

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

İrem SERGER**

Hakkı AKTAŞ***

ÖZ

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının hasta emniyetine ilişkin tutumları ile örgütte algılanan hata yönetim iklimi ve liderlik tarzının etkileşimi tanımlayıcı ve ilişkisel modellerle incelenmiştir. Tanımlayıcı araştırma modelinde; örnekleme ait tanımlayıcı demografik bulgular sunulmuştur. İstanbul'da özel bir hastane zincirinde, 258 sağlık çalışanı üzerinde araştırma gerçekleştirilmiştir. İlişkisel model kapsamında değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizleri ile etkileşim ise regresyon analizleri vasıtasıyla yorumlanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, örgütte algılanan hata yönetimi iklimi ve algılanan etkileşimsel liderlik tarzı ile sağlık çalışanlarının hasta emniyetine ilişkin tutumları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kavramlar: Hata Yönetimi, Emniyet Tutumları, Etkileşimsel Liderlik, Dönüşümsel Liderlik, Emniyet Kültürü.

THE INTERACTIONS BETWEEN PATIENT SAFETY ATTITUDES, ERROR MANAGEMENT CLIMATE AND LEADERSHIP STYLES: A RESEARCH ON THE PRIVATE HOSPITAL STAFF

ABSTRACT

In this study the interactions between patient safety attitudes, error management climate and leadership styles has been analyzed through descriptive and relational models. In the descriptive model; the demographic information of the sample is presented. The research has been conducted on 258 employees of a private hospital chain staff in İstanbul. In the relational model, interaction between the variables has been interpreted by correlation and regression analysis. The results reveals that there are statistically significant relationships between the error management climate, leadership styles and patient safety attitudes.

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

* Bu çalışma, 2016 yılında IV. Ulusal Örgütsel Davranış Kongresi'nde sunulan "Hasta emniyet tutumları ve hata yönetimi iklimi ile algılanan liderlik tarzları etkileşimi: Sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma" başlıklı bildirden türetilmiştir.

** Yüksek Lisans Öğrencisi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, iremerkilic@hotmail.com

*** Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, hakki.aktas@istanbul.edu.tr

Makalenin kabul tarihi: Ocak 2019.

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. 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; Barling, Loughlin ve Kelloway, (2002); de Koster, Stam ve Balk (2011); McFadden, Stock ve GOWEN III (2015); Wu, Chen, ve Li (2008); Wu, Chang, Shu, Chen ve Wang (2011), bu çalışmanın emniyet üzerinde büyük etkisi olan teknik olmayan faktörler arasından liderliğe odaklanmasına vesile olmuştur.

Bu çalışmanın amacı, ulusal literatürde önemi kadar yer bulmamış hasta emniyet tutumları, hata yönetimi iklimi ve liderlik tarzı kavramlarının etkileşimini inceleyerek alanyazına katkı sağlamaktır. Sağlık sektöründe çalışanlarca algılanan etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik tarzları ile hata yönetimi ikliminin, hasta emniyetine ilişkin tutumlarını nasıl etkilediği çalışmanın ana sorunsalını oluşturmaktadır. Bu bağlamda çalışmanın örgütlerde algılanan hata yönetimi ikliminin ve liderlik tarzının hasta emniyeti üzerindeki etkisini tespitine katkı sağlayarak, hizmet kalitesini ve sürdürülebilirliği destekleyeceği öngörülmektedir.

I. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

A. EMNİYET KAVRAMI

Organizasyonlarda, işyerlerinde 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 Katz-Navon ve Stren, 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. 1977 yılında 2 adet uçağın Kanarya Adaları civarında birbiri 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). Sağlık ekseninde bakıldığında emniyet her hastanın en temel hakkı olmakla birlikte, maalesef bir garanti değildir (Baker, Day ve Salas vd., 2006, s. 1577).

1. Hasta Emniyeti Kavramı

Hasta emniyeti her türlü iş ve ihmalden kaynaklanabilecek hatalardan doğacak zararların önlenmesi olarak tanımlanabilir (Bodur ve Filiz, 2009, s. 348). 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 (Baykal, Şahin ve Altuntaş, 2010, s. 40). Bunun yanında emniyetin kazaların engellenmesinin ötesinde bir kavram olduğu ve organizasyonların mekanik makinalar olarak değil sosyoteknik sistemler olarak değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır (Reiman, Pietikainen ve Oedewald, 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, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton, ve Rubin, 2003, s. 405). Hasta emniyeti hizmet kalitesinin çok kritik bileşenlerinden bir tanesidir (Naveh vd., 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 sorumluluğudur (Baykal vd., 2010, s. 40).

