

# HASTANELERDE VERİMLİLİK ARTIŞI İÇİN HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI VE HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA DÖNÜŞÜMCÜ LİDERLİĞİN ETKİSİ

Neslihan DERİN  
Erkan T. DEMİREL

## ÖZET

Yoğun rekabet ortamında hastanelerin rekabet avantajı sağlamak, başarılarını sürdürülebilir kılmak ve güçlü bir imaj sağlamak için en çok önem vermeleri gereken konuların başında "hasta güvenliği" gelmektedir. Hasta güvenliği, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmanın olmazsa olmazlarından biridir. Verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak ise hasta tatminini sağlamada, "kilit taşı" şeklinde tanımlanabilecek bir rol üstlenmektedir. Hasta güvenliği uygulamaları, hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının bir parçası olarak görülmektedir. Toplam Kalite Yönetiminin anlam bulması ve değer getirmesi ise liderlik ile mümkün olmaktadır. Toplam kalite yönetiminin bir kalite devrimi olduğu kabul edilmektedir. Bu kabule göre toplam kalite yönetiminin dolayısıyla hasta güvenliğinin başarıya ulaşması için gerekli olan uygun liderlik tarzlarından biri de dönüşümcü liderliktir.

Yukarıda ifade edilen görüşlerin ışığında araştırmanın misyonu, ülkemizde yeni yer edinmeye başlayan ve henüz yeterince özümsemiş olan hasta güvenliği uygulamalarının önemine dikkat çekmek ve sağlık sektörü paydaşlarının farkındalık düzeylerini artırmaktır. Bu bağlamda çalışmanın birincil amacı, "hasta güvenliği uygulamalarında dönüşümcü liderliğin etkisinin hemşirelerin görüşleriyle ölçülmesi" şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmanın evreni, Malatya Merkez'deki Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde çalışan hemşirelerden oluşmaktadır. Örnek ise tesadüfi olarak seçilen 198 hemşireyi kapsamaktadır. Anket ile sağlanan ham veriler, SPSS programı aracılığıyla istatistiki analize tabi tutulmuştur. Araştırma bulgularının literatürü desteklediği görülmüştür. Araştırmanın, "organizasyonun dönüşümcü liderlik seviyesi ile hasta güvenliğinin iyileştirilmesi arasında pozitif ilişki vardır" şeklindeki temel hipotezi doğrulanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Güvenliği, Liderlik, Dönüşümcü Liderlik, Verimlilik, Hemşireler.

Neslihan DERİN, Dr., İnönü Üniversitesi, Kale MYO Öğretim Görevlisi.

Erkan T.DEMİREL, Dr., Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO Öğretim Görevlisi.

## APPLICATIONS OF PATIENT SAFETY FOR PRODUCTIVITY GROWTH IN HOSPITALS AND THE EFFECT OF TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP ON THE PROVISION OF PATIENT SAFETY

### ABSTRACT

*In order to gain the advantage in the intensively competitive private health care environment the most important issue for hospitals to make their achievements sustainable and create a positive image is patient safety. Patient safety is indispensable in the provision of a productive and qualified health service and it plays an important role that can be defined as keystone in ensuring patient satisfaction. Patient safety applications are part of the implementation of total quality management (TQM) in hospitals. For TQM to have meaning and gain value is possible with leadership. It is accepted that TQM is a quality revolution. Accordingly, transformational leadership is one of the most appropriate styles of leadership that is required for the success of total quality management and thus for patient safety.*

*In the light of the opinions mentioned above, the mission of the study is to draw attention to the implementation of patient safety measures which although are not sufficiently understood have begun to gain ground in Turkey and to increase the level of awareness of patient safety in the shareholders in the health care sector. In this context, the main objective of the study is "to measure the effect of transformational leadership on patient safety applications via the opinions of nurses".*

*The population of the study comprises of the nurses working in hospitals of the Ministry of Health in Malatya City center, Turkey. The sampling covers 198 nurses chosen randomly. The raw data obtained from the questionnaire was subjected to statistical analysis by means of an SPSS program. It was observed that study findings supported the literature. The basic hypothesis of the study suggesting that "there is a positive relationship between the level of transformational leadership of the organization and increased patient safety" was verified.*

**Key Words:** Patient Safety, Leadership, Transformational Leadership, Productivity, Nurses.

### 1. GİRİŞ

Günümüzde, sağlık sektöründe hasta güvenliğine verilen önem giderek artmaktadır. Hata yapmak, insan yaşamının değişmez gerçeklerinden biridir. Sağlık sektörünün de hataya çok açık bir alan olması hasta güvenliğine verilen önemi daha da artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, her aşamada riskle karşılaşma ihtimalinin yüksekliği nedeniyle hasta güvenliğinin sağlanmasına ve güçlendirilmesine ilişkin çalışmalar sağlık işletmelerinin başarısında oldukça önemli hale gelmiştir. Sağlık işletmelerinin sistemlerinin hasta güvenliği odak alınarak oluşturulması gerekmektedir.

Sağlık hizmeti almak, bireylerin doğuştan gelen hakları olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kalitesi; ülkenin gelişmişlik düzeyini göstermesi açısından da önemli bir kriter haline gelmiştir. Sanayi sektöründeki veya başka hizmet sektörlerindeki hatalar gelir düşmesi, müşteri kaybı ve zarar gibi telafisi mümkün olabilecek kayıplara yol açmakta iken sağlık alanında yapılacak hatalar yaşam kalitesinin düşmesi, insan ve toplum sağlığının bozulması ve insan yaşamının sona ermesi gibi telafisi mümkün olmayacak kayıplara yol açabilmektedir. Bu nedenle sağlık sektöründe güvenliğin mümkün olan en yüksek düzeyde olması için "sıfır hata" yaklaşımıyla hareket edilmelidir. Kaliteli bir sağlık sistemine ancak bu şekilde ulaşılabilecektir.

Hasta güvenliği ise "süreçlerdeki basit hataların, hastalara ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak" ya da "hataların hastalara ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almak" şeklinde tanımlanabilir. Hasta güvenliğinin, "*tıbbi hataları azaltmak*" değil "*hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınmak*" olduğu bilinmelidir. Tanımdan da anlaşıldığı gibi hasta güvenliğinin sağlanması, sağlıkta başarıyı elde etmek ve sıfır hataya yaklaşabilmek için hatayı oluşturan koşulların ortaya çıkmasını önleyici bir bakış açısıyla konuya eğilmeyi gerektirmektedir. Bu hareket tarzı, hastaneleri verimlilikte çok daha üst seviyelere çıkaracak bir eylem olacaktır.

Hataların önlenmesi çerçevesinde yapılan araştırmalar; hatalara yönelik farkındalığın artmasında, hata sıklığının ve şiddetinin azalmasında *Toplam Kalite Yönetimi* (TKY) uygulamalarının etkili bir yöntem olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte hasta güvenliğine yönelik yapılan faaliyetlerin kalitede iyileşmeye, müşteri (hasta) tatmininin artmasına, maliyetlerde azalışa (37) ve verimlilikte artışa (4,18,19,20,30,33,41,48) yol açacağı da ifade edilmektedir (37). TKY, müşteri memnuniyetinin sağlanması ve sürdürülmesi için gerekli olan bir değişim ya da dönüşüm olarak ifade edilebilir. Dönüşümün anlamını bulması ise etkili bir liderlik ile mümkündür. Başarıya ulaşmak için değişimin zorunlu olduğunun bilincinde olan, değişimi planlı bir şekilde yönetebilen ve değişime tüm çalışanların katılımını sağlayabilen liderler, başarılı TKY uygulamalarının ardındaki güç kaynaklarıdır (53). Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun liderliğe ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasına bağlı olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Kaliteli ve güvenli sağlık hizmetine açılan kapının anahtarının liderlik ve kültür olduğu tüm dünyanın kabul ettiği bir gerçek iken Türkiye'de henüz hem resmi hem de fiili anlamda yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Hasta güvenliği ile ilgili araştırma sayısı ise yeterli seviyeye ulaşmamıştır. Literatürdeki boşluğu daraltmak ve konunun önemine dikkat çekmek için hasta güvenliği alanında yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Hasta güvenliği alanı, Türkiye için yeni ve önemli bir araştırma alanıdır. Hasta güvenliği uygulamalarının önemine ve gerekliliğine yapılacak vurgu ile farkındalık oranını artırmak,

daha fazla verimli çalışan ve daha fazla kaliteli hizmet sunan hastanelerin gelişmesine katkıda bulunmak umulmaktadır. "Sağlıkta kalitenin artması demek insan yaşam kalitesinin artması demektir" gerçeğinden hareketle, çalışmanın milli ekonomiye ve toplumsal refaha katkısı yönünden ülkemiz için önem arz eden çalışmalardan olduğu kabul edilebilir.

Yukarda ifade edilen görüşlerden yola çıkıldığında bu çalışma, "hasta güvenliği uygulamalarında dönüşümcü liderliğin etkisinin hemşirelerin görüşleriyle ölçülmesi" amacıyla planlanmıştır. Özellikle, "organizasyonun dönüşümcü liderlik seviyesi ile hasta güvenliğinin iyileştirilmesi arasında pozitif ilişki olduğuna yönelik" bir temel hipotez geliştirilmiştir. Çalışmanın hedeflenen evreni hemşirelerdir. Erişilebilen ise Malatya Merkez İlçe'deki Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde çalışan 517 hemşiredir. Araştırma kuramsal çerçevenin oluşturulmasından sonra anket uygulanarak tamamlanmıştır.

Çalışma, kuramsal çerçeve ve uygulama kısımlarından oluşmaktadır. Kuramsal çerçevede önce hasta güvenliği ile ilgili temel kavramlardan bahsedilmiştir. Bu kısmı takiben hasta güvenliğine yönelik liderlik uygulaması olarak tabir edilen dönüşümcü liderlik kavramı irdelenmiştir. Uygulama kısmında ise aritmetik ortalama, standart sapma, korelasyon, regresyon, t ve varyans analizleri yapılarak, bulgular yorumlanmıştır.

## 2. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların, ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar" (28) ifadesi yer almaktadır. Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi *hasta güvenliği* yasal bir haktır.

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin toplamıdır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (26).

Sağlık bakım sistemi, temelde bireyin sağlık çıkarlarını koruma ve geliştirmeyi amaçlamasına karşın bakıma ilişkin süreçler, kullanılan teknoloji, karmaşık insan faktörlerinin bileşimi, hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riskini olası kılmaktadır. İstenmeyen olaylar; "hasta bireyin hastalık durumundan ziyade, sağlık bakım personelinin tutum ve davranışları nedeniyle meydana gelebilecek zarar ve yaralanmalar" olarak tanımlanır. İlaç hataları, yanlış taraf cerra-

hisi, hasta düşmeleri, yatak yaraları, hastane enfeksiyonları ve önlenabilir ölüm oranlarında artışlar sağlık bakımında yapılan hatalar veya istenmeyen olaylardır (58).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata) tanımlaması ise şöyledir; "hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamının neden olduğu, kasıtlı olmayan beklenmeyen sonuçlardır" (26). Hasta güvenliği, süreçlerdeki basit hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapılmasını gerektirmektedir. Hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır (27). Hasta güvenliği tanımında öncelikle, *zarar verme* kavramı yer almaktadır. Bu yaklaşım, "hastane ile ilgili tüm birimlerde her türlü donanımın hastanın mevcut sağlık durumunu olumsuz etkileyecek faktörlerden arındırılması" anlamını taşımaktadır. Hasta güvenliğini etkileyen sağlık bakım karakteristikleri içerisinde; yasal düzenlemeler, finans, istihdam, sağlık bakım ortamı, tüketici katkıları ve eğitimi, bakım sağlayıcıların eğitimi ve katkılarının (50) yanı sıra yöneticinin hasta güvenliği konusunda değişimi gerçekleştirme ve dönüşümü sağlama hususundaki isteği ve becerisi yer alır.

