T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYATHANELERDEKİ KLİNİK LİDERLİK ALGISININ HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ

EMEL KANDAŞ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ALİ ARSLANOĞLU

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
MAYIS/2025

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalanmamı sağlayan, her konuda yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tezimin hazırlanmasında bana yardımcı olarak değerli katkılarını sunan danışmanım Doç. Dr. Ali Arslanoğlu'na,

Çalışmama katılımcı olarak değerli vakitlerini ayıran ve çalışma sırasında yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her türlü fedakarlığı ve özveriyi göstererek varlıklarıyla bana güç veren, annem Hatice Zeybek ve babam Mehmet Zeybek'e,

Evliliğimiz boyunca her konuda desteğini benden esirgemeyen, sonsuz anlayışı ve sevgisiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiren, hayat arkadaşım ve en büyük şansım olan eşim Burak Kandaş'a,

Hayatımı anlamlı kılan, bana anneliği en güzel duygularla yaşatan bircik oğlum Yiğitalp Kandaş'a,

En içten teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
TABLOLAR LİSTESİ vii
ŞEKİLLER LİSTESİ ix
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ÖZET xi
ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. KLİNİK LİDERLİK 6
2.1.1. Klinik Liderliğin Yetkinlikleri 6
2.1.2. Liderlik 8
2.1.2.1. Liderlik Tanımı 8
2.1.2.2. Liderlik Özellikleri 9
2.1.2.3. Sağlık Kurumlarında Liderlik 9
2.2. HASTA GÜVENLİĞİ 10
2.2.1. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları 12
2.2.2. Ameliyathanelerde Hasta Güvenliği 13
2.2.3. Ameliyathanelerde Hasta Güvenliği Standartları 14
2.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ 15
3. GEREÇ VE YÖNTEM 17
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ 17
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 17
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 17
3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ, MODEL VE HİPOTEZİ 17
3.4.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler 17
3.4.2. Model ve Hipotez 17
3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI 18
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu 18
3.5.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği 18
3.5.3. Klinik Liderlik Özellikleri Ölçeği 19
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 20
3.3. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 20

4. BULGULAR 21
4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ 21
4.2. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 21
4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK 23
4.4. FARKLILIKLAR TESTİ 23
4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ 28
4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZİ 29
5. TARTIŞMA 29
5.1. KLİNİK LİDERLİK ÖZELLİKLERİ BULGULARININ TARTIŞILMASI 29
5.2. HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMU BULGULARININ TARTIŞILMASI 34
5.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI 38
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 39
6.1. ÖNERİLER 40
KAYNAKLAR 42
EKLER 47

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Hasta güvenliği tutum ölçeğinin alt boyutları 18

Tablo 3.2: Klinik liderlik ölçeğinin alt boyutları alt boyutları..... 19

Tablo 4.1: Kullanılan ölçeklerin güvenirlik sonuçları..... 20

Tablo 4.2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgular..... 21

Tablo 4.3: Ölçeklerin tanımlayıcı değerleri 22

Tablo 4.4: Değişkenlerin iki farklı tanımlayıcılı özelliklerine göre farklılık testleri 23

Tablo 4.5: Değişkenlerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık testleri 25

Tablo 4.6: Değişkenler arası ilişki..... 27

Tablo 4.7: Klinik liderlik özelliklerinin hasta güvenliği tutumu üzerine etkisinin analiz sonuçları..... 27

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırmanın modeli..... 16

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

HAI **:** Healthcare Associated Infections

IOM **:** Institute of Medicine

IPSG **:** International Patient Safety Goals

JCI **:** Joint Commission International

NHS **:** National Health Service

AMELİYATHANELERDEKİ KLİNİK LİDERLİK ALGISININ HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı ameliyathanelerdeki sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının klinik liderlik algısının hasta güvenliği tutumuna etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Kocaeli'de bir hastanenin ameliyathanesinde Mayıs-Haziran 2024 tarihlerinde yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden tam sayım metodu uygulanmıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken; parametrelerin normal dağılıma uygunluğunda ShapiroWilks testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bununla birlikte Cronbach's Alpha testiyle güvenirlilik belirlenmiştir. Normal dağılım gösterdiğinde sosyodemografik farklılıklar için T-testi, Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 190 kişi katılmıştır. Bu katılımcıların %70'inin erkek, %41,6'sının 26-35 yaş aralığında, %58,4'ünün bekar, %51,1'inin lisans mezunu, %56,8'inin ameliyathane hemşiresi, %42,1'inin çalışma yılının 11 yıl ve üstü olduğu, %63,2'sinin yönetim üzerine eğitim almadığı, %72,1'inin liderlik üzerine eğitim almadığı, %79,5'inin klinik liderlik üzerine eğitim almadığı, %91,6'sının hasta güvenliği üzerine eğitim aldığı bulunmuştur. Korelasyon analizi sonuçlarına göre hasta güvenliği tutumu ile klinik liderlik özellikleri algısı arasında ($r=0,281$, $p<0,000$) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve düşük düzey bir ilişki olduğu araştırmamız sonucunda görülmüştür. Araştırmanın regresyon analizi sonuçlarına göre standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine baktığımızda ise bağımsız değişken olan klinik liderlik özelliklerinin bağımlı değişken olan hasta güvenliği tutumunda anlamlı etkisi olduğu görülmektedir ($T=7,792$, $p<0,001$).

Sonuç: Ameliyathanelerde sağlık hizmeti sunan ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik özellikleri algıları, ameliyathanede sunulan sağlık hizmeti sırasında hastanın güvenliğine ilişkin tutumlarına olumlu etki etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, Hasta Güvenliği, Klinik Liderlik

THE EFFECT OF CLINICAL LEADERSHIP PERCEPTİON IN OPERATING ROOMS ON PATİENT SAFETY ATTİTUDES

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate the effect of the perception of clinical leadership on patient safety attitudes of healthcare professionals involved in healthcare service delivery in operating rooms.

Materials and Methods: The study was a cross-sectional and descriptive study conducted in the operating room of a hospital in Kocaeli between May and June 2024. In the study, the complete census method was applied without sample selection. Questionnaire method was preferred as the data collection method. While evaluating the study data, the Shapiro-Wilks test was used to determine the suitability of the parameters for normal distribution, the Kruskal Wallis test was used for intergroup comparisons of parameters that did not show normal distribution, and the Mann Whitney U test was used to determine the group that caused the difference. In addition, reliability was determined with Cronbach's Alpha test. When normally distributed, T-test and Anova test were used for sociodemographic differences.