Hasta emniyetinin önemini kavramak için bazı istatistikleri incelemek gerekir. 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 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 araba kazaları (43.458), göğüs kanseri (42.297) veya AIDS'ten (16.516) kaynaklanan ölümlerden çok daha yüksek bir rakamdır (Baker vd., 2005, s. 3). 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, Corrigan, ve Donaldson, 1999). 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 kaynaklandığıdır (Yang Wang, Chang, Guo ve Huang, 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 vd., 2006: 1577). Hasta emniyet algısının hasta emniyeti ile ilişkisini ölçümleyen çalışmalardan biri olan, 2010 yılında International Journal for Quality in Healthcare dergisinde yayınlanmış araştırmanın sonuçlarına göre düşük hasta emniyeti yönetimi algısı ile yüksek mortalite ve yüksek hastanede kalma süresi arasında bir ilişki vardır. Bu ilişkinin en güçlü sebebi olarak da düşük hasta yönetimi algısı gerçekten kötü bir hasta yönetimi politikası göstergesi olarak değerlendirilebilir ve bu kötü yönetim de medikal hatalara dolayısıyla hastane ölümlerinin ve hastanede yatış süresinin artmasına sebep olması gösterilmektedir (Huang, Clermont, Kong, Weissfeld, Sexton, Rowan ve Angus, 2010, s. 157).

B. HATA VE HATA YÖNETİMİ KAVRAMLARI

Hata, planlanan bir aksiyonun tamamlanamaması ya da bir hedefe ulaşmak için yanlış bir plan uygulanması olarak tanımlanabilir (Baker vd., 2005, s. 3). İnsan hatası kaçınılmazdır, özellikle de yüksek stres altındaki durumlarda (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, Nordstrom ve Williams, 2003, s. 371). 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). 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, Chen ve Rosecrance, 2010, s. 1500). Tam da burada uzun yıllardır iş hayatına hâkim 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, Frese, Baer ve Sonnentag, 2005, s. 1228). Hatadan kaçınma yolunu benimseyen organizasyonlar sistemlerdeki hataları elimine etmeye çalışırken, hata yönetimini destekleyenler sistem hatalarının her halükârda gerçekleşeceğini kabul eder ve bu hataları ve etkilerini azaltmaya odaklanırlar (Guchait, KIM ve Namasivayam, 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 (Cigularov vd., 2010, s. 1500). 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 vd., 2012, s. 12).

C. EMNİYET KÜLTÜRÜ KAVRAMI

Emniyet kültürü bir organizasyonun sağlık ve emniyet yönetimi bağlılığını, tarzını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve kurumsal değerler, tutumlar, algılar ve beceriler bütünü olarak tanımlanabilir (Chu-Weininger, Wueste, Lucke, Weavind, Mazabob ve Thomas, 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 vd., 2009, s. 1150).

Pozitif emniyet kültürüne sahip olan organizasyonlar karşılıklı güvene dayanan iletişimlerini, emniyetin önemine dair ortak algıları ve önleyici uygulamaların etkisine duydukları güvenle ön plana çıkarırlar (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, Montes-Peón ve Vázquez-Ordás, 2007, s. 62). Sağlık hizmeti veren kuruluşların mevcut emniyet kültürlerini, onu geliştirmek ve hedeflenen hasta emniyeti seviyesine çıkarmak hedefiyle ölçümlenmeleri teşvik edilmektedir (Flin, 2007, s. 654). 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 alarak bu davranışların önüne geçmeyi amaçlar (Tekarslan, Kılınç, Şencan ve Baysal, 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 vd., 2010, s. 40). Tüm bu nedenlerle bu çalışmada hasta emniyet kültürünü belirlemek için emniyet tutumları ölçümlenmiştir.

D. EMNİYET İKLİMİ KAVRAMI

Genel olarak emniyet iklimi, çalışanların kendi bölümlerinde ve bünyesinde çalıştıkları organizasyonun tümünde emniyetin önceliğine karşı ortak algısı olarak tanımlanabilir (Zohar, Livne, Tenne-Gazit, Admi ve Donchin, 2007, s. 1312). 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, Corrigan, Daly ve Cromie, 2000, s. 152). Bir organizasyonun emniyet kültürü kendini emniyet ikliminde gösterir (Fernández-Muñiz vd., 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 ölçülmesi, sonra da özellikle yönetim ekipleri tarafından üzerinde çalışılıp, geliştirmesi gereken kavramlardır.

E. HASTA EMNİYETİNİN BOYUTLARI

Emniyete etki eden faktörler incelendiğinde teknik ve teknik olmayan yani insana dayalı faktörler şeklinde bir ayırım yapılabilir. 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 gibi teknik olmayan faktörler olduğu görülmüştür (McCulloch, Mishra, Handa, Dale, Hirst, Guy ve Catchpole, 2009, s. 109). 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 Fletcher, McGeorge, Sutherland ve Patey, 2003, s. 233).

1. Ekip Çalışması

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). 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). 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. 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 vd., 2006, s. 1579). 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 kullanırlar ve ekipleri güvenilirliği yüksek ekiplere dönüştürmek için eğitirler (McConaughy, 2008, s. 98).