Sağlık organizasyonlarının hataların önlenmesi konusunda büyük dikkat göstermeleri gerekmektedir. Çünkü hataları, halk sağlığı üzerinde büyük etkiler bırakabilmektedir. Böyle organizasyonlardan biri de hastanelerdir. Üretim endüstrisinde yapılacak bir hata benzer bir mal kaybına yol açarken sağlıktaki bir hata can kaybına yol açacaktır. Güvenlik, kalite iyileştirmenin önemli bir bileşkesidir (37). Hasta güvenliği, kalite çalışmalarının öncelikli bir konusudur (32). Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta kalite, "süreçlerin ve yapıların tanımlanması ve sürekli iyileştirilmesi ile hasta çıktılarında ve hasta güvenliğinde artışı" ifade etmektedir (34). Sağlık hizmetlerinin kalitesi söz konusu olduğunda *tıbbi hatalar*, *sistemin kalitesinin* ya da *kalitesizliğinin* doğrudan bir göstergesi niteliğindedirler. Bu nedenle üzerine eğilmek, önce ölçüp sonra da azaltılması için yöntemler geliştirmek gereklidir. İnsanların hatasız çalışması mümkün değildir. Hizmet sunum süreçleri buna izin vermeyecek şekilde tasarlanmalıdır. Doğru sistemler kurgulandığında, hizmet sunum sürecinde hatalı sonuçların ortaya çıkması engellenecektir (47). Hizmet kalitesi, *sunum* etrafında kümelenmektedir (11). Kaliteli bir sunum ise "güvenilirlik, isteklilik, yeterlilik, erişilebilirlik, nezaket, emniyet, müşteriye anlama ve fiziksel varlıklar" boyutlarının bir araya gelmesi ile mümkün olabilir (14). Bu boyutlar ile hasta güvenliği uygulamaları birlikte değerlendirildiğinde; hasta güvenliğinin hemen her boyutun gerçekleşmesine katkı sağladığı ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun olmazsa olmazları arasında olduğu akla gelmektedir.

Hasta güvenliği uygulamalarının felsefesi, "tıbbi hatalara kişisel düzeyde ve suçlayıcı olarak değil sistem düzeyinde yaklaşmaktır". Yapılmak istenen, herhangi bir hastanede herhangi bir sağlık personelinin yaptığı ya da yapmak zorunda kaldığı hataların kişisel düzeyde çözülmesi değildir. Konunun esası, işlerin yapılmasında ve sorunların çözülmesinde subjektif müdahalelere izin verilmeden süreçlerin ve işlerin kurumsallaştığı, standardize edildiği bir yapının (sistemin) oluşturulabilmesidir (18).

Hastanın sağlık kuruluşuna hizmet almak için başvurduğu andan itibaren, sağlık kuruluşu yönetimi başta olmak üzere sağlık hizmeti sunumunda görev üstlenen tüm personel hasta güvenliğinden sorumludur. Belirtildiği gibi öncelikli sorumluluk yönetimindir. Sağlık kuruluşu yönetiminin sorumluluğu, hastaların zarar görmesine engel olacak sistemlerin oluşturulmasıdır (6). Bir hastanenin veya sağlık kuruluşunun hastalarının güvenliğini sağlamasından daha önemli bir şey yoktur. Bu yüzden sağlık sektörü yöneticilerinin en önemli görevlerinden biri hasta güvenliğini artırmak olmalıdır (54).

Hasta güvenliği; hasta güven kültürü, eğitim, personel, iletişim, organizasyon yapısı ve liderlik kavramlarının bileşimiyle ortaya çıkarak, hastanelerin verimlilik düzeylerinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır. Sözü edilen bu kavramlar aşağıda açıklanmaktadır:

### **2.1. Hasta Güven Kültürü**

Hasta güvenliğine yönelik önemli iyileştirmelerin başarılması, 21.yy. başlarında sağlık sektörünün karşı karşıya geldiği önemli görevlerden biridir (39). Hem hasta güvenliğini sağlamada hem de hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesinde güçlü ve teşvik edici bir güven kültürüne ihtiyaç vardır. Böyle bir güven kültürü, yapılan tıbbi hataların gizlenmemesini, kayıt altına alınmasını ve açıklanmasını gerektirmektedir (32). Güven, kültür felsefesi yüksek organizasyonlar oluşturmanın temel taşıdır. Güven kültürü; neyin önemli olduğu konusunda değerler, işin nasıl yapılacağı konusunda inançlar ve düşünce sisteminin nasıl olması gerektiği konusunda normlar oluşturur (45).

ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) tarafından hazırlanan 1993 tarihli bir raporda güvenlik kültürü şöyle tanımlanmaktadır: "Bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını, yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür" (54).

Sağlık kuruluşunda oluşmuş olan güçlü bir hasta güvenlik kültürü güvenli bir tedavi ve bakımın yapılmasında ve bunların daha ileri düzeye taşınmasında esastır ve hasta bakım kalitesinin artırılmasında çok önemli bir bileşendir. Hata yapmak insanın doğasında vardır. Hasta bakım hatalarına karşı, ayıplama, kızma, çatışma, itimat etmeme gibi cezalandırıcı kültür, medikal hataların sistematik bir şekilde analiz edilmesini imkânsız hale getirir (32). Güven kültürü

içinde öncelikle hatadan dolayı kimse ayıplanmaz. Hata meydana geldikten sonra, muhtemel sebepleri araştırılır ve tekrar etmemesi için gerekli önlemler alınır (45). Bu cümleden hareketle, hasta güvenliği kültürünün, "kurallara istekle ve bilinçli olarak uyulan, öz disiplinin esas olduğu bir ortamın oluşturulması" mantığına dayanan önleyici disiplin anlayışı ile benzeştiği söylenebilir.

Hasta güvenliği, yalnızca bir meslek grubuyla ve tek başına kurumlarla sınırlı değildir. Sağlık sistemini oluşturan aktörlerin ve paydaşların tamamının, ortak akıl ve ortaklaşa yaklaşımla çözebileceği, insan davranışlarının ağır bastığı, ortak bir dil etrafında bilgi paylaşımından başka çözüm yolu bulunmayan zorlu ve önemli bir alandır (57). Hasta güven kültürünün hastanede oturmuş olduğunun göstergesi yani hasta güvenliğinin çıktısı, hata sayılarının azalmasıdır. Hastanelerde hasta güven kültürü ne kadar çok yerleşirse hatalar da o kadar azalacak (15) ve hastalar en az zararla ya da hiç zarar görmeden hastaneden ayrılacaklardır. Bir başka ifade ile sadece fayda görerek hastaneden ayrılacaklardır.

Ülkemizde, yerleşik ve güçlü bir sağlık kültürünün olmamasına bağlı olarak hasta güvenliği kültürünün da olmadığından söz edilebilir. Sağlık hizmet sunumunun karmaşık bir yapıya sahip olması, hastaların hizmet almaları sırasında zarar görebilmelerine neden olmakla birlikte sağlığa ve hasta güvenliğine yönelik kültür oluşumunu da olumsuz etkilemektedir. Hasta güvenliği kültürünün oluşmamış olması sağlık hizmeti alanların, sağlık hizmeti sunanların ve sağlık yöneticilerinin yeterince bilinçli olmamalarından da kaynaklanabilir. Devlet otoritesinin (özellikle Sağlık Bakanlığı'nın) hasta güvenliğini 2003 yılına kadar desteklememiş olması bir başka ifade ile desteklemeye çok geç başlamış olması da hasta güvenliği kültürünün varlığının önündeki engellerden biri olarak kabul edilebilir. Bunların yanında sayılabilecek başka nedenler de vardır: "Hasta güvenliği konusunun kurumların kendi inisiyatiflerine bırakılması, sağlık hizmet sunumunda rehberlerin ya da standardize edilmiş süreçlerin kullanılmaması, kayıt sistemlerinin ve kaydetme kültürünün yetersiz olması, eğitim altyapısının çeşitlilik göstermesi" (19) gibi.

## 2.2. Hasta Güvenliğini İyileştirmede Eğitim

Hasta güvenliğini iyileştirmede yararlı olabilecek yöntemlerden biri de davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programlarının uygulanmasıdır. Sağlık çalışanları genelde belli bir mesleki eğitimden geçmektedirler. Fakat bu eğitimlerde hasta güvenliğine yönelik aldıkları bilgilerin oranı yetersiz olabilmektedir. Aynı zamanda hasta güvenliğinin güncel bir konu olmasından dolayı, sağlık personelinin mevzuat bilgileri de güncellikten uzak düşebilmektedir. Çalışanların, hasta güvenliği hakkında geniş bilgiye ve bu yöndeki mevzuat değişimlerini bilmeye ihtiyaçları vardır. Bu tür bilgilerin verilmesi ve uygulamada birtakım davranış değişikliğinin meydana gelmesi ancak eğitim ile mümkün olur (1).

Hasta güvenliği, doktor, hemşire, teknisyen vb. içeren sağlık ekibi üyelerinin eğitim düzeyine, dikkatliliğine ve becerilerine bağlıdır (40). Hasta güven kültürünü inşa etmede eğitim, anahtar faktörlerden biridir. Hasta güvenliğine yönelik bilgiler öğrenilmeli ve paylaşılmalıdır. Bunun yanı sıra, personele yol gösterilmeli ve desteklenmeli, risk yönetim aktiviteleri birleştirilmeli, kayıtlar düzgün ve doğru tutulmalı, hastalar ve halkla iletişim halinde olunmalı, hataları önleyici çözümler uygulanmalıdır (39).

### **2.3. Hasta Güvenliğinin İyileştirilmesinde Personel**

Tıpta kalite hareketi; tıbbi hatalara karşı "adlandırma, utandırma, kınama" yaklaşımının, "her hatanın hastanın daha fazla zarar görmesini engelleyecek bir fırsat" olarak görülmesine doğru değişmesine neden olmuştur. Hasta güvenliğiyle ilgili bu yeni kültür, tüm sağlık çalışanlarının katılımını ve kalite iyileştirilmesi ile ilişkili tüm becerilerin öğrenilmesini gerektirmektedir (23).

Hastaya hem güvenli hem de etkili tedavi ve bakımın uygulanması için uygun bir çevre ve teknik personel gerekmektedir (40). Sağlık çalışanları gün geçtikçe daha fazla karmaşık hale gelen prosedür ve tedavi yöntemlerini başarmak zorundadırlar. Profesyonel sağlık hizmeti verenler, yaratıcı, hünerli, sistemle bütünleşmiş, mesleğinde yeterli ve hasta bakım esnasında kaliteyi temin için teknolojik kaynakları etkin kullanabilen kişiler olmalıdır. Kısacası sağlık çalışanları, hizmet süreci içinde yüksek kaliteli bakımı sağlayıcı ve hasta güvenliğini daha ileri boyutlara taşıyacak yetenekte kişiler olmalıdır (44).

### **2.4. Hasta Güvenliğini İyileştirmeye Yönelik İletişim**

İletişim, en basit şekliyle "karşılıklı bilgi alışverişidir". "Kimin, kime, hangi koşullarda, hangi kanallarla, hangi amaçla, ne söylediğini inceleyen bilim dalı" olarak tanımlanır (7). Hastane performansının artırılması; doğru, eksiksiz, tam ve zamanında elde edilen verilerden üretilen bilgiler ve bunların hastane çalışanlarınca paylaşımı ve kullanılması ile mümkündür (16).

Hasta güvenliğini etkileyen en önemli parametrelerden bir tanesi de organizasyonlarda etkin iletişimi sağlamaya yönelik yöntemlerin belirlenmesidir. Sağlık kuruluşlarında ortaya çıkan hataların çoğunluğunun, etkin olmayan iletişim nedeniyle, hasta kimliğinin tanımlanması, doğrulanması ve tıbbi bilgilerin aktarımının kritik olduğu hasta transferi süreçlerinde ortaya çıktığı söylenebilir (59).

Organizasyon içinde, hata yapan, ayıplanmadan hatalar kayıt edilmeli, açık bir şekilde hatalar tartışılmalı ve hatalara yönelik istatistikî analizler tutulmalıdır. Bu veriler açık bir iletişim sistemi ile herkese verilmelidir (37). Hatalara yönelik analizlerin sağlıklı bir şekilde yapılması; güvenilirlik dürüstlük, doğruluk, cesaret kültürü ve hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında olması gereken açık iletişime bağlıdır (50).

