanlıklara sahipken, hemşireler günlük hasta süreçlerine daha hakimdirler. Her iki disiplin de farklı bakış açıları getirir ve bilgiler paylaşılmaz. Hemşireler belki her gün çok çeşitli problemlere şahit olurlar ve onlarla başa çıkmak için yaratıcı çözümler bulurlar ama bunları hiyerarşideki diğer basamaklarla paylaşmazlar. Dolayısıyla sağlık hizmetini geliştireceği ne kadar belli de olsa, işbirlikçi bir öğrenme sürecinden çoğu zaman bahsedilmez. Üçüncü olarak tıpta kemikleşmiş bir statü hiyerarşisi vardır ve bu, seviyeler arası iletişimin önünü tıkayan en önemli unsurdur (Nembhard ve Edmondson 2006, s. 943). Sağlık kurumlarındaki hiyerarşik yapıları daha net bir şekilde gözler önüne sermek gerekirse, hepsi resmi olmasa da cerrahların diğer uzmanlıklardaki doktorlardan daha prestij sahibi olduğu; uzmanlığı olan doktorların pratisyen hekimlere göre daha üst seviyede değerlendirildiği, doktorların hemşirelerden daha fazla güce sahip olduğu, hemşirelerin de diğer sağlık personelinde daha kıdemli görüldüğü bilinen gerçeklerdir. Yani sağlık sektöründe hiyerarşi, statüler arası farklar denilen konu hem profesyonel grupların içinde (örnek: doktor grubu) hem de profesyonel gruplar arası (örnek: doktor grubu ve teknisyen grubu) olabilen, oldukça kompleks ve etkili bir gerçekliktir (Nembhard ve Edmondson 2006, s. 946).

Etkili bir hata yönetimi eğitimi, ekip kaynak yönetimi eğitimi ya da her ikisinin bütünleşmiş halinin çalışanlara verilmesi, kazalarda insan faktörü gerçeğini tamamen yok etmeyecektir. Ama riskin minimize edilmesine kritik bir katkısı olacağı kesindir. Hata yönetimi becerileri gelişmiş ekip üyelerini bünyesinde barındıran ya da mevcut çalışanlarını bu yönde beceriler geliştirmesi için eğiten organizasyonlar, hem aktif hatalara hem de bu hatalara sebep olabilecek örtülü sebeplere karşı ekstra bir savunma geliştirebilirler (Thomas 2004, s. 209).

Emniyetin alt boyutlarından biri olan eğitimin önemini anlamak için belki de bu bölümü Albert Einstein'dan bir alıntı ile bitirmek yerinde olur. “*Önemli sorunları, onları oluşturan aynı bilgi seviyesi ile çözmek imkansızdır*”. Emniyet sorunları için de şüphesiz ki çözüm, eğitimle hep bir adım öteye gidebilmekle mümkün olacaktır.

### **2.8.2.1 Simülasyon**

Simülasyon gerçek hayattaki süreçlerin deneyimsel öğrenme yolu ile eğitimsel hedeflerin gerçekleştirilmesi için yapay bir şekilde temsil edilmesidir (Flanagan ve diğ. 2004, s. 57). Simülasyon hasta emniyeti boyutlarından eğitimin de bir alt başlığı olarak ele alınabilir çünkü temelde yüksek riskli sektörlerde kullanılan bir eğitim aracıdır. Sağlık sektöründe iletişim, ekip çalışması ve emniyet sonuçlarını geliştirmek için hasta simülasyonlarının kullanılması önerilmektedir. Hasta simülasyonları sayesinde sağlık çalışanları gerçek hastalar üzerinde risk almadan deneyim kazanma şansı yakalarlar, hasta emniyetini garantileyecek beceriler kazanırlar, ekip çalışması ve iletişim kabiliyetlerini geliştirirler, en önemlisi interaktif bir ortamda gerçek dünyadaki hareketleri taklit ederek gerçeğe yakın tecrübeler elde ederler.

Sağlık sektöründeki bilinen ilk simülasyon eğitimi 1960'lı yıllarda kardiyojoloji alanında, 1980'li yıllarda da anestezi alanında gerçekleştirilmiştir. ekip kaynak yönetimi eğitiminin sağlık sektöründeki versiyonu MedTeams isimli eğitim programında da simülasyon yöntemi kullanılmaktadır. Böylece sağlık çalışanlarına bilgi ve beceriler, iletişim kabiliyeti, ekip çalışması yetileri aktarılmaktadır (McConaughy 2008, s. 99).

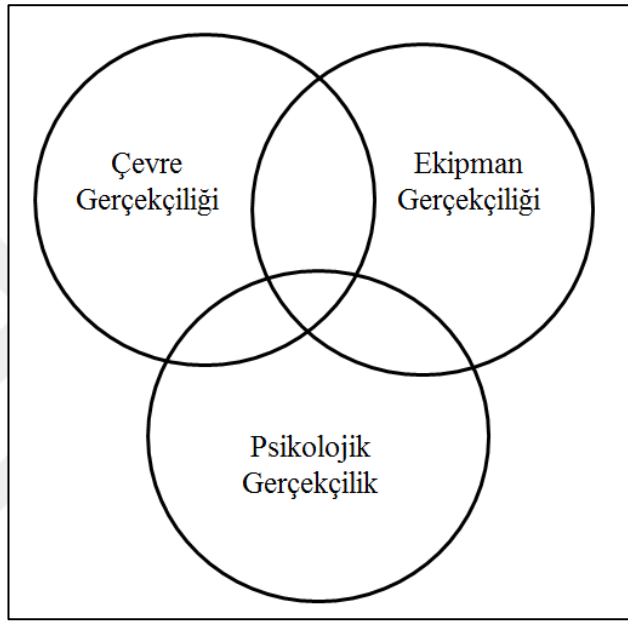
Simülasyonlarda önemli olan konulardan biri de kullanılan modellerin gerçekliğe olan yakınlığıdır. Duyarlılığı ve gerçek hayata olan benzerliği yüksek olan simülasyon programlarının diğerlerinden çok daha etkili olduğu görülmüştür. Hasta emniyeti konusunun önemli alt boyutlarından biri olan ekip çalışması bölümünde de belirtilen farklı disiplinlerin bir arada çalışma ve ekip kurma becerilerini de artırmak ve ölçümlemek amacı ile doğruluğa olan yakınlığı yüksek simülasyonlarda mutlaka multidisipliner bir ekibin yer almasına özen gösterilir. Bu tarz simülasyon modellerinin avantajları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Flanagan ve diğ. 2004, s. 58).

- a. Hastanın alacağı bir risk yoktur.
- b. Kullanımı zor ve karmaşık olabilecek cihazların nasıl kullanılacağı test edilir, kullanıcıların alışkanlık kazanması sağlanır.
- c. Aynı senaryo bireysel ve ekip performanslarını ölçümlemek amacı ya da diğer amaçlarla birden fazla kez kullanılabilir.
- d. Hataların olmasına ve bunlardan tecrübe kazanılmasına göz yumulabilir.
- e. Durumla ilgili tartışmak için simülasyonlar istenildiğinde durdurulabilir. İstenildiğinde devam ettirilebilir, alternatif teknikler kullanılabilir.
- f. Kayıt, tekrar izleme, performansın kritiğini yapma, herhangi bir hasta emniyeti ya da gizliliği söz konusu olmadığı için mümkündür.

Özellikle son yıllarda bilgisayar gücündeki muazzam gelişmeler, teknolojinin büyük bir hızda ilerlemesi (robot teknolojisi gibi yeni alanlar), yapay zeka kavramı ve uygulamaları havacılıkta, sağlıkta, askeriyede ve nükleer enerji sektörlerinde yüksek gerçeklikteki simülasyonların kullanımını kolaylaştırmış ve artırmıştır (Beaubien ve Baker 2004, s. 51). Simülasyonlarda gerçekliğe olan yakınlıktan bahsederken, özellikle havacılıkta yapılan çalışmalarda fiziksel gerçekçiliğin psikolojik gerçekçilikten çok daha az bir önemi olduğunu da belirtmek gerekir. Önemli olan simülasyon katılımcılarının kendilerini gerçek hayatta gibi hissetmelerini sağlamaktır. Öyle bir ortam hazırlanmalıdır ki, katılımcılar doğal davranmalıdır (Flanagan ve diğ. 2004, s. 59). Yani bir yandan yüksek gerçeklikteki simülasyon programlarının faydalı olduğu belirtilmelidir, fakat bir yandan da onların eğitim için bir sadece bir araç olduğu – diğer faktörlerden bağımsız olarak kullanılan simülasyon programının gerçekliğe olan

yakınlığı ile eğitimin etkisi arasında direk doğrusal ilişki olduğunu ispatlayan akademik bir kaynağın bulunmadığı – hatta bir çok kaynağın daha az maliyetli yöntemlerle iyi dizayn edilmiş eğitim programların en az gerçekliği yüksek simülasyonlar kadar etkili olabileceğini belirttiği unutulmamalıdır (Beaubien ve Baker 2004, s. 51). Simülasyonlarda farklı gerçekçilik türleri şekil 2.8’de gösterilmiştir.

**Şekil 2.8: Simülasyon gerçekçiliği tipolojisi**



*Kaynak: Flanagan ve diğ. 2004, s. 59*

Simülasyonlar tüm sağlık çalışanları için kullanılabilir etkili araçlardır ama özellikle aşağıdaki acil durumların büyük zamanlama kısıtlaması içinde çözülmesi gereken departmanlarda uygulanması önerilmektedir (Flanagan ve diğ. 2004, s. 59):

- a. Acil
- b. Yoğun Bakım
- c. Ameliyathane
- d. Kadın Doğum
- e. Yeni Doğan
- f. Girişimsel Radyoloji, Kardiyoloji ve Endoskopi

Yüksek risk grubundaki sektörlerde kullanılan simülasyon temelli eğitim türleri avantaj ve dezavantajları ile birlikte aşağıdaki gibi özetlenebilir (Beaubien ve Baker 2004, s. 53):

**Tablo 2.1: Yüksek risk grubundaki sektörlerde simülasyon bazlı eğitimlerin özeti**

Simülasyon Türü	Ekip Çalışması Yetkinlikleri	Avantajlar	Dezavantajlar
Vaka çalışmaları/Rol canlandırma	Bilgi, tutum	Düşük maliyet, pozitif katılımcı tepkileri	Beceri uygulamaları için fırsat azlığı
Kısmi görev eğitimi	Bilgi, beceri	Düşük maliyet, dikkat dağıtıcı faktörlerden uzak olma	Karşılıklı görev uygulamalarının mümkün olmaması
Tam görev simülasyonu	Bilgi, beceri	Emniyetli bir ortamda kritik görevlerin simüle edilebilmesi	Yüksek maliyet, çok az baş için yapılabilir olması

*Kaynak:* Beaubien ve Baker 2004, s. 53

Simülasyonun sadece etkili bir eğitim aracı olduğu ve mutlaka doğru bir müfredat ile desteklenmesi gerektiği unutulmamalıdır. Modern teknolojiler becerikli ve adanmış eğitmenlerin elini güçlendirir ve daha etkili çalışmalarını sağlar ama asla onların yerine geçmeyeceği ifade edilmektedir (Flanagan ve diğ. 2004, s. 57).

### 2.8.3 İletişim

İletişim ekip çalışması, liderlik gibi diğer boyutlarla çok ilişkili bir hasta emniyeti boyutudur ve eksikliğinde oldukça tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Zayıf iletişimin birçok farklı sebebi olabilir: cinsiyet, kültür, yorgunluk – stres – aynı anda birden fazla görevden sorumlu olmak gibi sebeplerle ortaya çıkan insani eksiklikler, olayların çok hızla aktığı bir ortamda bulunmanın getirdiği dikkat dağılması, hiyerarşik sistemler vb. Sağlık profesyonelleri konusunda uzman ve özerk olarak eğitilirler, ekip çalışması ile ilgili bir eğitim almazlar. Bu da birçok iletişim problemine sebep olur (McConaughy 2008, s. 99).

Sağlık sektörünün her kesiminde tedavilerin gecikmesinden, ilaç ve ameliyat hatalarına geniş bir aralıktaki olumsuz olayların en çok görülen sebeplerinden biri de zayıf iletişimidir (Pronovost ve diğ. 2003, s. 12). Sağlık Organizasyonları Akreditasyon Ortak Komisyonu sadece 2005 yılı içinde gözlenen ve raporlanan olayların yüzde yetmişinde zayıf iletişim unsurları tespit etmiştir. Özellikle ameliyathanelerde durum daha da kritik

haldedir, her on ameliyattan birinde iletişim bozukluğu ve bilgi kaybı gözlemlenmektedir. Tüm bu sonuçlar iletişim kayıplarını azaltmanın hataları da azaltacağını ve hasta emniyetini artıracığını göstermektedir (Greenberg ve diğ. 2007, s. 533).

İletişimde bahsedilmesi gereken önemli bir konu da organizasyon içi bilgi akışıdır. Çalışanlar hasta emniyeti ile ilgili gerekli bilgilerin yeterli seviyede ve sıklıkta paylaşıldığını, geri bildirimlerle desteklendiğini düşündüğü sürece hata oranı azalır çünkü çalışanlar emniyeti artırmak için neye ihtiyaçları olduğu konusunda yeterince bilgilendirilmişlerdir ve bu bilgiyi kullanma eğilimleri yüksek olacaktır. Tam tersi durumda çalışanlar gerekli bilginin kendilerine iletilmediğini düşünürlerse, ellerinde olan hasta emniyeti ile ilgili bilgiyi de kullanmama eğiliminde olabilirler ve bu da hasta emniyetini negatif etkilemektedir (Naveh ve diğ. 2005, s. 951).

İletişim kayıplarını özellikle de sağlık gibi karmaşık sistemlerde tespit edip, önlem ve aksiyon almak oldukça güç bir iştir. Hastanelerin risk ve hata oranı yüksek bölümlerinden olan ameliyathaneleri ele alırsak, iletişim aktivitelerinin çeşitliliğinin ve sayısının çok olduğunu görülmektedir. Bu durum hasta emniyetini güçlendirici herhangi bir müdahalenin ne zaman ve nerede yapılacağını belirlemeyi zorlaştırmaktadır. İletişim lokasyonların içinde ve lokasyonlar arası gerçekleşmekte, ameliyathane örneğinde de olduğu gibi çoğu zaman birden fazla roldeki bireyleri (cerrahi doktor, anestezi uzmanı, hemşire, yardımcı sağlık personeli vb.) kapsamakta ve hayati önemi olan birden fazla unsuru (hastanın klinik durumu, girişimsel müdahaleler, bakım planı vb.) bünyesinde barındırmaktadır (Greenberg ve diğ. 2007, s. 534).

Greenberg ve diğerleri (2007) tarafından ameliyathaneler özelinde yapılan ve iletişim kopmaları ile bilgi ayıplarını ölçümleyen çalışmanın sonuçlarına göre iletişim kopmaları daha çok bir alıcı ve bir verici yani iki birey arasında sözel olarak gerçekleşmiştir. Bilgi kayıpları en çok acil durumlarda yaşanırken, ameliyat öncesi sonrası ve sırasında yaşanan iletişim kopmalarının oranı neredeyse birbiri ile aynıdır. Çalışmanın bir diğer çarpıcı sonucu da iletişim kopmalarında en çok görülen oyuncunun cerrahlar olmasıdır. Son olarak özellikle devirlerde (hastanın bir hekimden ya da ekipten diğer bir hekim ya

da ekibe devredilmesi) iletişim kopma yaşanma riskinin arttığı görülmüştür. Çalışmadan elde edilen bilgilere göre ameliyathanelerde hasta emniyetini artırmak için özellikle cerrahların dahil olduğu daha sık ve standardize edilmiş iletişim, transfer protokollerinin belli bir standarda oturtulması ve bireysel iletişimde tekrarlamaların kullanılması hata önleyici stratejiler olarak belirlenmiştir. Yine ameliyathaneler özelinde yapılan çalışmalarda farklı uzmanlıkları olan çalışanların bir arada gerçekleştirdiği yapılacak işler ve kontrol brifinglerinin iletişim hatalarını azalttığı; proaktif, işbirlikçi ve hataları azaltan bir ekip iletişimini sağladığı görülmüştür (Pronovost ve diğ. 2003, s. 17). Başka bir yüksek risk grubu sektörden örnek vermek gerekirse havacılıkta kaptan tarafından brief verme süreci oldukça standartlaşmış bir basamak haline gelmiştir. Her uçuştan önce uçuş bilgileri, hava durumu beklentileri, herhangi bir gecikme beklenip beklenmediği, mürettebat üyelerinin özel rolleri ve onlardan beklenen davranışlar iletilir. Bunun dışında ideal brieflerde olması gereken emniyet konusunda herhangi bir endişesi olan mürettebat üyesinin bunun ekip ile paylaşmasının önemi ve nasıl paylaşması gerektiği de konuya dahil edilmelidir. Niyetlenen uçuş planı da aktarıldıktan sonra ekip üyelerinin bu planı anlayıp anlamadıklarının teyidi alınmakta ve tüm bu süreçte müşterek bir düşünsel model oluşturmak hedeflenmektedir. Emniyete büyük katkısı olduğu birçok araştırma ile kanıtlanmış bu brief seansları sadece uçuştan önce değil emniyet için kritik olan ve önceden planlanmış zamanlamalarla gerçekleştirilmektedir (Musson ve Helmreich 2004, s. 27).

Liderlik boyutu kısmında da ele alınacağı gibi üstlerle astlar arasındaki açık iletişim emniyet açısından oldukça önemli bir konudur. Açık iletişim özellikle de rutin olmayan problemlerle karşılaşıldığında, ki sağlık sektöründe acil durumlar ve krizler oldukça rastlanan durumlardır, daha da önemli emniyetle daha ilgili bir hal alır. Çünkü rutin olmayan problemler kazalara daha açık bir ortam doğurur (Zohar 2002, s. 9). Bununla birlikte sağlık sektöründe doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının birlikte çalışması, problemleri çözerken sorumluluğu paylaşması ve hasta bakımı için planların yapılıp karar verilmesi olarak tanımlanabilecek işbirlikçilik için açık iletişim gereklidir (Nembhard ve Edmondson 2006, s. 943). Emniyet iletişimi konusunda yapılan araştırmalar sonucunda açık iletişim ile çalışanlar ve üstleri arasındaki sık karşılıklı etkileşim önemli örgütsel özelliklerdir ve kaza oranı yüksek kurumlarla düşük

kurumları birbirinden ayırırlar (Cigularov ve diğ. 2010, s. 1499). Barling ve Zacharatos (1999) tarafından da bilgi paylaşımı ve iletişim emniyet üzerinde pozitif etkisi olan 10 işyeri uygulaması arasında gösterilmiştir. Bunu destekleyen bir diğer çalışma da Mattilla ve diğerlerinin (1994) emniyet konusu ile ilgili açık iletişim perspektifi ile bir tartışma ortamı yaratan, çalışanlarına emniyet davranışları ile ilgili yapıcı geri bildirimlerde bulunan liderlerin emniyet ortamını geliştirmekte etkili olduğunu gösteren çalışmasıdır.

Süpervizörlerine emniyet konularını açmaya ve tartışmaya daha açık, bu konuda kendilerini daha rahat hisseden çalışanların emniyet prosedürlerinde ve kurallarında daha yetkin ve herhangi bir kazaya sebep olabilecek emniyet davranışlarının daha çok farkında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla kendilerini emniyet ile ilgili konuları gündeme getirme konusunda rahat ve özgür hisseden çalışanlar, emniyet davranışlarına daha yatkın olacaklardır ve sonuç olarak iş yerinde daha az kaza ile karşılaşılacaktır (Cigularov ve diğ. 2010). Özgür bir şekilde konuşmak, aklındakilerini kademlerine bakmaksızın tüm ekip üyeleri ile paylaşabilmek ancak bireyler kendilerini diğerlerinin onayını almak zorunda hissetmediğinde, onaylanmayan bir durum olursa başlarına kötü bir şey gelmeyeceğinden emin olduklarında gerçekleşebilir. Bu durum psikolojik emniyet olarak da tabir edilebilir. Birçok kurumda üst seviyede çalışanlar değerlendirme mekanizmaları ve kaynaklarına düşük seviyelerde çalışanlardan daha erişebilir oldukları için, astlarına göre kendilerini ifade etme ve özgürce konuşma konusunda daha rahattırlar. Ayrıca üst seviyede çalışanlar, çoğunlukla söylediklerinin otomatik olarak değer gördüğünü kabul ederler (Nembhard ve Edmondson 2006, s. 945). Astların özgürce konuşma ve iletişim kurmada üstlerine göre aldıkları risk çok daha yüksektir, bu da açık iletişimin önündeki en önemli kültürel, psikolojik bariyerlerden birisidir. Sağlık sektöründe açık iletişimin engellendiği; bir endişenin dile getirilememesi, uygulanan bir tedavinin sorgulanamaması gibi durumlar emniyet konusunda büyük hataların engellenememesi ile sonuçlanabilir. Bu sonuçların multidisipliner ekip çalışması ve açık iletişim yönünde atılacak doğru adımlarla değiştirilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.



#### 2.8.4 Raporlama

Hasta emniyetini artırmak için alınacak en önemli aksiyonlardan biri de çalışanların yaptıkları hataları korkup çekinmeden raporlaması için cesaretlendirilmesidir (Baykal ve diğ. 2010, s.40). Hata yönetiminde de bahsedildiği gibi hataların nasıl yönetildikleri kadar önemli olan bir nokta da farklı türdeki hataların prevalanslarını tespit etmektir. Hatta hataların ne zaman, kim tarafından fark edildiği, fark edildiklerinde verilen tepkiler, cevaplar ve hataların sonuçlarını da bilmek emniyet açısından çok değerlidir (Maurino ve Seminar 2005, s. 3).

Eğer bir organizasyon için her hata öğrenme için bir fırsat ve gelecekte oluşabilecek hataları önlemek için bir araçsa, hataları raporlamamak sistemi ve üyelerini öğrenmekten alıkoyar. Maalesef bireyleri suçlamaya eğilimli kültürlerde olan cezalandırılma korkusuyla birçok hata, raporlanmadan geçmişte kalır. Suçlamasız raporlama kültürü oluşturmak için liderlerin organizasyonların disiplin sistemlerini iyi dizayn etmesi gerekir. Eğer bu kültür oluşturulabilirse ilk basamakta çalışanlar ekipman hatalarını raporlamaya başlayacaktır. Çünkü kendi sorumlulukları dışında bir ekipman kazası söz konusu olduğunda disiplin cezası almayacaklarını bileceklerdir. İkinci basamakta öğrenme kültürü geliştikçe çalışanlar diğer çalışanların hatalarını raporlamaya başlayacaktır. Üçüncü basamakta, artık kendi hatalarını da raporlamaya geçeceklerdir. Bu basamağa geçiş ancak çalışanlar öğrenme potansiyellerinin disiplin cezalarına kıyasla daha değerli olduğunu inandıkları an sağlanabilir. Havacılık, ulaşım gibi sektörlerde raporlamada bu basamaklara geçiş süreci çoktan yaşanmıştır fakat sağlık sektöründe hala alınacak çok yol vardır (Mohr ve diğ. 2002, s. 73). Tehlikeli durum raporlama sistemleri, eğer örgütsel bir dönüşüm gerçekleşmiyor ve kurumda hala cezalandırıcı bir kültür kendini gösteriyorsa, kronik raporlamama sorununu çözmeyecektir (Nieva ve Sorra 2003, s. 17). Aslında hasta emniyetinin alt boyutları olarak sıralanan tüm boyutlar için geçerli olan durum, emniyeti önceliğine alan bir emniyet kültürü oluşmamış organizasyonlarda etkili olamayacaklarıdır.

Daha önce raporladığı bir hatadan dolayı olumsuz bir deneyim yaşayan çalışanlar gelecekte olabilecek bir hatayı raporlamada diğer çalışanlara göre daha az istekli

olacaktır (Baykal ve diğ. 2010, s.40). Uribe ve diğ.lerinin 2002'de gerçekleştirdiği bir çalışmada ayıplama, disipline verme, dava açılması gibi olumsuz tecrübelerden doğan korkunun ve raporlanan bilgilerin ne şekilde kullanılacağı konusundaki kaygıların tıbbi raporlamayı olumsuz etkileyecek faktörler olduğu üzerinde durulmuştur. Dolayısıyla yönetici ve diğ. çalışanların raporlama ve sonrasındaki olumlu tutum ve davranışları yapılan hataların bildirilmesinde olumlu bir rol oynar.