2. Eğitim

Kritik durumlarla başa çıkabilmek için sağlık sektöründe çalışanların öncelikle medikal bilgisinin ve teknik becerilerinin yeterli olması gerekir. Fakat en az bu teknik ve medikal bilgi kadar önemli olan bir konu da kriz anının, kritik durumun nasıl yönetildiğidir. Yapılması gerekenleri en hızlı ve aynı zamanda emniyetli şekilde yapabilmek için tüm durumun, çevrenin, ekipmanın, duyguların kaynakların iyi kullanılarak yönetilmesi gereklidir. Fakat özellikle sağlık profesyonellerinin yetiştirildiği eğitim programlarına bakıldığında sadece ilk bahsedilen ve bir ön koşul olan teknik, medikal bilgi ve becerilere zaman ayrıldığı görülmektedir. Hâlbuki özellikle kriz anlarında, kritik durumlarda durum yönetiminin müfredatlara dâhil edilmesi hasta emniyeti açısından hayati bir öneme sahiptir (Flanagan, Nestel ve Joseph, 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).

3. İletişim

Sağlık sektörünün her kesiminde tedavilerin gecikmesinden, ilaç ve ameliyat hatalarına geniş bir aralıktaki olumsuz olayların en çok görülen sebeplerinden biri de zayıf iletişimidir (Pronovost vd., 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, Regenbogen, Studdert, Lipsitz, Rogers, Zinner ve Gawande, 2007, s. 533).

4. Raporlama

Hasta emniyetini artırmak için alınacak en önemli aksiyonlardan biri de çalışanların yaptıkları hataları korkup çekinmeden raporlaması için cesaretlendirilmesidir (Baykal vd., 2010, s. 40). 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. Suçlamadan raporlama kültürü oluşturmak için liderlerin organizasyonların disiplin sistemlerini iyi dizayn etmesi gerekmektedir. Eğer bu kültür oluşturulabilirse ilk basamakta çalışanlar ekipman hatalarını raporlamaya başlayacaktır. 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 çoktan yaşanmıştır fakat sağlık sektöründe hala alınacak çok yol vardır (Mohr, Abelson ve Barach, 2002, s. 73).

5. Liderlik

İyi liderliğin sağlık sektöründeki önemi giderek daha gözle görülür bir hale gelmiştir. Meta analiz çalışmaları işyerlerindeki stres faktörlerinin ana sebebinin liderler olduğunu göstermiştir, bu nedenle iyi liderliğin iyi ekipleri ve dolayısıyla iyi hizmeti beraberinde getireceği gerçeği karşımıza çıkmaktadır. İyi liderliği sağlamanın en önemli yolu da çalışanların ihtiyaçları ve görüşlerini anlayıştan geçmektedir (Firth-Cozens, 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-Kennedy ve Anderson, 2002, s. 545). 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, Helmreich, Neilands, Rowan, Vella, Boyden, ve Thomas, 2006, 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 sunar (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 boyutu hasta emniyetini geliştirmede temel element olarak kabul edilmektedir (Mohr vd., 2002, s. 70).

a. Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik Modeli

Sağlık sektörüne uyarlanabilecek çok sayıda liderlik modeli vardır. Mevcut literatürde yaygın kullanılan liderlik modellerinden biri de Avolio, Bass ve Jung'ın (1999) "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, 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).

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 (Avolio vd., 1999). Dönüşümsel liderlik sağlık sektörü için özellikle de değişime odaklandığı için en iyi liderlik stili olarak kabul edilmektedir (Firth-Cozens, Mowbray, 2001, s. ii6). 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, 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).

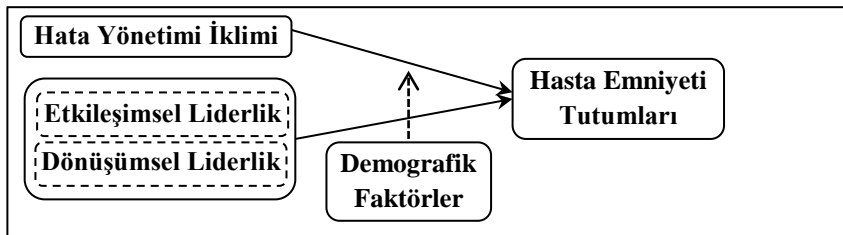
II. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