## 2.5. Organizasyon Yapısı

Hasta güvenliğine yönelik girişimlerin başarılı olması örgütsel değişimin etkililiğine bağlıdır. Tıbbi hataların çoğunluğu, sağlık personelinin ihmalinden daha ziyade sağlık sisteminin zayıflığından kaynaklanmaktadır. İş akış süreçlerini iyileştirici bilgi teknolojilerinden faydalanılarak, destekleyici organizasyon yapısı oluşturulmalıdır (5).

Hasta güvenliği, hem daha iyi bilgilendirilme hem de daha iyi yönetim yapısıyla pozitif ilişkilidir. Her iki durum, takım içinde farklı disiplinlerin varlığıyla daha güçlü hale gelebilecek, insanların dikkatini uyarıcı bir yapısı olan organizasyona ihtiyaç duymaktadır (40). Sağlık organizasyonları etkin gözlemler yaparak ve bunu iletişime sokarak, hasta güvenliğine ilişkin girişimlere yönelik birtakım bariyerlerin üstesinden gelebilecektir (52).

McFadden ve diğerleri, hasta güvenliği girişimlerinin gerçekleşmemesine yönelik sebepleri şöyle sıralamışlardır: Üst yönetimin desteğinin olmayışı, kaynak yokluğu, bilgi yokluğu, istek yokluğu (37). Hâlbuki, hasta güvenliğine yönelik taktiksel girişimlerin çoğu basit, masrafsız veya çok az masraflı ve çok da zor olmayan uygulamalardır. Bu durum, insanları; güçlüklerle dolu, sözüm ona baş edilmeyecek gibi duran sağlık hizmetleri problemlerinin çözümüne yönelik girişimde bulunmaya cesaretlendirmektedir. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik girişimler, hasta güvenliğinde artışa, tıbbi hatalarda azalışa ve kaynak tasarrufuna yol açmaktadır (17).

## 2.6. Hasta Güvenliğine Yönelik Liderlik: Dönüşümcü Liderlik

Son yıllarda sağlık endüstrisi hem kendi içinde hem de işlem yaptığı çevrede büyük değişimler geçirmiştir (29). Sağlık işletmelerinin, sürekli iyileşme, yüksek kaliteli bakım, yaratıcılığın geliştirildiği ortam, tatmin edici yeniliklerin yapıldığı akademik çevrenin oluşumunda paylaşılan bir vizyona ve etkili bir liderliğe ihtiyacı vardır (38). Sağlıkta dönüşümü gerçekleştirecek olan lider, sağlık sektöründeki değişimi ve fırsatları, farklı açılardan değerlendirebilme ve aksiyona geçme becerisine sahip kişidir (15).

Lider, "belli bir amacın gerçekleşmesi için insanları etkileyebilen ve onları harekete geçiren kişidir". Sağlık yöneticileri de bu görevlerinin yanı sıra tavırlarıyla, bıraktığı izlenimle ve etkileyebilme güçleriyle lider de olabilirler (36). Sağlık yöneticileri çok önemli bir iş olan hasta bakımı ve tedavisi işlemlerinin gerçekleştiği kurumları yönetmektedirler (2). Vicdani sorumluluğu ağır olan bu görevin üstesinden gelebilmek, liderlik duruşu sergileyebilmeye bağlıdır.

Güvenli bir sağlık sistemi inşa etmek, medikal hatalar ve medikal hataların sonuçlarının çevrelediği sessizliğin kırılması ile olur. Amerika'da yapılan bir araştırma; bir yılda ortalama 98.000 medikal hatanın gerçekleştiğini ve bu hatalara bağlı olarak gerçekleşen ölümlerin % 58'inin basit tedbirlerle önlenabilir ol-

duğuna işaret etmektedir. Araştırmalar, aynı zamanda tıbbi hataların ne kadar çok maddi maliyete yol açtığını da göstermektedir. Tıbbi hatalar, maddi maliyetin yanı sıra, müşteri (hasta) memnuniyetsizliği, çalışan tatminsizliği ve sağlık bakım kalitesinde de azalmaya yol açmaktadırlar. Bu hataların gün yüzüne çıkması, ancak sağlık sisteminde köklü bir değişim gerçekleştiğinde mümkün olabilir. Bu değişimi gerçekleştirecek olan güç ise *liderdir*. Lider, hasta güvenliği girişimlerini geliştirmeli, medikal hataların azaltılmasına yönelik olarak iş ve işleyişleri düzenlemeli ve hasta güvenliğe yönelik bir kültür oluşturmalıdır (37). Künzle de (35) bu görüşe paralel olarak; liderlik davranışlarının takım performansı ve hasta güvenliğini teşvik için önemli bir rol oynadığını ve iki değişken üzerinde önemli bir aracılık etkisinin olduğunu ifade etmektedir.

Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, tıbbi hata oranını belirlemeye yönelik yapılan bir araştırmada beş aylık süreçte belirtilen 21 hatanın %4,76'sı ilaç hataları, %4,76'sı iletişim hataları, %28,57'si düşmeler, %28,57'si bakım süreci hataları, %33,33'ü yönetim hataları olarak bulunmuştur (24). Lider, başta en büyük orana sahip olan yönetim hataları olmak üzere tüm hataların azaltılmasına yönelik girişimleri başlatmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır.

Üst liderin tutum ve davranışları, hasta güvenliğine yönelik girişimlerin gerçekleşmesi ve bu yönde örgütsel kültürün oluşmasında anahtar roldedir. Liderler, kimseyi ayıplamadan hasta güvenliği ile ilgili tüm verileri dikkate almalı, bu yöndeki çalışmalara kaynak ayırmalı, istek uyandırmalı, çalışanlar arasında bu yönde işbirliği sağlayabilmeli, çalışanlar arasında takım ruhu oluşturabilmeli (46), çalışanların morallerini yüksek tutmayı başaramalı (31), sağlık personeline bu görevleri başarması için birtakım yetkiler vermelidirler (52). Hasta güvenliğini öncelikli bir stratejik alan olarak ele almalı ve kârlılık uğruna hasta güvenliğınden taviz vermemelidirler.

Hasta güvenliğini destekleyen bir kültürün oluşturulması ve sürdürülmesi hastane için önemli ölçüde örgütsel bir değişim gerektirmektedir. Örgütsel değişimin kaynağı, sürükleyicisi ve yöneticisi ise *dönüşümcü lider* olabilir (37). *Dönüşüm* kelimesi bir durumdan başka bir duruma geçme olduğundan "başka bir biçime girme, başka bir durum alma, şekil değiştirme, tahavvül, inkılap, köklü değişiklik, iyileştirme ve devrim" gibi anlamlar içermektedir (21). Dönüşüm kelimesinin anlamından yola çıkıldığında dönüşümcü liderliğin, "*örgütleri devrime sürükleyen ve devrimi örgütün dokularına işleyen mücadele ruhunun adı*" olduğu akla gelmektedir. Dönüşümcü liderlik kavramı, ilk defa James Mc Groger Burns tarafından 1978 yılında kullanılmış ve Bernard Bass tarafından yaygınlaştırılmıştır (3). Dönüşümcü liderlik organizasyonun öğrenme ve yenilik yapma gibi önemli süreçlerine katkı sağlar. Bunların etkin bir şekilde gerçekleşmesinde anahtar roldedir. Dönüşümcü liderlikle ilişkili yapılan araştırmalarda dönüşümcü liderliğin lidere olan güven, iş tatmini ve örgütsel bağlılıkla pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (22).

Liderlik, yönetim biliminin bir konusu ve iş yaşamıyla ilgili olduğu kadar, psikolojik, sosyolojik, politik ve felsefi açılardan ele alınıp analiz edilebilen bir kavramdır. Günümüzdeki hızlı değişimler ve belirsizlikler yeni bir liderlik tipini gerektirmiştir. Bu ortamda, her örgüt kendi arzuladığı geleceği yaratmak istemektedir. Bunu sağlamak amacıyla gerekenlerden biri de dönüşümcü liderliktir. Dönüşümcü liderlik, örgütte ani ve etkili değişimi gerçekleştirmeye yöneliktir. Dönüşümcü lider, vizyon sahibi ve değişim ustası olup, işgörenlerin yetenek ve becerilerini ortaya çıkararak, kendilerine olan güvenlerini artırır. Onlardan, normalde beklenenin üzerinde sonuç almayı hedefler (13).

İnsanlar değişimci ve dönüşümcü gibi görünebilirler fakat özde böyle olmayabilirler. Bass'a göre açıktan yapılan davranışlar benzer görünürken, gerçek dönüşümcü liderler sahte dönüşümcü liderlerden; değerler, güçlü motivasyon oluşturma, insanlarla aralarına koydukları sosyal mesafe, hizmet sunumu esnasında olumlu tavır sergileme ve takipçilerinin gelişimine yönelik ilgi bakımından ayrırırlar (55).

Bass (9)'a göre, dönüşümcü liderler, izleyenlerin çıkarlarını genişletir ve yükseltirler. İzleyenlerin, grubun misyonu ve amaçları hakkında bilgi sahibi olmalarını ve kabullenmelerini sağlarlar. İzleyenleri grubun iyiliğini kendi çıkarlarının üzerinde tutmaları doğrultusunda motive ederler. Diğer taraftan dönüşümcü liderler, gelecekte ulaşılabilecek gerçekçi bir vizyon oluştururken, astları entelektüel olarak uyarır ve bireysel bazda ilgilenirler. Bu tip liderler, değişim ihtiyacını tanımlamak, yeni vizyonlar yaratmak, bu vizyonlara olan bağlılığı sağlamak sureti ile örgütü dönüştürebilirler. Bass (8;9;10), dönüşümcü liderliğin beş boyutu olduğunu ifade etmektedir. 1985'te ilk kez kullandığı ve sonraki yıllarda geliştirdiği MLQ'da (Multiple Leadership Questionnaire) dönüşümcü liderliğin beş boyutunu şu şekilde analiz etmektedir:

**a. Karizma:** Literatürde karizma kavramının liderlik ile ilişkisi tartışmalıdır. Birtakım akademisyenler, karizmanın dönüşümcü liderliği kapsadığını ifade ederken, bir kısım akademisyenler bu iki kavramın birbirinden farklı olduğunu ve karıştırılmaması gerektiğini söylemektedirler. Bass ise karizmayı, dönüşümcü lider için gerekli bir özellik olarak görmekte ancak yeterli bir unsur olarak değerlendirmemektedir. Bass'a göre karizmanın iki yönü vardır:

- **Aktif İdealleştirilmiş Etki:** İdealleşen etki, hem lidere, hem de izleyene göre tanımlanmaktadır. İdeal liderler, kendi ihtiyaçlarından önce başkalarının ihtiyaçlarını düşünürler. Kişisel kazanç sağlamak için güç kullanımından kaçınırlar. Yüksek ahlaki standartlar sergilerler. İzleyenlerinin önüne iddialı hedefler koyarlar.
- **Pasif İdealleştirilmiş Etki:** İdeal davranışları gösteren liderler, izleyenlerinin üzerinde olumlu bir etki bırakırlar. İzleyenler, liderle özdeşleşirler ve birtakım yüksek değerleri liderlere atfederler.

- b. İlham Motivasyon:** Burada vizyonun izleyenlere etkili bir şekilde aktarılması yani ilham verilmesi söz konusudur. Birtakım semboller kullanılmak suretiyle, çaba sarf etmeye güdülenme sağlanır.
- c. Bireye Saygı:** Bireye önem verme, her koşulda bireye sahip çıkma, önemli olduğunu hissettirme, öğüt verme ve yönlendirmedir. Bu bağlamda, sürekli bir geri bildirimin ve bireysel ihtiyaçların örgütün misyonu ile ilişkilendirilmesinin söz konusu olduğu söylenebilir.
- d. Entelektüel Teşvik:** Entelektüel teşvik (uyarım) süreci, eski düşüncelerin ve inanışların sorgulanması felsefesine dayanır. Hem yeni hem de iddialı fikirlerin astlara iletilmesinden ibarettir. Bu süreç; problemlerin farkına varılmasına, liderin kendi düşünce ve hayal gücünün izleyene geçmesine ve izleyenler tarafından liderin inanç ve değerlerinin paylaşılmasına yol açar. Entelektüel uyarımın var olup olmadığı, astların karşı karşıya kaldıkları problemi kavramsallaştırmasından, analizlerinden ve yarattıkları çözümlerden anlaşılabilir.