Emniyet çalışmalarında başı çeken havacılık sektöründe bireyler bir adım öne çıkıp olumsuz durumları paylaşmak için teşvik edilirler. Pilotlar teknik bilgilerinin yanında aktiviteleri koordine edebilme, hatalardan öğrenme ve çalışanların problem çözmeye katkıları olabileceğinin farkında olma becerilerine göre işe alınırlar (Pronovost ve diğ. 2003, s. 405).

Hataların sıklığını ve doğasını anlatan kaynaklar olmadığı sürece emniyet için oluşturulan her türlü strateji sadece bireysel tahminlere dayalı olacaktır, bilimselliği azaltan bu durum da çabaların etkinliğini azaltacaktır (Helmreich 1998, s. 5). Organizasyona açık olması gereken bu bilgi de ancak raporlama ile sağlıklı bir şekilde elde edilebilir. Raporlamanın hata raporlamasından öte kayıt altına alma boyutu da düşünüldüğünde, alt boyutlarından biri olarak bilgi sistemlerinin aktif kullanımı da dahil edilebilir. Menachemi ve diğ.lerine (2007, s. 398) göre hem yönetimsel hem de klinik olarak bilgi sistemlerinin sağlık sektörüne adaptasyonu, hastane hasta emniyeti performans kriterlerinden birçoğunda yüksek sonuçlar elde edilmesinde ve tehlikeli durumların sayısındaki düşüşte etkili olmuştur. Bu durumda bilgi teknolojilerini hastanelere adapte etmenin en önemli avantajı medikal hataları önlemek ve hasta emniyetini artırmaktır. Burada uygun olmayan bir şekilde kullanıldığında IT kullanımının hasta hatalarını artırabileceğini de belirtmek gerekir, önemli olan doğru ve etkili bir IT adaptasyonudur. (Menachemi ve diğ. 2006, s. 399).

Raporlamada çalışanların hataları algılama biçimlerinin de ne kadar önemli olduğu birçok çalışmada kendini göstermiştir. Solis-Trapala ve diğ.lerinin 2007 yılında ameliyathanelerde hata yönetimi ile ilgili yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının çoğunun minör negatif olayların farkında bile olmadıkları görülmüştür. Tabii ki hastalar

üzerinde olumsuz etkileri olan majör hatalar çalışanlar tarafından fark edilmiştir ama özellikle hata yönetiminde, hatalara sebep olabilecek faktörlerin analizi ve bu sebeplerden tecrübe kazanıp, öğrenmenin önünü kesen minör hataların fark edilmemesi ve dolayısıyla raporlanıp öğrenme sürecinin bir parçası olamamasıdır. Böyle durumlarda bir gözlemci ya da denetçinin ortamda bulunmasının hataların farkındalığını artırıcı bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir (Solis-Trapala ve diğ. 2007, s. 12).

## 2.9 LİDERLİK VE EMNİYET

Liderlik insanlık tarihi boyunca var olan çok eski bir kavramdır ve 1920'li yılların başından itibaren bilime konu olmuştur. Uzun yıllar boyunca yayınlanan makalelerde birçok liderlik tanımı ortaya atılmış, sadece 20. yy'da 350'den fazla liderlik ve lider tanımı literatüre girmiştir (Bakan ve Büyükbeşe 2010, s. 73). Bu tanım fazlalığının ana sebeplerinden biri, insanlık tarihi boyunca toplumların sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmaları, dolayısıyla insanlarla birlikte çevre koşullarının da değişimi ile her farklı ortam ve farklı zaman diliminde geçerli olan liderlik tarz ve davranışlarının geçerliliğini kaybederek ya da değişip dönüşerek yeni lider tiplerini ortaya çıkarmasıdır (Eren 1993, s. 286).

Literatürde yer alan lider tanımlarına bazı örnekler vermek gerekirse 1988 yılında Davis, liderliği insanları belirlenen hedeflere yöneltme olarak açıklamıştır (s. 141). Rost'un tanımı ile liderlik karşılıklı amaçlara dayalı gerçek bir dönüşüm isteyen lider ve üyeler arasındaki etkileşim sürecidir (1991, s. 102). Hedlund ve arkadaşlarına göre (2003, s.121) liderlik kişiler arası ve örgütsel sorunları çözebilme yeteneğini gerektiren karmaşık bir performans alanı olarak tanımlanırken, Burns (1978, s. 425) ekonomik, siyasal ve benzeri güç ve değerler kullanarak belli amaçlara ulaşmak için takipçileri harekete geçiren kişileri lider olarak ifade etmiştir. Bass (1990) ise işin içine ekip kavramını dahil ederek liderliği grup dinamikleri ve süreçleri, kişilik, güç kullanma, itaat, hedefe başarı ile ulaşma, etkileşim ile başkalarının yardımı olmaksızın karar verebilme gibi özelliklerin bir veya ikisinin birleşimi şeklinde tanımlamıştır. Özetlemek gerekirse liderlik, bir ekibin ve ortak hedeflerin varlığında anlam kazanan etkileme süreci olarak ifade edilebilir. Lider ise bireylerin davranışlarını kendi isteği

doğrultusunda etkileyen ve bu etkileme eylemini gerçekleştirirken onlara yol gösteren, onları aydınlatan, eğiten, ileriye gören, emir ve talimatlar verirken bir yandan da ekip üyelerinin istek ve ihtiyaçlarını zamanında sezip onları karşılayan yaratıcı kişi olarak betimlenebilir (Bakan ve Büyükbeşe 2010, s. 74).

İyi liderliğin sağlık sektöründeki önemi giderek daha gözle görülür bir hale gelmiştir. Bu önem sadece finansal değil, verilen sağlık hizmetinin kalitesi ile yakından ilgilidir. Daha önce stres faktörlerinin verilen hizmetin kalitesi ve hata oranları üzerindeki etkisinden bahsetmiştik. Meta analiz çalışmaları işyerlerindeki bu stres faktörlerinin ana sebebinin liderler olduğunu göstermiştir, bu nedenle iyi liderliğin iyi ekipleri ve dolayısıyla iyi hizmeti beraberinde getireceğini gerçeği karşımıza çıkmaktadır. İyi liderliği sağlamanın en önemli yolu da çalışanların ihtiyaçları ve görüşlerini anlayıştan geçer (Firth-Cozens ve Mowbray 2001, s. ii5). İyi liderliğin yanında liderlik tarzları ile örgütsel çıktılar arasında da bir neden sonuç ilişkisinin varlığı bulunmaktadır (Pfeffer 1997, s.104). Yönettikleri örgütün yapı ve boyutu ne olursa olsun, her liderin ana odak noktası örgütsel hedeflere ulaşmak, amaçları yerine getirmektir. Dolayısıyla da liderlerin liderlik tarzlarının bu amaçların başarılmasında önemli bir etkisi vardır (McColl ve diğ. 2002, s.545).

Rol teorisi ve sosyal öğrenme teorilerine göre, üstü emniyeti vurgulayan bir çalışanın da emniyet konuları ile ilgili daha duyarlı, dikkatli ve ilgili olması beklenir (Zohar 2002, s. 78). Yüksek güvene dayalı olan havacılık, enerji gibi sektörlerde liderliğin emniyet ve güvenliğe olan etkileri üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır ve bu çalışmalarda en önemli emniyet faktörlerinden birinin liderlerin açık bir şekilde emniyet bağlılıklarını ortaya koyması olduğu görülmüştür (Sexton ve diğ. 2005, s. 2). Grup liderleri ve lider olarak tanımlanabilecek üstleri arasındaki ilişkinin kalitesinin çalışma grupları içindeki emniyet hatalarının bir göstergesi olabileceği, bunun da emniyet iletişiminin bağdaştırıcı etkisi ile liderin emniyete olan bağlılığı ile ilgili olduğu bilinmektedir. Tüm bunlar emniyet iklimine bağlıdır ve çalışanların emniyet hareketlerini oluşturmaları için bir kanıt sunmaktadır (Zohar 2002, s. 76). Sağlık sektörü özelinde düşündüğümüzde hasta emniyetini sağlamanın yolunun emniyet ile ilgili net bir vizyon çizmek, kabul edilmiş emniyet kuralları ve uygulamalarını kapsama almak, ekipman ve süreçleri

standartlaştırmak ve hepsinden öte bir emniyet kültürü oluşturmaktan geçtiği ve bilhassa 90'lı yıllardan sonra yayınlanan raporlarla halkın bilgisine de sunulan, popüleriteye ulaşan bir konu olduğu düşünüldüğünde liderlik boyutunun hasta emniyetini geliştirmede temel bir boyut olduğu ifade edilmektedir (Mohr ve diğ. 2002, s. 70).

Farklı seviyelerde de olsa liderler çalışanların davranışları üzerinde direkt ve dolaylı etkilere sahiptirler. Dolaylı etkiler uygulamalar ve prosedürler ile ilgili kurallar koymak, yani aslında bir emniyet kültürü oluşturmak ile ilgilidir. Direkt etkiler ise liderlerin emniyetli ve emniyetsiz davranışları modellemesi ve düzenli izleme ve kontrol ile çalışanların davranışlarını teşvik etmesidir (Flin ve Yule 2004, s. 46). Liderlik çalışanların emniyet tutumları ve kültürlerini ve dolayısıyla ekiplerin emniyet performanslarını etkileyebilir (Pater, 2001). Bu nedenle hasta emniyet kültürünü ölçümleyen araçların çoğu hasta emniyet ikliminin beş ana boyutunu ele almaktadır. Bunlar liderlik, kurallar ve prosedürler, çalışanlar, iletişim ve raporlamadır (Bodur ve Filiz 2009, s. 349). Güçlü ve proaktif bir emniyet kültürü liderlerin hataları tartışmasına ve hatalardan öğrenmesine olan bağlılığı, emniyet kültürünü geliştirmeye odaklanması, ekip çalışmasını teşvik etmesi ve uygulaması, potansiyel kazaları belirlemesi, kazaları raporlamak ve analiz etmek için sistemler kullanması, çalışanları hatalar yapan kötü adamlar olarak değil emniyeti geliştiren kahramanlar olarak görmesine bağlıdır (Pronovost ve diğ. 2003, s. 405).

Liderlerin davranışları ekiplerin iç dinamiklerini etkilemekte, ekip iklimini ve öğrenme uyumunu belirlemektedir. Örnek vermek gerekirse eğer liderler otoriter davranıp, savunmacı bir duruş sergilerlerse; ekip üyeleri fikirlerini dile getirmenin, konuşmanın ve bilgi paylaşımının yanlış ve tehlikeli olduğunu düşünür, emniyet için tercih edilmeyen bir yol olan sessizliği tercih ederler. Ama tam tersi liderler demokratik, destekçi olurlar, sorgulamaları ve soruları pozitif karşılayan bir duruş sergilerlerse üyeler de kendilerinin grup içinde ve birbirleri ile olan iletişimde çok daha emniyette hissederler (Nembhard ve Edmondson 2006, s. 947). Aktaş ve Şimşek'e (2014) göre de hiyerarşik örgütlerde çalışanlar emniyeti derinden etkileyecek sessizliği, iletişimsizliği tercih ederler. Bir organizasyonun kıdemli liderleri çalışanlara yön çizmelidir, hastayı

odak noktaya koymalı, yüksek beklentiler ve net ve görülür değerler belirlemelidir. Liderler stratejilerin, sistemlerin, sağlıkta mükemmelliğe kavuşmanın metotlarının, inovasyonun, bilgi ve beceri oluşumundan emin olmalıdır (Mohr ve diğ. 2002, s. 70). Liderlerin sağlık kuruluşlarındaki emniyet iklimine olan etkileri o kadar büyüktür ki Zohan ve diğerlerine göre bir bölümdeki olumlu emniyet iklimi, zarar verecek derecede kötü bir hastane emniyet iklimini telafi edebilir. Bu da bölüm liderlerinin hasta emniyeti sonuçlarına olan etkisinin en önemli göstergelerinden biridir (Zohar ve diğ. 2007, s. 1315). Tabii ki burada bahsedilen liderliğin sadece bazı araçlar ve teknikleri uygulamaktan ibaret olmadığı; organizasyon içinde vizyon, değerler, amaçlar, sistemler ve düşünsel modelleri birleştirmeyi gerektirdiği belirtilmelidir. Başarılı bir lider kendi vizyonunu paylaşır ve onu başarmaya yönelik bağlılığını gösterir. Organizasyon içinde vizyona ilham verir (Mohr ve diğ. 2002, s. 70).

Liderliğin hasta emniyeti üzerindeki etkisi tekil olarak değil, diğer boyutlar ile bir araya geldiğinde de kendini gösterir. Örnek vermek gerekirse eğitim ve ekip çalışması boyutlarında vurgulanan ekip kaynak yönetimi programlarının başarılı olması için mutlaka organizasyondaki yönetim ekibinin işe dahil olması, ekiplerin başarısı için liderlerin bir ödül sistemi kurması, rol modeli olmaları ve koçluk – mentörlük gibi yöntemlerle ekip çalışmasını teşvik etmesi gerekmektedir (McConaughy 2008, s. 101). İyi bir liderin rollerinden biri de eğitim süreçleri dizayn eden kişi, vizyonun temsilcisi ve başlı başına bir eğitimci olarak örgütsel öğrenme konusunda sorumluluk almasıdır (Mohr ve diğ. 2002, s. 71). Emniyet alanındaki öncü sektör olan havacılıktan bir örnek vermek gerekirse, pilotlar sadece teknik becerileri ve karar verme stratejileri üzerine geri bildirim almazlar, ekip kaynak yönetimi becerileri ile de değerlendirilirler (Musson ve Helmreich 2004, s. 27).

Hasta emniyeti bölümünde ayrıntılı olarak paylaşılan IOM raporunda liderlik ve emniyet sistem kuruluşu ile ilgili birçok aksiyon önerisi yer almaktadır. Bunlar:

- a. Emniyete net, güçlü, görünür bir ilgi çekmek,
- b. Organizasyon içinde hataları raporlamak ve analiz etmek için cezaya dayalı olmayan sistemler geliştirmek ve uygulamak,

- c. İyi anlaşılan emniyet kurallarını kapsamak,
- d. Disiplinlerarası ekip çalışmasını teşvik eden eğitim programları (örnek: simülasyon) geliştirmek ve ekip yönetimini kapsamak (Mohr ve diğ. 2002, s. 70).

Hasta emniyeti konusunda başarılı liderler yetiştirmede kullanılan eğitim programları bulunmaktadır. Bu eğitim programlarında hasta emniyetini artıracak aşağıdaki faktörler dikkate alınmalıdır (Mohr ve diğ. 2002, s. 74):

- a. Yönetim: Örgütsel dinamikler, inovasyonun yayılması,
- b. İnsan faktörü mühendisliği: Sistemler ve araçlar,
- c. Emniyet: Filozofi ve kültürel,
- d. Ölçüleme ve data sistemleri,
- e. Sağlık uzmanlığının eğitimi ve sosyalleştirilmesi,
- f. Gelişim metotları: dizayn sistem mühendisliği, akış diyagramları, pareto diyagramları,
- g. Sistem teorisi: karmaşıklık, kök neden analizi, arıza modu analizi,
- h. Kriz yönetimi, risk iletişimi ve risk yönetimi,
- i. Emniyet kültürü,
- j. Ekip eğitimi.

Yüksek güvene dayalı organizasyonlarda güvenilirliğe verimlilikten daha çok önem verilmektedir (McConaughy 2008, s. 98). Şeffaflık yani özgür, baskılanmamış bilgi paylaşımı emniyet kültürünün en önemli niteliklerinden biridir. Sağlık hizmeti veren herkes yaşanan ya da yaşanabilecek tüm riskler, tehlikeler, hatalar ve olumsuz eylemler ile ilgili açık bir şekilde bilgi paylaşımında bulunabilmelidir. İnsanlar sistemleri, yaşadıkları deneyimleri paylaşmadan geliştiremezler. Dolayısıyla, çalışanlar utanmadan ya da cezalandırılmaktan korkmadan hataları raporlayabilmelidir. Bunun için de üstlerinin, liderlerin “Kim hata yaptı?” şeklinde değil “Ne oldu?” şeklinde bir yaklaşımı olduğundan emin olmaları gerekir (Leape ve diğ. 2009, s. 425). Nembhard ve diğerlerinin (2006, s. 947) “Liderlerin Kapsayıcılığı” olarak betimlediği diğer ekip üyelerinin katkılarını davet, teşvik ve takdir eden hareket ve sözler bütünü sayesinde bireyler tartışmalar ve karar alma süreçlerine dahil edilirler. Liderlerin kapsayıcılığı

sayesinde kendilerini psikolojik olarak güvende hisseden çalışanlar, daha açık bir iletişim ile kalite gelişiminin bir parçası olurlar. Bazen liderler çok basit tuzaklara düşüp hatalarda bireyleri ya da örgütsel bürokrasileri suçlama yolunu tercih ederler. Bu liderleri işyerinde olan sistem sorunlarını görmekten ve dolayısıyla öğrenmekten alıkoyar (Mohr ve diğ. 2002, s. 70). Liderlik boyutunun hasta emniyetini geliştirmek için etkili olarak kullanılacağı durumlarda liderler bu tarz tuzaklardan uzak durmalıdır.

Liderlik stilleri için ayırt edici özelliklerden bir diğeri de karar verme sürecidir. Yüksek güvene dayalı organizasyonların esnek karar verme süreçlerine sahip olduğu görülmüştür (McConaughy 2008, s. 98). Kalite ve emniyet yönetimi konularında başarılı olan programların ortak özellikleri incelendiğinde yönetimin karar alma sürecine çalışanları da dahil etmeleri görülmüştür (Rahimi 1995, s. 86). Esneklik ast-üst ilişkisinin ve otoritenin öneminin azaldığı, eldeki tüm kaynakların en akıllıca kullanılması gereken durumlarda karar alma rolünün değişmesi olarak tanımlanabilir (Mohr ve diğ. 2002, s. 73).

Sağlık çalışanları yaptıkları işten keyif almaz ve kendilerine değer verildiğini hissetmezlerse hasta emniyetini sağlayamazlar. Bir sağlık organizasyonu için her çalışanın yaptığı işte keyif ve anlam bulabildiği bir iş ortamı yaratmak temel bir liderlik gerekliliği ve aynı zamanda zorluğudur. Liderlerin iki seçeneği vardır; organizasyonu endüstriyel modeller gibi görüp yeniden yapılandırma, üretim ve regülasyona odaklanabilirler. Ya da organizasyonları insanlardan oluşan organik yapılar olarak görüp paylaşılan bir vizyon ve değerler bütününe odaklanıp çalışanlardaki enerji ve motivasyonu anlamlı işler yaratmaya yönlendirebilirler (Leape ve diğ. 2009, s. 426).

İletişim sağlıkta emniyet yönetimi için başlı başına önemli bir konudur ve liderlik alt boyutunda da güvenilirliği yüksek organizasyonlarda lider ve üyeler arasında çift yönlü, akıcı ve etkili bir iletişim olması gerektiği gözlemlenmiştir (McConaughy 2008, s. 98). Liderliğin emniyet üzerindeki etkileri tartışılırken bu etkinin liderler ile çalışanlar arasındaki iletişimsel mesafeye de oldukça bağlı olduğunu unutmamak gerekir. Tarzı ya da etkinliği ne kadar iyi olsun liderlerin emniyet iklimi üzerindeki etkisi her zaman aynı olmayabilir. Çünkü lider ile en alt seviyedeki çalışan arasında liderin emniyet iklimine



etki edemeyeceği kadar uzak bir mesafe bulunabilir. Yani liderlik ve emniyet arasındaki ilişkinin kalıbı, liderlerin hiyerarşideki seviyesine de bağlıdır (Zohar 2002, s. 90). Bir kurumdaki farklı seviyeler ekip üyelerinde ister istemez bir üstünlük ve tam tersi aşağılık algıları oluşturabilir. Yüksek seviyedeki çalışanlara kıyasla düşük seviyelerde çalışan personeller daha düşük öz yeterlilik hissedebilir, daha az konuşur ve görevlerdeki katkılarını küçük görebilirler. Dolayısıyla da aslında hasta emniyeti için çok kritik olabilecek bilgileri kendilerine saklayabilir, üstler ile paylaşmamayı tercih edebilirler. Bu da organizasyonların performans kaderini üst seviye çalışanların ellerine bırakır. Ekip üyelerinin her birinin ayrı ayrı profesyonel bilgisinin ve tecrübesinin ancak bir araya geldiğinde hasta emniyeti açısından değerli bir sonuç ortaya çıkardığı gerçeği göz ardı edilmiş olur. Örgütsel gelişme ve inovasyonun farklı grupların fikirleri göz ardı edildiğinde kötüye gittiği unutulmaması gereken bir gerçektir (Nembhard ve Edmondson 2006, s. 945).

Emniyet konusunda incelenen birçok kaynak Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkeleri kaynaklıdır ve her ne kadar günümüzde hiyerarşik örgütsel yapılar yerini daha yatay örgütlere bırakmakta olsa da, emniyet yönetimi de hep Amerikan stili, üstten asta bir akış ile incelenmiştir. Yüzümüzü biraz doğuya çevirip Japonya'da konu ile ilgili yapılan araştırmaları incelendiğinde emniyet yönetiminde asttan üste yaklaşımın giderek daha popüler hale geldiği görülmektedir. Japon yaklaşımında, emniyet mühendisliği adı altında astların belli araçları kullanarak emniyet ile ilgili problemleri belirleme ve onlara çözüm bulmalarına izin verilmektedir. Bu süreçte resmi ya da resmi olmayan emniyet komiteleri kullanılmaktadır. Organizasyonların misyonları ile paralel bir emniyet yönetim stratejisi geliştirirken hem emniyet yönetimini (üstten asta) hem de emniyet mühendisliğini (asttan üste) göz önünde bulundurmaları önerilmektedir (Rahimi 1995, s. 85).

### **2.9.1 Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik Modeli**

Liderlik sosyal bir olgudur ve diğer tüm sosyal öğeler gibi zamanla değişmekte ve yenilenmektedir. İçinde bulunduğumuz bilgi çağının dinamiklerine uygun liderlik anlayışlarının oluşturulması çalışmaları hız kazanmaktadır ve bunu takiben yeni liderlik

yaklaşımları ortaya çıkmaktadır. Liderlik geleneksel hali ile belirli bir grup insanı, belirli amaçlar etrafında toplayabilmek ve bu amaçları gerçekleştirebilmek için onları harekete geçirme yönünde gerekli nitelik, yetenek ve tecrübeye sahip olmakla ilgili özelliklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Ancak günümüzde bilgi, beceri ve yetenek düzeylerinin anlayış ve algılanışı bir hayli değişmiş, başarı bir gereksinim haline gelmiş, dolayısıyla da bu liderlik tanımı oldukça sınırlı bir hale gelmiştir. Lider artık “Düşünce oluşturan kişi”nin, izleyen de bu düşünce doğrultusunda “İşi yapan kişi”nin ötesine geçmiştir. Bu yeni liderlik anlayışı “dönüşümsel liderlik” olarak kavramsallaştırılmaktadır (Eraslan 2006, s. 2).