A. PROSEDÜR

Araştırma açıklayıcı ve ilişkisel model çerçevesinde nicel araştırma yöntemlerinden betimsel, ilişkisel ve nedensel karşılaştırma yöntemleri kullanılarak yürütülmüştür. Çalışanlarca algılanan liderlik tarzları ve hata yönetim iklimi ile çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumların etkileşimini belirlemeye yönelik ölçek gerekli etik kurul izinleri alınarak uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini özel sektördeki bir hastaneler zincirinde görev alan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek için farklı büyüklükteki evrenler için kuramsal örneklem büyüklükleri çizelgesinden faydalanılmıştır. Özel zincir hastanesinin çalışmanın gerçekleştirileceği üç şubesinde toplam 1000 sağlık çalışanının tam zamanlı görev yapmakta olduğu bilgisi alınmış, %95 güven düzeyi ve örnekleme hatası %5 için gerekli olan örneklem büyüklüğünün 278 kişi olması gerektiği görülmüştür (Karatay, 2009, s. 9). Zaman ve maliyet tasarrufu, kitle ulaşılabilirliğine olan kolaylık nedeniyle (Arıkan, 2004, s. 128) kolayda örnekleme yöntemi ile bahse konu hastaneler grubunun iç intranet sistemi üzerinden Ekim-Kasım 2016 aylarında tüm çalışanlara e-posta ile gönderilmiş ve veriler toplanmıştır. 290 sağlık çalışanı araştırmaya katılmış, eksik veriler ve uç değer analizi sonrasında 32 anket araştırma dışı bırakılarak kalan 258 katılımcının verisi SPSS 21.0 programında analiz edilmiştir.

1. Araştırmanın Modeli

Literatürde elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmanın modeli Şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1. Araştırma Modeli

2. Araştırma Soruları

Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- (1) Özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin algıladıkları liderlik tarzları ile emniyet davranışlarına ilişkin tutumları arasındaki etkileşimler hangi düzeydedir?

(2) Özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin algıladıkları hata yönetim iklimi ile emniyet davranışlarına ilişkin tutumları arasındaki etkileşimler hangi düzeydedir?

(3) Özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin algılanan liderlik tarzları ve hata yönetim iklimi ile çalışanların emniyet davranışlarına ilişkin tutumları hangi demografik değişkenler bağlamında farklılaşmaktadır?

3. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Demografik Bilgi Formu: Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, işyerindeki statü, çalışma birimi, toplam çalışma süresi ve işletmedeki çalışma süresi gibi verilerinden oluşmaktadır. **Hasta Emniyeti Tutum Ölçeği:** Sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine 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 doyumunu", "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. **Hata Yönetimi İklimi Ölçeği:** Örgütün hata yönetim iklimini ölçümlemek için van Dyck vd.'nin (2005) Hata Yönetim İklimi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek toplam 15 ifadeden oluşmakta olup, "hatalardan öğrenme", "hatalar hakkında düşünme", "hata yetkinliği" ve "hata iletişimi" olmak üzere dört alt boyuta sahiptir. Türkçe'ye çevirisi araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli Likert tipindedir. **Liderlik Tarzı Ölçeği:** Örgütte algılanan liderlik tarzını ölçmek için Avolio, Bass ve Jung (1999) tarafından geliştirilen ve son haline getirilen, Türkçe'si Türkçesi 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/kaçıncı 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.

B. DEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmaya veri sağlayan katılımcıların demografik profilleri incelendiğinde; 15-20 yaş aralığında bulunanlar 33 kişi (% 13,7), 21-25 yaş aralığında bulunanlar 87 kişi (%36,1), 26-30 yaş aralığında bulunanlar 48 kişi (%19,9), 31-35 yaş aralığında bulunanlar 35 kişi (%14,5) ve 36 yaş üstünde bulunanlar ise 38 (%15,8) kişidir. Katılımcıların 84'ü (%32,7) evli, 173'ü (%67,3) bekar. 175'ini (%67,8) kadınlar, 83'ünü (%32,2) ise erkekler oluşturmaktadır. Lise ve önlisans öğrenimine sahip 86 (%33,5) kişi, lisans mezunu 96 (%37,4) kişi, yüksek lisans öğrenimi görmüş 54 (%21,0) kişi ve doktora derecesine sahip 21 (%8,2) kişi bulunmaktadır. İşyerindeki statüler incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin 230'unun (%89,5) çalışan, 27'sinin (%10,5) ise yönetici olduğu görülmektedir. Meslekî çalışma süreleri incelendiğinde; 0-1 yıl meslekî deneyimi bulunanlar 56 (% 22,1), 2-3 yıl arasında meslekî deneyimi bulunanlar 51 (%20,2), 4-9 yıl arasında

meslekî deneyimi bulunanlar 76 (%30,0), 10-15 yıl arasında meslekî deneyimi bulunanlar 39 (%15,4), 16 yıl ve üstü meslekî kıdemi bulunanlar ise 31 (%12,3) kişidir. Katılımcıların 95'nin (%38) mevcut işyerinde 0-1 yıldır, 72'sinin (%29) 2-3 yıldır, 53'ünün (%21) 4-6 yıldır, 29'unun (%12) ise 7 yıl ve üzerinde bir süredir çalıştığı görülmüştür. Ameliyathanelerde çalışan işgören sayısı 19 (%8), poliklinikte çalışan işgören sayısı 62 (%26), yoğun bakımda çalışan işgören sayısı 9 (%4), yatan hasta bölümünde çalışan işgören sayısı 79 (%33) iken araştırmaya katılan işgörenlerin 74'ü (%31) ise diğer muhtelif bölümlerde çalışmaktadırlar.