Results: A total of 190 people participated in the study. It was found that 70% of these participants were male, 41.6% were between the ages of 26-35, 58.4% were single, 51.1% were bachelor's degree graduates, 56.8% were operating room nurses, 42.1% had been working for 11 years or more, 63.2% had no training on management, 72.1% had no training on leadership, 79.5% had no training on clinical leadership, and 91.6% had training on patient safety. According to the results of correlation analysis, there was a statistically significant, positive and low level relationship between patient safety attitude and clinical leadership characteristics ($r=0.281$, $p<0.000$). When we look at the standardized beta coefficient and t values according to the regression analysis results of the study, it is seen that the independent variable, clinical leadership characteristics, has a significant effect on the dependent variable, patient safety attitude ($T=7,792$, $p<0,001$).

Conclusion: The perceptions of clinical leadership characteristics of operating room staff providing health services in operating rooms have a positive effect on their attitudes towards patient safety during the health services provided in the operating room.

Key Words: Clinical Leadership, Operating Room, Patient Safety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halidir. DSÖ'nün bu tanımdan yola çıkarak sağlık; bireyin iyilik halinin korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gerekli davranışları kazanmasının yanı sıra sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması olarak tanımlanabilir (1).

Kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması, sağlıklı olma durumlarını üst seviyede tutmak için önemli bir etkendir. Bir ülkenin sağlık alt yapısını değerlendirebilmesi ve düzenleyici sağlık politikaları geliştirebilmesinde o ülkedeki kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları önem taşımaktadır (2).

Bireylere etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için sağlık hizmeti; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşımalıdır (3).

Etkili bir sağlık hizmeti sunumu sırasındaki kalite kavramı, kabul görmüş mevcut standartlar ile sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirme esnasında, bir yandan hasta ve çalışanın güvenliğini sağlarken diğer bir yandan da hastaların sağlık hizmetine eşit şekilde ulaşmasını sağlar şeklinde tanımlanır (4).

Klinik ortamlarda kaliteli sağlık hizmeti sunmak, en uygun klinik yönetim sistemini oluşturmakla mümkün olmaktadır (5). Sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin, etkinliği ve verimliliği tıbbi bilgi ve becerinin yanı sıra etkili liderlik yeteneklerine de dayanmaktadır (6). Sağlık hizmetleri sunumundaki liderlik; sadece sağlık bakım standartlarını sürdürmek için değil, aynı zamanda sunulan hizmetin dönüşümü için de gereklidir (7). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki liderlik; klinik çalışmalarda hekim ve hemşire gibi klinisyenlerin odak noktası konumundadır (8). Klinik liderliğin hekim ve hemşirelerin performansını etkileyen temel bir faktör olduğuda düşünülmektedir (9).

Klinisyenler sağlığı geliştirmek ve hasta bireyi sağlığına kavuşturmak amacıyla iş birliği yapmalı ve uzmanlık alanlarını birbirleriyle paylaşmalıdır. Klinisyenlerin liderlik ve yönetim becerilerini uygulaması, yüksek kaliteli, uygun maliyetli bakım sağlama becerilerinde etkin bir rol almaktadır (10). Klinik liderlik, yoğun ve stresli sağlık bakımı sunulan birimlerde hasta güvenliğini, sunulan hizmetin

kalitesini ve disiplinler arası ekip çalışmasını optimize etmek açısından önemli bir konu olarak kabul edilmektedir (11).

Sağlık bakım hizmetini sunan kurumların özellikli birimlerinden olan ameliyathaneler; bütün cerrahi alanları içinde barındıran, çalışan sayısının fazla olduğu ve farklı meslek gruplarının iş birliğini gerektiren birimlerdir. Ayrıca ameliyathaneler yoğun ve stresli sağlık bakımı sunan birimlerin en önde gelenidir. Bu birimlerde, sağlık hizmetlerinin her alanında olduğu gibi belirlenen amaca ulaşmak için etkili ve kaliteli hizmet sunmak, insan kaynaklarının doğru yönetimiyle mümkündür. Ameliyathane çalışanlarının etkin bir şekilde yönlendirilip harekete geçirilebilmesi için liderlik, bu birimlerde oldukça büyük önem taşımaktadır.

Ameliyathanelerdeki en önemli konulardan biri hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelebilecek hatalar nedeniyle hastalar ve hasta yakınları için olumsuz sonuçlar doğurabilecek durumları önceden tahmin ederek, bu hataları engellemeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (12).

Hasta güvenliğinde amaç, sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar için güvenli bir ortam sağlamanın yanı sıra onları tehlikelerden ve zarar verebilecek uygulamalardan korumaktır. Ayrıca sağlık hizmeti alan kişinin mevcut durumundan daha sağlıklı bir şekilde ya da herhangi bir sebeple zarar görmeden bu süreçten çıkması hedeflenmektedir (13). Bu sebeple yoğun ve stresli bir ortam olan ameliyathanelerde sağlık hizmeti sunumu sırasındaki hasta güvenliği göz önünde bulundurulduğunda bu ortamlardaki fiziki ve beşeri tüm olasılıklar dikkate alınarak gerekli önlemler alınmalıdır (14).

Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine karşı tutumlarının, klinikte belirlenen bir liderin rehberliğinde, hasta güvenliğini tehdit edebilecek olayların azalabileceği, hata sonucu oluşabilecek kalıcı sağlık sorunları veya ölümlerin kısmen de olsa engellenebileceği düşündürmektedir.

Bu bakımdan araştırmanın amacı, ameliyathanelerdeki sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının klinik liderlik algısının hasta güvenliği tutumuna etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halidir. DSÖ'nün bu tanımdan yola çıkarak sağlık; bireyin iyilik halinin korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gerekli davranışları kazanmasının yanı sıra sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması olarak tanımlanabilir (1). Fakat günümüzde sağlık, hastalık kavramı ile öne çıkmakta, kişiler sağlığını bu kavrama göre değerlendirmekte ve belirli semptom ve bulguları olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmektedir (15). Bu durumu kabul eden bireylerin üstünde durması gereken önemli bir husus sağlık kavramının sadece bireyin kendisini değil, içinde bulunduğu sosyal çevreyi de kapsadığıdır (16).

Kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması, sağlıklı olma durumlarını üst seviyede tutmak için önemli bir etkendir. Bir ülkenin sağlık alt yapısını değerlendirebilmesi ve düzenleyici sağlık politikaları geliştirebilmesinde o ülkedeki kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları önem taşımaktadır (2).

Sağlık hizmetleri; toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilite edilmesi amacıyla sağlık profesyonellerinin sundukları hizmetlerin bir bütünüdür (17). Sunulan sağlık hizmetleri kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık profesyonelleri tarafından belirlenir.

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak ülkemizde dört başlık altında hizmet sunmaktadır (18).