Sağlık sektörüne uyarlanabilecek çok sayıda liderlik modeli vardır. Mevcut liderlik akademik kaynaklarında baskın çıkan liderlik modellerinden biri de Bass’ın geliştirdiği (1985) “Dönüşümsel Liderlik” modelidir. Bu modelde dönüşümsel liderlik şekli ile etkileşimsel liderlik arasında bir ayırım yapılır. Etkileşimsel liderlik liderin takipçileri üzerinde güç ve otoriteye sahip olduğu, hedef ve amaçlarına güç kullanarak ulaştığı geleneksel bakıştan doğar (Firth-Cozens ve Mowbray 2001, s. ii5). Etkileşimsel liderlik örgütsel görevlerin tamamlanması, çalışanların işlerini daha eksiksiz ve verimli yapması ile ilgiliyken; dönüşümsel liderlik gelişme ve insanların kendilerini daha çok zorlayan hedeflere adanmasıyla alakalıdır. Etkileşimsel liderlik güvenilirlik ve öngörülebilirlik, dönüşümsel liderlik ise yüksek motivasyon, gelişime yönelmeyi getirir (Zohar 2002, s. 88). Dönüşümsel liderlik ilk olarak Dawston’un (1973) “İsyan Liderliği” (*Rebel Leadership*) adlı çalışmasında ortaya atılmıştır. Bu kavram daha sonra 1978 yılında James McGregor Burns tarafından liderin, takım üyeleri üzerinde yüksek düzeyde moral, motivasyon ve performans yaratan kişi olarak tanımlanması ile sistematize edilmiştir. Burns’a göre bir tek dönüşümsel liderler modern organizasyonlarda yeni alanların yaratılması becerisine sahiptir. Çünkü onlar değişim ustalarıdır, hedefleri daha iyi bir gelecek tasarlamaktır, öngörü sahibidirler, vizyon oluştururlar ve bu vizyonu etkin bir şekilde herkese benimsetmek için uğraş verirlir ve hayata geçmesi için çevrelerinde istek uyandırırılar. Özetle çevrelerini değiştirebilen liderlerdir. Bu liderler çevresel durumlara tepki göstermez, yeni bir çevre yaratırlar (Eraslan 2006, s.4). Dönüşümsel liderlik etkileşimsel liderliğe göre daha karmaşıktır ama bir yandan da daha güçlü bir kavramdır. Dönüşümsel liderler de etkileşimsel liderler gibi işgörenlerin

ihtiyaç ve taleplerini ele alıp kullanırlar. Fakat etkileşimsel liderlerin bir adım daha ötesine geçip işgörenlerin potansiyel güdülerini de incelerler, sadece mevcut değil yüksek düzeyli ihtiyaçlarını da öngörmeye çalışırlar ve dolayısıyla onların tüm benlikleriyle meşgul olurlar (Demir ve Okan 2008, s. 75).

Günümüz iş dünyasında dönüşümsel liderlik tarzı pazar koşulları ve işgücünün değişen yapısı ile normatif bir teori olarak görülmekte; bu ortamda daha verimli ve etkin olmak isteyen örgütlerin dönüşümsel liderlik tarzına sahip olan liderlere yer vermeleri gerektiği, etkileşimsel liderliğin getirdiği yaklaşımlara ise daha az ağırlık vermeleri önerilmektedir (Bass ve Avolio 1992, s: 21)

Dönüşümsel liderlik sağlık sektörü için özellikle de değişime odaklandığı için en iyi liderlik stili olarak kabul edilmektedir (Firth-Cozens ve Mowbray 2001, s. ii6).

Literatürde büyük önem arz eden liderlik modellerinden olan dönüşümsel liderlik modeli ile ilgili ülkemizde de çalışmalar sınırlı olsa da artış eğilimindedir. Özellikle akademik çalışmalarda son yıllarda hızlı bir artış görülmektedir (Eraslan 2006, s.12). Az sayıda da olsa sağlık sektöründe çalışan ve hasta emniyeti ile liderlik arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar dönüşümsel ve katılımcı liderlik tarzlarının emniyet performansı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca psikologlar tarafından dönüşümsel liderlik sağlık sektöründe uygulanması gereken bir liderlik türü olarak belirlenmiştir (Flin ve Yule 2004, s. 46). Bu nedenlerle bu çalışmada bahsi geçen liderlik modeli kullanılmıştır.

Dönüşümsel liderlik değer bazlı ve kişiselleştirilmiş bir etkileşime dayanır ve emniyet için daha duyarlı olmayı gerektirir (Zohar 2002, s. 77). Bu liderlik tarzının özellikle açık iletişime dayalı olması ve gelişimi odak noktasına konumlandırması onu emniyet için tercih edilecek hale getirir. Ekip çalışanlarının profesyonel gelişimi özellikle de rutin olmayan işlerin ve dolayısıyla problemlerinin olasılığının ya da etkisinin yükseldiği işlerde gereklidir çünkü rutin dışı durumlar geniş bir teknik ve karar verme becerisi gerektirir. Bu gelişim de dönüşümsel liderliğin ana odak noktalarından biridir. Davranışsal emniyet kalitesi, grup iletişimi ve bireysel gelişimi etkileyen lider üye

alışverişine bağlıdır. Bu dönüşümsel liderliğin neden birçok kazanın öngörücüsü olduğunu açıklar (Zohar 2002, s. 89).

Liderlik kavramı özellikle hastane ortamında diğer sektörler ve iş yerlerine göre çok daha belirsizdir. Liderliği sadece üst düzey kişilere indirgemek sağlık sektörü için yanlış bir yaklaşım olacaktır. Yüksek fonksiyonlu bir mikro sistemler bütünü olarak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, resmi liderler (üst düzey yöneticiler ve hekimler), resmi olmayan liderler (saygı duyulan kanaat önderleri) ve zor durum liderleri (zor durumlarda doğal olarak lider rolünü üstlenenler) olmak üzere üç çeşit liderden bahsedilebilir (Mohr ve diğ. 2002, s. 72). Özellikle son yıllarda Türkiye’de hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında doktorlar ile yönetim kadrosu arasında bir çizgi çekilmeye başlanmıştır. Bu durum sağlık sektöründe farklı liderlik tarzlarının hasta emniyetine olan etkisini araştırmaya yönelik bir araştırmada lider olarak ele alınacak kişilerin belirlenmesini iyice zorlaştırmaktadır.

### **2.9.1.1 Dönüşümsel liderlik**

Dönüşüm teknolojinin hızla geliştiği, sosyal ve kültürel değişikliklerin çok daha kısa vadede gerçekleştiği, rekabetin arttığı günümüzde örgütler için önemli bir gereksinim haline gelmiştir. Bu gereksinim ve aslında doğal sonuca, yani dönüşüme başarılı olmak isteyen liderler de ayak uydurmalıdır (Ali ve Balci 2009, s. 1470). Hangi sektörden olursa olsun örgütler, sosyal bir sistem olarak değerlendirildiğinde değişim ve dönüşüm gereksinimlerinin kaçınılmaz olduğu ortaya çıkar. Çünkü yaşayabilmeleri ve çevreye uyum sağlayabilmeleri, hele de günümüzün sürekli artan değişim hızı göz önünde bulundurulduğunda, örgütsel değişim kapasitelerini geliştirebilmelerine bağlıdır. Bu dönüşümü sağlayacak en etkili ve önemli faktör liderlik, en önemli araç da liderlerdir (Aydın ve diğ. 2013, s. 795). Bu liderlik türü öğrenmeyi kolaylaştırıcı, yenilikçi ve idealist bir örgüt anlayışı üzerine kurulan, dönüşümsel bir liderliktir (Çelik, 2003, s. 147).

Dönüşümsel liderlik ilk olarak 1978 yılında Burns tarafından kaleme alınan “Liderlik” adlı eserde konu edilmiştir. Burns yayınlarında etkili bir liderin toplumsal değişimler

yaratabilme becerisine sahip olması gerektiğini ifade eder, dolayısıyla dönüşümsel liderler de örgüt üyeleri ile ilgili olan, onları harekete geçiren, ihtiyaçlarını bilen ve karşılayan, hepsinin ayrı ayrı potansiyellerini keşfedip ortaya çıkaran liderler olarak tanımlamaktadır (Burns, 2003, s. 230). Dönüşümsel liderler takipçilerini iş sürecine daha çok dahil ederek onları motive etme yolları ararlar ve beklentilerin ötesinde bir performans hedeflerler; girişimcilerdir, risk alırlar, ilişkilerinde çoğu zaman resmi değillerdir, bireyleri geliştirmenin ve onların ihtiyaçları ile ilgilerine karşılık vermenin yollarını ararlar (Firth-Cozens ve Mowbray 2001, s. ii5). Literatüre Burns (1978) tarafından kazandırılan bu liderlik türü 1985 yılında Bass tarafından yazına aktarılan “Liderlik ve Beklentilerin Ötesinden Performans” isimli eserde geliştirilmiştir. Bass ilerleyen zamanlarda Avolio ve Jung ile yaptığı çalışmalar doğrultusunda çok faktörlü liderlik ölçeğini düzenlemiş ve bu ölçek dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik kavramlarının ölçümlenmesinden en çok kullanılan ölçekler arasına girmiştir (Arslantaş ve Pekdemir 2007, s. 262).

Burada dönüşümün değişimden farkını da açıklamak gereklidir. Değişim evrimsel bir farklılaşmayı temel alır. Dönüşüm ise ani ve köklü farklılaşmayı ifade eder. Bir kalıp ya da konumdan diğerine geçmeyi değişim kelimesi yeterince vurgulu ve güçlü bir şekilde ifade edemediği için, bu liderlik türünü sembolize etmek için dönüşüm kelimesi kullanılmıştır (Ali ve Balci 2009, s. 1471).

Bass ve arkadaşları (1999) tarafından son haline getirilen “Çok Faktörlü Liderlik Ölçeği” (MLQ *Multifactor Leadership Questionary*) isimli ölçekte dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik kavramları altı boyutta ele alınmıştır. Bunlar “Dönüşümsel Liderlik” başlığı altındaki karizma/ilham verme, zihinsel teşvik ve bireysel düzeyde ilgi boyutları ile “Etkileşimsel Liderlik” başlığı altındaki koşullu ödül ve istisnalarla yönetim boyutlarıdır. Altıncı ve son boyut olan özgür bırakıcı liderlik boyutu ise dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik boyutlarından farklı bir liderlik yaklaşımı olarak kabul edilmiştir (Arslantaş ve Pekdemir 2007, s. 262). İlerleyen bölümlerde “Dönüşümsel Liderlik” kapsamına giren alt boyutlar teker teker ele alınacaktır.

### **2.9.1.1.1 Karizma/ilham verme alt boyutu**

Karizma kavramı sosyal bilimler literatürüne ilk olarak E. Troeltsch (1981) tarafından girmiştir, yönetim yazınına ise Bürokrasi Modeli'nin kurucusu Marx Weber (1984) tarafından kazandırılmıştır ve kavram giderek geliştirilmiştir. Katolik teolojisine kadar gidersek karizma kavramı, Tanrı'nın bahsettiği ruhsal bir gücü ifade eder. Weber ise karizma kavramına daha politik açıdan yaklaşarak onu mutlak şiddet içermeyen bir egemenlik türü olarak kavramsallaştırmıştır. Ona göre karizmatik olan egemenlik türü; liderin kişisel değerine, onun tarihsel, istisnaî veya örnek karakterine dayanır (Akalin, 2015). Karizma kavramını liderlik bakış açısı ile değerlendiren bir diğer kişi de araştırmacı Etzioni'dir. Kendisi 1961 yılında çıkan "Karmaşık Örgütlerin Mukayeseli Bir Analizi" adlı eserinde karizmayı bireylerin normatif ve ideolojik yönelimleri üzerindeki derin ve yaygın etkiyi kullanabilme yeteneği olarak açıklamıştır (Yagil 1998, s.19). İlerleyen yıllarda karizmatik lider kavramı Berlew'in (1974) liderlik ve örgütsel heyecan, House'un (1977) karizmatik liderlikte özgüven, Bass'ın (1985) dönüşümsel liderlik, Conger ve Kanungo'nun (1987) karizmaya atf, Meindl'in (1990) karizmaya sosyal bulaşma ve Shamir, House ve Arthur'un (1993) karizmatik liderlikte benlik yaklaşımları ile gelişmiştir (Arslantaş ve Pekdemir 2007, s. 3).

Karizma kavramı dönüşümsel liderlik tarzının bir alt boyutu olan karizma/ilham verme olarak incelendiğinde, liderin ekip üyelerini ya da daha geniş bir manada etkilediği izleyicilerini harekete geçirecek açıklıkta bir vizyon belirlemesini, bu vizyonun herkes tarafından benimsenmesini ve etik olarak örnek teşkil etmesini sağlamasını temsil ettiği görülür (Avolio ve diğ. 1999, s.444). Bahsi geçen bu vizyon mevcut durumdan önemli ölçüde farklılaşan bir vizyondur (Conger ve Kanungo, 1987, s.639). Böyle bir vizyona sahip olan lider, örgüt üyeleri için bir rol modeldir ve davranışları idealleştirilir. Dönüşümsel liderlerine güvenen üyeler aynı zamanda ona hayranlık duymaktadır (Aydın ve diğ. 2013, s. 796). Bu alt boyutta lider değerlerini ortaya koyar ve onları ön plana çıkarır. Bunun yanında zor durumların üstesinden gelerek takipçilerine izleyicilerine güven duygusu verir; amaçlarına, bağlılığın önemine ve kararlarının etik sonuçlarına vurgu yapar. Böyle bir durumda takipçileri liderlerine benzetmeye özenirler ve kendilerini ortak vizyon çerçevesinde onunla özdeşleştirirler (Demir ve Okan 2008,

s:76). Bu farklılaşan vizyonun izinde ekip üyeleri kendilerini dönüşümsel lider ile özdeşleştirir, onun fikir ve düşüncelerinden yararlanır ve kendi fikirlerini gerçekleştirebilecek motivasyonu onda hisseder (Arslantaş ve Pekdemir 2007, s. 269).

Karizma pek tabii liderin çevresindekiler tarafından ona yapılan bir atıftır ve lider – üye etkileşimi sonucu ortaya çıkar (Arslantaş ve Pekdemir 2007, s. 263). Liderin bu karizma atfını elde edebilmesi için öncelikle belirlediği vizyonun herkes tarafından anlaşılır olması, belirlenen ve kanıksanmış diğer amaçlarla çatışmaması, mevcut durumla uyumsuz olmaması ve o vizyondan etkilenecek bireylerin kişisel beklentilerine ters olmaması gerekmektedir (Conger ve Kanungo, 1987, s.639).

#### **2.9.1.1.2 Zihinsel teşvik alt boyutu**

Dönüşümsel liderliğin alt boyutlarından bir diğeri de “Zihinsel Teşvik” boyutudur. Bu alt boyut, dönüşümsel liderlik özelliklerine sahip olan liderlerin ekip üyelerini kullandıkları problem çözme yöntemlerini sorgulamaları için teşvik etmesini temsil eder (Avolio ve diğ. 1999, s.444). Dönüşümsel lider üyeleri işlerinde yeni yöntemler düşünmeleri ve bulmaları konusunda teşvik ve motive eder, harekete geçmeden önce sorgulamalarını ve problemleri çözmeleri gerektiğini vurgular. Onları özgürce, serbestçe düşünmeye, kendi görüş ve düşüncelerini sorgulamaya özendirir (Howell ve Avolio, 1993, s.891). Lider takipçilerini eski varsayımları, gelenekleri ve inanışları sorgulayarak yeni bakış açıları ve yöntemler kazanmaları yönünde özendirir. Bunu yaparken de lider takipçilerinin kendi fikirlerinden farklı fikirlere sahip olmalarını eleştirmez (Demir ve Okan 2008, s:76).

Dönüşümsel liderler bir yandan yüksek hedefler belirlerken bir yandan da örgüt üyeleri arasında takım ruhu oluşturur, üyeleri sürekli motive ederek coşku yaratır. Dönüşümsel liderler, örgütte dönüşümü başlatırken, tüm ekip üyelerinin özgün fikirler üretmelerini ve girişimciliği de teşvik etmektedir (Aydın ve diğ. 2013, s. 796).

Dönüşümsel Lider, ekip üyelerinin ihtiyaçlarını, değerlerini, hedef ve amaçlarını anlar ve onların tutumlarında, davranışlarında gerekli değişimlerinin gerçekleşmesine

yardımcı olur (Shamir ve Howell, 1999, s.272). Ekip üyeleri dönüşümsel liderlerine karşı güven, hayranlık, bağlılık ve saygı duyar ve bu değişiklikleri gerçekleştirmek için motive olurlar (Barbuto 2005, s.26-27).

### **2.9.1.1.3 Bireysel düzeyde ilgi alt boyutu**

Dönüşümsel liderlik alt boyutlarından bir diğeri de bireysel düzeyde ilgi olarak ifade edilebilir. Bu alt boyuta göre dönüşümsel liderler ekip üyelerinin ihtiyaçlarını ayrı ayrı anlamaya odaklanırlar ve her birinin potansiyelini keşfedip onu geliştirmek için çalışırlar (Avolio ve diğ. 1999, s.444). Özellikle son zamanlarda büyük kurumsal firmalarda da uygulanan “Mentorluk” ya da diğeri bir adı ile “Koçluk” programları bu alt boyutun bir yansıması olarak örnek gösterilebilir. Dönüşümsel lider, çevresindeki ekip üyelerinin öğrenmelerini, gelişmelerini ve tecrübe kazanmalarını sağlamak için onları potansiyellerine uygun olarak farklı projelerde yetkilendirip, proje süreci boyunca onlara sürekli geribildirim sağlayıp ve herhangi bir ayırım yapmaksızın her üyeye aynı düzeyde bireysel düzeyde ilgi gösterir (Bass, 1997, s.133). Dönüşümsel lider, bireysel farklılıkları da dikkate alarak her izleyiciye özel bir ilgi göstermektedir (Stewart, 2006, s. 12).

### **2.9.1.2 Etkileşimsel liderlik :**

Çok faktörlü liderlik ölçeği ile ölçümlenen liderlik türlerinden bir diğeri de etkileşimsel liderlik türüdür. Etkileşimsel liderliğin ana felsefesi örgütsel başarıyı yakalamaya odaklanmasıdır. Lider öncelikle çalışanların görevlerini belirler, yapıyı kurup planlı ve programlı çalışmaya önem verir. Çalışanlar performanslarına göre, yani örgütsel başarıyı yakalamaya olan katkılarına göre ödüllendirilir ya da cezalandırılırlar (Aydın ve diğ. 2013, s. 796).

Bundan sonraki bölümlerde etkileşimsel liderliğin alt boyutları olan Koşullu Ödül ve İstisnalarla Yönetim boyutları ayrı ayrı irdelenecektir.



#### **2.9.1.2.1 Koşullu ödül alt boyutu**

Etkileşimsel liderlik modelinin bu alt boyutu “Koşulsal Ödüllendirme” olarak da anılır. Etkileşimsel liderliğin tanımlandığı bir önceki bölümde de bahsedildiği gibi liderin ana hedefi bireysel değil örgütsel hedeflere ulaşmak ve başarıyı yakalamaktır. Bu hedeflere ulaşmak ve başarıyı yakalamak için çalışanlara bireysel görevler verilir. Lider bu görevleri yerine getirmeleri, motivasyon ve performanslarını artırmaları için çalışanlarına çeşitli ödüller vaat eder. Bu ödülleri alabilmeleri tamamen çalışanların kendilerine verilen görevleri eksiksiz yerine getirmesi ile ilişkilidir (Aydın ve diğ. 2013, s. 796). Yani burada koşul görevi yerine getirmek, ödül ise etkileşimsel liderin çalışanın motivasyon ve performansını artıracakını öngördüğü herhangi bir mekanizmadır. Bu boyutta lider – üye ilişkisi, üyenin başarısı ve iyi performansına karşı liderin ödül vaadine dayanan karşılıklı bir etkileşim olarak kendini gösterir (Demir ve Okan 2008, s:76).

#### **2.9.1.2.2 İstisnalarla yönetim alt boyutu**

Etkileşimsel liderliğin alt boyutlarından biri olan istisnalarla yönetim boyutu örgütteki yönetim anlayışına göre aktif ve pasif olarak iki şekilde uygulanmaktadır. Aktif bir yönetim anlayışı olan organizasyonlarda liderler kendilerine bağlı olan çalışanların performanslarını takip eder ve düzenli izleme sonucu eşzamanlı ya da gerçekleşikten hemen sonra hataları fark edip, düzeltirler. Buna karşılık pasif bir yönetim kültürü olan organizasyonlarda liderler hataların ortaya çıkana kadar bir şey yapmadan beklerler. Ancak sorun ortaya çıktıktan sonra harekete geçerler (Aydın ve diğ. 2013, s. 796).

#### **2.9.1.3 Özgür bırakıcı liderlik**

Liderliğin bulunmadığı veya liderlerin üyeler ile etkileşime girmediği durumları tanımlamak için “Özgür Bırakıcı Liderlik” alt boyutu oluşturulmuş ve ayrı bir liderlik modeli olarak ele alınmıştır. Bass’ın tabiri ile “Özgür Bırakıcı Liderler” çalışma odalarından dışarıya çıkmazlar, ekiplerinde yer alan çalışanların ihtiyaçları ve

gelişimleriyle ilgilenmezler, statüskocudurlar yani her şeyin olduğu gibi devam etmesini isterler (Aydın ve diğ. 2013, s. 796). Bu tarz liderler sorumluluk almaktan çekinirler, kararları ve yapılması gerekenleri geciktirirler, ekip üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için hiçbir çaba göstermezler (Hoy ve Miskel, 2010, Northouse, 2007). Dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzında farklı bir liderlik tarzı olarak değerlendirilen bu boyut, liderin hem sorumluluk almaktan hem de karar vermekten kaçınmasını; pasif yönetimin en uç noktasını hatta liderlik tanımını düşünüldüğünde liderliğin hiç yapılmamasını ifade eder. İsminden de anlaşılacağı gibi astlar her konuda özgür bırakılır, onlara hiçbir yol veya yöntem gösterilmez (Demir ve Okan 2008, s:76).



### 3. VERİ VE YÖNTEM

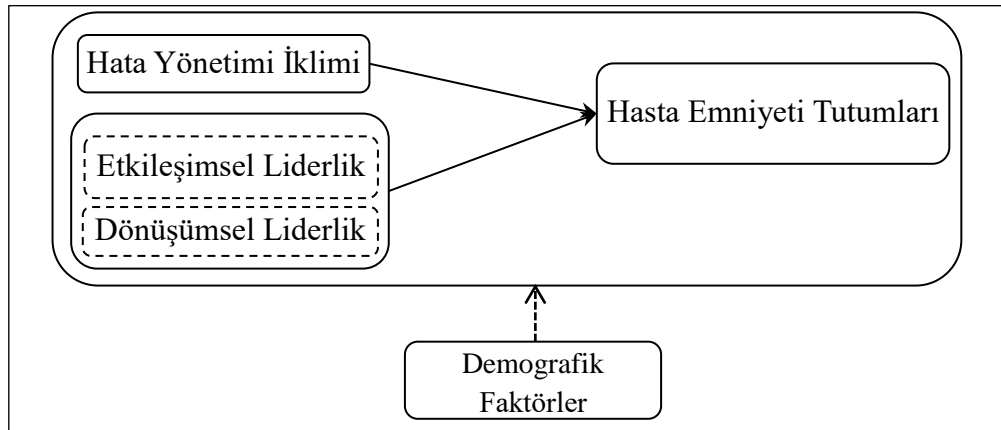
#### 3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu tez araştırmasının amacı, sağlık kurumlarında çalışanlar tarafından algılanan liderlik tarzları ve hata yönetim iklimi ile çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumların etkileşiminin belirlenmesidir. Ayrıca algılanan liderlik tarzları, hata yönetim iklimi ve emniyet davranışlarına ilişkin tutumların demografik değişkenler bağlamında nasıl farklılaştığı incelenmiştir. Sağlık sektöründe hasta odaklı yönetim anlayışı 21. yüzyılda önem kazanmış ve eş zamanlı olarak modern sağlık kurumları veriye dayalı yönetsel kararlar almaya başlamıştır. Sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin hasta emniyeti ile doğrudan ilişkisi, hasta emniyetinin biri zarar gördükten sonra reaktif olarak değil, meydana gelebilecek kazaları belirleyip engelleyerek proaktif olarak ele alınması gereken stratejik bir konu olması ve sağlık sektöründe emniyet kavramı ile ilgili birçok yabancı yayın olmasına rağmen Türkiye’de bu konunun akademik olarak çok az incelenmiş olması bu tez çalışmasının önemini göstermektedir.

#### 3.2 ARAŞTIRMA MODELİ

Bu tez çalışmasında yapılan araştırmaya esas teşkil eden araştırma modeli Şekil 3.1’de olduğu gibi belirlenmiştir.