C. VERİ ANALİZİ

1. Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları

Araştırmada ölçeklerin güvenilirlik testi için Cronbach Alpha analizi, yapı geçerliliği için ise doğrulayıcı faktör analizleri temel bileşenler ve varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Bartlett Küresellik Testi uygulanmıştır. Faktör yüklerinin 0,5 değerinden yüksek olması durumunda faktörler oluşturulmuştur (Büyüköztürk, 2009, s.124).

Hasta emniyeti tutumları ölçeğine ilişkin yapılan geçerlik analizi sonucunda farklı boyutlarda bulunan toplam 12 ifade düşük faktör yüklerinden dolayı çıkartılarak analizlere dâhil edilmemiştir. Faktör analizi kapsamında veri setine ilişkin değerler: KMO=0,942 ve X^2 Bartlett test (561)=6901,388 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" boyutunu oluşturmuş, diğer tüm boyutlar faktör yapılarını korumuştur. Böylelikle ölçek beş boyutlu bir yapıya dönüşmüştür. Toplam açıklanan varyans %69.547'dir. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.936 olarak hesaplanmıştır. 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 çalışma kapsamında incelenen örneklem grubunda boyutların aynı faktör altında toplandığı gözlemlenmiştir. Bu durum konu ile ilgili diğer araştırma sonuçları ile örtüşmektedir (van Dyck vd. 2005), (Cigularov vd. 2010). Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.961 olarak hesaplanmıştır. Çok faktörlü Liderlik ölçeğine ilişkin yapılan geçerlik analizi sonucunda farklı boyutlarda bulunan toplam 4 ifade düşük faktör yüklerinden dolayı çıkartılarak analizlere dâhil edilmemiştir. 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 / İdeal Etki boyutunun beş ifadesi tek bir boyut altında birleşerek "Salt Dönüşümsel Liderlik" boyutunu oluşturmuştur. Bu beş ifade incelendiğinde daha çok değer, inanç, etik ve duygusal sonuçlar, grubun iyiliği gibi duygusal unsurlardan oluştuğu görülmektedir. Bu nedenle tek boyut altında toplandıkları değerlendirilmiş 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 (2008) da ifade ettiği gibi

dönüşümsel ve etkileşimsel olarak iki farklı liderlik tarzında bahsedilse de liderlerin sergiledikleri liderlik tarzları, bu iki liderlik modelinden sadece birini 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. Toplam açıklanan varyans %71.328'dir. Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ise 0.971 olarak hesaplanmıştır.

D. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

1. Korelasyon Analizleri

Öncelikle hasta emniyeti tutumları, hata yönetimi iklimi ile dönüşümsel liderlik ve dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş bu kapsamda değişkenlere ait basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiş ve değerlerin -1 ile +1 arasında dağıldığı görülerek parametrik testler uygulanmıştır (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 214). Pearson Korelasyon Testi sonuçları Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur. 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 1. Ana Değişkenlere İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Ort.	SS	1	2	3	4
1. Hasta Emniyeti	3,55	0,60	1			
2. Hata Yönetimi İklimi	3,74	0,74	,737**	1		
3. Dönüşümsel Liderlik	3,53	0,96	,587**	,634**	1	
4. Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	3,71	0,87	,682**	,707**	,784**	1

Tablo 2. Alt Boyutlara İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8
1. İş Doyumu	3,44	0,88	1							
2. Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi	3,81	0,79	,733**	1						
3. Yönetim Anlayışı	3,75	0,81	,709**	,741**	1					
4. Stresi Tanımlama	2,85	1,06	-,267**	-,206*	-,208**	1				
5. Çalışma Koşulları	3,29	1,05	-0,061	0,011	-0,042	,565**	1			
6. Hata Yönetimi İklimi	3,74	0,74	,692**	,749**	,740**	-,284**	-0,073	1		
7. Dönüşümsel Liderlik	3,53	0,96	,664**	,569**	,584**	-,303**	-,149*	,634**	1	
8. Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik	3,71	0,87	,744**	,639**	,645**	-,291**	-0,076	,707**	,784**	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 tespit 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. 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. Ekip çalışması ve güvenlik iklimi boyutunun da tıpkı iş doyumuna 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 istatistiki olarak anlamlı ($r=-.149$, $p<.05$) değerlerinde bir korelasyon tespit edilmiştir.