## 2.7. Verimlilik Perspektifinden Hasta Güvenliği Uygulamaları

Konuyu verimlilik perspektifinden incelemeyi önce konuya açıklık getirebilmek bakımından verimlilik ve sağlık hizmetlerinde verimlilik kavramlarına değinmek yararlı olacaktır. Verimlilik, bir üretim veya hizmet sürecinin belli bir dönemde üretilmiş olan ürün ve hizmetlerle (çıktı), bu üretimi gerçekleştirmek için kullanılan üretim kaynaklarının (girdi) birbirine oranıdır. [ *Verimlilik = Çıktı / Girdi* ] eşitliği ile gösterilebilir. Bu verimlilik tanımı somut çıktı üreten ve üretimi net bir şekilde standardize edilebilen endüstri dalları için geçerlidir. Ancak, konu hizmet üretimi ve hastaneler olunca kurumların verimliliklerini ölçmek için yetersiz kalmaktadır. Hastaneler tarafından ortaya konulan çıktı (hizmet), fiziksel boyutları içermediği gibi, belirli standartlar ile ölçülmesi de oldukça güç olan bir üründür. Ortaya konulan çıktının ölçülmesindeki güçlük, hastanelerde verimliliğin ölçülmesini de oldukça güçleştirir. Hastaneler tarafından ortaya konulan çıktının tanımı, amaçlara bağlı olarak da farklılık göstermektedir. Bunun yanı sıra "herhangi bir yöredeki insanların sağlık düzeylerini tatmin edici şekilde ölçebilecek bir indeksin bulunmaması", "sağlık hizmetlerinde kullanılan girdiler ile ortaya konan çıktılar arasındaki karmaşık ilişki" ve "tıp bilimindeki hızlı gelişme" faktörleri de hastanelerde verimlilik ölçümünü güçleştirmektedir (49).

Somut ürünler üreten firmalarda, verimliliğin girdi ve çıktının fiziksel birimleriyle ölçülmesi yaklaşımı; girdi ve çıktının kalitesindeki değişimi yansıtmamaktadır. Sağlık sektöründe verimlilik kavramı, mesleğin farklı grupları (sağlık ekonomistleri, hemşireler, hastane yöneticileri, yönetim mühendisleri, doktorlar, hasta bakım örgütleri, hastalar vs.) tarafından farklı şekillerde algılanmaktadır. Sağlık sektörünün özel durumu ve hizmet kalitesi dikkate alındığında hastane-

ler için şöyle bir formül ortaya çıkmaktadır (43): [ Verimlilik = (Çıktı / Girdi) x Kalite Faktörü ].

Bir sistem, insana en iyi hizmeti sunduğu ölçüde verimlidir. İnsana hizmet etmesi gereken sistemlerin, insana eziyet eder hale gelmesi ve verimsizliği, verimsizlik ise değişim zorunluluğunu doğurmaktadır. Hali hazırda sağlık sistemimizde görülen verimsizlik, sistemin yeniden tasarlanması gerekliliğini yani değişimi zorunlu kılmaktadır (20).

Sağlık sistemimizin verimliliğini artıracak değişim olgusunun önemli bir parçası da "Hasta Güvenliği Uygulamaları"dır. Çünkü hasta güvenliği uygulamaları, sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir destekçisidir. Sağlık hizmetinde kalite, "yaşam kalitesine eklenen katma değer" anlamındadır. Bir başka ifade ile sağlık hizmetlerinde kalite, "hastaya verilen sağlık hizmetlerinin ve yapılan tıbbi müdahalelerin bilimsel, yasal ve tıbbi standartlara uygunluğunu" anlatmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı son yıllarda önem kazanmıştır. Bu durumun ardında yatan belli başlı gelişmeler ise şöyle sıralanabilir (20):

- Tıp biliminin ve tıp teknolojisinin gelişme hızını artırması,
- Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması,
- Kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması,
- Hasta hakları ve hekim hataları tartışmalarının yaygınlaşması,
- Sağlık bilincinin gelişmesine bağlı olarak sağlığa verilen önemin artması.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergelerinden birinin "tıbbi hatalar" olduğu ve hasta güvenliği uygulamalarının felsefesinin "tıbbi hatalara sistem düzeyinde yaklaşarak, hata oranını düşürmek ve kaynak tasarrufu sağlamak" olduğu ifade edilmişti. Bu cümleden hareketle, hasta güvenliği uygulamalarının hastanelerde verimlilik artışı sağlayacak önemli bir araç olduğu açıkça söylenebilir. Bu görüşü destekleyen birçok çalışma yazında yerini almıştır. Bu çalışmalardan erişilebilen bazılarının bulguları aşağıda yer almaktadır:

Amelia (4), hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeyleri ve tecrübeleri arttıkça iş performanslarının arttığını, buna bağlı olarak görev yaptıkları birimin hizmet kalitesi ile verimlilik düzeyinin yükseldiğini aktarmaktadır. Bir başka araştırmada, hasta güvenliği – verimlilik arasındaki pozitif ilişkiden bahisle- hemşirelerin vardiya saatlerinin uzamasının (standart ölçü kabul edilen günlük 8 saatin üzerine çıkmasının), hem personel hem de birim verimliliğini düşürdüğünden ve dolayısıyla hasta güvenliğini de tehlikeye soktuğundan söz edilmektedir (33). Hastane eczanelerinin sorunlarından bahseden bir çalışmada; hasta güvenliği, verimlilik ve klinik bakım olguları önemli sorunlar olarak sayılmaktadır. Bu sorunların çözümündeki yetersizlikler, hangi açıdan yaklaşılsa yaklaşılsın hem ilgili birimin hem de hastanenin performansını olumsuz etkileyecektir (30). Murrells (41),

hemşirelerin iş tatminleri üzerinde etkili olan faktörleri; verimlilik, hasta güvenliği, moral, performans, örgütsel bağlılık, meslek kalitesi vb. şeklinde sıralamıştır. Bu sıralama ile hasta güvenliği ile verimlilik arasında pozitif ilişki olduğunu dolaylı bir şekilde de olsa destekleyen bir görüş kaydedilmiştir. Samman (48), sağlık yöneticilerinin hizmet kalitesini ve verimliliği artırmak için hasta güvenliği uygulamalarına önem vermelerini ve hasta güvenliği ile ilgili stratejiler geliştirmelerini önermektedir.

Demirel de (20) hasta güvenliğine yönelik genel kazançları sıralarken, "hasta güvenliği uygulamaları ile verimlilik artışı sağlanabileceği" yönünde önemli bulguları paylaşmaktadır:

**Çizelge 1. Hasta Güvenliğine Yönelik Çalışmaların Genel Kazançlar**

| Kurum Açısından                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Personel Açısından                                                                                                                                                                                                                                      | İdari Açidan                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tıbbi Açidan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Halkın kuruma karşı güveninin artması</li> <li>Çalışanlar arasında işbirliği ve dayanışma ortamının oluşması</li> <li>Kurumun prestijinin artması</li> <li>Maliyetlerin düşmesi</li> <li>Hastalar ve çalışanlar açısından güvenin artması</li> <li><u>Kurumda verimliliğin artması</u></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Devamsızlığın azalması</li> <li>Personel hareketliliğinin düşmesi</li> <li>İşe bağlılığın (ilginin) artması</li> <li>İşin iyileştirilmesine yönelik motivasyonun güçlenmesi</li> <li>Profesyonelleşme</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kaynakların kontrol altına alınması</li> <li>Çalışanlar arasında sosyal iletişimin artması</li> <li>Personel hareketliliğinin önüne geçilmesi</li> <li>Hizmet sunanlarla ilgili sorunların daha kolay çözümlenebilmesi</li> <li>Motivasyonun artması</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Poliklinik hizmetlerinde verimliliğin artması</u></li> <li>Laboratuvar tetkik sürelerinin kısalması</li> <li>Radyoloji tekrarlarının azalması</li> <li><u>Ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi</u></li> <li>Hastane enfeksiyon oranının düşmesi</li> <li>Hatalı ilaç verme oranında azalma</li> </ul> |

**Kaynak:** (20)

Çizelge 1 değerlendirildiğinde hasta güvenliğinin ihmal edilmesi halinde katlanılacak sonuçlar da şöyle sıralanabilir (20): "İnsan sağlığının tehlikeye girmesi, güvenin azalması, kurumsal prestij kaybı, kaynak israfı, çalışanların motivasyonlarının azalması ve kaybolması, zaman, işgücü ve finansman kayıpları, gereksiz tekrarlanan hizmet maliyetleri, verimliliğin ve etkinliğin azalması, tüm bunlara bağlı olarak tatmin edici (kaliteli) olmayan bir hizmet sunumunun gerçekleşmesi".

### 3. UYGULAMA

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Hastanelerin yoğun rekabet ortamında başarılarını sürdürülebilir kılmak ve güçlü bir imaj sağlamak için en çok önem vermeleri gereken konuların başın-

da “hasta güvenliği” gelmektedir. Hasta güvenliği, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunarak hasta tatminini sağlamanın olmazsa olmazlarından. Hasta güvenliği, hastanelerde toplam kalite yönetimi uygulamalarının bir parçası olarak görülmektedir. Toplam kalite yönetiminin anlam bulması ve değer getirmesi ise *liderlik* ile mümkün olmaktadır. Toplam kalite yönetiminin bir kalite devrimi olduğu kabul edilmektedir. Bu kabule göre toplam kalite yönetiminin başarıya ulaşması için gerekli olan uygun liderlik tarzlarından biri de dönüşümcü liderliktir.

Hasta güvenliği uygulamaları, kurumun kalitesinin algılanmasına yönelik önemli değerlendirmelerden bir tanesidir. Hasta güvenliğinin sağlanmasına ve korunmasına yönelik uygulamalar; kaynak yönetimi (personel, materyal vb.), çalışma ortamı ve tıbbi konularda israfın azalmasına bağlı olarak verimliliğin artışına katkı sağlamaktadır. Verimlilik artışının doğal bir sonucu olarak da hem hizmet kalitesi hem de hasta tatmini artmaktadır. Günümüzde, sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin kaliteli yani güvenli olması, hastanelerin rekabet avantajı elde etmeleri ve varlıklarını başarılı bir şekilde devam ettirebilmeleri açısından önemlidir.

Yukarıda ifade edilen görüşlerin ışığında araştırmanın misyonu, ülkemizde yeni yer edinmeye başlayan ve henüz yeterince özümsemiş olan hasta güvenliği uygulamalarının önemine dikkat çekmek ve sağlık sektörü paydaşlarının farkındalık düzeylerini artırmaktır. Bu bağlamda çalışmanın birincil amacı, “*hasta güvenliği uygulamalarında dönüşümcü liderliğin etkisinin hemşirelerin görüşleriyle ölçülmesi*” şeklinde belirlenmiştir. Araştırmanın ikincil amacı ise, katılımcıların “hasta güvenliği değerlendirmeleri” ile “dönüşümcü liderlik algılarını” demografik özelliklerine göre karşılaştırmaktır. Bu bakış açısı ile çalışma şu soruları cevaplandırma doğrultusunda yürütülmüştür:

- Katılımcıların “hasta güvenliği değerlendirmeleri” ile “dönüşümcü liderlik algıları” arasında bir ilişki var mıdır?
- Katılımcıların “hasta güvenliği değerlendirmeleri” demografik niteliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların “dönüşümcü liderlik algıları” demografik niteliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

Araştırmanın temel hipotezi ise “*organizasyonun dönüşümcü liderlik seviyesi ile hasta güvenliğinin iyileştirilmesi arasında pozitif ilişki vardır*” şeklinde belirlenmiştir.

### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Malatya Merkez İlçe’de yer alan Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Söz konusu hastanelerde (iki hastane) toplam 517 hemşire çalışmaktadır. Tesadüfi yönteme göre be-

lirlenen 259 hemşireye anket formu dağıtılmış ve 208 anket formu geri alınabilmektedir. Geri dönen formlardan ise 10 tanesi eksik ya da yanlış doldurma nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 198 anket formu, evrenin % 38,3'üne isabet etmektedir. % 95 güven sınırları içerisinde, %5 örneklem hatası ve %16 varyans ile bu sayı erişilebilen evreni temsil yeteneğine sahiptir. Bir başka ifade ile bu araştırmanın sonuçları erişilebilen evrene genellenebilir.