**Şekil 3.1: Araştırmanın modeli**



### 3.3 ARAŞTIRMANIN TEMEL HİPOTEZLERİ

Araştırmanın temel sorusu, “Sağlık çalışanlarının örgütte hâkim olan liderlik tarzlarına ilişkin tutumları, örgütün hata yönetim iklimi ve hasta emniyet tutumları arasında bir etkileşim var mıdır ve bu etkileşimin türü nedir?” olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda literatüre dayalı olarak aşağıdaki hipotezler belirlenmiştir.

1H<sub>1</sub>: Liderlik tarzları ve hata yönetimi iklimi ile çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

1.1H<sub>1</sub>: Dönüşümsel liderlik tarzı ve hata yönetimi iklimi ile çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

1.2H<sub>1</sub>: Etkileşimsel liderlik tarzı ve hata yönetimi iklimi ile çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

2H<sub>1</sub>: Çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları üzerinde, liderlik tarzları ve hata yönetimi ikliminin anlamlı etkileri bulunmaktadır.

2.1H<sub>1</sub>: Çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları üzerinde, dönüşümsel liderlik tarzı ve hata yönetimi ikliminin anlamlı etkisi bulunmaktadır.

2.2H<sub>1</sub>: Çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları üzerinde, etkileşimsel liderlik tarzı ve hata yönetimi ikliminin anlamlı etkisi bulunmaktadır.

3H<sub>1</sub>: Çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları, hata yönetimi iklimi ve algılanan liderlik tarzı demografik faktörlerden etkilenmektedir.

### 3.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Evren tanım itibari ile araştırma sonuçlarının genellenmek istendiği canlı ve cansız elemanların bütünü olarak ifade edilebilir (Karasar, 2010). Bu araştırmanın evrenini özel sektördeki bir hastaneler zincirinde görev alan sağlık çalışanları (doktor, hemşire, teknisyen, yardımcı sağlık personeli vb.) oluşturmaktadır.

Örneklem sayısını belirlemek için farklı büyüklükteki evrenler için kuramsal örneklem

büyüklikleri çizelgesinden faydalanılmıştır. Özel zincir hastanenin çalışmanın gerçekleştirileceği 3 şubesinde toplam 1000 sağlık çalışanın tam zamanlı görev yapmakta olduğu bilgisi alınmış, İki Ayrı Güven Düzeyi ve Çeşitli Kesinlik ( Göz Yumulabilir Yanılgı ) Sınırları İçin Örnek Büyüklükleri çizelgesinde %95 güven düzeyi ve örnekleme hatası %5 için gerekli olan örneklem büyüklüğünün 278 kişi olması gerektiği görülmüştür (Karatay, 2009, s. 9). Araştırma için hazırlanan anket 290 sağlık çalışanı tarafından cevaplandırılmış, eksik veriler ve uç değer analizi sonrasında 32 anket araştırma dışı bırakılarak kalan 258 anket ile veri analizine devam edilmiştir.

Araştırma gerçekleştirilmeden önce gerekli etik kurul onayı ve kurumsal onaylar alınmış, araştırma Ekim – Kasım 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

### **3.5 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmanın tüm sağlık sektörü çalışanlarını temsil etmediği düşünüldüğünde, özel sağlık sektöründe bir zincir hastanede yapılmış olması nedeniyle ve devlet/özel sağlık sektörünün tamamını kapsamaması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

### **3.6 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULANMASI**

Araştırma anketi özel bir zincir hastanenin üç şubesinde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde uygulanmıştır. Zaman ve maliyet tasarrufu, kitle ulaşılabilirliğine olan kolaylık nedeniyle kolayda örnekleme yöntemi ile hastane grubunun iç intranet sistemi üzerinden bölüm sorumluları tarafından ekiplere anket linkleri gönderilmiştir. Bilgisayar erişimi olmayan çalışanlar için de anketler kağıt kalem yöntemi ile doldurtulmuştur. Toplanan veriler SPSS 21.0 programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Araştırmanın analiz kısmına geçilmeden önce toplanan veriler düzenlenmiş, eksik verisi olan 15 katılımcı ile uç değer analizi ve tanımlayıcı istatistikler kapsamında standart z değerleri  $z > 3$  ve  $z < -3$  aralığında (Raykov ve Marcoulides 2012, s. 69) bulunmayan 10

katılımcının verisi silinerek araştırma dışında bırakılmıştır. Diğer eksik veriler ise incelenerek seri ortalama değerleri ile değiştirilmiştir.

### **3.6.1 Araştırmada Kullanılan Ölçekler**

Araştırmada üç kısımdan oluşan anket kullanılmıştır. Anketin ilk kısmına çalışanların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, işyerindeki statü, çalışma birimi, toplam çalışma süresi, işletmedeki çalışma süresi soruları dahil edilmiştir. Diğer kısımlarda sırası ile aşağıda belirtilen ölçeklerde yer alan ifade serileri kullanılmıştır.

#### **3.6.1.1 Hasta emniyet tutum ölçeği**

Sağlık çalışanlarının hasta emniyetine ilişkin tutumlarını belirlemek için 2006 yılında Sexton ve arkadaşları tarafından geliştirilen Baykal vd. (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hasta Emniyeti Tutum Ölçeği" (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*) kullanılmıştır. Ölçek "iş doyumu", "ekip çalışması", "güvenlik iklimi", "yönetim anlayışı", "stresi tanımlama" ve "çalışma koşulları" olmak üzere toplam 6 boyuttan oluşmaktadır. Toplam 46 maddeden oluşan ölçek beşli Likert tipindedir ve "5- tamamen katılıyorum", "4- katılıyorum", "3- kısmen katılıyorum", "2- katılmıyorum", "1- kesinlikle katılmıyorum" şeklinde puanlanmıştır.

#### **3.6.1.2 Hata yönetimi iklimi ölçeği**

Örgütün hata yönetim iklimini ölçümlemek için anketin üçüncü kısımda van Dyck ve diğerlerinin 2005 yılında yayınladığı Hata Yönetim İklimi ölçeği (*Error Management Climate – EMC*) kullanılmıştır. Ölçek toplam 15 ifadeden oluşmakta olup, "hatalardan öğrenme", "hatalar hakkında düşünme", "hata yetkinliği" ve "hata iletişimi" olmak üzere 4 adet alt boyuta sahiptir. Türkçe'ye çevirisi araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli Likert tipindedir ve "5- tamamen katılıyorum", "4- katılıyorum", "3- kısmen

katılıyorum”, “2- katılmıyorum”, “1- kesinlikle katılmıyorum” şeklinde puanlanmıştır. Puanlamaların yükselmesi, daha olumlu bir hata yönetimi iklimi algısını göstermektedir.

### **3.6.1.3 Liderlik tarzı ölçeği**

Anketin dördüncü ve son kısımda örgütte algılanan liderlik tarzını ölçmek için Bass tarafından geliştirilen (1985); Avolio, Bass ve Jung (1999) tarafından düzenlenen, Türkçe’si [www.mingarden.com](http://www.mingarden.com) sitesinden elde edilen ve başka araştırmalarda (Demir ve Okan, 2008) da kullanılan, 28 ifadeden oluşan “Çok Faktörlü Liderlik Ölçeği” (*Multifactor Leadership Questionnaire - MLQ*) kullanılmıştır. Avolio ve arkadaşları, dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik unsurlarını yeniden tanımladıkları çalışmalarını karizma/ilham verme, zihinsel teşvik, bireysel düzeyde ilgi, koşullu ödül, istisnalarla aktif yönetim ve pasif/kaçınmacı olmak üzere altı boyut altında toplamışlardır. Dönüşümsel liderlik yaklaşımı altında karizma/ilham verme boyutu on iki ifade, zihinsel teşvik ve bireysel düzeyde ilgi boyutları dörder ifade ile temsil edilmiştir. Bu ölçek de diğerleri gibi beşli Likert tipindedir ve “5- tamamen katılıyorum”, “4- katılıyorum”, “3- kısmen katılıyorum”, “2- katılmıyorum”, “1- kesinlikle katılmıyorum” şeklinde puanlanmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan sağlık sektörü çalışanlarının cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, işyerindeki statü, çalışma birimi, mesleki kıdem ve işletme kademine ait frekans dağılımları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4.1: Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre dağılımı**

	Açıklama	Frekans
Cinsiyet	Kadın	175
	Erkek	83
	<b>Toplam</b>	<b>258</b>
Yaş	15 – 20	33
	21 – 25	87
	26 – 30	48
	31 – 35	35
	36+	38
	<b>Toplam</b>	<b>241</b>
Eğitim Durumu	Lise ve Önlisans	86
	Lisans	96
	Yüksek Lisans	54
	Doktora	21
	<b>Toplam</b>	<b>257</b>
Medeni Durum	Evli	84
	Bekar	173
	<b>Toplam</b>	<b>257</b>
İşyerindeki Statü	Çalışan	230
	Yönetici	27
	<b>Toplam</b>	<b>257</b>
Çalışma Birimi	Ameliyathane	19
	Poliklinik	62
	Yoğun Bakım	9
	Yatan Hasta	79
	Diğer	74
	<b>Toplam</b>	<b>242</b>
Mesleki Kıdem	0 – 1 yıl	56
	2 – 3 yıl	51
	4 – 9 yıl	76
	10 – 15 yıl	39
	16+ yıl	31
	<b>Toplam</b>	<b>253</b>
İşletme Kademi	0 – 1 yıl	95
	2 – 3 yıl	72
	4 – 6 yıl	53
	7+ yıl	29
	<b>Toplam</b>	<b>249</b>



## 4.2 GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için hesaplanan Cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayı değerleri Tablo 4.2’de yer almaktadır.

**Tablo 4.2: Ölçeklerin güvenilirlik analizleri sonuçları**

Kullanılan Ölçek	Cronbach Alfa Değeri
Hasta Emniyeti Tutum Ölçeği	0,936
Hata Yönetim İklimi Ölçeği	0,961
Çok Faktörlü Liderlik Ölçeği	0,971

## 4.3 GEÇERLİLİK VE FAKTÖR ANALİZLERİ

Çalışmada yapı geçerliliğinin tespitine yönelik doğrulayıcı faktör analizleri bağlamında temel bileşenler yöntemi ile Varimax döndürme yöntemi uygulanmıştır.

Verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ve Bartlett Küresellik Testi ile test edilmiştir. Faktörler ancak faktör yükleri 0,5 değerinden yüksek olduklarında oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ayrı ayrı geçerlilik ve faktör analizi sonuçları aşağıdaki bölüm ve tablolarda yer almaktadır.

### 4.3.1 Hasta Emniyeti Geçerlilik ve Açıklayıcı Faktör Analizi

Hasta Emniyeti Tutum ölçeğine ilişkin yapılan geçerlilik analizi sonucunda farklı boyutlarda bulunan toplam 12 ifade düşük faktör yüklerinden dolayı çıkartılarak analizlere dâhil edilmemiştir. Bu ifadeler ve boyutları aşağıda belirtilmiştir:

- İş Doyumu Boyutu: “Performansım hakkında geri bildirim alırım”; “Çalıştığım birimde tıbbi ekipman – donanım yeterlidir”
- Ekip Çalışması Boyutu: “Hastalara bakım verirken ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.”; “Çalıştığım birimde diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.”; “Diğer personelin hastaya zarar

verebilecek hatalar yaptığını gördüm.”

- c. Güvenlik İklimi Boyutu: “Çalıştığım birimde hasta emniyetiyle ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.”; “Çalıştığım birimde gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.”; “Hasta emniyeti çalıştığım birimin önceliği olarak sürekli önemsendir.”
- d. Stresi Tanımlama Boyutu: “Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres performansımı olumsuz etkiler.”; “Çalıştığım birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.”
- e. Çalışma Koşulları Boyutu: “Bu birimdeki tüm çalışanlar genel olarak işlerini iyi yapar.”; “Çalıştığım birimde hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler, stajyerler) yeterli düzeyde desteklenir.”

Hasta emniyeti tutum ölçeği veri seti için yapılan faktör analizi değerleri: KMO=0,942 ile Bartlett Test  $X^2=6901,388$ ;  $sd=561$  ve  $p<0.0001$  olarak hesaplanmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre Ekip Çalışması ile Güvenlik İklimi tek bir boyut altında birleşerek “Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi” boyutu altında toplanmış, diğer tüm boyutlar faktör yapılarını korumuştur. Böylelikle ölçek beş boyutlu bir yapıya dönüşmüştür. Toplam açıklanan varyans %69.547’dir. Hasta emniyeti tutum ölçeğine ait açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.3’te özetlenmiştir

**Tablo 4.3: Hasta emniyeti tutum ölçeği açıklayıcı faktör analizi**

Faktör Adı	İfade	Faktör Ağırlığı	Açıklanan varyans (%)
İŞ DOYUMU	Hastane yönetimi genel olarak işini iyi yapar.	,762	20,700
	Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	,781	
	Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	,790	
	Bu hastanede problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.	,752	
	Çalıştığım birimde tüm personelin fikirlerine değer verilir.	,675	
	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	,703	
	Çalıştığım birimde hasta sayısını karşılayabilecek yeterli sayı ve nitelikte personel mevcuttur.	,592	
	Çalıştığım birimde karar verilirken ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.	,671	
	Hastanede işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	,639	

<b>EKİP ÇALIŞMASI VE GÜVENLİK İKLİMİ</b>	Çalıştığım birimde çalışanlar anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	,733	18,239
	Çalıştığım birimde etik değerlere bağlılık esastır.	,663	
	Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.	,712	
	Çalıştığım birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	,724	
	Bence, gerçekten profesyonel olan çalışanlar kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	,770	
	Bu hastanede çalışanlar arasında ekip çalışması ve işbirliği desteklenir.	,688	
	Hasta emniyeti ile ilgili bir sorun olduğunda bunun rapor edilmesi teşvik edilir.	,689	
	Çalıştığım birimde hasta emniyeti ile ilgili soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	,686	
	Çalıştığım birimde doktorlar ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	,616	
	Çalıştığım birimde olay raporları ile ilgili bilgiler, hasta bakımının emniyetini sağlamada kullanılır.	,735	
	Çalıştığım birimde güvenli raporlama sistemlerinden, hasta emniyetini geliştirmede yararlanılır.	,706	
<b>YÖNETİM ANLAYIŞI</b>	Çalıştığım birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.	,701	14,143
	Çalıştığım birimde tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	,669	
	Bu hastanede yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.	,666	
	Çalıştığım birimdeki tüm personel hasta emniyetiyle ilgili sorumluluk alır.	,769	
	Hastane yönetimi, hasta emniyeti ile ilgili konularda taviz vermez.	,712	
	Hastane yönetimi hasta emniyetine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmeme destekler.	,686	
	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	,604	
<b>STRESİ TANIMLAMA</b>	Acil durumlardaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.	,812	9,717
	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.	,808	
	Yorgun olduğumda işimde daha az etkin olurum.	,726	
<b>ÇALIŞMA KOŞULLARI</b>	Çalıştığım birimde hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	,805	6,749
	Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.	,841	
	Genellikle işimde hayal kırıklığı yaşıyorum.	,853	
	Genellikle işimde kendimi tükenmiş hissedirim.	,771	

#### 4.3.2 Hata Yönetimi İklimi Geçerlilik ve Açıklayıcı Faktör Analizi

Hata Yönetimi İklimi ölçeği veri seti için yapılan faktör analizi değerleri: KMO=0,961 ile Bartlett Test  $X^2=3062,102$ ;  $sd=105$  ve  $p<0.0001$  olarak hesaplanmıştır. Toplam açıklanan varyans yüzde 63,430'dur. Ölçeğin orijinalinde 4 boyut bulunmasına karşın bu tez çalışması kapsamında incelenen örneklem grubunda boyutların aynı faktör altında toplandığı gözlemlenmiştir. Bu durum konu ile ilgili diğer araştırma sonuçları ile örtüşmektedir (van Dyck ve diğ. 2005), (Cigularov ve diğ. 2010).

Hata Yönetimi İklimi açıklayıcı faktör analizi özet sonuçları Tablo 4.4'te bulunmaktadır.

**Tablo 4.4: Hata yönetimi iklimi ölçeği açıklayıcı faktör analizi**

Faktör Adı	İfade	Faktör Ağırlığı	Açıklanan varyans (%)
<b>HATA YÖNETİMİ İKLİMİ</b>	Bize göre hatalar, iş sürecini geliştirmek için çok yararlıdır.	,601	63,430
	Bir hatadan sonra insanlar onu nasıl düzeltereklerini düşünürler.	,801	
	Hata yapmamıza rağmen son hedefimizin peşini bırakmayız.	,806	
	Her bir hata işin devam etmesi için önemli bilgiler sağlar.	,781	
	Bir hata meydana geldikten sonra, etraflıca analiz edilir.	,827	
	Eğer insanlar kendi başlarına bir hatayı düzeltemezlerse, iş arkadaşlarının yardımını isterler.	,822	
	Eğer bir şey ters giderse, insanlar bunu etraflıca düşünmek için gerekli zamanı ayırırlar.	,812	
	Hatalarımız bize neyi geliştirebileceğimizi gösterir.	,818	
	Bir hata yaptıktan sonra, insanlar onun nedenlerini analiz etmeye çalışırlar.	,837	
	Bir hata yapıldığında bir an önce düzeltilir.	,834	
	İnsanlar bir hata yaptığında, nasıl devam etmeleri gerektiği ile ilgili diğerlerinin fikrini alabilirler.	,847	
	Bu hastanede çalışırken, insanlar bir hatanın nasıl önlenmiş olabileceği üzerinde çok düşünürler.	,812	
	Bir görev üzerinde uzmanlaşırken insanlar hatalarından çok şey öğrenebilirler.	,818	
	Biz bir hata meydana geldiğinde, genellikle onu nasıl düzelterekimizi biliriz.	,809	
	Eğer insanlar bir hatadan sonra işlerine devam edemiyorlarsa, diğerlerine güvenebilirler	,685	

### 4.3.3 Çok faktörlü Liderlik Geçerlilik ve Açıklayıcı Faktör Analizi

Çok faktörlü Liderlik ölçeğine ilişkin yapılan geçerlilik analizi sonucunda farklı boyutlarda bulunan toplam 4 ifade düşük faktör yüklerinden dolayı çıkartılarak analizlere dâhil edilmemiştir. Bu ifadeler ve boyutları aşağıda belirtilmiştir:

- Dönüşümsel Liderlik / İdeal Etki Boyutu: “Yöneticim ile benzetilmekten ya da özdeşleştirilmekten gurur duyarım.”
- Dönüşümsel Liderlik / Zihinsel Teşvik Boyutu: “Yöneticim problemleri çözerken farklı bakış açıları getirir.”
- Dönüşümsel Liderlik / İlham Verici Motivasyon Boyutu: “Yöneticim geleceğe

ilişkin heyecan verici bir vizyon ortaya koyar.”

- d. Etkileşimsel Liderlik / İstisnalarla Yönetim Boyutu: “Yöneticim dikkatimi doğruca, standartları karşılamada yaşanan başarısızlıklara yöneltir.”

Çok faktörlü liderlik ölçeği veri seti için yapılan faktör analizi değerleri: KMO=0,967 ile Bartlett Test  $X^2=6648,544$ ; sd=276 ve  $p<0.0001$  olarak hesaplanmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre orijinalinde 8 ifadeden oluşan dönüşümsel liderlik / ideal etki boyutunun 5 ifadesi tek bir boyut altında birleşerek “Salt Dönüşümsel Liderlik” boyutu altında toplanmıştır. Bu 5 ifade incelendiğinde daha çok değer, inanç, etik ve duygusal sonuçlar, grubun iyiliği gibi duygusal unsurlardan oluştuğu görülmektedir. Bu nedenle tek boyut altında toplandıkları düşünülmektedir ve bu hali ile araştırmacılar tarafından salt dönüşümsel liderlik boyutu olarak ifade edilmesine karar verilmiştir. Diğer tüm ifadeler de ayrı bir boyut altında toplanarak “Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik” boyutunu oluşturmuşlardır. Demir ve Okan’ın da dediği gibi (2008) dönüşümsel ve etkileşimsel olarak iki farklı liderlik tarzından bahsedilse de liderlerin sergiledikleri liderlik tarzları, bu iki liderlik modelinden sadece biri değil çoğu zaman her ikisinin bir kombinasyonu şeklinde hayat bulacaktır. Yani bu iki farklı liderlik tarzının kendi içerisinde kendi niteliklerini oluşturan alt boyutları bulunmaktadır ve liderlerin tarzları bu farklı modellere ait boyutları tümleyici bir şekilde yansıtabilirler. Dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzlarına atıfta bulunan ifadelerin bir grupta toplanmasının sebebinin kültürel faktörler olabileceği düşünülmüştür. Katılımcılar duygusal atıflar ile daha iş, süreç ve sonuç bazlı ifadeler arasında net bir ayırım yapmışlardır. Böylece ölçek iki boyutlu bir yapıya dönüşmüştür. Toplam açıklanan varyans %71.328’dir. Çok faktörlü liderlik ölçeğine ait açıklayıcı faktör analizi özet sonuçları Tablo 4.5’te bulunmaktadır.

**Tablo 4.5: Çok faktörlü liderlik ölçeği açıklayıcı faktör analizi**

Faktör Adı	İfade	Faktör Ağırlığı	Açıklanan varyans (%)
<b>DÖNÜŞÜMSEL LİDERLİK</b>	Yöneticim astlarıyla en önemli değerleri ve inançları hakkında konuşur.	,838	47,475
	Yöneticim güçlü bir hisse sahip olmanın önemini belirtir.	,833	
	Yöneticim kararların duygusal ve etik sonuçlarını düşünür.	,809	
	Yöneticim kolektif bir misyon duygusuna sahip olunmasına önem verir.	,756	
	Yöneticim grubun iyiliğini kişisel çıkarlarının üzerinde tutar.	,680	
<b>DÖNÜŞÜMSEL VE ETKİLEŞİMSEL LİDERLİK</b>	Yöneticim benim ona olan saygımı arttıracak şekilde hareket eder.	,732	23,853
	Yöneticim güç ve güven duygusu verir.	,772	
	Yöneticim problemlere birçok farklı açılarından bakmamı sağlar.	,749	
	Yöneticim görevlerin nasıl tamamlanacağına ilişkin yeni yollar öne sürer.	,766	
	Yöneticim kritik varsayımları, onların uygun olup olmadığını sorarak tekrar gözden geçirir.	,511	
	Yöneticim geleceğe ilişkin iyimser şekilde konuşur.	,782	
	Yöneticim başarılı olmak için nelere ihtiyaç duyulduğundan heyecanla bahseder.	,754	
	Yöneticim amaçların başarılabileceğine ilişkin inancını vurgular.	,714	
	Yöneticim öğretmenliğe ve koçluğa zaman harcar.	,722	
	Yöneticim bana, grubun bir üyesi olmaktan ziyade bir birey olarak davranır.	,729	
	Yöneticim benim diğerlerinden farklı isteklerim, ihtiyaçlarım ve yeteneklerim olduğunu bilir.	,739	
	Yöneticim kuvvetli yanlarımı geliştirmem için bana yardımcı olur.	,826	
	Yöneticim benim gayretlerime karşılık vererek beni destekler.	,819	
	Yöneticim performans hedeflerine ulaşma konusunda sorumlu kişi ile spesifik konularda tartışma yapar.	,770	
	Yöneticim performans amaçlarına ulaşıldığında, bu başarı sonucunda kimin ne elde edeceğini açık bir şekilde açıklar.	,779	
	Beklentileri karşıladığım takdirde yöneticim bundan memnuniyetini vurgular.	,770	
	Yöneticim düzensizlikler, hatalar, istisnalar ve standartlardan sapmalar üzerine dikkatle odaklanır.	,766	
	Yöneticim çalışanların hataları, şikayetleri ve başarısızlıkları üzerine tam dikkatle konsantre olur.	,750	
Yöneticim tüm hataların izini takip eder.	,716		

## 4.4 İSTATİKİ ANALİZLER

### 4.4.1 Korelasyon Analizleri

Korelasyon analizinde bütünsel olarak hasta emniyeti, hasta emniyetinin 5 alt boyutu ile hata yönetimi iklimi ile dönüşümsel liderlik ve dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik değişkenleri arasındaki ilişki ve bu ilişkinin yönü (pozitif, negatif) incelenmiştir.