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, regresyon analizi yardımıyla incelenmiştir. Tablo 2.1'de 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 3. Regresyon Analizleri

<i>Bağımlı Değişken: Hasta Emniyeti (Bütüncül)</i>			
Bağımsız Değişkenler:	β	t	p
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
R= 0,771	Düzeltilmiş R²= 0,590	F = 124,377	p= ,000
<i>Bağımlı Değişken: İş Doyumu</i>			
Bağımsız Değişkenler:	β	t	p
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
R= 0,785	Düzeltilmiş R²= 0,612	F = 135,906	p= 0,000
<i>Bağımlı Değişken: Ekip Çalışması ve Güvenlik İklimi</i>			
Bağımsız Değişkenler:	β	t	p
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
R= 0,766	Düzeltilmiş R²= 0,581	F = 119,959	p= 0,000
<i>Bağımlı Değişken: Yönetim Anlayışı</i>			
Bağımsız Değişkenler:	β	t	p
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
R= 0,762	Düzeltilmiş R²= 0,576	F = 117,251	p= 0,000
<i>Bağımlı Değişken: Stresi Tanımlama</i>			
Bağımsız Değişkenler:	β	t	p
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
R= 0,328	Düzeltilmiş R²= 0,097	F = 10,200	p= 0,000
<i>Bağımlı Değişken: Çalışma Koşulları</i>			
Bağımsız Değişkenler:	β	t	p
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
R= 0,163	Düzeltilmiş R²= 0,015	F = 2,307	p= 0,077

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 tespit edilmesi ise dikkat çekici bir sonuçtur.

Hasta emniyet tutumlarının diğer 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 tespit edilmiştir. 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 diğer 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, bütüncül olarak hasta emniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi hesaplanmayan dönüşümsel liderliğin anlamlı negatif bir etkisi ($\beta = -0.231$, $p=0.023$) olduğu görülmüştür.

3. Demografik Özelliklere Göre Farklılık Analizleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hasta emniyet tutumları ve boyutları, hata yönetimi iklimi algısı ve algılanan etkileşimsel ve dönüşümsel liderlik tarzının demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği t-testi ile Anova testi ve farklılığın kaynağının tespiti için çoklu karşılaştırma testleri (Scheffe, Tamhane) ile incelenmiştir. Cinsiyet ve medeni durum için yapılan farklılık analizleri sonucunda hiçbir ölçek ve boyutunun farklılaşmadığı görülmüştür. 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 görülmüştür. Ortalamalar incelendiğinde yöneticilerin stresi tanımlama tutumlarının ($\bar{X}=3,35$, $SS=0,85$) çalışanların stresi tanımlama tutum ortalamasından ($\bar{X}=2,80$; $SS= 1,07$) daha yüksek olduğu görülmektedir. İşyerindeki statü bağlamında ise istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Araştırmanın temel değişkenleri bağlamında sadece dönüşümsel ve etkileşimsel liderlik tarzının yaş gruplarına göre farklılaştığı görülmektedir ($F=2,639$, $p= 0,035$). Scheffe ve Tamhane testlerinde ise hiçbir yaş grubu arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Öte yandan, hasta emniyet tutumlarından sadece stresi tanımlamanın mesleki kıdeme

göre farklılaştığı görülmektedir ($F=2,778$, $p= 0,028$). Tamhane testi sonuçlarına göre 16 yıl ve üzeri yüksek mesleki kıdeme sahip sağlık çalışanlarının stresli durumlara karşı tutumlarının, 0-1 yıl ve 2-3 yıl arası mesleki kıdeme sahip çalışanlara göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Hasta emniyet tutumlarının alt boyutlarından iş doyumu ($F=3,341$, $p= 0,020$), 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. Ancak Tamhane testi sonuçlarına göre iş doyumu 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. Eğitim durumuna göre bir farklılık tespit edilememiştir. 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. Tamhane testi sonuçlarına göre hasta emniyetinde ameliyathane biriminde çalışan sağlık çalışanları yatan hasta biriminde çalışanlara göre daha olumlu tutumlar sergilemektedir (ort. fark=0,49; $p=0,001$). Hasta emniyet tutumları alt boyutlarından iş doyumunun Tamhane test sonuçları incelendiğinde, yine ameliyathane çalışanlarının, yatan hasta (ort. fark=0,81; $p=0,000$), sonra poliklinik (ort. fark=0,62; $p=0,006$), son olarak da diğer birim (ort. fark= 0,54; $p=0,017$) daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Diğer bir alt boyut olan ekip çalışması ve güvenlik ikliminde ise yine ameliyathane çalışanlarının hasta birimine göre (ort. fark=0,61; $p=0,001$), poliklinik birimlerine göre (ort. farkı= 0,43, $p=0,023$) ve diğer birimlere göre (ort. fark=0,36; $p=0,049$) daha yüksektir. Liderlik tarzlarında salt dönüşümsel liderlik tarzı algısı da çalışma birimlerine göre farklılık göstermekte, ameliyathane çalışanlarının dönüşümsel liderlik algısı, poliklinik çalışanlara göre (ort. fark=0,68; $p=0,002$), diğer birimlerde çalışan sağlık personeline göre (ort. fark=0,65; $p=0,001$) ve yatan hasta çalışanlarına göre (ort. fark=0,52; $p=0,016$) daha yüksektir.