### 3.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

#### 3.3.1. Araştırmanın Varsayımları

- Anket yoluyla edinilen bilgiler, örnekleme dâhil edilen hemşirelerin görüşlerini tam ve doğru olarak yansıtmaktadır.
- Veri toplama aracı, araştırma amacıyla elde edilecek bilgiler için yeterlidir.

#### 3.3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma, 2009 Kasım tarihinde Malatya Merkez İlçe'de yer alan Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerde çalışan hemşirelerle sınırlıdır.
- Verilerin sadece bir şehirdeki hastanelerden toplanmış olması araştırmanın en önemli kısıtlarından birini oluşturmaktadır.
- Araştırma, erişilebilen evreni temsil etmesi için seçilen hemşirelerden oluşan örneklem ile sınırlıdır.
- Anketleri cevaplamaları hemşirelerin üzerlerindeki stres ve zaman baskısı nedeniyle hem gerekli süreyi ayıramayabilecekleri hem de gerekli özeni gösteremeyebilecekleri, buna bağlı olarak da cevap kalitesinin düşebileceği endişesiyle ölçeklerin kısa tutulması da sınırlandırıcı bir unsur olmuştur.

### 3.4. Veri Toplama ve Analiz Yöntemi

Araştırmada öncelikle literatür taraması yapılarak elde edilen kaynaklardan hasta güvenliği ve dönüşümcü liderlik ile ilgili kuramsal çerçeve ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu değerlendirmelerden örnekleme dâhil edilen hemşireleri hedef alan anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Elde edilen ham veriler SPSS 12,0 programı aracılığıyla istatistiksel analize tabi tutularak yorumlanmıştır.

Anket üç kısımdan oluşmaktadır. Anketin birinci kısmını demografik özelliklerin belirlenmeye çalışıldığı 4 soruluk bölüm oluşturmaktadır. İkinci kısımda hemşirelerin liderlik algılarını ölçmek için "Çok Faktörlü Liderlik Anketi" (Multi-Factor Leadership Questionnaire/MLQ)'nin dönüşümcü liderlik ile ilgili bölümünden faydalanılmıştır. Ölçek dönüşümcü liderliğin her bir boyutuna ilişkin 4'er sorudan toplam 20 soruyu içermektedir ve puanlamasında, "1: Kesinlikle Katılmıyorum"; "2: Katılmıyorum"; "3: Fikrim Yok"; "4: Katılıyorum" ve "5: Tamamen Katılıyorum" anlamına gelmektedir. Üçüncü kısımda, Sorra ve Nieva (49) tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Filiz (23) tarafından gerçekleştirilen "Hasta Güvenliği Kültürü Anketi" yer almak-

tadır. Bu kısımda; raporlanmış olayların sıklığı ile ilgili 3 soru, yöneticiler ile ilgili 4 soru, iletişim ile ilgili 6 soru ve birimin kültürü ile ilgili 29 soru olmak üzere toplam 42 soru bulunmaktadır. Bu son kısım da önceki kısım gibi 5'li Likert Ölçeğine göre derecelendirilmiştir.

Hazırlanan anket formu pilot uygulama ile test edilmiş ve gereken düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulanmaya konulmuştur. Böylece anketin geçerliliğinin ve tutarlılığının güçlendirilmesine çalışılmıştır. Anketin güvenilirliği de Alpha Analizi ile ölçülmüştür. % 95 güvenilirlik sınırları öngörölmüş olan araştırmada, Alpha Testi Analizi ile hesaplanan güvenilirlik katsayıları aşağıda yer alan Çizelge 2'de aktarılmaktadır. Çizelge incelendiğinde güvenilirlik katsayılarının hepsinin kabul edilebilir sınırın (0,70) üzerinde olduğu görölmektedir. Buna göre ölçeklerin güvenilirliklerinin yüksek olduğu ifade edilebilir.

**Çizelge 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

| Ölçekler                  | Boyutlar                      | Cronbach alpha |       |
|---------------------------|-------------------------------|----------------|-------|
| <b>Dönüşümcü Liderlik</b> | Aktif İdealleştirilmiş Etki   | 0,846          | 0,966 |
|                           | Pasif İdealleştirilmiş Etki   | 0,885          |       |
|                           | İlham Motivasyon              | 0,740          |       |
|                           | Entelektüel Teşvik            | 0,820          |       |
|                           | Bireye Saygı                  | 0,885          |       |
| <b>Hasta Güvenliği</b>    | Raporlanmış Olayların Sıklığı | 0,862          | 0,905 |
|                           | Yönetim Desteği               | 0,784          |       |
|                           | İletişim                      | 0,843          |       |
|                           | Kültür                        | 0,841          |       |

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerinin yer aldığı Çizelge 3 aşağıda yer almaktadır. Çizelgeye göre katılımcıların % 41,4'ü genç, % 56,6'sı orta yaşlı ve % 2'sinin ileri yaşlı olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların % 79,8'inin eğitim düzeyi düşük, % 12,1'inin eğitim düzeyi orta ve % 1'inin eğitim düzeyi ise yüksektir. Katılımcıların mevcut işyerlerinde geçirdikleri süreye bakıldığında % 29,3'ünün az tecrübeli, % 29,3'ünün orta tecrübeli ve % 41,4'ünün de fazla tecrübeli oldukları görölmektedir. Meslekte geçirilen süreye göre katılımcıların % 10,1'i az tecrübeli, % 27,3'ü orta tecrübeli ve % 62,7'si de fazla tecrübelidir.

**Çizelge 3, Katılımcıların Demografik Özellikleri**

| <b>KATILIMCI PROFİLİ (n=198)</b>                                                                                                                                                                                                                                               |          |          |                                 |          |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---------------------------------|----------|----------|
| <b>Yaş</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>F</b> | <b>%</b> | <b>İşyerinde geçirilen süre</b> | <b>F</b> | <b>%</b> |
| 25 ve altı <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                                                                                        | 2        | 1,0      | 5 yıl ve altı <sup>g</sup>      | 28       | 14,1     |
| 26 - 35 arası <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                                                                                     | 80       | 40,4     | 6 - 10 yıl arası <sup>g</sup>   | 30       | 15,2     |
| 36 - 45 arası <sup>b</sup>                                                                                                                                                                                                                                                     | 70       | 35,4     | 11 - 15 yıl arası <sup>h</sup>  | 58       | 29,3     |
| 46 - 55 arası <sup>c</sup>                                                                                                                                                                                                                                                     | 42       | 21,2     | 16 - 20 yıl arası <sup>i</sup>  | 28       | 14,1     |
| 56 ve üzeri <sup>c</sup>                                                                                                                                                                                                                                                       | 4        | 2,0      | 21 yıl ve üzeri <sup>i</sup>    | 54       | 27,3     |
| <b>Eğitim</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>F</b> | <b>%</b> | <b>Meslekte geçirilen süre</b>  | <b>F</b> | <b>%</b> |
| Lise <sup>d</sup>                                                                                                                                                                                                                                                              | 20       | 10,1     | 5 yıl ve altı <sup>j</sup>      | 6        | 3,0      |
| On Lisans <sup>d</sup>                                                                                                                                                                                                                                                         | 138      | 69,7     | 6 - 10 yıl arası <sup>j</sup>   | 14       | 7,1      |
| Lisans <sup>e</sup>                                                                                                                                                                                                                                                            | 24       | 12,1     | 11 - 15 yıl arası <sup>k</sup>  | 54       | 27,3     |
| Yüksek Lisans <sup>f</sup>                                                                                                                                                                                                                                                     | 14       | 7,1      | 16 - 20 yıl arası <sup>l</sup>  | 50       | 25,3     |
| Doktora <sup>f</sup>                                                                                                                                                                                                                                                           | 2        | 1,0      | 21 yıl ve üzeri <sup>l</sup>    | 74       | 37,4     |
| <b>a:</b> Genç, <b>b:</b> Orta yaşlı, <b>c:</b> İleri yaşlı<br><b>d:</b> Düşük, <b>e:</b> Orta, <b>f:</b> Yüksek<br><b>g:</b> Az tecrübeli, <b>h:</b> Orta tecrübeli, <b>i:</b> Fazla tecrübeli<br><b>j:</b> Az tecrübeli, <b>k:</b> Orta tecrübeli, <b>l:</b> Fazla tecrübeli |          |          |                                 |          |          |

#### 4.2. Katılımcıların Dönüşümcü Liderlik Algılarına ve Hasta Güvenliği Değerlendirmelerine Ait Ortalama Değerler

Katılımcıların dönüşümcü liderlik algılarına ilişkin ortalama değerler aşağıdaki Çizelge 4'de yer almaktadır. Aritmetik ortalamaların yorumlanmasında aşağıdaki aralıklar dikkate alınmıştır (40):

1,00 ≤ aritmetik ortalama ≤ 2,60: Düşük

2,60 < aritmetik ortalama ≤ 3,40: Orta

3,40 < aritmetik ortalama ≤ 5,00: Yüksek

**Çizelge 4. Katılımcıların Dönüşümcü Liderlik Algılarına Ait Ortalama Değerler**

|                           | Boyutlar                      | Ortalama | Std. Sapma | Genel    |            | Likert Ölçeği Karşılığı | Düzey  |
|---------------------------|-------------------------------|----------|------------|----------|------------|-------------------------|--------|
|                           |                               |          |            | Ortalama | Std. Sapma |                         |        |
| <b>Dönüşümcü Liderlik</b> | Aktif İdealleştirilmiş Etki   | 3,28     | 0,85       | 3,22     | 0,71       | 3                       | Orta   |
|                           | Pasif İdealleştirilmiş Etki   | 3,24     | 0,77       |          |            |                         |        |
|                           | İlham Motivasyon              | 3,18     | 0,81       |          |            |                         |        |
|                           | Entelektüel Teşvik            | 3,28     | 0,63       |          |            |                         |        |
|                           | Bireye Saygı                  | 3,12     | 0,80       |          |            |                         |        |
| <b>Hasta Güvenliği</b>    | Raporlanmış Olayların Sıklığı | 3,44     | 1,13       | 3,43     | 0,49       | 4                       | Yüksek |
|                           | Yönetim Desteği               | 3,29     | 0,87       |          |            |                         |        |
|                           | İletişim                      | 3,46     | 0,90       |          |            |                         |        |
|                           | Kültür                        | 3,43     | 0,42       |          |            |                         |        |

Çizelgeye göre katılımcıların dönüşümcü liderlik algılarının ortalama 3,22'ye ulaştığı görülmektedir. Bu sonuç Likert Ölçeğinde 3'e bir başka ifadeyle "Fikrim Yok" değerlendirmesine uygun düşmekte ve dönüşümcü liderlik algısının "orta" olduğu anlaşılmaktadır. Dönüşümcü liderliğin alt boyutlarına ilişkin ortalamaların tamamı yine "orta" düzeydedir.

Hasta güvenliği değerlendirmelerine ilişkin ortalama 3,43'tür. Bu sonuç Likert Ölçeğinde 4'e yani "Katılıyorum" değerlendirmesine isabet etmektedir. Katılımcıların hasta güvenliği değerlendirmeleri "yüksek"tir. Hasta güvenliğinin alt boyutlarından yönetim desteğine ilişkin değerlendirme "orta", diğerlerine ilişkin değerlendirmeler ise "yüksek"tir.

#### 4.3. Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi

Hasta güvenliği değerlendirmeleri ile dönüşümcü liderlik algılamaları arasındaki ilişkinin varlığını, gücünü ve yönünü tespit edebilmek için korelasyon Analizi ve Çoklu Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki Çizelge 5'te gösterilmektedir. Buna göre hasta güvenliği değerlendirmesi ile dönüşümcü liderlik algılaması arasında 0,01 düzeyinde anlamlı görülen  $r = 0,512$  ve  $r^2 = 0,2673$  sonucu elde edilmiştir. Hasta güvenliği ile dönüşümcü liderlik arasında pozitif yönde ve çok az güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Hasta güvenliğinin yaklaşık % 27'sinin dönüşümcü liderlik açısından açıklanabildiği söylenebilir. Has-

ta güvenliği ile dönüşümcü liderliğin boyutları arasındaki korelasyon katsayılarına bakıldığında, "ilham motivasyon" ve "entelektüel teşvik" ile hasta güvenliği arasında çok az güçlü bir ilişki olduğu, bununla birlikte hasta güvenliği ile diğer faktörler arasında çok az zayıf ilişkilerin olduğu görülmektedir.