Pearson Korelasyon Testi sonuçları Tablo 4.6 ve 4.7’de bulunmaktadır. İlk tabloda ana değişkenler (Hasta emniyeti, hata yönetimi iklimi ve liderlik tarzları) arasındaki ilişki belirtilmiştir. İkinci tabloda ise hasta emniyeti alt boyutları ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Korelasyon katsayılarının değerlendirilmesinde  $r < 0,40$  zayıf,  $r = 0,40$  ile  $0,59$  arası orta,  $r = 0,60$  ile  $0,74$  arası iyi ve  $r > 0,75$ ’den yüksek oranlar ise mükemmel olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 4.6: Ana değişkenlere ilişkin korelasyon analizi sonuçları**

Değişkenler	1	2	3	4
1. Hasta Emniyeti	1	,737**	,587**	,682**
2. Hata Yönetimi İklimi		1	,634**	,707**
3. Dönüşümsel Liderlik			1	,784**
4. Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik				1

\* Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlı (2-yönlü)

\*\* Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlı (2-yönlü)

Ana değişkenlerin birbirleri arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde bütünsel olarak hasta emniyeti ile hata yönetimi iklimi ( $r=.737$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel liderlik ( $r=.587$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik ( $r=.682$ ,  $p<.01$ ) arasında pozitif yönlü istatistiki olarak anlamlı bir ilişki tesbit edilmiştir. Hata yönetimi iklimi ile dönüşümsel liderlik ( $r=.634$   $p<.01$ ), dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik ( $r=.707$   $p<.01$ ) arasında da yine pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir ilişki hesaplanmıştır. Bu bulgulara göre araştırmannın hipotezlerinden  $1H_1$ ,  $1.1H_1$ ,  $1.2H_1$  hipotezleri kabul edilmiştir

**Tablo 4.7: Alt boyutlara ilişkin korelasyon analizi sonuçları**

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
1. İş Doyumu	1	,733**	,709**	-,267**	-,061	,692**	,664**	,744**
2. Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi		1	,741**	-,206*	,011	,749**	,569**	,639**
3. Yönetim Anlayışı			1	-,208**	-,042	,740**	,584**	,645**
4. Stresi Tanımlama				1	,565**	-,284**	-,303**	-,291**
5. Çalışma Koşulları					1	-,073	-,149*	-,076
6. Hata Yönetimi İklimi						1	,634**	,707**
7. Dönüşümsel Liderlik							1	,784**
8. Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik								1

\* Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlı (2-yönlü)

\*\* Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlı (2-yönlü)

Hasta emniyeti alt boyutlarının korelasyon değerleri incelendiğinde iş doyumunun ekip çalışması ve güvenlik iklimi boyutu ile ( $r=.733$ ,  $p<.01$ ), yönetim anlayışı ile ( $r=.709$ ,  $p<.01$ ), stresi tanımlama ile ( $r=-.267$ ,  $p<.01$ ), hata yönetimi iklimi ile ( $r=.692$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel liderlik ile ( $r=.664$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik ile ise ( $r=.744$ ,  $p<.01$ ) olarak hesaplanmıştır. İş doyumunu alt boyutunun, hasta emniyetinin diğer bir alt boyutu olan çalışma koşulları ile istatistiki olarak anlamlı bir ilişkisi gözlemlenmemektedir. Hasta emniyetinin ikinci alt boyutu olan, tek bir faktör altında toplanmış ekip çalışması ve güvenlik iklimi ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon değerleri ise şöyledir: yönetim anlayışı ile ( $r=.741$ ,  $p<.01$ ), stresi tanımlama ile ( $r=-.206$ ,  $p<.01$ ), hata yönetimi iklimi ile ( $r=.749$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel liderlik ile ( $r=.569$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik ile ise ( $r=.639$ ,  $p<.01$ ) olarak hesaplanmıştır. Ekip çalışması ve güvenlik iklimi boyutunun da tıpkı iş doyumunu gibi çalışma koşulları ile istatistiki olarak anlamlı bir ilişkisi gözlemlenmemektedir. Yönetim anlayışı ile stresi tanımlama arasındaki korelasyon değeri ( $r=-.208$ ,  $p<.01$ ), hata yönetimi iklimi arasındaki korelasyon değeri ( $r=.740$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel liderlik arasındaki korelasyon değeri ( $r=.584$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik arasındaki korelasyon değeri ise ( $r=.645$ ,  $p<.01$ ) olarak hesaplanmıştır. Yönetim anlayışı ile çalışma koşulları arasında da istatistiki olarak anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir. Stresi tanımlama ile çalışma koşulları arasındaki ( $r=.565$ ,  $p<.01$ ) iken bu değer hata yönetimi iklimi ile ( $r=-.$



284,  $p<.01$ ), dönüşümsel liderlik ile ( $r=-.303$ ,  $p<.01$ ), dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik ile ise ( $r=-.291$ ,  $p<.01$ ) olarak ölçülmüştür. Çalışma koşulları ile yukarıda belirtilen stresi tanımlama alt boyutu dışında sadece dönüşümsel liderlik arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $r=-.149$ ,  $p<.05$ ) değerlerinde bir korelasyon tespit edilmiştir.

Bu tez çalışmasında kullanılan ölçekler ile boyutların puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4.8’de özetlenmiştir. Hasta emniyeti tutum ölçeğinin boyutlarından iş doyumunun alt ortalaması  $3,44\pm 0,88$ , ekip çalışması ve güvenliğin alt ortalaması  $3,81\pm 0,79$ , yönetim anlayışının alt ortalaması  $3,75\pm 0,81$ , stresi tanımlamanın alt ortalaması  $2,85\pm 1,06$ , çalışma koşullarının alt ortalaması  $3,29\pm 1,05$  iken bütünsel olarak hasta emniyeti tutum ölçeğinin ortalaması  $3,55\pm 0,60$  olarak hesaplanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre hata yönetimi ikliminin ortalaması  $3,74\pm 0,74$ ’tür. Çok faktörlü liderlik ölçeğinin dönüşümsel liderlik boyutunun ortalaması  $3,53\pm 0,96$  iken dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik boyutunun alt ortalaması  $3,71\pm 0,87$  olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 4.8: Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının ortalamaları ve standart sapmaları**

DEĞİŞKENLER	ORTALAMA	STANDART SAPMA
1. İş Doyumu	3,44	0,88
2. Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi	3,81	0,79
3. Yönetim Anlayışı	3,75	0,81
4. Stresi Tanımlama	2,85	1,06
5. Çalışma Koşulları	3,29	1,05
6. Hasta Emniyeti	3,55	0,60
7. Hata Yönetimi İklimi	3,74	0,74
8. Dönüşümsel Liderlik	3,53	0,96
9. Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	3,71	0,88

Tablo 4.8 incelendiğinde genel olarak araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hasta emniyet tutumlarının ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir. Hasta emniyet tutumlarının alt boyutları incelendiğinde ise, ortalamayı özellikle ekip çalışması ve güvenlik iklimi ile yönetim anlayışının yükselttiği görülmektedir. Bununla birlikte örgütte algılanan hata yönetimi iklimi de ortalamasının üzerinde, yüksek denilebilecek

seviyededir. Liderlik algıları incelendiğinde ise dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik algısının salt dönüşümsel liderlik algısından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir

#### 4.4.2 Regresyon Analizleri

Regresyon analizlerine geçilmeden önce değişkenler arasında çoklu doğrusal bağıntı problemi kontrol edilerek en yüksek VIF değerinin 10'dan küçük olduğu (çoklu bağıntı probleminin olmadığı) görülmüştür. Verilerin Durbin-Watson değerlerinin 1,5 ile 2,5 arasında dağıldığı, dolayısıyla otokorelasyon olmadığı anlaşılmıştır. Eşvaryanslılık durumu da incelenerek regresyon hata terimlerinin varyansının sabit dağıldığı ve hata terimlerinin normale yakın olduğu görülmüştür (Orhunbilge, 2010). Araştırmanın ikinci sorusu bağlamında bireylerin hasta emniyetine ilişkin tutumları ile örgütte algılanan hata yönetimi iklimi ve algılanan liderlik tarzı arasındaki etkileşim, enter regresyon analizi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 4.9'da yapılan regresyon analizleri, bağımlı ve bağımsız değişkenler arası etkileşimler verilmiştir. Regresyon analizinde bütün bir boyut olarak hasta yönetimine ilişkin tutumlar ve sonrasında her boyut ayrı ayrı bağımlı değişken, bağımsız değişkenler ise hata yönetimi iklimi ve liderlik tarzları (dönüşümsel ile dönüşümsel ve etkileşimsel) değişkenleri alınmıştır.

**Tablo 4.9: Çoklu regresyon analizi tablosu**

<b>Birinci Regresyon Analizi Sonuçları</b>			
<b>Bağımlı Değişken: Hasta Emniyeti (Bütüncül)</b>			
<b>Bağımsız Değişken:</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>t</math></b>	<b><math>p</math></b>
Hata Yönetimi İklimi	0,505	8,786	0,000
Dönüşümsel Liderlik	0,33	0,502	0,616
Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	0,299	4,176	0,000
<b>R= 0,771 ; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>= 0,590 ; F = 124,377 ; p= ,000</b>			
<b>İkinci Regresyon Analizi Sonuçları</b>			
<b>Bağımlı Değişken: İş Doyumu</b>			
<b>Bağımsız Değişken:</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>t</math></b>	<b><math>p</math></b>
Hata Yönetimi İklimi	0,309	5,521	0,000
Dönüşümsel Liderlik	0,147	2,314	0,021
Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	0,410	5,877	0,000
<b>R= 0,785 ; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>= 0,612 ; F = 135,906 ; p= 0,000</b>			
<b>Üçüncü Regresyon Analizi Sonuçları</b>			
<b>Bağımlı Değişken: Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>			
<b>Bağımsız Değişken:</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>t</math></b>	<b><math>p</math></b>
Hata Yönetimi İklimi	0,586	10,096	0,000
Dönüşümsel Liderlik	0,057	0,863	0,389

Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	0,179	2,479	0,014
<b>R= 0,766 ; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>= 0,581 ; F = 119,959 ; p= 0,000</b>			
<b>Dördüncü Regresyon Analizi Sonuçları</b>			
<b>Bağımlı Değişken: Yönetim Anlayışı</b>			
<b>Bağımsız Değişken:</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Hata Yönetimi İklimi	0,555	9,488	0,000
Dönüşümsel Liderlik	0,089	1,335	0,183
Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	0,183	2,514	0,013
<b>R= 0,762 ; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>= 0,576 ; F = 117,251 ; p= 0,000</b>			
<b>Beşinci Regresyon Analizi Sonuçları</b>			
<b>Bağımlı Değişken: Stresi Tanımlama</b>			
<b>Bağımsız Değişken:</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Hata Yönetimi İklimi	-0,130	-1,522	0,129
Dönüşümsel Liderlik	-0,168	-1,730	0,085
Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	-0,068	-0,636	0,525
<b>R= 0,328 ; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>= 0,097 ; F = 10,200; p= 0,000</b>			
<b>Altıncı Regresyon Analizi Sonuçları</b>			
<b>Bağımlı Değişken: Çalışma Koşulları</b>			
<b>Bağımsız Değişken:</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Hata Yönetimi İklimi	-0,002	-0,025	0,980
Dönüşümsel Liderlik	-0,231	-2,281	0,023
Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	0,107	0,961	0,338
<b>R= 0,163 ; Düzeltilmiş R<sup>2</sup>= 0,015 ; F = 2,307; p= 0,077</b>			

Çoklu regresyon analizlerinin sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının hasta emniyetine ilişkin tutumları üzerinde örgütte algılanan hata yönetimi ikliminin etki katsayısı ( $\beta = 0.505$ ,  $p=0.000$ ) ve çalışanların algıladıkları liderlik tarzları bağlamında dönüşümsel ve etkileşimsel liderliğin etki katsayısı ( $\beta = 0.299$ ,  $p=0.000$ ) olarak hesaplanmıştır. Sadece dönüşümsel liderliğin ise hasta emniyetine ilişkin tutumlar üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir ilişkisi çıkmamıştır.

Hasta emniyet tutumlarının alt boyutları incelendiğinde iş doyumunu boyutu üzerinde örgütte algılanan hata yönetimi ikliminin etki katsayısı ( $\beta = 0.309$ ,  $p=0.000$ ) ve çalışanların algıladıkları liderlik tarzları bağlamında dönüşümsel ve etkileşimsel liderliğin etki katsayısı ( $\beta = 0.410$ ,  $p=0.000$ ), sadece dönüşümsel liderliğin etki katsayısı ( $\beta = 0.147$ ,  $p=0.021$ ) olarak hesaplanmıştır. İş doyumunu alt boyutunun örgütte hakim olan dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzından, bütüncül olarak hasta emniyetinden daha çok etkilendiği görülmektedir. Hata yönetimi ikliminin etkisinin ise daha düşük olduğu görülmektedir. Salt dönüşümsel liderliğin ise bütüncül olarak hasta emniyeti üzerinde bir etkisi gözlemlenmezken, iş doyumunu üzerinde pozitif bir etkisinin bulgulanması ise dikkat çekici bir sonuçtur.

Hasta emniyet tutumlarının diğerk bir alt boyutu olan ekip çalışması ve güvenlik boyutu üzerinde örgütte algılanan hata yönetimi ikliminin etki katsayısının ( $\beta = 0.586$ ,  $p=0.000$ ), dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzının etki katsayısının ise ( $\beta = -0.179$ ,  $p=0.014$ ) olduğu görülmektedir. Salt dönüşümsel liderliğin ise ekip çalışması ve güvenlik iklimi boyutu üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkisi bulgulanmamıştır. Bu durum bütüncül olarak hasta emniyeti ile örtüşmektedir.

Çoklu regresyon analizlerinin sonuçlarına göre yönetim anlayışı üzerinde algılanan hata yönetimi ikliminin etki katsayısı ( $\beta = 0.555$ ,  $p=0.000$ ) ve çalışanların algıladıkları liderlik tarzları bağlamında dönüşümsel ve etkileşimsel liderliğin etki katsayısı ( $\beta = 0.183$ ,  $p=0.013$ ) olarak hesaplanmıştır. Tıpkı bütüncül hasta emniyetinde olduğu gibi yönetim anlayışı boyutu üzerinde de salt dönüşümsel liderliğin istatistiki olarak anlamlı bir etkisi hesaplanmamıştır.

Stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları diğerk boyutlara ve bütüncül olarak hasta emniyetine göre regresyon analizlerinde farklılaşan sonuçlara sahiptir. Stresi tanımlama alt boyutu üzerinde 3 değişkenin de anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiştir. Bunun yanında çalışma koşulları boyutunun üzerinde, bütünsel olarak hasta emniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi hesaplanmayan dönüşümsel liderliğin anlamlı negatif bir etkisi ( $\beta = -0.231$ ,  $p=0.023$ ) olduğu görülmüştür.

## **4.5 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FARKLILIK ANALİZLERİ**

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hasta emniyeti, hasta emniyeti boyutları, hata yönetimi iklimi ve algılanan liderlik tarzları için verdikleri cevapların demografik özelliklerine göre farklılıkları demografik özellikler iki grupta toplandıysa t testi, üç ya da daha fazla grupta toplandıysa ANOVA testi kullanılarak analiz edilmiştir.

### **4.5.1 T Testi Analizleri**

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hasta emniyet tutumları ve boyutları, hata yönetimi iklimi algısı ve algılanan etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik tarzı için

verdikleri cevapların demografik etkenlere göre farklılık gösterip göstermediği cinsiyet, medeni durum ve işyerindeki statü özelinde bağımsız gruplar t-testi ile incelenmiştir.

Öncelikle değişken gruplarının varyans eşitliğini test etmek için Levene Testi uygulanmıştır. Sonuçlarda p değeri 0,05'den yüksekse, 2 yönlü p değeri sütununun ilk satırında bulunan değer dikkate alınmıştır. Eğer p değeri 0,05'ten düşükse t-testi tablosunda yer alan 2 yönlü p değeri sütununun ikinci satırındaki değere bakılmış, 0,05'ten küçükse değişkenler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna 0,05'ten büyük olması durumunda da anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna varılmıştır.

#### 4.5.1.1 Cinsiyete göre t testi analizi

**Tablo 4.10: Cinsiyet değişkenine ilişkin bağımsız gruplar t testi grup istatistikleri**

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Std. Hata Ort.
<b>Hasta Emniyeti</b>	Kadın	175	3,5254	0,62765	0,04745
	Erkek	83	3,6128	0,53236	0,05843
<b>İş Doyumu</b>	Kadın	175	3,3956	0,91361	0,06906
	Erkek	83	3,5351	0,81407	0,08936
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Kadın	175	3,7804	0,82270	0,06219
	Erkek	83	3,8654	0,71957	0,07898
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Kadın	175	3,6997	0,86542	0,06542
	Erkek	83	3,8593	0,67321	0,07389
<b>Stresi Tanımlama</b>	Kadın	175	2,8930	1,09996	0,08315
	Erkek	83	2,7668	0,97229	0,10672
<b>Çalışma Koşulları</b>	Kadın	175	3,2854	1,06157	0,08025
	Erkek	83	3,2961	1,02495	0,11250
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Kadın	175	3,7226	0,78172	0,05909
	Erkek	83	3,7905	0,62983	0,06913
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Kadın	175	3,4831	0,98601	0,07454
	Erkek	83	3,6268	0,89636	0,09839
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Kadın	175	3,6988	0,89946	0,06799
	Erkek	83	3,7414	0,82530	0,09059

**Tablo 4.11: Cinsiyet değişkeni için t testi sonuçları**

		Levene'in Varyans Eşitliği Testi		t-test		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2 kuyruklu)
Hasta Emniyeti	Eşit varyans	6,214	<b>0,013</b>	-1,095	256	0,274
	Eşit olmayan varyans			-1,165	187,382	<b>0,247</b>
İş Doyumu	Eşit varyans	3,017	<b>0,084</b>	-1,186	256	<b>0,237</b>
	Eşit olmayan varyans			-1,235	179,108	0,218
Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi	Eşit varyans	2,257	<b>0,134</b>	-0,806	256	<b>0,421</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,845	182,193	0,399
Yönetim Anlayışı	Eşit varyans	9,572	<b>0,002</b>	-1,480	256	0,140
	Eşit olmayan varyans			-1,617	202,337	<b>0,107</b>
Stresi Tanımlama	Eşit varyans	2,024	<b>0,156</b>	0,893	256	<b>0,373</b>
	Eşit olmayan varyans			0,933	180,433	0,352
Çalışma Koşulları	Eşit varyans	0,264	<b>0,608</b>	-0,077	256	<b>0,939</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,078	166,372	0,938
Hata Yönetimi İklimi	Eşit varyans	4,081	<b>0,044</b>	-0,692	256	0,489
	Eşit olmayan varyans			-0,747	196,230	<b>0,456</b>
Dönüşümsel Liderlik	Eşit varyans	3,553	<b>0,061</b>	-1,126	256	<b>0,261</b>
	Eşit olmayan varyans			-1,165	175,834	0,246
Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	Eşit varyans	1,857	<b>0,174</b>	-0,365	256	<b>0,715</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,377	174,339	0,707

Yukarıdaki iki tabloda yer alan t testi sonuçları incelendiğinde araştırmada kullanılan hiçbir ölçek ve boyutunun cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmektedir.

#### 4.5.1.2 Medeni duruma göre t testi analizi

**Tablo 4.12: Medeni durum değişkenine ilişkin bağımsız gruplar t testi grup istatistikleri**

	Medeni Durum	N	Ortalama	Standart Sapma	Std. Hata Ort.
Hasta Emniyeti	Evli	84	3,5972	0,56046	0,06115
	Bekar	173	3,5327	0,61901	0,04706
İş Doyumu	Evli	84	3,4698	0,85364	0,09314
	Bekar	173	3,4301	0,90110	0,06851
Ekip Çalışması ve	Evli	84	3,8992	0,67435	0,07358

<b>Güvenlik İklimi</b>	Bekar	173	3,7617	0,84130	0,06396
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Evli	84	3,7948	0,81030	0,08841
	Bekar	173	3,7295	0,81474	0,06194
<b>Stresi Tanımlama</b>	Evli	84	2,8306	1,07738	0,11755
	Bekar	173	2,8640	1,05791	0,08043
<b>Çalışma Koşulları</b>	Evli	84	3,2819	1,08148	0,11800
	Bekar	173	3,2910	1,03741	0,07887
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Evli	84	3,7422	0,66620	0,07269
	Bekar	173	3,7441	0,77089	0,05861
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Evli	84	3,6086	0,84073	0,09173
	Bekar	173	3,4951	1,01237	0,07697
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Evli	84	3,7563	0,78835	0,08602
	Bekar	173	3,6953	0,91633	0,06967

**Tablo 4.13: Medeni durum değişkeni için t testi sonuçları**

		Levene'in Varyans Eşitliği Testi		t-test		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2 kuyruklu)
<b>Hasta Emniyeti</b>	Eşit varyans	0,548	<b>0,460</b>	0,807	255	<b>0,420</b>
	Eşit olmayan varyans			0,835	179,970	0,405
<b>İş Doyumu</b>	Eşit varyans	0,356	<b>0,551</b>	0,337	255	<b>0,736</b>
	Eşit olmayan varyans			0,344	172,712	0,732
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Eşit varyans	4,525	<b>0,034</b>	1,308	255	0,192
	Eşit olmayan varyans			1,411	200,574	<b>0,160</b>
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Eşit varyans	0,000	<b>0,986</b>	0,604	255	<b>0,546</b>
	Eşit olmayan varyans			0,606	165,270	0,546
<b>Stresi Tanımlama</b>	Eşit varyans	0,172	<b>0,679</b>	-0,236	255	<b>0,814</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,234	161,795	0,815
<b>Çalışma Koşulları</b>	Eşit varyans	0,774	<b>0,380</b>	-0,065	255	<b>0,948</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,064	158,470	0,949
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Eşit varyans	0,962	<b>0,327</b>	-0,019	255	<b>0,985</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,020	187,719	0,984
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Eşit varyans	3,112	<b>0,079</b>	0,889	255	<b>0,375</b>
	Eşit olmayan varyans			0,948	194,492	0,345
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Eşit varyans	1,391	<b>0,239</b>	0,523	255	<b>0,601</b>
	Eşit olmayan varyans			0,551	188,474	0,582

Yukarıdaki iki tabloda yer alan t testi sonuçları incelendiğinde araştırmada kullanılan hiçbir ölçek ve boyutunun medeni duruma göre farklılaşmadığı görülmektedir.