SONUÇ

Çalışma sonuçları 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 vd.'nin (2005), Solis-Trapala, Carthey, Farewell Ve De Leval'in (2007), Dağdeviren ve Yüksel'in (2008), Cigularov vd.'nin (2010), Huang vd.'nin (2010) ve Guchait vd.'nin (2012) konu ile ilgili çalışmalarını desteklemektedir. Bu sonuç pozitif bir hata yönetimi ikliminin hasta emniyetini artırıcı etkisi olacağını göstermektedir. 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 tasarlamaları gerektiğini öneren McConaughy'in (2008) çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Helmreich'in (1998) araştırmasında da belirtilen ve bu çalışmada da ortaya koyulan hata yönetiminin örgütsel kültürün içine dâhil edildiği durumlarda, hasta emniyetine dair negatif etkiler de telafi edilmiş olacağı öngörülmektedir.

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 etkileşimsel ve etkileşimsel liderliğin pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. Her ne kadar Avolio vd.'ne (1999) göre günümüz iş dünyasında dönüşümsel liderlik tarzı pazar koşulları ve işgücünün değişen yapısı ile normatif bir teori olarak görülsün; 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 tespit edilmemiş olsa da, alt boyutlarından iş doyumunu üzerinde anlamlı ve pozitif yönde bir etkisi bulunmuştur. Bu durum değerlere, etik kurallara, duygulara önem ve öncelik

veren liderlik tarzının algılandığı bir ortamda iş doyumunun da yükseleceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma sonuçları cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yaş grubuna göre farklılık göstermemektedir. Bu durum Siu vd. (2003)'nin 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. Bu noktada 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) çalışmalarında da olduğu 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 0-3 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 vd. (2009)'nin de belirttiği gibi risk oranının en yüksek olduğu ve dolayısıyla hasta emniyetinin kritik bir önem taşıdığı birimlerdir. Flin vd. (2003) çalışmalarında olduğu 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 vd. (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 vd. (2004) 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 doyumu tutumlarıdır. Ameliyathane çalışanları yatan hasta, poliklinik ve diğer birimlere nazaran daha fazla iş doyumu tutumu 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 vd., 2003, s. 17) ile öğrenme sürecine dahil edilen raporlama süreçleridir (Solis-Trapala vd., 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 doyumunu 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) çalışmalarında 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 dâhil edilen 3 hastanenin 2'sinde hasta emniyet tutumları ve ekip çalışması ve güvenlik iklimine ilişkin farklılıklar gözlemlenmiştir. Burada Deilkas 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 3 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

- ACSNI, (1993). Advisory committee for the safety of nuclear installations: *Human Factors Study Group Third Report: Organising for Safety*. HSE Books, Sheffield.
- Arikan, R. (2004). *Araştırma teknikleri ve rapor hazırlama*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Aron, D. ve 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), 168-173.
- Avolio, B. J., Bass, B. M., ve Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *Journal of Occupational And Organizational Psychology*, 72(4), 441-462.
- Baker, D., Day, R. ve Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*. 41(4p2), 1576-1598.
- Barling, J., Loughlin, C. ve Kelloway, E. K. (2002). Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 488-496.
- Baykal Ü. Ş., Nevin H. ve Altuntaş S. (2010). Hasta güvenliği tutum ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(1), 39-45.
- Bodur, S. ve Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey, *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 348-355.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Catchpole, K. R., Giddings, A. E., Wilkinson, M., Hirst, G., Dale, T. ve de Leval, M. R. (2007). Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. *Surgery*, 142(1), 102-110.
- Champoux, D. ve 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), 301-318.
- Chillarege, K. A., Nordstrom, C. R. ve Williams, K. B. (2003). Learning from our mistakes: Error management training for mature learners. *Journal of Business And Psychology*, 17(3), 369-385.
- Chu-Weininger, M. Y. L., Wueste, L., Lucke, J. F., Weavind, L., Mazabob, J. ve 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), e39-e39.