Koruyucu sağlık hizmetleri: Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulan; koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile kişileri bedensel, ruhsal ve fiziksel hastalıkların oluşumundan korumada etkilidir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri: Herhangi bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucunda bireye koyulan tanı ve uygulanan tedavi ile oluşan yaraların iyileştirilmesi, ölümün engellenmesi için gerekli müdahalelerin ilgili tıbbi cihazları kullanarak yapıldığı sağlık hizmetleridir (19).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri: Rehabilitasyon merkezleri tarafından yataklı ya da yataksız şekilde hizmet verilen fiziksel ve zihinsel engelli kişilerin bağımsız yaşayabilmeleri için sunulan tıbbi ve sosyal tüm rehabilitasyon hizmetleridir (18,19).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri: Ottawa Sözleşmesine göre sağlığın geliştirilmesi, "Bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırmaya ve sağlıklarını geliştirmeye olanak sağlayan bir süreç" olarak tanımlanır (20). Fakat bu süreç yalnızca bireylerin beceri ve yeteneklerini güçlendirmeye yönelik adımları değil, aynı zamanda toplumsal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye yönelik girişimleri de kapsar (21).

Bireylere etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için sağlık hizmeti; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşımalıdır (3).

Kolay kullanılabilirlik: Kolay kullanılabilirlik, sağlık hizmetini sunanlar ve sağlık hizmetinden yararlananlar açısından ayrı ayrı değerlendirilir. Sağlık hizmeti sunanlar için kolay kullanılabilirlik, sağlık profesyonellerinin hizmet sunumu sırasında ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay erişebilmesidir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler için ise kolay kullanılabilirlik, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine istedikleri zaman ve yerde ulaşabilmesi ve bu hizmetlerden yeterince faydalanabilmesidir.

Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite, sunulan hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelmektedir.

Süreklilik: Sağlık hizmeti sadece teşhis ve tedavi basamaklarını içermemektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, bireyin ve toplumun sağlık statülerinin geliştirilmesi, sürekli takip edilmesi ve sağlıklı olma durumlarının devamlılığı için gerekli önlemlerin alınmasını gerektiren bir süreçtir.

Verimlilik: Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri sunumundaki maliyetler düşürülür, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları arttırılır.

Etkili bir sağlık hizmeti sunumu sırasındaki kalite kavramı, kabul görmüş mevcut standartlar ile sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirme esnasında, bir yandan hasta ve

çalışanın güvenliğini sağlarken diğer bir yandan da hastaların sağlık hizmetine eşit şekilde ulaşmasını sağlar şeklinde tanımlanır (4). Sağlık hizmetlerindeki kalitenin değerlendirilmesi ise mevcut standartlarla yapılmaktadır. Bu standartlar; ölçülebilir, uygulanabilir, sunulacak hizmet ile ilişkili, kanıta dayalı ve zamanında uygulanabilir şeklinde oluşturulmuştur (22).

Kalite, göreceli bir kavramdır. İçerisinde hem objektif hem de subjektif kavramları barındırması nedeniyle tanımı tam olarak yapılamamaktadır. Genel bir bakış açısıyla kaliteyi tanımlamak gerekirse, bir ürünün veya hizmetin maliyetinin düşük, müşterilerin ihtiyaçlarının ise karşılanma düzeyinin maksimum bir şekilde olabilmesi için sunulan faaliyetlerin bütünüdür (22).

Kalite konusu üzerinde geçmişten günümüze kadar çalışmalar yapmış olan uzmanlar kaliteyi çeşitli şekillerde tanımlamışlardır (23);

- Kalite, kullanıma uygun olmaktır. Mükemmelliği anlamak için sistematik bir yaklaşımdır (Juran &Gryna).
- Kalite, hizmet alan kişilerin daha sonraki zamanlarda beklentilerine yönelik yapılan yeniliktir (Deming).
- Kalite, geliştirilebilen, tasarlanabilen, üretilebilen ve servisi yapılabilen en ekonomik, kullanışlı ve her zaman tatmin edici üründür (Ishikawa).

Sağlık hizmetlerindeki kalite, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında halihazırda var olan standartlara ulaşmak ve bu standartlara uygunluğu sağlamak olarak açıklanmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki kalitede hedef, sağlık hizmeti alan herkesin eşit bir şekilde bu hizmetten yararlanması ve verilen hizmetten en düşük maliyet ile maksimum sonucun alınmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, sağlık hizmetinin sunumu sırasında kullanılan kaynakların etkin bir şekilde kullanımı olarak ele alındığında, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin zamanında ve etkili bir şekilde hizmet alması ve aynı zamanda kaynakların verimli bir şekilde kullanılması durumudur (24).

Klinik ortamlarda kaliteli sağlık hizmeti sunmak, en uygun klinik yönetim sistemini oluşturmakla mümkün olmaktadır (5). Sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin,

etkinliği ve verimliliği tıbbi bilgi ve becerinin yanı sıra etkili liderlik yeteneklerine de dayanmaktadır (6).

2.1. KLİNİK LİDERLİK

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında hastalarla etkileşim halinde olan doktor, hemşire gibi sağlık profesyonelleri klinisyen olarak tanımlanmaktadır. Bütün klinisyenler, sağlık hizmeti sunumu sırasında liderlik sorumluluğu üstlenebilir.

Klinik liderlerden, hastaların bakım kalitesi üzerinde etkili olmalarının yanı sıra disiplinler arası iş birliği, örgütsel politika ve planlama düzeyine de katılım sağlamaları beklenir (25). Ayrıca klinik liderliğin hekim ve hemşirelerin performansını etkileyen önemli bir faktör olduğuda düşünülmektedir (9).

Klinik liderliğin yetkinlik çerçevesi, sadece tek bir lideri değil, sağlık kurumundaki tüm klinisyenleri dikkate almaktadır. Klinik liderlik süreci, tüm bireylerin odak noktası olup, her klinisyenin bireysel olarak sergilediği liderlik süreçlerini ve taşıması gereken özellikleri ortaya koymaktadır (26).

Klinisyenler, sağlığı geliştirmek ve hasta bireyi eski sağlığına kavuşturmak için iş birliği yapmalı ve uzmanlık alanlarını birbirleriyle paylaşmalıdır. Klinisyenlerin liderlik ve yönetim becerilerini uygulaması, yüksek kaliteli, uygun maliyetli bakım sağlamada önemli rol oynamaktadır (10). Klinik liderlik, yoğun ve stresli sağlık bakımı sunulan birimlerdeki hasta güvenliğinde, sunulan hizmetin kalitesini ve disiplinler arası ekip çalışmasını iyileştirmek açısından kritik bir konu olarak kabul edilmektedir (11).