#### 4.5.1.3 İşyerindeki statüye göre t testi analizi

**Tablo 4.14: İşyerindeki statü değişkenine ilişkin bağımsız gruplar t testi grup istatistikleri**

	İşyerindeki Statü	N	Ortalama	Standart Sapma	Std. Hata Ort.
<b>Hasta Emniyeti</b>	Çalışan	230	3,5404	0,59937	0,03952
	Yönetici	27	3,6578	0,60671	0,11676
<b>İş Doyumu</b>	Çalışan	230	3,4400	0,90447	0,05964
	Yönetici	27	3,4362	0,71474	0,13755
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Çalışan	230	3,8063	0,80107	0,05282
	Yönetici	27	3,8098	0,72325	0,13919
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Çalışan	230	3,7344	0,81533	0,05376
	Yönetici	27	3,8836	0,78650	0,15136
<b>Stresi Tanımlama</b>	Çalışan	230	2,7953	1,07083	0,07061
	Yönetici	27	3,3457	0,85476	0,16450
<b>Çalışma Koşulları</b>	Çalışan	230	3,2541	1,06926	0,07050
	Yönetici	27	3,5770	0,82863	0,15947
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Çalışan	230	3,7443	0,74658	0,04923
	Yönetici	27	3,7363	0,66249	0,12750
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Çalışan	230	3,5416	0,97442	0,06425
	Yönetici	27	3,4222	0,84185	0,16201
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Çalışan	230	3,7240	0,89347	0,05891
	Yönetici	27	3,6038	0,72011	0,13859

**Tablo 4.15: İşyerindeki statü değişkeni için t testi sonuçları**

		Levene'in Varyans Eşitliği Testi		t-test		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2 kuyruklu)
<b>Hasta Emniyeti</b>	Eşit varyans	0,078	<b>0,780</b>	-0,962	255	<b>0,337</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,952	32,251	0,348
<b>İş Doyumu</b>	Eşit varyans	2,424	<b>0,121</b>	0,021	255	<b>0,983</b>



	Eşit olmayan varyans			0,026	36,548	0,980
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Eşit varyans	0,024	<b>0,877</b>	-0,022	255	<b>0,983</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,024	33,948	0,981
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Eşit varyans	0,283	<b>0,595</b>	-0,903	255	<b>0,367</b>
	Eşit olmayan varyans			-0,929	32,914	0,360
<b>Stresi Tanımlama</b>	Eşit varyans	3,423	<b>0,065</b>	-2,575	255	<b>0,011</b>
	Eşit olmayan varyans			-3,075	36,323	0,004
<b>Çalışma Koşulları</b>	Eşit varyans	4,206	<b>0,041</b>	-1,516	255	0,131
	Eşit olmayan varyans			-1,852	36,997	<b>0,072</b>
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Eşit varyans	0,006	<b>0,936</b>	0,053	255	<b>0,957</b>
	Eşit olmayan varyans			0,059	34,244	0,953
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Eşit varyans	0,730	<b>0,394</b>	0,610	255	<b>0,542</b>
	Eşit olmayan varyans			0,685	34,724	0,498
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Eşit varyans	0,887	<b>0,347</b>	0,674	255	<b>0,501</b>
	Eşit olmayan varyans			0,798	36,112	0,430

Tablo 4.15'te yer alan değerler incelendiğinde hasta emniyeti boyutlarından stresi tanımlamanın [ $t(255) = -2.575, p > 0,011$ ] sağlık çalışanlarının işyerindeki statülerine, yani çalışan ya da yönetici olma durumlarına göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Tablo 4.14'te yer alan ortalamalar incelendiğinde yöneticilerin stresi tanımlama tutumlarının ( $\bar{X}=3,3457, SS=0,85476$ ) çalışanların stresi tanımlama tutum ortalamasından ( $\bar{X}=2,7953, SS= 1,07083$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer ölçek ve boyut ortalamaları işyerindeki statüye göre istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

#### 4.5.2 ANOVA (One Way) Analizleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hasta emniyet tutumları ve boyutları, hata yönetimi iklimi algısı ve algılanan etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik tarzı için verdikleri cevapların ikiden fazla gruplu demografik etkenlere göre farklılıkları ANOVA (One Way) analizi ile ölçümlenmiştir

ANOVA analizinde de t testinde olduğu gibi öncelikle değişkenler ile demografik özelliklerin varyans eşitlikleri Levene test ile sorgulanmıştır. ANOVA analiz sonucu p

değerleri 0,05'den küçükse, grup ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için çoklu karşılaştırma testleri (Scheffe, Tamhane) yapılmıştır. ANOVA analiz sonucunda p değerinin 0,05'den büyük olduğu durumlarda ise gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varılmıştır.

#### 4.5.2.1 Yaşa göre ANOVA testi

Anket çalışmasının yaş sorusuna ilişkin verilen cevaplar, birbiri ile karşılaştırılacak, anlamlı gruplar haline getirilebilmek için şu şekilde birleştirilmiştir: 1. Grup (15 – 20 yaş), 2. Grup (21 – 25 yaş), 3. Grup (26 – 30 yaş), 4. Grup (31 – 35 yaş), 5. Grup (36 yaş ve üzeri).

**Tablo 4.16: Araştırmada kullanılan değişkenler ile yaş değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları**

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
<b>Hasta Emniyeti</b>	Gruplar Arası	0,702	4	0,176	0,503	0,733
	Gruplar İçi	82,341	236	0,349		
	Toplam	83,043	240			
<b>İş Doyumu</b>	Gruplar Arası	4,175	4	1,044	1,379	0,242
	Gruplar İçi	178,623	236	0,757		
	Toplam	182,798	240			
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Gruplar Arası	1,093	4	0,273	0,431	0,786
	Gruplar İçi	149,532	236	0,634		
	Toplam	150,626	240			
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Gruplar Arası	2,072	4	0,518	0,803	0,525
	Gruplar İçi	152,311	236	0,645		
	Toplam	154,384	240			
<b>Stresi Tanımlama</b>	Gruplar Arası	9,156	4	2,289	2,114	0,080
	Gruplar İçi	255,577	236	1,083		
	Toplam	264,734	240			
<b>Çalışma Koşulları</b>	Gruplar Arası	7,607	4	1,902	1,767	0,136
	Gruplar İçi	254,068	236	1,077		
	Toplam	261,675	240			
<b>Hata Yönetimi</b>	Gruplar Arası	0,689	4	0,172	0,322	0,863

<b>İklimi</b>	Gruplar İçi	126,406	236	0,536		
	Toplam	127,096	240			
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	3,450	4	0,862	0,942	0,441
	Gruplar İçi	216,196	236	0,916		
	Toplam	219,646	240			
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	7,653	4	1,913	2,639	<b>0,035</b>
	Gruplar İçi	171,073	236	0,725		
	Toplam	178,726	240			

Tablo 4.16 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen değişkenler arasından sadece dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzının yaş gruplarına göre farklılaştığı görülmektedir ( $F=2,639$ ,  $p= 0,035$ ). Bu tespit üzerine yapılan Scheffe ve Tamhane post hoc testinde ise hiçbir yaş grubu arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

#### 4.5.2.2 Mesleki kıdeme göre ANOVA testi

Anket çalışmasında sağlık çalışanlarına hem mesleklerini kaç yıldır icra ettikleri hem de görev yapmakta oldukları kurumda kaç yıldır çalıştıkları sorusu sorulmuştur. Mesleklerini kaç yıldır yaptıkları mesleki kıdem olarak, kurumda kaç yıldır çalıştıkları ise işletme kıdemi olarak adlandırılmıştır. Bu bölümde araştırma kapsamında ele alınan değişkenlerin mesleki kıdeme göre farklılaşp farklılaşmadığı ele alınacaktır. Mesleki kıdem sorusuna ilişkin verilen cevaplar, birbiri ile karşılaştırılacak, anlamlı gruplar haline getirilebilmek için şu şekilde birleştirilmiştir: 1. Grup (0 – 1 yıl), 2. Grup (2 – 3 yıl), 3. Grup (4 – 9 yıl), 4. Grup (10 – 15 yıl), 5. Grup (16 yıl ve üzeri).

**Tablo 4.17: Araştırmada kullanılan değişkenler ile mesleki kıdem değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları**

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Df</b>	<b>Ortalama Kare</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Hasta Emniyeti</b>	Gruplar Arası	0,969	4	0,242	0,693	0,597
	Gruplar İçi	86,690	248	0,350		
	Toplam	87,659	252			
<b>İş Doyumu</b>	Gruplar Arası	2,729	4	0,682	0,883	0,475
	Gruplar İçi	191,702	248	0,773		
	Toplam	194,432	252			

<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Gruplar Arası	1,501	4	0,375	0,624	0,646
	Gruplar İçi	149,221	248	0,602		
	Toplam	150,722	252			
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Gruplar Arası	1,366	4	0,342	0,520	0,721
	Gruplar İçi	162,814	248	0,657		
	Toplam	164,180	252			
<b>Stresi Tanımlama</b>	Gruplar Arası	11,637	4	2,909	2,778	<b>0,028</b>
	Gruplar İçi	259,700	248	1,047		
	Toplam	271,337	252			
<b>Çalışma Koşulları</b>	Gruplar Arası	7,953	4	1,988	1,891	0,113
	Gruplar İçi	260,728	248	1,051		
	Toplam	268,681	252			
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Gruplar Arası	1,531	4	0,383	,705	0,589
	Gruplar İçi	134,548	248	0,543		
	Toplam	136,079	252			
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	2,522	4	0,631	,686	0,603
	Gruplar İçi	228,097	248	0,920		
	Toplam	230,619	252			
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	4,784	4	1,196	1,582	0,180
	Gruplar İçi	187,428	248	0,756		
	Toplam	192,212	252			

**Tablo 4.18: Araştırmada kullanılan değişkenler ile mesleki kıdem değişkenine ait post hoc testi (Tamhane)**

	(I) Mesleki Kıdem	(J) Mesleki Kıdem	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
<b>Stresi Tanımlama</b>	0 – 1 yıl	2 – 3 yıl	0,07201	0,19281	1,000	-0,4795	0,6235
		4 – 9 yıl	-0,15662	0,19409	0,996	-0,7102	0,3970
		10 – 15 yıl	-0,28557	0,22156	0,894	-0,9224	0,3513
		16+ yıl	<b>-0,63016*</b>	0,20850	0,034	-1,2310	-0,0293
	2 – 3 yıl	0 – 1 yıl	-0,07201	0,19281	1,000	-0,6235	0,4795
		4 – 9 yıl	-0,22863	0,17847	0,896	-0,7376	0,2803
		10 – 15 yıl	-0,35758	0,20800	0,609	-0,9575	0,2424
		16+ yıl	<b>-0,70217*</b>	0,19403	0,006	-1,2637	-0,1406
	4 – 9 yıl	0 – 1 yıl	0,15662	0,19409	0,996	-0,3970	0,7102
		2 – 3 yıl	0,22863	0,17847	0,896	-0,2803	0,7376
		10 – 15 yıl	-0,12895	0,20919	1,000	-0,7309	0,4730
		16+ yıl	-0,47354	0,19531	0,164	-1,0371	0,0900

	10 – 15 yıl	0 – 1 yıl	0,28557	0,22156	0,894	-0,3513	0,9224
		2 – 3 yıl	0,35758	0,20800	0,609	-0,2424	0,9575
		4 – 9 yıl	0,12895	0,20919	1,000	-0,4730	0,7309
		16+ yıl	-0,34459	0,22262	0,741	-0,9887	0,2996
	16+ yıl	0 – 1 yıl	<b>0,63016*</b>	0,20850	0,034	0,0293	1,2310
		2 – 3 yıl	<b>0,70217*</b>	0,19403	0,006	0,1406	1,2637
		4 – 9 yıl	0,47354	0,19531	0,164	-0,0900	1,0371
		10 – 15 yıl	0,34459	0,22262	0,741	-0,2996	0,9887

Tablo 4.17 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen değişkenler arasından sadece hasta emniyet tutumlarının alt boyutlarından stresi tanımlamanın mesleki kıdem gruplarına göre farklılaştığı görülmektedir ( $F=2,778$ ,  $p= 0,028$ ). Bu tespit üzerine yapılan Tamhane post hoc testinde, 0 - 1 yıl ve 2 – 3 yıl arası mesleki kıdeme sahip sağlık çalışanları ile 16 yılın üzerinde mesleki kıdeme sahip sağlık çalışanları arasında stresi tanımlama tutumları açısından anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Burada ölçekte stresi tanımlama ifadelerinin negatif olduğu fakat analizlere katılmadan önce bu ifadeler atanmış değerlerin tersinin alındığı göz önünde bulundurulmalıdır. Yani yüksek mesleki kıdeme sahip (16 yıl ve üzeri) sağlık çalışanlarının stresli durumlara karşı tutumlarının, mesleklerine yeni başlayan kişilere göre daha olumlu olduğu yorumu yapılabilir.

#### 4.5.2.3 İşletme kıdemine göre ANOVA testi

İşletme kıdemi sorusuna ilişkin verilen cevaplar, birbiri ile karşılaştırılacak, anlamlı gruplar haline getirilebilmek için şu şekilde birleştirilmiştir: 1. Grup (0 – 1 yıl), 2. Grup (2 – 3 yıl), 3. Grup (4 – 6 yıl), 4. Grup (7 yıl ve üzeri).

**Tablo 4.19: Araştırmada kullanılan değişkenler ile işletme kıdemi değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları**

		Kareler Toplamı	Df	Ortalama Kare	F	Sig.
<b>Hasta Emniyeti</b>	Gruplar Arası	1,530	3	0,510	1,491	0,218
	Gruplar İçi	83,776	245	0,342		
	Toplam	85,305	248			
<b>İş Doyumu</b>	Gruplar Arası	7,406	3	2,469	3,341	<b>0,020</b>
	Gruplar İçi	181,033	245	0,739		

	Toplam	188,439	248			
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Gruplar Arası	1,105	3	0,368	0,617	0,604
	Gruplar İçi	146,169	245	0,597		
	Toplam	147,274	248			
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Gruplar Arası	3,168	3	1,056	1,668	0,174
	Gruplar İçi	155,109	245	0,633		
	Toplam	158,277	248			
<b>Stresi Tanımlama</b>	Gruplar Arası	10,838	3	3,613	3,346	<b>0,020</b>
	Gruplar İçi	264,533	245	1,080		
	Toplam	275,370	248			
<b>Çalışma Koşulları</b>	Gruplar Arası	13,558	3	4,519	4,287	<b>0,006</b>
	Gruplar İçi	258,284	245	1,054		
	Toplam	271,842	248			
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Gruplar Arası	1,458	3	0,486	0,936	0,424
	Gruplar İçi	127,162	245	0,519		
	Toplam	128,620	248			
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	2,251	3	0,750	0,815	0,486
	Gruplar İçi	225,428	245	0,920		
	Toplam	227,679	248			
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	3,564	3	1,188	1,595	0,191
	Gruplar İçi	182,524	245	0,745		
	Toplam	186,088	248			

**Tablo 4.20: Araştırmada kullanılan değişkenler ile işletme kıdemi değişkenine ait post hoc testi (Tamhane)**

	(I) İşletme Kıdemi	(J) İşletme Kıdemi	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
<b>Stresi Tanımlama</b>	0 – 1 yıl	2 – 3 yıl	0,30783	0,15484	0,258	-0,1046	0,7202
		4 – 6 yıl	-0,25705	0,18554	0,670	-0,7544	0,2403
		7+ yıl	-0,14276	0,23288	0,991	-0,7833	0,4977
	2 – 3 yıl	0 – 1 yıl	-0,30783	0,15484	0,258	-0,7202	0,1046
		4 – 6 yıl	<b>-0,56488*</b>	0,18422	0,017	-1,0593	-0,0705
		7+ yıl	-0,45059	0,23184	0,303	-1,0889	0,1877
	4 – 6 yıl	0 – 1 yıl	0,25705	0,18554	0,670	-0,2403	0,7544
		2 – 3 yıl	<b>0,56488*</b>	0,18422	0,017	0,0705	1,0593
		7+ yıl	0,11429	0,25337	0,998	-0,5763	0,8049
	7+ yıl	0 – 1 yıl	0,14276	0,23288	0,991	-0,4977	0,7833
2 – 3 yıl		0,45059	0,23184	0,303	-0,1877	1,0889	

		4 – 6 yıl	-0,11429	0,25337	0,998	-0,8049	0,5763
<b>Çalışma Koşulları</b>	0 – 1 yıl	2 – 3 yıl	<b>0,53084*</b>	0,16094	0,007	0,1020	0,9597
		4 – 6 yıl	0,02676	0,17544	1,000	-0,4430	0,4965
		7+ yıl	0,30086	0,21649	0,675	-0,2928	0,8945
		0 – 1 yıl	<b>-0,53084*</b>	0,16094	0,007	-0,9597	-0,1020
	2 – 3 yıl	4 – 6 yıl	<b>-0,50408*</b>	0,18091	0,037	-0,9886	-0,0196
		7+ yıl	-0,22997	0,22094	0,885	-0,8344	0,3745
		0 – 1 yıl	-0,02676	0,17544	1,000	-0,4965	0,4430
	4 – 6 yıl	2 – 3 yıl	<b>0,50408*</b>	0,18091	0,037	0,0196	0,9886
		7+ yıl	0,27410	0,23172	0,810	-0,3573	0,9055
		0 – 1 yıl	-0,30086	0,21649	0,675	-0,8945	0,2928
	7+ yıl	2 – 3 yıl	0,22997	0,22094	0,885	-0,3745	0,8344
		4 – 6 yıl	-0,27410	0,23172	0,810	-0,9055	0,3573

Tablo 4.19 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen değişkenler arasından hasta emniyet tutumlarının alt boyutlarından iş doyumunu ( $F=3,341$ ,  $p= 0,020$ ), stresi tanımlama ( $F=3,346$ ,  $p= 0,020$ ) ve çalışma koşulları ( $F=4,287$ ,  $p= 0,006$ ) alt boyutlarının işletme kıdemi gruplarına göre farklılaştığı görülmektedir. Bu tespit üzerine Tamhane post hoc testi uygulanmış ve iş doyumunu için hiçbir grubun birbirinden istatistiki olarak anlamlı bir derecede farklılaşmadığı görülmüştür. Stresi tanımlama boyutu ise kurumda 2 – 3 yıl arası görev yapmakta olan kişilerde 4 – 6 yıldır görev yapmakta olan kişilere göre daha düşük bir ortalamaya sahiptir. Bu durum kurumda çalışmanın getirdiği tecrübenin stres altındaki durumlardaki tutumlar üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu şeklinde yorumlanabilir. Fakat aynı etki diğer yaş gruplarında anlamlı bir seviyede farklılaşmamıştır. Çalışma koşulları boyutunun Tamhane test sonuçları incelendiğinde örgütte 4 – 6 yıldır görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının 2 – 3 yıldır görev yapmakta olanlara göre daha olumlu çalışma koşulları tutumlarına sahip oldukları görülmektedir. Burada ölçekte yer alan çalışma koşulları ifadelerinde negatif yüklü maddelerin yer aldığını ve bu maddelere atfedilen değerlerin analizlere katılmadan önce tersinin alındığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun tersine, yapılan post hoc analizlerinde örgütte 0 – 1 yıldır çalışmakta olan sağlık çalışanları da 2 – 3 yıldır görev yapmakta olanlara göre daha pozitif çalışma koşulları tutumlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durum örgütte 0 – 1 yıl arası görev yapmakta olan çalışanlarının deneme, oryantasyon, eğitim sürecinde oldukları; dolayısıyla birimde yaşanmakta olan iletişim bozuklukları, kural ve prosedürlere uyum konularının henüz tam olarak idrakinde

olamayacakları; yine çalışma sürelerinin henüz işyerinde hayal kırıklığı ya da tükenmişlik yaşamak için çok kısa olması ile açıklanabilir.

#### 4.5.2.4 Eğitim durumuna göre ANOVA testi

Eğitim durumu sorusuna ilişkin verilen cevaplar, birbiri ile karşılaştırılacak, anlamlı gruplar haline getirilebilmek için şu şekilde birleştirilmiştir: Lise ve ön lisans, lisans, yüksek lisans, doktora.

**Tablo 4.21: Araştırmada kullanılan değişkenler ile eğitim durumu değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları**

		Kareler Toplamı	Df	Ortalama Kare	F	Sig.
<b>Hasta Emniyeti</b>	Gruplar Arası	0,673	3	0,224	0,621	0,602
	Gruplar İçi	91,469	253	0,362		
	Toplam	92,142	256			
<b>İş Doyumu</b>	Gruplar Arası	0,881	3	0,294	0,374	0,772
	Gruplar İçi	198,779	253	0,786		
	Toplam	199,661	256			
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Gruplar Arası	1,497	3	0,499	0,794	0,498
	Gruplar İçi	158,920	253	0,628		
	Toplam	160,417	256			
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Gruplar Arası	0,287	3	0,096	0,144	0,934
	Gruplar İçi	168,168	253	0,665		
	Toplam	168,455	256			
<b>Stresi Tanımlama</b>	Gruplar Arası	1,924	3	0,641	0,568	0,637
	Gruplar İçi	285,604	253	1,129		
	Toplam	287,527	256			
<b>Çalışma Koşulları</b>	Gruplar Arası	4,261	3	1,420	1,304	0,274
	Gruplar İçi	275,597	253	1,089		
	Toplam	279,859	256			
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Gruplar Arası	0,257	3	0,086	0,157	0,925
	Gruplar İçi	138,587	253	0,548		
	Toplam	138,844	256			
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	3,306	3	1,102	1,197	0,311
	Gruplar İçi	232,832	253	0,920		
	Toplam	236,138	256			



<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	1,385	3	0,462	0,600	0,616
	Gruplar İçi	194,757	253	0,770		
	Toplam	196,142	256			

Tablo 4.21 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen değişkenler arasından hiçbir değişkenin eğitim durumuna göre farklılaşmadığı görülmektedir.

#### 4.5.2.5 Çalışma birimine göre ANOVA testi

Anket çalışmasına katılan sağlık çalışanlarından, görev yapmakta oldukları birimi (Ameliyathane, Poliklinik, Yoğun Bakım, Yatan Hasta, Diğer) seçenekleri arasından seçmeleri istenmiştir. Verilen cevaplara göre yoğun bakım birimi düşük katılımdan dolayı (9), diğer grubuna dahil edilmiş ve farklılık analizleri bu şekilde gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 4.22: Araştırmada kullanılan değişkenler ile çalışma birimi değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları**

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Df</b>	<b>Ortalama Kare</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Hasta Emniyeti</b>	Gruplar Arası	4,386	3	1,462	4,148	<b>0,007</b>
	Gruplar İçi	83,876	238	0,352		
	Toplam	88,262	241			
<b>İş Doyumu</b>	Gruplar Arası	10,816	3	3,605	4,877	<b>0,003</b>
	Gruplar İçi	175,918	238	0,739		
	Toplam	186,734	241			
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Gruplar Arası	6,516	3	2,172	3,674	<b>0,013</b>
	Gruplar İçi	140,700	238	0,591		
	Toplam	147,216	241			
<b>Yönetim Anlayışı</b>	Gruplar Arası	4,047	3	1,349	2,036	0,109
	Gruplar İçi	157,675	238	0,663		
	Toplam	161,722	241			
<b>Stresi Tanımlama</b>	Gruplar Arası	4,967	3	1,656	1,536	0,206
	Gruplar İçi	256,557	238	1,078		
	Toplam	261,523	241			
<b>Çalışma Koşulları</b>	Gruplar Arası	2,222	3	0,741	,733	0,533
	Gruplar İçi	240,474	238	1,010		

	Toplam	242,697	241			
<b>Hata Yönetimi İklimi</b>	Gruplar Arası	3,236	3	1,079	1,998	0,115
	Gruplar İçi	128,519	238	0,540		
	Toplam	131,755	241			
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	7,658	3	2,553	2,800	<b>0,041</b>
	Gruplar İçi	217,013	238	0,912		
	Toplam	224,671	241			
<b>Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik</b>	Gruplar Arası	5,592	3	1,864	2,497	0,060
	Gruplar İçi	177,687	238	0,747		
	Toplam	183,279	241			

**Tablo 4.23: Araştırmada kullanılan değişkenler ile çalışma birimi değişkenine ait post hoc testi (Tamhane)**

	(I) Çalışma Birimi	(J) Çalışma Birimi	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
<b>Hasta Emniyeti</b>	Ameliyathane	Poliklinik	0,27537	0,12152	0,159	-0,0597	0,6105
		Yatan Hasta	<b>0,49432*</b>	0,12017	0,001	0,1628	0,8258
		Diğer	0,31461	0,11349	0,052	-0,0017	0,6309
	Poliklinik	Ameliyathane	-0,27537	0,12152	0,159	-0,6105	0,0597
		Yatan Hasta	0,21896	0,10572	0,219	-0,0634	0,5013
		Diğer	0,03924	0,09807	0,999	-0,2229	0,3014
	Yatan Hasta	Ameliyathane	<b>-0,49432*</b>	0,12017	0,001	-0,8258	-0,1628
		Poliklinik	-0,21896	0,10572	0,219	-0,5013	0,0634
		Diğer	-0,17971	0,09639	0,328	-0,4366	0,0772
	Diğer	Ameliyathane	-0,31461	0,11349	0,052	-0,6309	0,0017
		Poliklinik	-0,03924	0,09807	0,999	-0,3014	0,2229
		Yatan Hasta	0,17971	0,09639	0,328	-0,0772	0,4366
<b>İş Doyumu</b>	Ameliyathane	Poliklinik	<b>0,62140*</b>	0,17460	0,006	0,1385	1,1043
		Yatan Hasta	<b>0,81479*</b>	0,17517	0,000	0,3310	1,2986
		Diğer	<b>0,53832*</b>	0,16771	0,017	0,0716	1,0050
	Poliklinik	Ameliyathane	<b>-0,62140*</b>	0,17460	0,006	-1,1043	-0,1385
		Yatan Hasta	0,19339	0,14947	0,734	-0,2057	0,5925
		Diğer	-0,08307	0,14066	0,992	-0,4588	0,2926
	Yatan Hasta	Ameliyathane	<b>-0,81479*</b>	0,17517	0,000	-1,2986	-0,3310
		Poliklinik	-0,19339	0,14947	0,734	-0,5925	0,2057
		Diğer	-0,27647	0,14137	0,275	-0,6532	0,1002
	Diğer	Ameliyathane	<b>-0,53832*</b>	0,16771	0,017	-1,0050	-0,0716
		Poliklinik	0,08307	0,14066	0,992	-0,2926	0,4588