**Çizelge 5. Korelasyon Analizi Sonuçları**

| N = 198         |                   | Hasta Güvenliği | Dönüşümcü Liderlik | Aktif İdealleştirilmiş Etki | Pasif İdealleştirilmiş Etki | İlham Motivasyon | Bireye Saygı | Entelektüel Teşvik |
|-----------------|-------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|--------------|--------------------|
| Hasta Güvenliği | Korelasyon        | 1,000           | 0,517              | 0,427                       | 0,494                       | 0,531            | 0,469        | 0,520              |
|                 | r <sup>2</sup>    | 1               | 0,2673             | 0,1823                      | 0,2440                      | 0,2820           | 0,2100       | 0,2704             |
|                 | Korelasyonun gücü | .               | Çok az güçlü       | Çok az zayıf                | Çok az zayıf                | Çok az güçlü     | Çok az zayıf | Çok az güçlü       |
|                 | Anlamlılık        | .               | 0,000              | 0,000                       | 0,000                       | 0,000            | 0,000        | 0,000              |

Korelasyon Analizi sonuçları, dönüşümcü liderliğin hasta güvenliğinin sağlanmasında orta düzeyde etkili bir belirleyici olduğunu göstermiştir. Bu durumda, "*organizasyonun dönüşümcü liderlik seviyesi ile hasta güvenliğinin iyileştirilmesi arasında pozitif ilişki vardır*" şeklindeki temel hipotezin doğrulandığı söylenebilir. Ancak, daha sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek için dönüşümcü liderliği oluşturan 5 boyut ile hasta güvenliği arasında Çoklu Regresyon Modeli kurulmuştur. Çoklu Regresyon Analizi yapılırken hasta güvenliğinin sağlanmasında etkisi olabilecek dönüşümcü liderlik dışındaki tüm etkenlerin sabit oldukları varsayılmıştır. Bununla ilgili sonuçlar ise aşağıdaki Çizelge 6 ve Çizelge 7 ile aktarılmıştır.

**Çizelge 6. Çoklu Regresyon Bulguları**

|                           |                     |                            |                    |
|---------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------|
| Korelasyon Katsayıları    |                     | Çoklu Korelasyon (r)       | 0,564              |
|                           |                     | R <sup>2</sup>             | 0,318              |
|                           |                     | Düzeltilmiş R <sup>2</sup> | 0,301              |
| Varyans Analizi Sonuçları |                     |                            |                    |
|                           | Serbestlik Derecesi | Kareler Toplamı            | Kareler Ortalaması |
| Regresyon                 | 5                   | 14,839                     | 2,962              |
| Kalıntılar                | 192                 | 31,700                     | 0,165              |
| F: 17,939                 |                     | Anlamlılık: 0,000          |                    |

**Çizelge 7. Çoklu Regresyon Denklemine İlişkin Bulgular**

| Değişkenler                       | Denklemdaki Değişkenler                                                                               |                  |                                       |        |            |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|--------|------------|
|                                   | Katsayılar                                                                                            | Standart Hatalar | Beta (Standardize Edilmiş Katsayılar) | t      | Anlamlılık |
| Sabit                             | 2,135                                                                                                 | 0,156            |                                       | 13,701 | 0,000      |
| Aktif İdealleştirilmiş Etki (AİE) | -0,164                                                                                                | 0,084            | -0,287                                | -1,960 | 0,050      |
| Pasif İdealleştirilmiş Etki (PİE) | 0,017                                                                                                 | 0,106            | 0,026                                 | 0,156  | 0,876      |
| Bireye Saygı (BS)                 | 0,040                                                                                                 | 0,099            | 0,066                                 | 0,403  | 0,688      |
| Entelektüel Teşvik (ET)           | 0,260                                                                                                 | 0,102            | 0,338                                 | 2,544  | 0,012      |
| İlham Motivasyon (İM)             | 0,249                                                                                                 | 0,083            | 0,417                                 | 2,993  | 0,003      |
| <b>Regresyon Denklemi</b>         | <b>Hasta Güvenliği = 2,135 + AİE · (- 0,164) + PİE · 0,017 + İM · 0,249 + ET · 0,260 + BS · 0,040</b> |                  |                                       |        |            |

Çoklu Regresyon Analizi yapılarak “hasta güvenliği” bağımlı değişkeni ile dönüşümcü liderliği oluşturan faktörlerden meydana gelen bağımsız değişkenler arasında ilişki aranmıştır. Çoklu Regresyon Analizine ilişkin Çizelgeler incelendiğinde, modelin bir bütün olarak geçerli olduğu (F: 17,939 ve p: 0,000) ve beş bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki değişmelerin % 30,1’ini açıklayabildiği görülmektedir. Çoklu korelasyon katsayısından ilişkinin “çok az güçlü” olduğu sonucu elde edilmektedir.

Beta katsayılarına göre, bağımsız değişkenlerin bağımsız değişken üzerindeki göreceli önem sırası; İM, ET, BS, PİE ve AİE’dir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t – testi sonuçları incelendiğinde ise, AİE, ET ve İM’nin hasta güvenliği üzerinde anlamlı (önemli) birer belirleyici oldukları görülmektedir. PİE ve BS de anlamlı bir etkiye sahip değildirler. Sonuçlar arasında PİE ve BS’nin anlamlı bir etkiye sahip olmadıklarının çıkması, dikkat çekici bir husustur. Literatür bulguları, bu faktörlerin hasta güvenliği üzerinde açıklayıcı etkilerinin olması gerektiğini işaret etmektedir. Böyle bir sonucun oluşmasının ardında yatan nedenin, araştırmanın sınırlılıklarında da ifade edildiği gibi “hemşirelerin üzerlerindeki stres ve zaman baskısı nedeniyle iyice düşünerek cevap vermemiş olmaları ihtimali” olabileceği düşünülmektedir.

#### 4.4. Ortalamaların Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

##### 4.4.1. Dönüşümcü Liderlik Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların dönüşümcü liderlik algılarının ortalamalarının demografik özellikleriyle karşılaştırılmasına ilişkin bulgular aşağıdaki Çizelge 8’de yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde anlamlı fark bulunan değişken olmadığı görülmektedir.

Yaş değişkeninde, yaş ilerledikçe ortalama da yükselmektedir ve en yüksek ortalama ileri yaş grubundakilerdedir. Eğitim değişkeninde düzeyin yükselmesine bağlı olarak doğru orantılı bir değişim gözlenmemektedir. Yüksek düzeyde eğitim derecesi olanların ortalamaları yüksek iken diğerlerinin ortalamaları orta düzeydedir. İşyerinde geçirilen süreye göre de doğru orantılı bir değişim görünmemektedir. Bütün grupların ortalamaları, orta düzeyde kalmakla birlikte en yüksek ortalama yüksek tecrübelilerindir. Meslekte geçirilen süre arttıkça ortalama da artmaktadır. Bu değişkende, bütün grupların ortalamaları orta düzeydedir ve en yüksek ortalama ise yüksek tecrübelilere aittir.

**Çizelge 8. Dönüşümcü Liderlik Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması**

| Değişkenler          |                  | N   | Dönüşümcü Liderlik |                | Varyans Analizi |       |      |
|----------------------|------------------|-----|--------------------|----------------|-----------------|-------|------|
|                      |                  |     | Ortalama           | Standart Sapma | F               | p     | Fark |
| Yaş                  | Genç             | 82  | 3,10               | 0,69           | 2,152           | 0,119 | -    |
|                      | Orta yaşlı       | 70  | 3,27               | 0,76           |                 |       |      |
|                      | İleri yaşlı      | 46  | 3,32               | 0,70           |                 |       |      |
| Eğitim               | Düşük            | 158 | 3,20               | 0,71           | 1,215           | 0,275 | -    |
|                      | Orta             | 24  | 3,19               | 0,68           |                 |       |      |
|                      | Yüksek           | 16  | 3,50               | 0,68           |                 |       |      |
| İşyerinde geçen süre | Az tecrübeli     | 58  | 3,22               | 0,67           | 2,959           | 0,054 | -    |
|                      | Orta tecrübeli   | 58  | 3,06               | 0,81           |                 |       |      |
|                      | Yüksek tecrübeli | 82  | 3,35               | 0,64           |                 |       |      |
| Meslekte geçen süre  | Az tecrübeli     | 20  | 3,09               | 0,63           | 0,483           | 0,618 | -    |
|                      | Orta tecrübeli   | 54  | 3,21               | 0,78           |                 |       |      |
|                      | Yüksek tecrübeli | 124 | 3,25               | 0,69           |                 |       |      |

Dönüşümcü liderliğin boyutlarına ilişkin karşılaştırmalar da yapılmıştır. Buna göre, pasif idealleştirilmiş etki, ilham motivasyon ve bireye saygı boyutlarında herhangi bir fark bulunamamıştır. Aktif idealleştirilmiş etki boyutunda, işyerinde geçen süre açısından farklılık bulunmaktadır ( $F = 3,173$   $p = 0,044$ ). Söz konusu fark, orta tecrübelilerle (o.t.), yüksek tecrübeliler (y.t.) arasındadır ( $Ort_{o.t.} = 3,06$   $Ort_{y.t.} = 3,42$   $p = 0,046$ ). Entelektüel teşvik boyutunda da işyerinde geçen süre açısından farklılık bulunmaktadır ( $F = 4,778$   $p = 0,009$ ). Söz konusu fark, orta tecrübelilerle (o.t.), yüksek tecrübeliler (y.t.) arasındadır ( $Ort_{o.t.} = 3,11$   $Ort_{y.t.} = 3,43$   $p = 0,011$ ).

#### 4.4.2. Hasta Güvenliği Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların hasta güvenliği ortalamalarının demografik özellikleriyle karşılaştırılmasına ilişkin bulgular aşağıdaki Çizelge 9'da yer almaktadır. Çizelge in-

celendiğinde eğitim değişkeninde anlamlı fark bulunduğu görülmektedir ( $F = 29,005$   $p = 0,000$ ). Söz konusu fark, orta düzeydekilerle (o.d.), yüksek düzeydekiler (y.d.) ( $Ort_{o.d.} = 3,22$   $Ort_{y.d.} = 4,19$   $p = 0,000$ ) ve düşük düzeydekilerle (d.d.), yüksek düzeydekiler ( $Ort_{d.d.} = 3,37$   $Ort_{y.d.} = 4,19$   $p = 0,000$ ) arasındadır.

Yaş değişkeninde, doğru orantılı bir dağılım yoktur ve en yüksek ortalama orta yaş grubundakilerdedir. Eğitim değişkeninde düzeyin yükselmesine bağlı olarak doğru orantılı bir değişim gözlenmemektedir. Yüksek düzeyde eğitim derecesi olanların ortalamaları yüksek iken diğerlerinin ortalamaları orta düzeydedir. İşyerinde geçirilen süreye göre de doğru orantılı bir değişim görünmemektedir. Az tecrübelilerin ortalaması orta düzeyde, diğerlerinin ise ortalamaları yüksek düzeydedir ve en yüksek ortalama orta tecrübelilerindir. Meslekte geçirilen süre değişkeninde, yüksek tecrübelilerin ortalamaları orta düzeyde iken, diğerlerinin ortalamaları yüksek düzeydedir ve en yüksek ortalama ise az tecrübelilere aittir.