2.1.1. Klinik Liderliğin Yetkinlikleri

İngiltere'deki vatandaşların eşit ve etkin bir şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi amacıyla, ulusal sağlık sistemi olan National Health Service (NHS), İngiltere Sağlık Bakanlığı'nın başkanlığında faaliyete geçirilmiştir. NHS, klinik liderde bulunması gereken ve hizmet sunumu sırasında klinik liderlerin hareket alanını belirleyen beş etki alanının olduğunu belirtmektedir (27). Bunlar: Kişisel özellikler, diğerleriyle çalışma, hizmetlerin yönetimi, hizmetlerin iyileştirilmesi ve yönlendirmelerin kurgulanması alanıdır (5).

Kişisel Özellikler Alanı: Klinisyenlerin sağlık hizmeti sunumu sırasında etkili liderlik göstermeleri için kendi değerlerinin, güçlü yönlerinin ve yeteneklerinin belirlendiği alandır. Bu alanı belirlemek için klinisyenin sahip olması gereken yetkinlikler ve her bir yetkinliğin gerektirdiği özellikler; kişisel farkındalığın gelişimi, kendi kendini yönetim, kişisel gelişimin devam ettirilmesi ve dürüst davranmaktır (5).

Diğerleriyle Çalışma Alanı: Klinisyenlerin sağlık hizmeti sunumu sırasında başarılı olabilmesi için takımlar haline çalışabilme becerisinde olması ve liderlik gösterebilmesi gerekmektedir. Bir takım içerisinde liderlik gösterebilmek için sahip olunması gereken yetkinlikler ve her bir yetkinliğin gerektirdiği özellikler; iletişim geliştirme, ilişkileri oluşturma ve sürdürme, cesaret verici katkı ve ekipler hâlinde çalışma şeklinde sıralanabilir (28).

Hizmetlerin Yönetimi Alanı: Klinisyenlerin sağlık hizmeti sunumu sırasında çalıştığı kurumun başarısını hedeflemesi gerekmektedir. Bu hedef doğrultusunda bir klinik liderin sahip olması gereken yetkinlikler ve her bir yetkinliğin gerektirdiği özellikler; planlama, kaynak yönetimi, insan yönetimi ve performans yönetimi şeklinde sıralanabilir (28).

Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı: Sağlık hizmeti sunumu sırasında etkili liderlik özelliğine sahip klinisyenler yüksek kalitede hizmet sunumuna ve hizmet sunumunun gelişimine katkı sağlamalıdır. Bu doğrultuda bir klinik liderin sahip olması gereken unsurlar ve bu unsurlar için gerekli olan yetkinlikler; hasta güvenliğini sağlama, eleştirel değerlendirme, iyileştirme ve inovasyona cesaretlendirme ve dönüşümü kolaylaştırma şeklinde sıralanabilir (28).

Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı: Sağlık hizmeti sunumu sırasında etkili liderlik özelliğine sahip klinisyenler çalıştıkları kurumun amaç ve stratejilerine katkıda bulunup, örgütsel değerlere uyumlu bir şekilde hareket etmelidir. Bu katkı ve uyum için sahip olmaları gereken unsurlar ve bu unsurlar için gerekli olan yetkinlikler; değişim için içerik belirleme, bilgi ve kanıtları kullanma, karar verme ve etkiyi değerlendirme şeklinde sıralanabilir (28).

2.1.2. Liderlik

Liderlik, insanlık tarihinin başlangıcından günümüze kadar olan süreçte topluluk

halinde yaşamanın etkisiyle ortaya çıkmıştır. Bir topluluktaki bireysel ve toplumsal beklentilerin karşılayabilmesi için bir başka kişiye ihtiyaç duyulmakta ve gruplar halinde hareket edilmektedir (29). Lider, sözlükte "Bir organizasyonun en üst kademesinde yönetimle görevli kişi, önder." olarak açıklanırken, liderlik; "liderin görevi, lider olma durumu" şeklinde açıklanmıştır (30).

Liderler, içinde bulundukları örgütsel yapıyı şekillendiren, koordinasyon ve düzeni sağlayan, birlikte çalıştıkları kişilere rehberlik eden, onları yönlendiren ve ihtiyaçlarını zamanında tespit edebilen kişilerdir (31). Liderler; kritik düşünme becerisiyle, karar verme sürecinde kuramsal bilgiyi rehber olarak kullanarak, çalışanların mesleki gücünü istenilen şekilde etkileyebilir (32). Liderlik üzerine yapılan araştırmalar, başarılı bir liderin iç uyum ve hırsının yüksek olmasının yanı sıra, liderin uzlaşmacı, tedbirli, yenilikçi ve öğrenmeye açık olması gerektiğini ortaya koymuştur (33). Yapılan başka bir çalışma ise bir grup veya organizasyonun faaliyetlerinin başarısı ile etkili liderlik davranışları arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ve özellikle nitelikli sağlık hizmeti sunumunda liderliğin kritik bir rol oynadığı sonucuna varmıştır (34).

2.1.2.1. Liderlik tanımı: Liderlik kavramı, kişilerin deneyimleri, bakış açıları ve değerleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve bu nedenle farklı liderlik tanımları olabilir. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir.

Liderlik, sadece meslektaşları ve astları etkilemekten ibaret değildir. Özel sektör, kamu ve Sivil Toplum Kuruluşlarında bir dizi paydaş ve ağ önemli hale gelmektedir. Bu bağlamda, liderlik; tüm bu unsurları etkileme sürecidir (35).

Liderlik, içinde bulunduğu grubun faaliyetlerine ortak olan ve bu grubu bir hedefe yönlendirmede yardımcı olan kişinin davranışıdır (36).

Liderlik, bir amaç doğrultusunda ulaşılmak istenen hedef için içinde bulunduğu grubun eylemlerini harekete geçirme sürecidir (37).

Liderlik; bir görevi en etkili şekilde yerine getirebilmek için grubun diğer üyelerini etkileme yeteneğidir (38).

Liderlik, bir vizyon oluşturma ve bu vizyonu grubun diğer üyelerine ileterek, onları motive edip, yarattığı vizyonu gerçekleştirme sürecidir (39).

Liderlik, insanları yönlendirerek bir araya getirip, ortak hedeflere ulaşmalarını sağlayan bir etkileşim biçimidir (40).

Liderlik, takımını motive ederek onların yeteneklerini en üst düzeye çıkarmaktır (41).

Bu tanımlara baktığımız zaman çoğunun liderlikte kişisel özellikleri ön planda tuttuğunu söyleyebiliriz. Yani liderlikte; etkileme, yönlendirme, motive etme ve ortak hedeflere ulaşma gibi unsurlar başlıca rol oynamaktadır.