		Yatan Hasta	0,27647	0,14137	0,275	-0,1002	0,6532
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Ameliyathane	Poliklinik	<b>0,42822*</b>	0,14122	0,023	0,0405	0,8160
		Yatan Hasta	<b>0,61147*</b>	0,15010	0,001	0,2026	1,0203
		Diğer	<b>0,36047*</b>	0,12943	0,049	0,0009	0,7201
	Poliklinik	Ameliyathane	<b>-0,42822*</b>	0,14122	0,023	-0,8160	-0,0405
		Yatan Hasta	0,18326	0,14049	0,726	-0,1918	0,5583
		Diğer	-0,06774	0,11816	0,993	-0,3837	0,2482
	Yatan Hasta	Ameliyathane	<b>-0,61147*</b>	0,15010	0,001	-1,0203	-0,2026
		Poliklinik	-0,18326	0,14049	0,726	-0,5583	0,1918
		Diğer	-0,25100	0,12863	0,279	-0,5943	0,0923
	Diğer	Ameliyathane	<b>-0,36047*</b>	0,12943	0,049	-0,7201	-0,0009
		Poliklinik	0,06774	0,11816	0,993	-0,2482	0,3837
		Yatan Hasta	0,25100	0,12863	0,279	-0,0923	0,5943
<b>Dönüşümsel Liderlik</b>	Ameliyathane	Poliklinik	<b>0,68307*</b>	0,18045	0,002	0,1917	1,1744
		Yatan Hasta	<b>0,52431*</b>	0,16580	0,016	0,0701	0,9785
		Diğer	<b>0,65091*</b>	0,16266	0,001	0,2044	1,0974
	Poliklinik	Ameliyathane	<b>-0,68307*</b>	0,18045	0,002	-1,1744	-0,1917
		Yatan Hasta	-0,15876	0,17073	0,927	-0,6151	0,2976
		Diğer	-0,03215	0,16768	1,000	-0,4805	0,4162
	Yatan Hasta	Ameliyathane	<b>-0,52431*</b>	0,16580	0,016	-0,9785	-0,0701
		Poliklinik	0,15876	0,17073	0,927	-0,2976	0,6151
		Diğer	0,12661	0,15181	0,956	-0,2778	0,5311
	Diğer	Ameliyathane	<b>-0,65091*</b>	0,16266	0,001	-1,0974	-0,2044
		Poliklinik	0,03215	0,16768	1,000	-0,4162	0,4805
		Yatan Hasta	-0,12661	0,15181	0,956	-0,5311	0,2778

Tablo 4.22 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen değişkenler arasından bütünsel olarak hasta emniyet tutumlarının ( $F=4,148$ ,  $p= 0,007$ ), alt boyutlarından iş doyumunun ( $F=4,877$ ,  $p= 0,003$ ), ekip çalışması ve güvenlik ikliminin ( $F=3,674$ ,  $p= 0,013$ ) ve liderlik tarzlarından dönüşümsel liderliğin ( $F=2,800$ ,  $p= 0,041$ ) çalışma birimlerine göre farklılaştığı görülmektedir. Bu tespit üzerine analize Tamhane post hoc testi ile devam edilmiştir. Test sonuçları ameliyathane biriminin farklılık analizinde anlamlı çıkan değişkenlerde ön plana çıktığını ve diğer birimlere göre daha yüksek ortalama değerlerine sahip olduğunu göstermektedir. Bütünsel olarak hasta emniyetinde ameliyathane biriminde çalışan sağlık çalışanları yatan hasta biriminde çalışanlara göre daha olumlu tutumlar sergilemektedir (Ortalama Farkı= 0,49432,  $p=0,001$ ). Hasta emniyet tutumları alt boyutlarından iş doyumunun Tamhane test sonuçları

incelendiğinde, yine ameliyathane birimi skorlarının öncelikle yatan hasta (Ortalama Farkı= 0,81479, p=0,000), sonra poliklinik (Ortalama Farkı= 0,62140, p=0,006), son olarak da diğer birim (Ortalama Farkı= 0,53832, p=0,017) skorlarından daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Diğer bir alt boyut olan ekip çalışması ve güvenlik ikliminde de benzer sonuçlar bulgulanmıştır. Ameliyathane biriminin sonuçları yatan hasta birimine göre (Ortalama Farkı= 0,61147, p=0,001), poliklinik birimlerine göre (Ortalama Farkı= 0,42822, p=0,023) ve diğer birimlere göre (Ortalama Farkı= 0,36047, p=0,049) daha yüksektir. Liderlik tarzlarında salt dönüşümsel liderlik tarzı algısı da çalışma birimlerine göre farklılık göstermektedir. Ameliyathane birimindeki sağlık çalışanlarının dönüşümsel liderlik algısı poliklinik biriminde çalışanlara göre (Ortalama Farkı= 0,68307, p=0,002), diğer birimlerde çalışan sağlık personellerine göre (Ortalama Farkı= 0,65091, p=0,001) ve yatan hasta görevlilerine göre (Ortalama Farkı= 0,52431, p=0,016) daha yüksektir.

#### 4.5.2.6 Hastaneye göre ANOVA testi

Farklılık analizinde son basamak olarak, çalışmanın gerçekleştirildiği üç hastane arasında değişkenlere ilişkin anlamlı bir farklılık olup olmadığı test edilmiştir. Burada gizlilik esnasından dolayı hastaneler A, B, C şeklinde adlandırılacaktır.

**Tablo 4.24: Araştırmada kullanılan değişkenler ile hastane değişkenine ait ANOVA analiz sonuçları**

		Kareler Toplamı	Df	Ortalama Kare	F	Sig.
<b>Hasta Emniyeti</b>	Gruplar Arası	3,417	2	1,708	4,906	<b>0,008</b>
	Gruplar İçi	88,799	255	0,348		
	Toplam	92,216	257			
<b>İş Doyumu</b>	Gruplar Arası	2,862	2	1,431	1,845	0,160
	Gruplar İçi	197,810	255	0,776		
	Toplam	200,672	257			
<b>Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</b>	Gruplar Arası	5,018	2	2,509	4,112	<b>0,017</b>
	Gruplar İçi	155,615	255	0,610		
	Toplam	160,634	257			

Yönetim Anlayışı	Gruplar Arası	3,617	2	1,809	2,790	0,063
	Gruplar İçi	165,298	255	0,648		
	Toplam	168,916	257			
Stresi Tanımlama	Gruplar Arası	,606	2	0,303	0,268	0,765
	Gruplar İçi	288,332	255	1,131		
	Toplam	288,938	257			
Çalışma Koşulları	Gruplar Arası	4,931	2	2,465	2,267	0,106
	Gruplar İçi	277,305	255	1,087		
	Toplam	282,236	257			
Hata Yönetimi İklimi	Gruplar Arası	,811	2	0,405	0,747	0,475
	Gruplar İçi	138,307	255	0,542		
	Toplam	139,118	257			
Dönüşümsel Liderlik	Gruplar Arası	4,007	2	2,004	2,200	0,113
	Gruplar İçi	232,204	255	0,911		
	Toplam	236,212	257			
Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	Gruplar Arası	1,002	2	0,501	0,653	0,522
	Gruplar İçi	195,722	255	0,768		
	Toplam	196,724	257			

**Tablo 4.25: Araştırmada kullanılan değişkenler ile hastane değişkenine ait post hoc testi (Tamhane)**

	(I) Hastane	(J) Hastane	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Hasta Emniyeti	A	B	<b>-0,25768*</b>	0,09183	0,017	-0,4799	-0,0354
		C	-0,18809	0,08306	0,074	-0,3893	0,0131
	B	A	<b>0,25768*</b>	0,09183	0,017	0,0354	0,4799
		C	0,06959	0,09955	0,864	-0,1717	0,3109
	C	A	0,18809	0,08306	0,074	-0,0131	0,3893
		B	-0,06959	0,09955	0,864	-0,3109	0,1717
Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi	A	B	<b>-0,33181*</b>	0,11722	0,016	-0,6151	-0,0485
		C	-0,16321	0,10657	0,337	-0,4208	0,0944
	B	A	<b>0,33181*</b>	0,11722	0,016	0,0485	0,6151
		C	0,16860	0,12129	0,423	-0,1254	0,4626
	C	A	0,16321	0,10657	0,337	-0,0944	0,4208
		B	-0,16860	0,12129	0,423	-0,4626	0,1254

Tablo 4.24'te görüleceği gibi bütünsel olarak hasta emniyet tutumları ve alt boyutlarından ekip çalışması ve güvenlik iklimi hastane bazında farklılaşan 2 değişkendir. Tablo 4.25'te bu tespit üzerine hesaplanan Tamhane analiz sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre B hastanesi A hastanesinden hem bütünsel olarak hasta emniyet tutumlarında (Ortalama Farkı= 0,25768, p=0,017) hem de alt boyutu ekip çalışması ve güvenlik alt boyutunda (Ortalama Farkı= 0,33181, p=0,016) daha yüksek performans göstermektedir.



## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu tez çalışması sağlık kurumlarında algılanan hata yönetimi iklimi ile hasta emniyet davranışlarına ilişkin tutumlar arasında anlamlı bir ilişkiyi ve pozitif yönlü etkiyi göstermektedir. Bu özelliği ile alanyazında Thomas'ın (2004), Van Dyck ve diğerlerinin (2005), Solis-Trapala ve diğerlerinin (2007), Dağdeviren ve Yüksel'in (2008), Cigularov ve diğerlerinin (2010), Huang ve diğerinin (2010) ve Guchait ve diğerlerinin (2012) konu ile ilgili çalışmalarını desteklemektedir. Bu sonuç pozitif bir hata yönetimi ikliminin hasta emniyetini artırıcı etkisi olacağı hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırma sonuçlarından elde edilen, hatalardan öğrenme, hatalar üzerinde düşünme, hata yeterliği, hata iletişimi unsurlarından oluşan hata yönetimi ikliminin hasta emniyeti üzerindeki olumlu etkisi, sağlık örgütlerinin hata yönetim sistemlerini hasta emniyetini artırmaya yönelik olarak yeniden tasarımları gerektiğini öneren McConaughy'in (2008) çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Helmreich'in 1998 yılında yayınladığı makalesinde de belirttiği ve bu tez çalışmasının da bulguladığı gibi hata yönetiminin örgütsel kültürün içine dahil edildiği durumlarda, hasta emniyetine dair negatif etkiler de telafi edilmiş olur.

Hasta emniyet tutumları alt boyutlarından iş doyumunu ve yönetim anlayışı ile örgütte algılanan hata yönetimi iklimi arasındaki pozitif ve anlamlı ilişki Fernández'in (2007) hata yönetim sistemleri, farkındalık, emniyetin önemi, motivasyon ve bağlılık arasında kurduğu ilişkiyi destekler niteliktedir. Bunun yanında hasta emniyetinin negatif ifadeler içeren iki alt boyutu olan stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasındaki pozitif korelasyon da oldukça anlamlıdır.

Araştırmada elde edilen önemli bir sonuç ise etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik tarzlarının algısı ile ilgilidir. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinalinde dönüşümsel liderlik tarzına atfedilen duygusal ve etik etmenleri ağır basan ifadeler tek bir faktör; bunun dışındaki hem etkileşimsel hem de dönüşümsel liderlik tarzlarına ait, iş ve süreç odaklı ifadeler ise ayrı bir faktör altında toplanmıştır. Bu durum kültürel bir

sonuç olarak değerlendirilmektedir. Zira Sargut (2015), Türk insanının süreç odaklı olduğunu, örgütsel yaşamda sürekli liderinin gözetiminde olmayı beklediğini ifade etmektedir. Bu nedenle araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının duygusal, etik, değerler ve ekip iyiliği üzerine olan atıfları; iş ve süreç odaklı ifadelerden ayırdığı düşünülebilir. Nitekim yapılan etki analizleri sonucunda da salt dönüşümsel liderliğin hasta emniyeti üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ama dönüşümsel ve etkileşimsel liderliğin pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. Her ne kadar Bass ve Avolio'ya (1999) göre günümüz iş dünyasında dönüşümsel liderlik tarzı pazar koşulları ve işgücünün değişen yapısı ile normatif bir teori olarak görülse; bu ortamda daha verimli ve etkin olmak isteyen örgütlerin dönüşümsel liderlik tarzına sahip olan liderlere yer vermeleri gerekse, etkileşimsel liderliğin getirdiği yaklaşımlara ise daha az ağırlık vermeleri önerilse de; Türkiye'deki sağlık çalışanlarının daha süreç ve kontrol odaklı etkileşimsel liderlik tarzında, daha pozitif emniyet tutumları sergiledikleri düşünülebilir. Her ne kadar salt dönüşümsel liderliğin bütünsel olarak hasta emniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulgulanmamış olsa da, alt boyutlarından iş doyumunu üzerinde anlamlı ve pozitif yönde bir etkisi bulunmuştur. Bu durum değerlere, etik kuralara, duygulara önem ve öncelik veren liderlik tarzının algılandığı bir ortamda iş doyumunun da yükseleceği şeklinde yorumlanabilir.

Öte yandan araştırmada ele alınan değişkenler demografik faktörlerin etkisi altında kalabilirler ve bu faktörlere göre değişiklik gösterebilirler. Bu nedenle kavramlar ele alınırken demografik faktörlerin etki dereceleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırma sonuçları cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yaş grubuna göre farklılık göstermemektedir. Bu durum Siu ve diğerleri tarafından 2003 yılında yapılan ve sağlık ve havacılık gibi yüksek risk grubunda yer alan inşaat sektöründeki çalışanların yaş grupları yükseldikçe emniyete ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu sonucuna dayanan araştırmasını desteklememektedir. Pek tabii burada sektör ve kültür farklılıkları ile araştırmaların sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca hasta emniyet tutumlarının eğitim durumuna göre farklılaşmaması, eğitimin hasta emniyeti üzerinde etkisi olmadığı şeklinde yorumlanmamalıdır. Aron ve Headrick'in 2002 yılında yayınladıkları makalelerinde de ele aldıkları gibi olumlu bir hata yönetimi iklimi ve dolayısıyla pozitif hasta emniyeti tutumlarının önündeki en büyük engellerden biri,



sağlık çalışanları yetiştiren kurumlarda teknik ve teorik konularda mükemmellik yakalanmaya çalışılırken, hata yönetiminden ziyade hata önleme ve suçlama, gizleme kültürünün oluşturulmasıdır. Bu sağlık eğitimindeki çalışmalarda bütünsel olarak ele alınması gereken bir konudur. Bu çalışmada sadece farklı eğitim seviyelerindeki katılımcıların tutum farklılıkları irdelenmiştir.

Araştırmada yönetici grubunun çalışan grubuna göre hasta emniyetinin stresi tanımlama alt boyutu daha yüksek çıkmıştır. Bu sonucun paralelinde mesleki kıdemi 16 yıl ve üzeri olan katılımcıların, meslekte henüz sıfır ila 3 yılını doldurmuş katılımcılara göre stresi tanımlama tutumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu iki bulguyu destekler nitelikte elde edilen bir diğer sonuç da mevcut kurumdaki çalışma süresi 4 – 6 yıl arasında olan sağlık çalışanları, 2 – 3 yıl olan çalışanlardan stresi tanımlama boyutu kapsamında daha olumlu bir tutum sergilemektedir. Tüm bu bulgular tecrübe ve kıdem arttıkça sağlık çalışanlarının ya da yöneticilerinin acil durumlarda, yorgunlukla başa çıkmada, kişisel problemlerini işe yansıtılmada, problemleri dile getirmede daha olumlu bir tutum sergiledikleri olarak yorumlanabilir. Tüm bu farklılık analizi bulgular, işyerindeki statü, meslekteki ve işyerindeki kıdemin stresi tanımlama üzerindeki pozitif yansımalarının bir sonucudur.

Araştırmanın bir diğer dikkate değer çıktısı da ameliyathane birimi için farklılaşan sonuçlardır. Ameliyathanede çalışan sağlık çalışanlarının bütünsel hasta emniyet tutumları yatan hasta biriminde çalışanlara göre yüksek çıkmıştır. Ameliyathaneler McCulloch ve diğerlerinin (2009) de belirttiği gibi risk oranının en yüksek olduğu ve dolayısıyla hasta emniyetinin kritik bir önem taşıdığı birimlerdir. Flin ve diğerlerinin 2003 yılında yayınladıkları makalede de üzerinde durdukları gibi, ameliyathanelerde gerçekleşen hataların sebepleri araştırıldığında liderlik, karar verme süreci, ekip koordinasyonu gibi teknik olmayan faktörlerin ameliyathanelerdeki hata yönetiminde önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre hasta emniyet tutumlarına ilişkin ameliyathane biriminin farklılaşması, araştırmanın yürütüldüğü özel zincir hastaneler grubunda ameliyathanelerin hasta emniyeti açısından kritik öneminin fark edildiği ve buna göre hatalara karşı teknik olmayan becerileri geliştirmeye yönelik gerekli adımların atıldığı olarak yorumlanabilir. Nitekim teknik olmayan beceriler

kapsamında incelenebilecek ekip çalışması ve güvenlik iklimi boyutunda da ameliyathane birimindeki sağlık çalışanlarının yatan hasta, poliklinik ve diğer birimlere kıyasla daha pozitif tutumlar sergiledikleri araştırmanın bir diğer değerli sonucudur. Catchpole ve diğerlerinin (2007) de belirttikleri gibi sağlık sektöründe ekiplerin resmi olarak becerilerini geliştirici yöntemlerle eğitilmesi, hasta emniyetinde ölümcül hataların alt zeminini oluşturabilecek faktörlerin engellemesi açısından çok önemlidir. 1994 yılında sağlık sektöründe başlayan, havacılıktaki ekip kaynak yönetiminden devşirilen eğitimler, günümüzde özellikle ameliyathanelerde, anestezi departmanlarında, acillerde, yoğun bakım ünitelerinde ve doğum ünitelerinde havacılıkta olduğu kadar resmi ve zorunlu olmasa da aktif olarak uygulandığı bilinmektedir (McConaughy 2008, s. 96). Araştırma sonuçlarını tutarlı bir şekilde yorumlayabilmek adına, analizler gerçekleştirildikten sonra araştırmanın yürütüldüğü şubelerde ameliyathanelere özel, ekip çalışmasını geliştirmek adına, sistematik bir eğitim programının varlığı sorgulanmıştır ve hastane yönetimi tarafından doğrulanmıştır. Hatta Flanagan ve diğerlerinin 2004 yılında yayınladıkları çalışmalarında ameliyathane özelinde önerdikleri simülasyonların araştırmanın gerçekleştirildiği şubelerde düzenli periyotlarda uygulandığı bilgisi alınmıştır. Bu eğitim programlarının hasta emniyeti ve alt boyutu ekip çalışması ve güvenlik iklimine pozitif etkisi açıkça görülmektedir. Ameliyathane biriminin farklılaştığı diğer bir konu da, iş doyumunu tutumlarıdır. Ameliyathane çalışanları yatan hasta, poliklinik ve diğer birimlere nazaran daha fazla iş doyumunu tutumunu sergilemektedir. Ameliyathane biriminin performans yönetimi, kuruma aidiyet duygusu, birimdeki ekipman ve çalışan yeterliliği, karar verme mekanizması ve bilgi akışı gibi konularda diğer birimlerden pozitif yönde ayrıştığı görülmektedir. Bu durum da ameliyathanelerin hastane yönetiminin sistematik olarak odaklandığı birimler olduğu yorumunu desteklemektedir. Alanyazında ameliyathanelerde hasta emniyetine etkili olduğu belirtilen diğer iki faktör de özellikle cerrahların dahil edildiği belirli periyotlarda gerçekleştirilen, standardize edilmiş iletişim, transfer protokolleri (Pronovost ve diğ. 2003, s. 17) ile öğrenme sürecine dahil edilen raporlama süreçleridir (Solis-Trapala ve diğ. 2007, s. 12). Hastane yönetiminde iletişim protokollerinin ve standardize edilmiş raporlama mekanizmalarının varlığı teyit edilmiştir, fakat bu protokol ve sistemlerin öğrenme sürecine ne kadar entegre edildiği başka bir araştırmanın konusudur. Ameliyathanelerin diğer birimlerden farklılaştığı bir

diğer konu da algılanan dönüşümsel liderlik tarzıdır. Ameliyathane birimindeki sağlık çalışanlarının dönüşümsel liderlik tarzı algılarının poliklinik, yatan hasta ve diğer birimlerden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bu durum iş doyumunu da artırıcı bir faktör olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta emniyetinin diğer alt boyutlarının aksine iş doyumuna salt dönüşümsel liderlik tarzından pozitif etkilenen tek boyuttur.

Araştırma sonuçları hastane bazında da farklılık göstermiştir. Bu durum alanyazın ile de desteklenmektedir. Zira Champoux ve Brun (2003) hasta emniyet kültürünün hem aynı hastanenin farklı birimlerinde, ki bir önceki bölümde ameliyathanelerin farklılaştıkları konular ele alınmıştı, hem de hastaneler arasında farklılaşabileceğini belirtmişlerdir. Bu araştırmaya dahil edilen üç hastanenin ikisinde hasta emniyet tutumları ve ekip çalışması ve güvenlik iklimine ilişkin farklılıklar gözlemlenmiştir. Burada Deilkås ve Hofoss'un da belirttiği gibi (2010) hem aynı hastanenin içindeki bireylerde hem de hastaneler arasında farklılık gösteren hasta emniyetini iyileştirmeye yönelik her türlü girişim bireysel seviyede olmalıdır.

Değerlendirmelerin özel bir zincir hastanenin üç şubesinin sağlık çalışanları bağlamında değerlendirilip genelleme yapılmasının olanaksız olduğu göz önünde bulundurulması ve sağlık sektöründe daha geniş örneklemeler ile çalışmanın uygulanmasında fayda olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın, Türkiye'de şimdiye kadar üzerinde çalışılmamış hasta emniyeti ve hata yönetimi iklimi kavramlarının algılanan liderlik tarzı ile birlikte ele alınması açısından alanyazına katkı sağlayarak bundan sonra araştırma yapabilecek araştırmacılar için faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

## KAYNAKÇA

### *Kitaplar*

- Burns, J. M., 2003. *Transforming leadership: A new pursuit of happiness*. New York: Atlantic Monthly Press.
- Büyüköztürk, Ş., 2010. *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Çelik, V., 2003. *Eğitimsel liderlik*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Eren, E., 1993. *Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Hoy, W. K. & Miskel, C. G., 2010. *Eğitim yönetimi*. S. Turan (Çev.), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karasar, N., 2010. *Bilimsel Araştırma Yöntemi-Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. 21.Basım. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Karatay, M., 2009. *Araştırmada Örnekleme*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi. 1 – 9.
- Northouse, P. G., 2007. *Leadership: Teory and practice*. California: Sage.
- Orhunbilge, N., 2010. *Çok Değişkenli İstatistik Yöntemler*. İstanbul : İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını.
- Raykov, T., Gargoulides, G.A., 2012. *An introduction to applied multivariate analysis*. New York-London: Routledge.
- Tekarslan, E., Kılınç, T., Şencan, H. ve Baysal, C., 2000. *Davranışların sosyal psikolojisi*. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi. Yayın No: 278, ss. 197-212.