**Çizelge 9. Hasta Güvenliği Ortalamalarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması**

| Değişkenler          |                  | N   | Hasta Güvenliği |                | Varyans Analizi |       |                                                                 |
|----------------------|------------------|-----|-----------------|----------------|-----------------|-------|-----------------------------------------------------------------|
|                      |                  |     | Ortalama        | Standart Sapma | F               | p     | Fark                                                            |
| Yaş                  | Genç             | 82  | 3,41            | 0,50           | 0,193           | 0,825 | -                                                               |
|                      | Orta yaşlı       | 70  | 3,47            | 0,56           |                 |       |                                                                 |
|                      | İleri yaşlı      | 46  | 3,42            | 0,45           |                 |       |                                                                 |
| Eğitim               | Düşük            | 158 | 3,37            | 0,43           | 29,005          | 0,000 | Düşük - Yüksek:<br>$p = 0,000$<br>Orta - Yüksek:<br>$p = 0,000$ |
|                      | Orta             | 24  | 3,22            | 0,42           |                 |       |                                                                 |
|                      | Yüksek           | 16  | 4,19            | 0,47           |                 |       |                                                                 |
| İşyerinde geçen süre | Az tecrübeli     | 58  | 3,36            | 0,41           | 0,652           | 0,522 | -                                                               |
|                      | Orta tecrübeli   | 58  | 3,45            | 0,62           |                 |       |                                                                 |
|                      | Yüksek tecrübeli | 82  | 3,44            | 0,43           |                 |       |                                                                 |
| Meslekte geçen süre  | Az tecrübeli     | 20  | 3,48            | 0,39           | 0,692           | 0,502 | -                                                               |
|                      | Orta tecrübeli   | 54  | 3,47            | 0,59           |                 |       |                                                                 |
|                      | Yüksek tecrübeli | 124 | 3,39            | 0,45           |                 |       |                                                                 |

Hasta güvenliğinin boyutlarına ilişkin karşılaştırmalar da yapılmıştır. Bütün boyutlarda anlamlı farklar bulunmuştur. Raporlanmış olayların sıklığı boyutunda, yaş ( $F = 3,973$   $p = 0,020$ ) ve meslekte geçirilen süre ( $F = 5,342$   $p = 0,006$ ) değiş-

kenlerinde farklar mevcuttur. Yaş değişkenindeki fark, gençlerle (g) ileri yaşta-kiler (i.y.) arasındadır ( $Ort_g = 3,68$   $Ort_{i.y.} = 3,20$   $p = 0,023$ ). Meslekte geçirilen süre değişkenindeki fark, az tecrübelilerle (a.t.) yüksek tecrübeliler (y.t.) arasındadır ( $Ort_{a.t.} = 4,07$   $Ort_{y.t.} = 3,27$   $p = 0,013$ ).

Yöneticiler boyutunda, eğitim değişkeninde fark bulunmaktadır ( $F = 15,662$   $p = 0,000$ ). Söz konusu fark, düşük düzeydekilerle (d.d.), yüksek düzeydekiler (y.d.) ( $Ort_{d.d.} = 3,21$   $Ort_{y.d.} = 4,38$   $p = 0,000$ ) ve orta düzeydekilerle (o.d.), yüksek düzeydekiler (y.d.) ( $Ort_{o.d.} = 3,10$   $Ort_{y.d.} = 4,38$   $p = 0,000$ ) arasındadır.

İletişim boyutunda, eğitim ( $F = 13,059$   $p = 0,000$ ) ve meslekte geçirilen süre ( $F = 6,815$   $p = 0,001$ ) değişkenlerinde farklar mevcuttur. Eğitim değişkenindeki fark, düşük düzeydekilerle (d.d.), yüksek düzeydekiler (y.d.) ( $Ort_{d.d.} = 3,40$   $Ort_{y.d.} = 4,46$   $p = 0,000$ ) ve orta düzeydekilerle (o.d.), yüksek düzeydekiler (y.d.) ( $Ort_{o.d.} = 3,15$   $Ort_{y.d.} = 4,46$   $p = 0,000$ ) arasındadır. Meslekte geçirilen süre değişkenindeki fark, az tecrübelilerle (a.t.), yüksek tecrübeliler (y.t.) arasındadır ( $Ort_{a.t.} = 3,97$   $Ort_{y.t.} = 3,29$   $p = 0,007$ ).

Kültür boyutunda, eğitim değişkenine göre fark bulunmuştur ( $F = 35,226$   $p = 0,000$ ). Söz konusu fark, düşük düzeydekilerle (d.d.), yüksek düzeydekiler (y.d.) ( $Ort_{d.d.} = 3,38$   $Ort_{y.d.} = 4,14$   $p = 0,000$ ) ve orta düzeydekilerle (o.d.), yüksek düzeydekiler (o.d.) ( $Ort_{o.d.} = 3,25$   $Ort_{y.d.} = 4,14$   $p = 0,000$ ) arasındadır.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanuni Sultan Süleyman Han'ın "*Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi. Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi.*" vecizi, sağlığın toplum ve insan için sahip olduğu özel önemi ortaya koymaktadır. Sağlığın, insanın sürdürülebilir bir kalite düzeyinde yaşayabilmesi için gerekli şartların en başında gelmesi bu vecizin kastettiği anlamı doğrulamaktadır. Bu nedenledir ki sağlık, tüm ülkelerin ve insanların öncelikli konusudur. İnsan yaşamının sürdürülebilir kalite düzeyine erişmesi sağlık hizmetlerinin kalitesine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde paydaşların kalite beklentilerinin sağlanması ise çeşitli kalite programlarının uygulanmasına bağlıdır. Uygulanması gereken kalite programlarının önemle üzerinde durulması gereken konulardan biri de hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, örgüt kültürünün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Ancak bu şekilde hasta tatmini ve hasta bağlılığı sağlanabilecektir. Türkiye'de hasta güvenliğinin; hastanelerin, hastaneler dışındaki sağlık işletmelerinin ve devletin öncelikleri arasında geldiğini söylemek ise pek mümkün değildir.

Hasta güvenliği tüm ülkeler için önemli bir sorundur. Sağlık sektöründe karşılaşılan riskler çok yönlü ve karmaşıktır. Bu risklerin ortaya çıkmasını önleme mantığı ile yani "sıfır hata" prensibi ile çalışıldığında insanların kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti alma hakları teslim edilmiş olacaktır. Hasta güvenliği uygulamalarının getireceği verimlilik ve kalite artışı, hastanelerin yoğun rekabet orta-

mında hasta tatminini güçlü tutarak avantaj elde etmelerine de yardım edecektir. Hastaların daha güvenli sağlık hizmeti alabilmeleri için dünyanın pek çok yerinde çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Ancak bu tür çalışmalar henüz yeterli sayıya erişememiş ve bu nedenle çok sınırlı başarılar elde edilebilmiştir. Hasta güvenliğine yönelik çalışmaların başarıya ulaşabilmesi, öncelikle sorunun boyutunun büyüklüğüne ilişkin farkındalığı artırmak, daha sonra da hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıracak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür geliştirmekle mümkün olabilecektir (54).

Bunun için sağlık işletmelerinin kültür devrimi yapmaları gerekmektedir. Örgüt kültürünü değiştirmek ise kolayca gerçekleştirilebilecek bir iş değildir. Devrimin ya da diğer deyişle dönüşümün yerleşmesi, şiddetli bir dirençle karşı karşıya kalma sonucunu doğurabilir. Direncin aşılmasında ve devrimin yerleşmesinde kilidi açacak olan unsur olarak liderlik ortaya çıkmaktadır. Liderler, dönüşümün gerekliliğine ve önemine önce kendileri güçlü bir şekilde inanmalı sonra bunu izleyenlere açık bir şekilde anlatmalıdırlar.

Araştırmanın konusuna ilişkin literatür bulguları şu cümlelerle özetlenebilir: "Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmeti sunmanın her alanında, hassasiyetle üzerinde durulması gereken bir uygulamadır. İnsan hayatının devamı için birinci derecede öncelikli olan bir konudur. Hasta güvenliği uygulamaları, kaliteli sağlık hizmeti sunmanın kilit taşlarından biridir. Bunun sağlanması, sağlıkta kalite amacı doğrultusunda, verimliliği ve hasta tatminini artırarak hastanelere avantaj sağlamaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülebilir olması konuya olan inancı sağlam, sürükleyici ve devrimci bir liderliğin varlığına bağlıdır." Araştırma, bu bulguların sağlamasını, hemşirelerin görüşlerine göre yapmak için gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar göstermiştir ki; araştırma bulguları literatürü desteklemektedir. Araştırmanın, "*organizasyonun dönüşümcü liderlik seviyesi ile hasta güvenliğinin iyileştirilmesi arasında pozitif ilişki vardır*" şeklindeki temel hipotezi doğrulanmıştır. Hemşirelerin dönüşümcü liderlik algılamaları "orta düzey", hasta güvenliği değerlendirmeleri ise "yüksek düzey" çıkmıştır. Hasta güvenliği değerlendirmeleri ile dönüşümcü liderlik algılamaları arasında 0,01 düzeyinde anlamlı olan "çok az güçlü" yani orta düzeyde ve pozitif bir ilişki vardır.

Araştırma sonuçlarına rağmen Türkiye'de hasta güvenliği bilincinin tam olarak yerleşik olduğundan söz etmek mümkün değildir. Toplumun da hasta güvenliği konusunda bilgi sahibi ve bilinçli olduğu söylenememektedir.

Bu düşüncelere ve araştırma sonuçlarına göre geliştirilen öneriler aşağıda sıralanmaktadır<sup>1</sup>:

- Tıbbi hataların görülme sıklığı ve sonuçları hakkında sağlık çalışanlarında ve toplumda farkındalık oluşturulmalıdır. Bunun için devletin kararlı bir şekilde öncü rolü üstlenmesi gereklidir.

1 Öneriler için, Demirel'in çalışmalarında (18, 19, 20) ifade ettiği hususlardan da yararlanılmıştır.

- Farkındalığın yayılması için her yaş ve eğitim grubuna yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.
- Ulusal Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği Merkezi kurulmalıdır. Bu Merkez bağımsız olmalıdır.
- Ulusal merkez aracılığıyla tüm sağlık kurumları yanlış uygulamalar yönünden izlenmelidir.
- Hastalara ve ailelerine, hasta hakları, tıbbi hatalardan korunma, ilaçların güvenli kullanımı gibi konularda eğitimler verilmelidir.
- Sağlık kurumlarında hasta güvenliği ile ilgili sorunların bildirilmesi ve tartışılması sağlanmalıdır. Hastaların güvenliği için gerekli olan bu husus yasal olarak zorunlu hale getirilmelidir. Sorunları bildirmeyi, tartışmayı ve hatalardan ders almayı kolaylaştıracak sistemler geliştirilmelidir.
- Kamu ve özel tüm hastanelerde, hata raporlamayı destekleyecek gizli ve güvenilir ortamlar (örneğin; tıbbi hata bildirim sistemi) oluşturulmalıdır.
- Hata bildiren sağlık çalışanını her açıdan güvence altına alan yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hasta güvenliği konularında yöneticilerin personele desteği sürekli ve eksiksiz olmalıdır.
- Hastanelerde "hasta güvenliği komitesi" kurulmalı ve hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Periyodik olarak hasta güvenliği kültürü ölçümü yapılmalıdır. Ölçüm sonuçları, ilgili kesimlerle paylaşılmalıdır. Hastaneler, güncel ölçüm sonuçlarını eski sonuçlarıyla ve başka hastanelerin sonuçlarıyla kıyaslamalıdır.
- Tıbbi hataların azaltılmasında hastalar karar verme mekanizmasına ortak edilmelidir.
- Hasta – hekim iletişimini geliştirmek ve hizmet sunumunda saydamlığı sağlamak gereklidir.
- Hasta – hekim ilişkisinde hastayı ön plana çıkartan "hasta odaklı – katılımcı" yaklaşım yaygınlık kazanmalıdır.
- Bundan sonraki çalışmalar için geliştirilen öneriler ise şöyledir:
- Hemşireler dışındaki sağlık çalışanlarından oluşan örneklerle de çalışılmalıdır.
- Hastanelerde verimlilik ölçümü yapılarak, sonuç hasta güvenliği ölçümü ile karşılaştırılmalıdır. Böylece, teorik olarak açıkça ortada olan hasta güvenliği ile verimlilik arasındaki pozitif ilişki deneysel olarak da ortaya konulabilir. Bu bakış açısı ile yapılan çalışmalar, pratik yarar ve özgün değer açısından bilime ve milli ekonomiye katkı sağlayacak çalışmalar olabilir.