2.1.2.2. Liderlik özellikleri: Liderlik, bireyin doğuştan gelen özelliklerinin yanında eğitim ve tecrübeylede kazanılabilen yetenek ve becerilerinde olmasını gerektirir (42). Liderler hedefler belirlemeli, bu hedeflere ulaşabilmeli, takım arkadaşlarıyla iletişim halinde olmalı ve onları yönetebilmelidir. Bu özellikler göz önünde bulundurulduğunda lider seçimi önemli ve zor bir süreçtir.

2.1.2.3. Sağlık kurumlarında liderlik: Sağılık kurumlarında sunulan hizmetler, yapısal olarak karmaşık ve çoğu zaman hızlı kararlar alınmasını gerektiren hizmetlerdir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda sağlık kurumlarında iyi bir liderlik yönetimi gerekmektedir (43). Sağlık kurumlarındaki liderlik, etkili sağlık hizmetleri sunumu, personel performansının yönetimi ve kaliteli hasta bakımının sağlanması açısından son derece önemli bir role sahiptir.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkan çevresel ve örgütsel anlaşmazlıkların çözülebilmesi için sağlık sisteminin her aşamasında etkili liderlik büyük bir önem taşımaktadır (8). Sağlık kurumlarındaki lider, personel ve hastalarla etkin iletişim kurabilmeli, beklentileri ve sorunları anlayabilmeli aynı zamanda gerektiğinde çözüm önerileri geliştirebilmelidir (44). Tüm sektörler açısından önemli olan liderlik, insan sağlığının söz konusu olduğu sağlık sektöründe de oldukça önemlidir (45).

Sağlık hizmeti sunumunda, kurumun dinamik yapısından dolayı kısa sürede hızlı değişimler yaşanması ön görülemez bir gerçektir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda sağlık sektöründe görev alan liderlerin yaşanan bu değişimlere hızlı bir şekilde uyum sağlayabilmesi ve sorunları büyümeden çözebilmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe kurumun başarısı o kurumdaki personelin kendisine olan güveni, kurumdaki rolü ve kendini geliştirme isteği ile doğrudan ilişkilidir.

Sağlık hizmetleri sunumundaki liderlik; yalnızca sağlık bakım standartlarını korumak için değil, aynı zamanda sunulan hizmetin geliştirilmesi ve dönüştürülmesi için de gereklidir (7). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki liderlik; klinik çalışmalarda hekim ve hemşire gibi klinisyenlerin odak noktası konumundadır (8).

Sağlık hizmeti sunumu sırasındaki sağlık hizmetlerinin yönetim süreci çok önemlidir. Bu süreç kapsamında hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti önemli bir yerdedir (46).

2.2. HASTA GÜVENLİĞİ

Amerikan Tıp Ensitütüsü'ne (Institute of Medicine-IOM) göre hasta güvenliği "hastalara olan zararın önlenmesi" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da yola çıkarak hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşabilecek hatalar sebebiyle hastalar ve hasta yakınları için olumsuz sonuçlanabilecek süreçleri ön görme ve hataları engelleme şeklinde tanımlanabilir (12). Hasta güvenliğinin amacı, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyler için güvenli bir ortam sağlamanın yanısıra onları tehlikelerden ve zararlı uygulamalardan korumaktır. Ayrıca, sağlık hizmeti alan kişinin mevcut durumundan daha sağlıklı bir şekilde iyileşmesi veya herhangi bir şekilde zarar görmemesidir diyebiliriz (13). Bütün bu tanımlardan yola çıkacak olursak hasta güvenliği; hastalara zarar verebilecek riskleri ortadan kaldırarak güvenli bir sağlık hizmeti almalarını sağlayacak ortamı oluşturan sistemin bütünü olarak kabul edilmektedir.

Tüm Dünyada da sağlık hizmetleri sunumu sırasında görülen o ki hasta güvenliği ihlallerinden dolayı bir çok insan hayatını kaybetmektedir (47). IOM; sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlayarak, sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için önemli olan unsurları sıralamaktadır (48). Bu unsurlar;

Güvenli: Hastaların sağlık hizmeti sunumu sırasında verilen her türlü hizmetten dolayı zarar görmemesidir.

Etkili: Sağlık hizmeti sunumu sırasında uluslararası geçerliliği olan bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp rehberliğinde hizmet verilerek, sağlık hizmetlerinin en verimli

şekilde kullanılmasını sağlamaktır.

Zamanında: Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu anda ulaşılabilir olmak ve hizmetin sunumu sırasında hastaya zarar verebilecek gecikmelerin olmamasıdır.

Hasta Odaklı: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında hastanın çıkarları ön planda tutulur, hastanın ihtiyaç ve beklentileri, inanç ve değerlerine uygun bir şekilde karşılanır aynı zamanda hastalar tüm bakım süreçlerine dâhil edilir.

Verimli: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sağlık kuruluşlarının çıkarlarını gözeterek, insan gücü, tıbbi malzeme ve donanım kullanımında kaynak israfından kaçınılmasıdır.

Eşitlik ve Hakkaniyet: Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hiçbir ayrım yapılmaksızın, herkesin ihtiyacı doğrultusunda eşit bir şekilde hizmetin sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde öncelikli amaç hastaya zarar vermemek olmalıdır. Bu düşünce göz önünde bulundurularak sağlık sistemi değerlendirildiğinde ölümlerin büyük bir çoğunluğunun sebebinin güvenli olmayan sağlık hizmetleri sunumundan kaynaklandığı sonucuna varılmaktadır. Buda bize hasta güvenliğinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (12). Sağlık hizmetinin sunumunda hastalara zarar verebilecek riskleri ortadan kaldırmak güvenli bir hizmet sunum ortamı oluşturmak hasta güvenliğinin kapsamındadır.

Hasta güvenliği multidisipliner bir yaklaşımdır. Yapılan bir hata telafisi olmayan ciddi sonuçlar doğurabilir bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda verilen hizmetlerin hasta, hasta yakınları ve aynı zamanda çalışanlara zarar vermesinin önüne geçilmesi için yapılan çalışmalar hasta güvenliği kapsamındadır (49). Sağlık hizmetinin sunumu sırasında o sağlık kuruluşunda başta tıbbi bakım veren sağlık profesyonelleri olmak üzere tüm çalışanlar hasta güvenliğinin sağlanmasından sorumludur (48). Hasta güvenliğinin başarılı bir şekilde sağlanması tüm sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışlarına yansımalı ve süreklilik kazanmalıdır (50).