## *Sürelî Yayınlar*

- Akalın, K. H., 2015. Burjuvanın ekonomik etkinliğindekarizmatik nedensellik olarak kalvinist ideal tipi. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*. **7**, ss. 77-91.
- Aktaş, H. & Şimşek, E., 2014. Örgütsel sessizlik ile algılanan bireysel performans, örgüt kültürü ve demografik değişkenler arasındaki etkileşim. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*. (28), ss. 24-52.
- Ali, A. & Balci, Y., 2009. Genel liselerde örgütsel bağlılık ve dönüşümsel liderlik. *NWSA: Education Sciences*. **4**(4), ss. 1468-1480.
- Aron, D. & Headrick, L., 2002. Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. *Quality and safety in health care*. **11**(2), pp. 168-173.
- Avolio, B.J., Bass, B.M. & Jung, D.I., 1999. Re-examining the Components of Transformational and Transactional Leadership Using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. **72**(4), pp. 441-462.
- Aydın, A., Sarier, Y. & Uysal, Ş., 2013. Okul müdürlerinin liderlik stillerinin, öğretmenlerin örgütsel bağlılığına ve iş doyumuna etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. **13**(2), ss. 795-811.
- Bakan, İ. & Büyükbeşe, T., 2010. Liderlik türleri ve güç kaynakları na ilişkin mevcut gelecek durum karşılaştırması: eğitim kurumu yöneticilerinin algılarına dayalı bir alan araştırması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*.**12**(19), ss. 73-84.
- Baker, D., Day, R. & Salas, E., 2006. Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services research*. **41**(4p2), pp. 1576-1598.
- Barbuto, J.E., 2005. Motivation and Transactional, Charismatic, and Transformational Leadership: A Test of Antecedents. *Journal of Leadership and Organizational Studies*. **11**(4), pp. 26-40.
- Bass, B.M., 1997. Does the Transactional/Transformational Leadership Transcend Organizational and National Boundaries?. *American Psychologist*. **52**(2), pp. 130-139.
- Bass, B. M. & Avolio, B. J., 1992. Developing Transformational Leadership. *Journal of European Industrial Training*. **14**(5), pp. 21-27.
- Beaubien, J. & Baker, D., 2004. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go?. *Quality and safety in health care*. **13**(suppl 1), pp. i51-i56.

- Bodur, S. & Filiz, E., 2009. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International journal for quality in health care*. **21**(5), pp. 348-355.
- Cacciabue, P. C. & Vella, G., 2010. Human factors engineering in healthcare systems: The problem of human error and accident management. *International journal of medical informatics*. **79**(4), pp. e1-e17.
- Catchpole, K. R., Giddings, A. E., Wilkinson, M., Hirst, G., Dale, T. & de Leval, M. R., 2007. Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. *Surgery*. **142**(1), pp. 102-110.
- Champoux, D. & Brun, J. P., 2003. Occupational health and safety management in small size enterprises: an overview of the situation and avenues for intervention and research. *Safety Science*. **41**(4), pp. 301-318.
- Chillarege, K. A., Nordstrom, C. R. & Williams, K. B., 2003. Learning from our mistakes: Error management training for mature learners. *Journal of business and psychology*. **17**(3), pp. 369-385.
- Chu-Weininger, M. Y. L., Wueste, L., Lucke, J. F., Weavind, L., Mazabob, J. & Thomas, E. J., 2010. The impact of a tele-ICU on provider attitudes about teamwork and safety climate. *Quality and safety in health care*. **19**(6), pp. e39-e39.
- Cigularov, K. P., Chen, P. Y. & Rosecrance, J., 2010. The effects of error management climate and safety communication on safety: A multi-level study. *Accident Analysis & Prevention*. **42**(5), pp. 1498-1506.
- Conger, J.A. & Kanungo, R.N., 1987. Toward a Behavioral Theory of Charismatic Leadership in Organizational Settings. *Academy of Management Review*. **12**(4), pp. 637- 647.
- Demir, H. & Okan, T., 2008. Etkileşimsel ve Dönüşümsel Liderlik: Bir Ölçek Geliştirme Denemesi. *Yönetim*. **19**(61), ss. 72 - 90
- Dağdeviren, M. & Yüksel İ., 2008. Developing a fuzzy analytic hierarchy process (AHP) model for behavior-based safety management. *Information Sciences*. **178**(6), pp. 1717-1733.
- Eraslan, L., 2006. Liderlikte post-modern bir paradigma: dönüşümsel liderlik. *International Journal of Human Sciences*. **1**(1).
- Fernández-Muñiz, B., Montes-Peón, J. M. & Vázquez-Ordás, C. J., 2007. Safety management system: Development and validation of a multidimensional scale. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*. **20**(1), pp. 52-68.
- Firth-Cozens, J. & Mowbray, D., 2001. Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*. **10**(suppl 2), pp. ii3-ii7.

- Flanagan, B., Nestel, D. & Joseph, M., 2004. Making patient safety the focus: crisis resource management in the undergraduate curriculum. *Medical education*. **38**(1), pp. 56-66.
- Flin, R., 2007. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. **45**(6), pp. 653-667.
- Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A. & Patey, R., 2003. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*. **58**(3), pp. 233-242.
- Flin, R. & Yule, S., 2004. Leadership for safety: industrial experience. *Quality and safety in health care*. **13**(suppl 2), pp. ii45-ii51.
- Gershon, R. R., Stone, P. W., Bakken, S. & Larson, E. 2004. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *Journal of Nursing Administration*. **34**(1), pp. 33-40.
- Goodman, G. R., 2003. A fragmented patient safety concept: the structure and culture of safety management in healthcare. *Hospital topics*. **81**(2), pp. 22-29.
- Greenberg, C. C., Regenbogen, S. E., Studdert, D. M., Lipsitz, S. R., Rogers, S. O., Zinner, M. J. & Gawande, A. A., 2007. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*. **204**(4), pp. 533-540.
- Guchait, P., Kim, M. G. & Namasivayam, K., 2012. Error management at different organizational levels—Frontline, manager, and company. *International Journal of Hospitality Management*. **31**(1), pp. 12-22.
- Hales, B. M. & Pronovost, P. J., 2006. The checklist—a tool for error management and performance improvement. *Journal of critical care*. **21**(3), pp. 231-235.
- Harms-Ringdahl, L., 2004. Relationships between accident investigations, risk analysis, and safety management. *Journal of Hazardous materials*. **111**(1), pp. 13-19.
- Helmreich, R. L. & Davies, J. M., 2004. Culture, threat, and error: lessons from aviation. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*. **51**, pp. R1-R4.
- Howell, J.M. & Avolio, B.J., 1993. Transformational Leadership, Transactional Leadership, Locus of Control, and Support for Innovation: Key Predictor of Consolidated-Business-Unit Performance. *Journal of Applied Psychology*. **78**(6), pp. 891-902.
- Huang, D. T., Clermont, G., Long, L., Weissfeld, L. A., Sexton, J. B., Rowan, K. M. & Angus, D. C., 2010. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International journal for quality in health care*. **22**(3), pp. 151-161.

- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., Lawrence, D., Morath, J., O'leary, D., O'Neill, P., Pinakiewicz, D. & Isaac, T., 2009. Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality and safety in health care*. **18**(6), pp. 424-428.
- Manser, T., 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. **53**(2), pp. 143-151.
- Mccoll, K., Janet R. & Anderson, R. D., 2002. Impact of Leadership Style and Emotions on Subordinate Performance. *The Leadership Quarterly*. **13**, pp. 545-559.
- McConaughy, E., 2008. Crew resource management in healthcare: the evolution of teamwork training and MedTeams®. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. **22**(2), pp. 96-104.
- 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. *Quality and safety in health care*. **18**(2), pp. 109-115.
- McDonald, N., Corrigan, S., Daly, C. & Cromie, S., 2000. Safety management systems and safety culture in aircraft maintenance organisations. *Safety Science*. **34**(1), pp. 151-176.
- Menachemi, N., Saunders, C., Chukmaitov, A., Matthews M. C. & Brooks, R. G., 2006. Hospital adoption of information technologies and improved patient safety: a study of 98 hospitals in Florida. *Journal of healthcare management/American College of Healthcare Executives*. **52**(6), pp. 398- 410.
- Mohr, J. J., Abelson, H. T. & Barach, P., 2002. Creating effective leadership for improving patient safety. *Quality Management in Healthcare*. **11**(1), pp. 69-78.
- Musson, D. M. & Helmreich, R. L., 2004. Team training and resource management in health care: current issues and future directions. *Harvard Health Policy Review*. **5**(1), pp. 25-35.
- Naveh, E., Katz-Navon, T. & Stren, Z., 2005. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. *Management Science*. **51**(6), pp. 948-960.
- Nembhard, I. M. & Edmondson, A. C., 2006. Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*. **27**(7), pp. 941-966.
- Nieva, V. & Sorra, J., 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and safety in health care*. **12**(suppl 2), pp. ii17-ii23.



- Pfeffer, J., 1997. The Ambiguity of Leadership. *Academy of Management Review*. Pp. 104-112.
- Pronovost, P., Weast, B., Holzmüller, C. G., Rosenstein, B. J., Kidwell, R. P., Haller, K. B., Feroli, E. R., Sexton, J. B. & Rubin, H. R., 2003. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality and safety in health care*. **12**(6), pp. 405-410.
- Rahimi, M. (1995). Merging strategic safety, health and environment into Toplam quality management. *International Journal of Industrial Ergonomics*. **16**(2), pp. 83-94.
- Reiman, T., Pietikainen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2010. Multilayered approach to patient safety culture. *Quality and safety in health care*. qshc. 2008.029793.
- Shamir, B. & Howell, J.M., 1999. Organizational and Contextual Influences on the Emergence and Effectiveness of Charismatic Leadership. *Leadership Quarterly*. **10**(2), pp. 257-283.
- Siu, O.-I., Philips, D. R. & Leung, T., 2003. Age differences in safety attitudes and safety performance in Hong Kong construction workers. *Journal of Safety Research* **34**(2), pp.199-205.
- Solis-Trapala, I. L., Carthey, J., Farewell, V. T. & de Leval, M. R., 2007. Dynamic modelling in a study of surgical error management. *Statistics in medicine*. **26**(28), pp. 5189-5202.
- Stewart, J., 2006. Transformational leadership: An evolving concept examined through the works of Burns, Bass, Avolio, and Leithwood. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*. **54**, pp. 1-29.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., Neilands, T. B., Frankel, A. & Helmreich, R. L., 2005. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC health services research*. **5**(1), pp. 28.
- Thomas, M. J., 2004. Predictors of threat and error management: Identification of core nontechnical skills and implications for training systems design. *The international journal of aviation psychology*. **14**(2), pp. 207-231.
- Uribe, C., Schweikhart, S. & Pathak, D., 2002. Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. *J Health Manag.* **47**(4), pp.263-80.
- Yagil, D. (1998). Charismatic Leadership and Organizational Hierarchy: Attribution of Charisma to Close and Distant Leaders. *Leadership Quarterly* 9(2): 161-176.
- Van Dyck, C., Frese, M., Baer, M. & Sonnentag, S., 2005. Organizational error management culture and its impact on performance: a two-study replication. *Journal of Applied Psychology*. **90**(6), pp. 1228.

- Widmann, G., Stoffner, R. & Bale, R., 2009. Errors and error management in image-guided craniomaxillofacial surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. **107**(5), pp. 701-715.
- Wilson, J. M. & Koehn, E. E., 2000. Safety management: problems encountered and recommended solutions. *Journal of Construction Engineering and Management*. **126**(1), pp. 77-79.
- Yang, C.-C., Wang, Y.-S., Chang, S.-T., Guo, S.-E. & Huang, M.-F., 2009. A study on the leadership behavior, safety culture, and safety performance of the healthcare industry. *World Academy of Science, Engineering and Technology*. **53**, pp. 1148-1155.
- Zohar, D., 2002. The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*. **23**(1), pp. 75-92.
- Zohar, D., Livne, Y., Tenne-Gazit, O. & Donchin, Y., 2007. Healthcare climate: A framework for measuring and improving patient safety. *Critical care medicine*. **35**(5), pp. 1312-1317.

## *Diğer Yayınlar*

- ACSNI, 1993. Advisory Committee for the Safety of Nuclear Installations: *Human Factors Study Group Third Report: Organising for Safety*. HSE Books, Sheffield.
- Arslantaş, C. C. ve Pekdemir, I., 2007. Dönüşümsel liderlik, örgütsel vatandaşlık davranışı ve örgütsel adalet arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik görgül bir araştırma.
- Baker, D., Gustafson, S., Beaubien, J., Salas, E. & Barach, P., 2003. *Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation*. American Institutes for Research: Citeseer.
- Helmreich, R. L., 1998. *Error management as organisational strategy*. Proceedings of the IATA Human Factors Seminar, Citeseer.
- Maurino, C. D., 2005. *Threat and error management (TEM)*. Canadian Aviation Safety Seminar (CASS).
- US Department of Health and Human Services, 2003. Agency for Healthcare Research and Quality. *National Healthcare Quality Report*. Rockville, MD: AHRQ. AHRQ Pub. No. 04-RG003B.

## EKLER



## Ek A.1: Araştırmada kullanılan anket

Değerli Katılımcı;

“Hasta Emniyeti Tutumları ve Hata Yönetimi İklimi ile Algılanan Liderlik Tarzları Etkileşimi” konulu bir araştırma yürütmekteyiz. Sizden ricamız aşağıda verilen her bir ifadeyi gerçeği yansıtacak bir şekilde tam olarak değerlendirmenizdir.

Araştırmamıza ait veriler araştırmacı dışında kimse tarafından görölmeyecektir. Bireysel veya kurumsal hiçbir bilgi talep edilmemekte olup, veri çözümlene işlemleri biter bitmez tüm formlar imha edilecektir. Bu nedenle, lütfen bilgi formunun ve ölçeklerin üzerine adınızı yazmayınız.

Yoğun işleriniz arasında zaman ayırdığınız ve araştırmaya katkı sağladığınız için teşekkür eder, çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar dileriz.

İrem SERGER  
Bahçeşehir Üniversitesi Sağ.Bil.Ens.  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
[iremerkilic@hotmail.com](mailto:iremerkilic@hotmail.com)

Doç. Dr. Hakkı AKTAŞ  
İstanbul Üniversitesi İşl.Fak.  
Örgütsel Davranış ABD  
[hakki.aktas@istanbul.edu.tr](mailto:hakki.aktas@istanbul.edu.tr)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER													
1	Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/>	Kadın	<input type="checkbox"/>	Erkek								
2	Yaşınız												
3	Medeni Durum	<input type="checkbox"/>	Evli	<input type="checkbox"/>	Bekar								
4	Öğrenim Durumunuz	<input type="checkbox"/>	İlk öğretim	<input type="checkbox"/>	Lise	<input type="checkbox"/>	Ön Lisans	<input type="checkbox"/>	Lisans	<input type="checkbox"/>	Yüksek Lisans	<input type="checkbox"/>	Doktora
5	Mesleğiniz												
6	Çalıştığınız Hastane												
7	Branşınız	<input type="checkbox"/>	Acil Servis	<input type="checkbox"/>	Yoğun Bakım	<input type="checkbox"/>	Kardiyoloji	<input type="checkbox"/>	İç Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	Genel Cerrahi	<input type="checkbox"/>	Ruh Sağlığı
		<input type="checkbox"/>	Çocuk Sağlığı	<input type="checkbox"/>	Kadın Sağlığı	<input type="checkbox"/>	Radyoloji	<input type="checkbox"/>	Radyoterapi	<input type="checkbox"/>	Diğer, belirtiniz .....		
8	Çalışma Biriminiz	<input type="checkbox"/>	Ameliyathane	<input type="checkbox"/>	Yoğun Bakım	<input type="checkbox"/>	Yatan Hasta	<input type="checkbox"/>	Poliklinik	<input type="checkbox"/>	Diğer, belirtiniz .....		
9	Statü	<input type="checkbox"/>	Çalışan	<input type="checkbox"/>	Yönetici								
10	Mesleğinizi Kaç Yıldır İcra Ediyorsunuz												
11	Halen Bulduğunuz Hastane/ Kurumda Kaç Yıldır Çalışıyorsunuz												

S. NO	Aşağıda verilen her bir ifadeye ne ölçüde katılım sağladığınızı seçeneklerden sadece birisini işaretleyerek değerlendiriniz. Mevcut iş yerinizi ve ortamınızı düşünerek yanıtlayınız.	1= KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2= KATILMIYORUM	3= KARARSIZIM	4= KATILIYORUM	5= KESİNLİKLE KATILIYORUM
1.	Performansım hakkında geri bildirim alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Hastane yönetimi, işini iyi yapar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Bu hastanede, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Çalıştığım birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Çalıştığım birimde tıbbi ekipman – donanım yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Çalıştığım birimde hasta sayısını karşılayabilecek yeterli sayı ve nitelikte personel mevcuttur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Çalıştığım birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Çalıştığım birimde çalışanlar anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Çalıştığım birimde etik değerlere bağlılık esastır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Çalıştığım birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Bence, gerçekten profesyonel olan çalışanlar kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve işbirliği desteklenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Hasta emniyeti ile ilgili bir sorun olduğunda bunun rapor edilmesi teşvik edilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Çalıştığım birimde diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

21.	Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Çalıştığım birimde hasta güvenliği ile ilgili soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Çalıştığım birimde doktorlar ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	Çalıştığım birimde olay raporları ile ilgili bilgiler, hasta bakımının emniyetini sağlamada kullanılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Çalıştığım birimde güvenli raporlama sistemlerinden, hasta emniyetini geliştirmede yararlanılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Çalıştığım birimde hasta emniyetiyle ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Çalıştığım birimde gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Hasta emniyeti çalıştığım birimin önceliği olarak sürekli önemsendir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Çalıştığım birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30.	Çalıştığım birimde tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31.	Bu hastanede yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32.	Çalıştığım birimdeki tüm personel hasta güvenliğiyle ilgili sorumluluk alır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33.	Hastane yönetimi, hasta güvenliği ile ilgili konularda taviz vermez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34.	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35.	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36.	Acil durumlardaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37.	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38.	Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres performansımı olumsuz etkiler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39.	Yorgun olduğumda işimde daha az etkin olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40.	Çalıştığım birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41.	Çalıştığım birimde hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42.	Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)



43.	Genellikle işimde hayal kırıklığı yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44.	Bu birimdeki tüm çalışanlar genel olarak işlerini iyi yapar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45.	Genellikle işimde kendimi tükenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46.	Çalıştığım birimde hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler, stajyerler) yeterli düzeyde desteklenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

S. NO	Aşağıda verilen her bir ifadeye ne ölçüde katılım sağladığınızı seçeneklerden sadece birisini işaretleyerek değerlendiriniz. Mevcut iş ortamınızdaki kişileri düşünerek yanıtlayınız (doktorlar, hemşireler, sağlık çalışanları, teknisyenler vs.)	1= KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2= KATILMIYORUM	3= KARARSIZIM	4= KATILIYORUM	5= KESİNLİKLE KATILIYORUM
1.	Bize göre hatalar, iş sürecini geliştirmek için çok yararlıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Bir hatadan sonra insanlar onu nasıl düzelteceklerini düşünürler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hata yapmamıza rağmen son hedefimizin peşini bırakmayız.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Her bir hata işin devam etmesi için önemli bilgiler sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Bir hata meydana geldikten sonra, etraflıca analiz edilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Eğer insanlar kendi başlarına bir hatayı düzeltemezlerse, iş arkadaşlarının yardımını isterler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Eğer bir şey ters giderse, insanlar bunu etraflıca düşünmek için gerekli zamanı ayırırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Hatalarımız bize neyi geliştirebileceğimizi gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Bir hata yaptıktan sonra, insanlar onun nedenlerini analiz etmeye çalışırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Bir hata yapıldığında bir an önce düzeltilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	İnsanlar bir hata yaptığında, nasıl devam etmeleri gerektiği ile ilgili diğerlerinin fikrini alabilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Bu hastanede çalışırken, insanlar bir hatanın nasıl önlenmiş olabileceği üzerinde çok düşünürler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Bir görev üzerinde uzmanlaşırken insanlar hatalarından çok şey öğrenebilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Biz bir hata meydana geldiğinde, genellikle onu nasıl düzelteceğimizi biliriz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Eğer insanlar bir hatadan sonra işlerine devam edemiyorlarsa, diğerlerine güvenebilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

S. NO	Aşağıda verilen her bir ifadeye ne ölçüde katılım sağladığınızı seçeneklerden sadece birisini işaretleyerek değerlendiriniz. Mevcut yöneticinizi düşünerek yanıtlayınız.	1= KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2= KATILMIYORUM	3= KARARSIZIM	4= KATILYORUM	5= KESİNLİKLE KATILYORUM
1.	Yöneticim astlarıyla en önemli değerleri ve inançları hakkında konuşur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Yöneticim güçlü bir hisse sahip olmanın önemini belirtir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Yöneticim kararların duygusal ve etik sonuçlarını düşünür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Yöneticim kolektif bir misyon duygusuna sahip olunmasına önem verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Yöneticim ile benzetilmekten ya da özdeşleştirilmekten gurur duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Yöneticim grubun iyiliğini kişisel çıkarlarının üzerinde tutar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Yöneticim benim ona olan saygımı arttıracak şekilde hareket eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Yöneticim güç ve güven duygusu verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Yöneticim problemleri çözerken farklı bakış açıları getirir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yöneticim problemlere birçok farklı açıdan bakmamı sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Yöneticim görevlerin nasıl tamamlanacağına ilişkin yeni yollar öne sürer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Yöneticim kritik varsayımları, onların uygun olup olmadığını sorarak tekrar gözden geçirir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Yöneticim geleceğe ilişkin iyimser şekilde konuşur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Yöneticim başarılı olmak için nelere ihtiyaç duyulduğundan heyecanla bahseder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Yöneticim geleceğe ilişkin heyecan verici bir vizyon ortaya koyar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yöneticim amaçların başarılacağına ilişkin inancımı vurgular.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Yöneticim öğretmenliğe ve koçluğa zaman harcar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yöneticim bana, grubun bir üyesi olmaktan ziyade bir birey olarak davranır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Yöneticim benim diğerlerinden farklı isteklerim, ihtiyaçlarım ve yeteneklerim olduğunu bilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yöneticim kuvvetli yanlarımı geliştirmem için bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	Yöneticim benim gayretlerime karşılık vererek beni destekler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Yöneticim performans hedeflerine ulaşma konusunda sorumlu kişi ile spesifik konularda tartışma yapar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Yöneticim performans amaçlarına ulaştığında, bu başarı sonucunda kimin ne elde edeceğini açık bir şekilde açıklar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	Beklentileri karşıladığım takdirde yöneticim bundan memnuniyetini vurgular.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Yöneticim düzensizlikler, hatalar, istisnalar ve standartlardan sapmalar üzerine dikkatle odaklanır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Yöneticim çalışanların hataları, şikayetleri ve başarısızlıkları üzerine tam dikkatle konsantre olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Yöneticim tüm hataların izini takip eder.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yöneticim dikkatimi doğruca, standartları karşılamada yaşanan başarısızlıklara yönelir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

TEŞEKKÜR EDERİZ

## ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı** : İrem Serger
- Sürekli Adresi** : Çengelköy Mah. Derebeyi Sok. No:8 Çengelköy Üsküdar  
İstanbul
- Doğum Yeri ve Yılı** : Ankara, 1986
- Yabancı Dili** : İngilizce, İleri
- İlk Öğretim** : Şair Nedim İlköğretim Okulu, 1997
- Orta Öğretim** : Beşiktaş Atatürk Anadolu Lisesi (2004)
- Lisans** : Boğaziçi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,  
İşletme Bölümü (2009)
- Yüksek Lisans** : Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi  
Yüksek Lisans Programı
- Çalışma Hayatı :**
- 2013 – ... : *Orhun Sağlık Hizmetleri*  
İş Geliştirme Müdürü
- 2013 : *Coca-Cola İçecek*, Pazarlama Departmanı  
Ürün Müdürü
- 2012 – 2013 : *Coca-Cola İçecek*, Pazarlama Departmanı  
Kategori Geliştirme Müdürü
- 2011 – 2012 : *Coca-Cola İçecek*, Pazarlama Departmanı  
Alışverişçi Davranışları Uzmanı
- 2010 – 2011 : *Millward Brown*, Müşteri Hizmetleri Departmanı  
Araştırma Uzmanı
- 2008 – 2009 : *Ernst & Young* , İş Geliştirme Departmanı  
Stajyer
- 2007 : *General Electric Healthcare*, Satış Departmanı  
Stajyer