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği değerlendirmeleri ile iş tatminleri, işe bağlılıkları, işe yabancılaşmaları gibi tutumları arasındaki ilişkiyi konu edinen çalışmalar yapılmalıdır.
- Hastalar ve hasta yakınlarıyla hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve bilinç düzeylerini ölçmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Hasta güvenliğine yönelik çalışmalar, hem özel kesim hastanelerinde hem de kamu kesimi hastanelerinde yapılmalı ve sonuçlar kıyaslanmalıdır.
- Hastalar ve yakınları dışındaki toplum kesimleriyle de hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve bilinç düzeylerini ölçmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu sonuçlar sağlık sektörünün tüm paydaşlarıyla (Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, medya vs.) paylaşarak konunun önemi vurgulanmalıdır.

### YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. AKALIN, Erdal, (2005), **Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği**, *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.
2. ALARCON, Ana M., & et al., (2002), **Nursing Leadership in Chile: A Concept in Transition**, *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 336-341.
3. ALTUN, Sadegül Akbaba, (2003), **İlköğretim Okul Müdürlerinin Dönüşümcü Liderliğe Verdikleri Önem ve Uygulama Düzeyleri**, *İlköğretim – Online*, 2(1), 10-17.
4. AMELIA, Benjamin B., (1995), **Relationship Between Literacy Skills and Actual and Estimated Job Performance of The Nurse's Aide**, USA: Columbia University Teachers College.
5. ANDERSON, James G., & et al., (2006), **The Need for Organizational Change in Patient Safety Initiatives**, *International Journal of Medical Informatics*, 75, 809-817.
6. AYDIN, Bilge, (28.12.2009), **Hasta Güvenliğinde Öncelikli Sorumluluk Yönetimidir**, İndirildiği adres: <http://www.doktordergisi.com/45/haberdetay.asp?id=3>.
7. BALTACIOĞLU, Tunçdan, & KAPLAN, Melike Demirbağ, (2007), **İyi İletişim = İyi Pazarlama**, İstanbul: Mediacat Yayınları.
8. BASS, B. & AVOLIO, Bruce, (1999), **Re-Examining The Components of The Transformational and Transactional Leadership Using The Multifactor Leadership Questionnaire**, *Journal of Occupational And Organizational Psychology*, 72, 441- 462.
9. BASS, Bernard M., (1985), **Leadership and Performance Beyond Expectations**, New York: The Free Pres.

10. BASS, Bernard M., (1990), **From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision**, *Organizational Dynamics*, 18(3), 19-31.
11. BOLAT, Bersam, (2002), **ISO 9000 Kalite Yönetimi ve ISO 14000 Çevre Yönetimi Sistemleri Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği**, İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
12. BONNER, Alice F., (2009), **Certified Nursing Assistants' Perceptions of Nursing Home Patient Safety Culture: Is There a Relationship to Clinical Outcomes?**, *Journal of American Medical Directors Association*, 10(1), 11-20.
13. BULUC, Bekir, (2009), **İlköğretim Okullarında Bürokratik Okul Yapısı ile Okul Müdürlerinin Liderlik Stilleri Arasındaki İlişki**, *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 34(152), 71-86.
14. BUTTLE, Francis, (1996), **Servqual: Review, Critique, Research Agenda**, *European Journal of Marketing*, 30(1), 8 – 25.
15. COOPER, Alecia, (2008), **Initiatives to Improve Patient Safety**, *Perioperative Nursing Clinics*, 3(4), 287-295.
16. ÇORUH, Mithat, (06.04.2010), **Hastane Performans İyileştirme Süreçlerinde (Proses) İletişim**, *Veri, Bilgi Paylaşım Süreci*. İndirildiği adres: [http://www.skid.org.tr/index.php?option=com\\_docman&task=doc...6...](http://www.skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=doc...6...)
17. *Değerlerimiz*, (01.11.2009), İndirildiği adres: <http://www.sabiyap.org/degerlerimiz>.
18. DEMİREL, Süleyman, (24.12.2010), **Hasta Güvenliği Kültürü Nasıl Oluşturulabilir?** İndirildiği adres: <http://www.suleymandemirel.com.tr/icerik.asp?mod=72&sid=36>.
19. DEMİREL, Süleyman, (24.12.2010), *Hasta Güvenliği ve Hasta Hakları*, İndirildiği adres: <http://www.suleymandemirel.com.tr/icerik.asp?mod=72&sid=39>.
20. DEMİREL, Süleyman, (24.12.2010), **Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği**, İndirildiği adres: [http://www.saglikyoneticilerizirvesi.org/10/sunumlar/2010/panel4/suleyman\\_demirel/saglikta\\_kalite\\_ve\\_hasta\\_guvenligi.ppt](http://www.saglikyoneticilerizirvesi.org/10/sunumlar/2010/panel4/suleyman_demirel/saglikta_kalite_ve_hasta_guvenligi.ppt).
21. *Dönüşüm*, (06.05.2010), Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük, İndirildiği adres: <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=d%F6n%FC%FE%FCm&ayn=tam>.
22. ELENKOV, Detelin S., & Manev, Ivan M., (2009), **Senior Expatriate Leadership's Effects on Innovation and the Role of Cultural Intelligence**, *Journal of World Business*, 44, 357-369.

23. ELSTON, Dirk M., & et al., (2009), **Hasta Güvenliğinin İyileştirilmesi İçin Fırsatlar** (Çeviri: KÜÇÜKTAŞ, Sibel), *Journal of The American Academy of Dermatology (JAAD Türkçe Baskı)*, 6(4), 191-203.
24. EROĞLU, Eylem Kaya, & ve diğerleri, (23.01.2009), **Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi**, İndirildiği adres: [http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/sunum/hata\\_bildirim.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/sunum/hata_bildirim.pdf).
25. FİLİZ, Emel, (2009), **Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi**, Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
26. GÜVEN, Rabia, (2007), **Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı**, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, 421-423.
27. **Hasta Güvenliği Nedir?**, (27.12.2009), İndirildiği adres: <http://www.hastaguvendigimiz.com/hastaguveliginedir.htm>.
28. **Hasta Hakları Yönetmeliği**, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
29. HINKIN, Timothy R., & TRACEY, J. Bruce, (1994), **Transformational Leadership in the Hospitality**, *Industry Journal of Hospitality & Tourism Research*, 18(1), 49-63.
30. **Hospital Pharmacy Management**, (28.12.2010), İndirildiği adres: [http://www.principlepharmacy.com/SVC\\_HospitalPharmMgt.html](http://www.principlepharmacy.com/SVC_HospitalPharmMgt.html).
31. JOHNSTONE, Jane, & KANITSAKI, Olga, (2006), **The Moral Imperative of Designating Patient Safety and Quality Care as a National Nursing Research Priority**, *Collegian Journal of Royal College of Nursing Australia*, 13(1), 5-6.
32. KAAFARANI, Haytham M.A., & et al., (2009), **How Does Patient Safety Culture in the Operating Room and Post-Anesthesia Care Unit Compare to the Rest of the Hospital?**, *The American Journal of Surgery*, 198(1), 70-75.
33. KELLER, Simone M. (2009), **Effects of Extended Work Shifts and Shift Work on Patient Safety, Productivity, and Employee Health**, *The Official Journal of The American Association of Occupational Health Nurses*, 57(12), 497 – 502.
34. KHURI, Shukri, F. & et al., (2007), **The Patient Safety in Surgery Study: Background, Study Design, and Patient Populations**, *Patient Safety in Surgery Study, Journal of the American College of Surgeons*, 204(6), 1089-1102.

35. KUNZLE, Barbara, KOLBE, Michaela & GROTE, Gudela, (2010), Ensuring Patient Safety Through Effective Leadership Behaviour: A Literature Review, *Safety Science*, 48, 1– 17.
36. *Lider Hekim Olabilmek*, (01.11.2009), İndirildiği adres: <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=244>.
37. MCFADDEN, Kathleen L., HENAGAN, STEPHANIE C., & GOWEN, Charles R., (2009), **The Patient Safety Chain: Transformational Leadership's Effect on Patient Safety Culture**, Initiatives, and Outcomes, *Journal of Operations Management*, 27, 390–404.
38. MELNYK, Bernadette, & DAVIDSON, Mazurek Sandra, (2009), **Creating a Culture Of Innovation in Nursing Education Through Shared Vision**, Leadership and Positive Deviance, *Nursing Administration Quarterly*. 33(4), 288.
39. MILLIGAN, Frank J., (2007), **Establishing a Culture for Patient Safety – The Role of Education**, *Nurse Education Today*. 27, 95–102.
40. MURRAY, W. Bosseu, & FOSTER, Patrick A., (2000), **Crisis Resource Management Among Strangers: Principles of Organizing a Multidisciplinary Group for Crisis Resource Management**, *Journal of Clinical Anesthesia*, 12, 633–638.
41. MURRELLS, Trevor, ROBINSON, Sarah & GRIFFITHS, Peter, (2008), **Job Satisfaction Trends During Nurses' Early Career**, *BMC Nursing*, 7(7), 1 – 13.
42. ÖZDAMAR, Kazım, (2003), **Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Eskişehir: Kaan Kitabevi.
43. ÖZGENER, Şevki & KÜÇÜK, Fatma, (2008), **Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama**, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20, 341 – 358.
44. PEDREIRA, M.L.G., & MARIN, H.F., (2004), **Patient Safety Initiatives in Brazil: A Nursing Perspective**, *International Journal of Medical Informatics*, 73, 563—567.
45. RALL, Marcus, & DIECKMANN, Peter, (2005), **Safety Culture and Crisis Resource Management in Airway Management: General Principles to Enhance Patient Safety in Critical Airway Situations**, *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 19(4), 539–557.
46. RUSSELL, Thomas, (2005), **Special Address to the Midwest Surgical Association on Surgical Outcome Analysis and Patient Safety**, *The American Journal of Surgery*, 189(3), 264–267.
47. *Sağlıkta Kalite Nedir?*, (27.12.2009), İndirildiği adres: <http://www.hastaguvanligimiz.com/saglikta-kalite-nedir.htm>.

48. SAMMAN, Carolyn, (2007), *The Structure and Function of Coordinating Care Delivery Models: Impact on Patient Outcomes*, Newyork/USA: University of Rochester School of Nursing, Unpublished Doctorate Thesis.
49. SEMİZ, Sevinç, (2007), *İstanbul'da Kâr Amacı Gütmeyen Vakıf Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyonlarının Verimlilik Açısından Gelişiminin İncelenmesi*, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
50. SEZGİN, Burcu, (2007), *Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
51. SORRA, Joann, & NIEVA Veronica, (06.05.2009), *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication No: 04-0041, İndirildiği adres: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>.
52. STUMPF, Paul G., (2007), *Voluntary Review of Quality of Care Peer Review for Patient Safety*, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(4), 557–564.
53. *Toplam Kalite Yönetiminde Liderlik – Katılımcı Yönetim*. (01.11.2009). İndirildiği adres: [http://www.orsadan.com/makale/Makale\\_1.pdf](http://www.orsadan.com/makale/Makale_1.pdf).
54. TÜTÜNCÜ, Özkan, & KÜÇÜKUSTA, Deniz, (17.01.2009), *Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Hasta Güvenliği İlişkisinin Analizi*, İndirildiği adres: <http://www.qfdturkiye.org/frames/KFG34-Ozkan%20Tutuncu.pdf>
55. WHITTINGTON J. Lee, PITTS Tricia M., KAGELER, Woody V., & GOODWIN, Vicki L., (2005), *Legacy Leadership: The Leadership Wisdom of the Apost*
56. *World Alliance For Patient Safety*, (08.05.2010), İndirildiği adres: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf).
57. YAZAN, Nihal, *Hasta Güvenliğinde Doktorun Rolü*, (28.12.2009), İndirildiği adres: <http://www.doktordergisi.com/45/haberdetay.asp?id=3>.
58. YILDIRIM, Aytolan, (22.05.2009), *Sağlık Organizasyonlarında Hatalı Uygulamaların Açığa Çıkarılması Bilgi Uçurma*, İndirildiği adres: <http://www.hastanedergisi.com/53/haberdetay.asp?id=11>.
59. YILDIRIM, Özlem, (2008), *Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri*, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.