Hasta güvenliğinin yeterliliğini sağlamada, sağlık hizmetinin sunulduğu ortamlarda güvenli olmayan faktörlerden kaçınmak, bu faktörleri azaltmak ayrıca hastaların kaza sonucu yaralanmalarını önlemek için risk sürecinin kontrolünü sağlamak sağlık profesyonellerinin sahip olduğu bilgi, beceri ve tutumu ile mümkündür (51). Bu

doğrultuda hasta güvenliğine etki eden en önemli faktörün sağlık profesyonelleri olduğu düşünülmektedir.

2.2.1. Uluslararası Hasta Güvenliği Standartları

Her yıl Uluslararası Ortak Komisyonu (Joint Commission International-JCI), sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik öncelikli alanları ele alarak Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini (International Patient Safety Goals- IPSG) oluşturur. IPSG'ler, hasta güvenliğini artırmak ve olumsuz olay riskini en aza indirmek için sağlık kuruluşlarına rehberlik etmektedir (52).

JCI 2021 Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri (52):

- Hedef 1: Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi:

Hastaların doğru tedavi ve bakımı almaları için hasta tanımlamasının doğru şekilde yapılmasının gerekliliği vurgulamaktadır. Sağlık hizmenin sunumu sırasında hastalara tedavi ve bakım uygulanırken isim, doğum tarihi gibi en az iki hasta tanımlayıcı bilgisinin kullanılması gerekmektedir.

- Hedef 2: Etkili İletişimin Geliştirilmesi:

Sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık profesyonellerinin hastalar ile etkili iletişim kurmaları hataların ve olumsuz olayların önlenmesinde oldukça etkilidir. Bu hedef doğrultusunda kritik bilgilerin doğru bir şekilde ve zamanında iletilmesi için sağlık kuruluşlarındaki iletişim süreçlerinin geliştirmesi amaçlanmaktadır.

- Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Arttırılması:

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında olumsuz olay bildirimlerinin önde gelen nedenlerinden biri ilaç hatalarıdır. Bu hedef doğrultusunda ilaç güvenliğini artırmaya yönelik stratejilerin belirlenip uygulanmasıyla ilaç hatası riskinin azaltılması amaçlanmaktadır.

- Hedef 4: Güvenli Cerrahinin Sağlanması:

Bu hedef doğrultusunda cerrahi işlem öncesi ve sonrasında oluşabilecek cerrahi hata riskinin ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Standartlaşmış protokoller ve alınan güvenlik uygulamalarıyla bu riskler önlenebilir. Sağlık hizmetinin sunumu sırasında

cerrahi işlem öncesi güvenlik kontrol listesinin kullanılması, doğru hasta, doğru taraf ve doğru uygulama süreçlerini yürütmesi oldukça önemlidir.

- Hedef 5: Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyonlar (Healthcare Associated Infections- HAI) Riskinin Azaltılması:

Dünyada hastalık ve ölüm nedenlerinin arasında sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar önemli bir yere sahiptir. Bu hedef doğrultusunda kanıta dayalı enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerini uygulayarak sağlık hizmetleriyle ilişkili riskin en aza indirmesi amaçlamaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu sırasında el hijyeni protokollerinin uygulanması, cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik önlemlerin alınması oldukça önem taşımaktadır.

- Hedef 6: Hastaların Düşmelerden Kaynaklı Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında özellikle yaşlı hastalar ve hareket kabiliyeti kısıtlı hastalar düşme riski taşımaktadırlar. Düşme sonucunda hastalarda kırıklar, kafa travmaları ve iç kanama gibi ciddi komplikasyonlar oluşabilir ve bu durum hastanede kalış süresini uzatmanın yanı sıra işlevsel bozulmaya hatta ölüme bile yol açabilir. Bu nedenle düşme riskinin azaltılması, hasta güvenliğinin artırılması açısından oldukça önem taşımaktadır.

2.2.2. Ameliyathanelerde Hasta Güvenliği

Ameliyathaneler, hastalara cerrahi tedavinin uygulandığı birimlerdir. Hastanelerin özellikli kliniklerinden olan ameliyathaneler; bütün cerrahi birimleri içinde barındırmanın yanı sıra diğer birimlerden daha fazla çalışan sayısına sahip olup değişik meslek gruplarının iş birliğini gerektirmektedir. Ayrıca ameliyathaneler yoğun ve stresli sağlık bakımı sunan birimlerin en önde gelenidir. Bu özelliklerin tamamı göz önüne alındığında, ameliyathanelerin hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok unsuru barındırdığı söylenebilir. Bu nedenle ameliyathanelerde en önemli konulardan biri hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Ameliyathanelerdeki hasta güvenliği, hastanın ameliyathaneye kabulüyle başlar ve hastanın servise transferiyle sona erer (53). Ameliyathanelerde sağlık hizmeti sunumu sırasındaki hasta güvenliği göz önünde bulundurulduğunda bu ortamlardaki tüm fiziki ve beşeri olasılıkların dikkate alınıp gerekli önlemlerin alınması gerekir (14). Ameliyathanelerde hasta güvenliğini tehdit eden faktörler arasında; hasta kimliğinin

yanlış tanımlanması, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim eksiklikleri, ilaç uygulama hataları, yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi girişim, enfeksiyon riski, düşmeler, cerrahi prosedür ve ortamla ilgili yanıklar, yüksek riskli hastaların belirlenmemesi ve bası yaraları gibi unsurlar yer almaktadır (54).

2.2.3. Ameliyathanelerde Karşılaşılan Hasta Güvenliği Sorunları

Ameliyathaneler; ekip çalışması ve hızlı karar alabilmenin önemli olduğu, farklı cerrahi tekniklerin uygulandığı, teknolojinin üst seviyede kullanıldığı, yoğun baskı hissedilen ve zaman sıkıntısı yaşanılan birimlerdir. Ameliyathanelerde hızlı karar verilmesi gereken durumların fazla olması bazı riskleri ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu riskler; yanlış taraf cerrahisi, yabancı cisim unutulması, hava emolisi, cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahi yanıklar, transfüzyon sırasında oluşan hatalar, hasta düşmesi, ilaç hataları, kesici-delici alet yaralanmaları, hatalı gaz verilmesi gibi durumlardır.

Ameliyat sürecinde yapılan tıbbi hatalar arasında:

- Ameliyatta alınacak olan hastanın; ameliyat bölgesinin işaretlenmemesi, açlık süresinin sorgulanmaması, makyaj, oje, protez, takılarının bulunması,
- Ameliyatta kullanılabilecek malzemenin ve kan ürünü kontrollerinin yapılmaması,
- Hastanın ameliyathaneye transferi sırasında bir sağlık çalışanının eşlik etmemesi ve hastanın kimlik doğrulamasının yapılmaması, önemli bilgilerin teslim edilmemesi,
- Ameliyat salonunun temizliğinin uygun olmaması ve kullanılacak olan ekipmanlarda arıza bulunması,
- Ameliyattın yapılacağı salonun ısı, nem ve hava akımının uygun olmaması,
- Ameliyatta kullanılacak olan steril malzemelerin kontrolünün yapılmaması,
- Ameliyatın bitiminde kullanılan alet ve tampon sayısının kontrol edilmemesi,
- Hastanın ameliyattan sonra transfer edileceği birimin belirtilmemesi ayrıca hastayı teslim ederken yapılan cerrahi işlemin ve hastanın kimliğinin belirtilmemesi yer almaktadır (55).