- Cigularov, K. P., Chen, P. Y. ve Rosecrance, J. (2010). The effects of error management climate and safety communication on safety: A multi-level study. *Accident analysis & prevention*, 42(5), 1498-1506.
- Dağdeviren, M. ve Yüksel İ. (2008). Developing a fuzzy analytic hierarchy process (AHP) model for behavior-based safety management. *Information Sciences*, 178(6), 1717-1733.
- de Koster, R. B., Stam, D., ve Balk, B. M. (2011). Accidents happen: The influence of safety-specific transformational leadership, safety consciousness, and hazard reducing systems on warehouse accidents. *Journal of Operations Management*, 29(7-8), 753-765.
- Deilkas, E. ve Hofoss, D. (2010). Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture, *BMC Health Services Research*, 10(85), 1-5.
- Eraslan, L. (2006). Liderlikte post-modern bir paradigma: Dönüşümcü liderlik. *International Journal of Human Sciences*. 1(1), 1-32.
- Fernández-Muñiz, B., Montes-Peón, J. M. ve 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), 52-68.
- Firth-Cozens, J. ve Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*. 10(suppl 2), ii3-ii7.
- Flanagan, B., Nestel, D. ve Joseph, M. (2004). Making patient safety the focus: crisis resource management in the undergraduate curriculum. *Medical Education*. 38(1), 56-66.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 45(6), 653-667.
- Flin, R. ve Yule, S. (2004). Leadership for safety: Industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*. 13(suppl 2), ii45-ii51.
- Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A. ve Patey, R. (2003). Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*. 58(3), 233-242.
- Greenberg, C. C., Regenbogen, S. E., Studdert, D. M., Lipsitz, S. R., Rogers, S. O., Zinner, M. J. ve Gawande, A. A. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*. 204(4), 533-540.
- Guchait, P., Kim, M. G. ve Namasivayam, K. (2012). Error management at different organizational levels—Frontline, manager, and company. *International Journal of Hospitality Management*. 31(1), 12-22.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. (5. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Hales, B. M. ve Pronovost, P. J. (2006). The checklist-a tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care*, 21(3), 231-235.
- Helmreich, R. L. (1998). *Error management as organisational strategy*. Proceedings of the IATA Human Factors Seminar, Citeseer.
- Huang, D. T., Clermont, G., Long, L., Weissfeld, L. A., Sexton, J. B., Rowan, K. M. ve Angus, D. C. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality In Health Care*. 22(3), 151-161.
- Kohn L. T., Corrigan J. M. ve Donaldson M. S. (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*, 6, Washington, DC: National Academy Press.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 53(2), 143-151.
- Mccoll, K., Janet R. ve Anderson, R. D. (2002). Impact of leadership style and emotions on subordinate performance. *The Leadership Quarterly*. 13, 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), 96-104.
- McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G. ve 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), 109-115.
- McDonald, N., Corrigan, S., Daly, C. ve Cromie, S., (2000). Safety management systems and safety culture in aircraft maintenance organisations. *Safety Science*. 34(1), 151-176.
- McFadden, K. L., Stock, G. N., ve Gowen III, C. R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*, 40(1), 24-34.
- Mohr, J. J., Abelson, H. T. ve Barach, P., (2002). Creating effective leadership for improving patient safety. *Quality Management in Healthcare*. 11(1), 69-78.
- Naveh, E., Katz-Navon, T. ve Stren, Z., (2005). Treatment errors in healthcare: A safety climate approach. *Management Science*. 51(6), 948-960.
- Orhunbilge, N. (2010). *Çok değişkenli istatistik yöntemler*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını.
- Pfeffer, J. (1997). The ambiguity of leadership. *Academy of management review*. 2(1), 104-112.
- Pronovost, P., Weast, B., Holzmueller, C. G., Rosenstein, B. J., Kidwell, R. P., Haller, K. B., Feroli, E. R., Sexton, J. B. ve 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), 405-410.
- Reiman, T., Pietikainen, E., Reiman, T. ve Oedewald, P. (2010). Multilayered approach to patient safety culture. *Quality and Safety in Health Care*. qshc. 2008.029793.
- Sargut, A. S. (2015). *Lider yöneticinin benliğine yolculuk*, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., ve Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6(1), 44.
- Siu, O.-I., Philips, D. R. ve Leung, T. (2003). Age differences in safety attitudes and safety performance in Hong Kong construction workers. *Journal of Safety Research*. 34(2), 199-205.
- Solis-Trapala, I. L., Carthey, J., Farewell, V. T. ve de Leval, M. R., (2007). Dynamic modelling in a study of surgical error management. *Statistics in Medicine*. 26(28), 5189-5202.
- Tekarslan, E., Kılınç, T., Şencan, H. ve Baysal, C. (2000). *Davranışın sosyal psikolojisi*. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi. Yayın No: 278.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., Neilands, T. B., Frankel, A. ve 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), 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), 207-231.
- Van Dyck, C., Frese, M., Baer, M. ve Sonnentag, S. (2005). Organizational error management culture and its impact on performance: A two-study replication. *Journal of Applied Psychology*. 90(6), 1228-1240.
- Wu, T. C., Chang, S. H., Shu, C. M., Chen, C. T., ve Wang, C. P. (2011). Safety leadership and safety performance in petrochemical industries: The mediating role of safety climate. *Journal of Loss Prevention in The Process Industries*, 24(6), 716-721.
- Wu, T. C., Chen, C. H., ve Li, C. C. (2008). A correlation among safety leadership, safety climate and safety performance. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, 21(3), 307-318.
- Yang, C.-C., Wang, Y.-S., Chang, S.-T., Guo, S.-E. ve 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*. 53,1148-1155.

- 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), 75-92.
- Zohar, D., Livne, Y., Tenne-Gazit, O. ve Donchin, Y. (2007). Healthcare climate: A framework for measuring and improving patient safety. *Critical Care Medicine*. 35(5), 1312-1317.