2.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlık hizmeti sunumu sırasındaki klinik liderlik, dinamik ve hızla değişen sağlık sisteminde etkili ve verimli sonuçlar elde etmek için gerekli olan stratejik planlama, iletişim ve yönetim becerilerini içeren çok yönlü bir yaklaşımdır (56). Klinik liderler, sağlık hizmetinin sunumda bir çok kritik görevi üstlenirler. Bunlardan öncelikli olanları; hasta güvenliğini sağlamak, sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini desteklemek, hastaların bakım kalitesini artırmak ve verimliliği optimize etmek olarak sıralanabilir. Aynı zamanda klinik liderler, klinikteki diğer ekip üyelerinide yöneterek iş birliğine teşvik eder, performansı değerlendirir, rehberlik sağlar ve sorunları etkili bir şekilde çözer. Profesyonel yöneticilerin aksine klinik liderler, liderlik görevini üstlenen sağlık profesyonelleri olarak tanımlanmaktadır (57). Etkili bir klinik liderin güvenli ve verimli sağlık hizmet sunumu için gerekli olduğu düşünülmektedir (58).

Klinik liderlerin, sağlık sisteminin en karmaşık yapılarından biri olan ameliyathanelerdeki hasta güvenliğinin sağlamasında da oldukça olumlu etki gösterebileceği düşünülebilir.

Ameliyathaneler, tüm cerrahi birimlerin içinde yer aldığı, çalışan sayısının fazla olduğu ve farklı meslek gruplarının iş birliğini gerektiren birimlerdir. Ayrıca ameliyathaneler, yoğun ve stresli sağlık bakımı sunan birimlerin en önde gelenidir. Ameliyathanelerde gerçekleştirilen cerrahi uygulamalar, hastaları hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkilemektedir. Eğer bu duruma ilişkin gerekli tedbirler alınmazsa hastaya en çok zarar verebilecek tedavi şekili olarak ameliyathanelerde gerçekleştirilen cerrahi işlem söylenebilir (59). Bu sebepler doğrultusunda ameliyathaneler hasta güvenliğini etkileyecek birçok faktörü içinde barındırır demek mümkündür. Ameliyathanelerdeki hataları en aza indirmek için hasta güvenliği için alınan önlemler büyük önem taşımaktadır. Ameliyathane ortamındaki karmaşık yapı ve gürültü, sağlık hizmetinin sunumu sırasında yer alan ekip üyelerinin dikkatinin dağılmasına neden olabilir. Bu durum, hasta güvenliği kapsamında; hastaların hatalı kimliklendirmesi, hastaya yanlış taraf cerrahisi uygulanması, cerrahi alan enfeksiyonlarının oluşması, hasta içerisinde yabancı cisim unutulması, koter yanıklarının olması, hasta pozisyonuna bağlı düşmelerin olması gibi istenmeyen olayların yaşanmasına sebebiyet verebilir (60).

Ameliyathanelerde ki cerrahi işlem esnasında karşılaşılabilecek bu hataların önlenmesi hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir. Yaşanabilecek bu durumların

önlenmesi için, ameliyathanelerde etkin bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmalı ve sürekli olarak geliştirilmelidir (61). Ameliyathane de görev yapan tüm çalışanlar hasta güvenliği kültürünü benimsemeli ve buna uygun şekilde hareket etmelidir. Ayrıca tüm ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğini sağlamak için doğal bir misyon üstlenmesi, etkin ve etkili uygulamalar yapması da gerekmektedir (62). Ameliyathanelerde gerçekleştirilen cerrrahi işlem sırasında hasta güvenliği uygulamalarına yönelik planlama yapılırken, bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin görüşlerinin alınması ve yaklaşımlarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (63).

Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine karşı tutumlarının, klinikte belirlenen bir lider ile hasta güvenliğini tehdit edebilecek olayları azaltacağı ve hata nedeniyle oluşabilecek kalıcı sağlık sorunlarının ya da ölümlerin kısmen de olsa engellenebileceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Kocaeli'de bir hastanenin ameliyathanesinde Mayıs-Haziran 2024 tarihlerinde yürütüldü.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Kocaeli'de bir hastanede çalışan cerrah, hemşire, anestezi hekimi, anestezi teknisyeni ve klinik destek personeli olmak üzere 350 kişi oluşturmuştur. Araştırmaya gönüllü olarak 190 kişi katılım sağlamıştır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden tam sayım metodu uygulanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI, BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ, MODELİ VE HİPOTEZİ

3.4.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Hasta güvenliği tutum ölçeği puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkeni olurken; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, ameliyathanedeki görevi, çalışma yılı, liderlik üzerine eğitim alma durumu, klinik liderlik üzerine eğitim alma durumu, hasta güvenliği üzerine eğitim alma durumu soruları ve klinik liderlik özellikleri ölçeği puan ortalaması araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.4.2. Model ve Hipotez

Araştırmaya ait model:



Şekil 3.1: Araştırmanın modeli

Araştırmanın hipotezi:

H1; Klinik liderlik algısı hasta güvenliği tutumunu etkiler.

3.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Google Forms üzerinden hazırlanan anket ile katılımcılara ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ameliyathane çalışanlarına araştırmanın amacı açıklanıp araştırmaya katılımları için gönüllü onamları (EK-1) alınmıştır. Araştırmadan elde edilen kişisel bilgiler tamamen gizli tutulmuştur.

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik verilerin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu (EK-2), Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (EK-3) ve Klinik Liderlik Özellikleri Ölçeği (EK-4) kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formunda; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, ameliyathanedeki görevi, çalışma yılı, liderlik üzerine eğitim alma durumu, klinik liderlik üzerine eğitim alma durumu, hasta güvenliği üzerine eğitim alma durumu soruları yer almaktadır.

3.5.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği; Sexton ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Baykal ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Hasta Güvenliği Tutumları Ölçeği; İş Doyumu (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11), Ekip Çalışması (12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23), Güvenlik İklimi (24,25,26,27,28), Yönetim Anlayışı (29,30,31,32,33,34,35), Stresi Tanımlama (36,37,38,39,40) ve Çalışma Koşulları (41,42,43,44,45,46) olarak 6 alt boyut ve 46 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert (1:"Kesinlikle Katılıyorum", 2: "Katılıyorum", 3: "Hiçbiri", 4: "Katılmıyorum", 5: "Kesinlikle Katılmıyorum") tipindedir. Ölçekten en az 46, en fazla 230 puan alınabilmektedir. Ölçek; alt boyut madde puan ortalamalarından alınan puanlara göre hesaplanmaktadır. Ölçeğe göre iş doyumu 30 puan olarak, ekip çalışması 66 puan olarak, güvenlik iklimi 25 puan olarak, yönetim anlayışı 35 puan olarak, stresi tanımlama 25 puan olarak, çalışma koşulları 20 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanlarının artması, hasta güvenliği algılarının olumlu değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puan ortalama puanın üzerindeki değerler yüksek düzey, ortalamanın altındakiler düşük düzey olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, altı alt boyuttan alınan toplam puan hasta güvenliği ölçeği

toplam puanını vermektedir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı arttıkça hasta güvenliği algısının arttığı ifade edilmektedir. Ölçeğin cronbach alpha değeri 0,93 olarak ölçülmüştür.

Tablo 3.1: Hasta güvenliği tutum ölçeğinin alt boyutları

Ölçek Boyut	Madde Sayısı	Madde Numaraları
İş Doyumu	11	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Ekip Çalışması	12	12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23
Güvenlik İklimi	5	24,25,26,27,28
Yönetim Anlayışı	7	29,30,31,32,33,34,35
Stresi Tanımlama	5	36,37,38,39,40
Çalışma Koşullar	6	41,42,43,44,45,46

3.5.3. Klinik Liderlik Özellikleri Ölçeği

Klinik Liderlik Ölçeği; National Health Services Leadership Academy (2012) tarafından geliştirilmiş, Budak (2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, hekim ve hemşireler üzerinde ölçeğin geçerlilik güvenirliği yapılmıştır. Klinik Liderlik Ölçeği; Klinik Liderlik Sürecinde Kişisel Özellikler Alanı Boyutu (1,2,3,4,5,6,7,8), Klinik Liderlik Sürecinde Diğerleriyle Çalışma Alanı Boyutu (9,10,11,12,13,14,15,16), Klinik Liderlik Sürecinde Hizmetlerin Yönetimi Alanı Boyutu (17,18,19,20,21,22,23,24), Klinik Liderlik Sürecinde Hizmetlerin İyileştirilme Alanı Boyutu (25,26,27,28,29,30,31,32) ve Klinik Liderlik Sürecinde Yönlendirilmelerin Kurgulanması Alanı Boyutu (33,34,35,36,37,38,39, 40) olmak üzere 5 alt boyut ve 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 3'lü likert (1:"Neredeyse Asla", 2:"Bazen", 3:"Neredeyse Her Zaman") tipindedir. Toplamda 40 ifadeden oluşan Klinik Liderlik Ölçeğinden alınabilecek en yüksek ortalama puan 120 iken, alınabilecek en düşük ortalama puan ise 40'tır. Her bir alt boyuta dair alınabilecek minimum ortalama puan 8 iken, maksimum ortalama puan 24'tür. Alınan puanlar ne kadar yüksek ise klinisyenlerin klinik liderlik özelliği o kadar yüksek değerlendirilmektedir. Ölçeğin cronbach alpha değeri 0,97 olarak ölçülmüştür.

Tablo 3.2: Klinik liderlik ölçeğinin alt boyutları

Ölçek Boyut	Madde Sayısı	Madde Numaraları
Kişisel Özellikler Alanı	8	1,2,3,4,6,7,8
Diğerleriyle Çalışma Alanı	8	8,9,10,11,12,13,14,15,16
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	8	17,18,19,20,21,22,23,24
Hizmetlerin İyileştirme Alanı	8	25,26,27,28,29,30,31,32
Yönlendirilmelerin Kurgulanması Alanı	8	33,34,35,36,37,38,39, 40

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 3 Mayıs 2024 tarihinde (24/184 kayıt numarasıyla 6/28 karar sayılı) yazılı izin alındı (EK-5) Araştırmanın yapılacağı kurum olarak Kocaeli'de bir hastane için Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25 Mayıs 2024 tarihinde (E-65530689-799-245202074 sayılı) yazılı izin alındı (EK-6).

3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğunda ShapiroWilks testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bununla birlikte Cronbach's Alpha testiyle güvenirlilik belirlenmiştir. Normal dağılım gösterdiğinde sosyodemografik farklılıklar için T-testi, Anova testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon testi ve etki incelemesi için regresyon analizi uygulanarak değerlendirilmiştir. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarına güvenirlik analizleri yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeklerin güvenirlik sonuçları oldukça yüksek bulunmuş olup Tablo 4.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1: Kullanılan ölçeklerin güvenirlik sonuçları

Kullanılan Ölçekler	Cronbach's alfa	Madde Sayısı
1. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	,912	46
2. Klinik Liderlik Özellikleri Ölçeği	,950	40
Genel	**,931**	**86**

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi 46 maddeden oluşan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Cronbach's alfa güvenirlik değeri 0,912; 40 maddeden oluşan Klinik Liderlik Ölçeği'nin Cronbach's alfa güvenirlik değeri 0,950 olarak bulunmuştur. Bulunan sonuçlara göre araştırmada kullanılan ölçeklerin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

4.2. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, ameliyathanedeki görevi, meslekte çalışma yılı, yönetim üzerine eğitim alma durumu, liderlik üzerine eğitim alma durumu, klinik liderlik üzerine eğitim alma durumu ve hasta güvenliği eğitimi alma durumu değişkenleri incelenmiştir. İncelenen değişkenlere ait sıklık (frekans) ve yüzde değerleri Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgular

Tanımlayıcı Özellikler		**N**	**%**
Cinsiyet	Kadın	57	30,0
	Erkek	133	70,0
	Toplam	**190**	**100,0**
Yaş	25 yaş ve altı	40	21,1
	26-35 yaş arası	79	41,6
	36-45 yaş arası	39	20,5
	46 yaş ve üzeri	32	16,8
	Toplam	190	**100,0**
Medeni Durum	Evli	79	41,6
	Bekâr	111	58,4
	Toplam	**190**	**100,0**
Öğrenim Durumu	Lise	19	10,0
	Ön Lisans	42	22,1
	Lisans	97	51,1
	Yüksek Lisans	32	16,8
	Toplam	**190**	**100,0**
Ameliyathanedeki Görevi	Doktor	20	10,5
	Ameliyathane Hemşiresi	108	56,8
	Anestezi Teknisyeni	33	17,4
	Klinik Destek Personeli	29	15,3
	Toplam	**190**	**100,0**
Meslekte Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	70	36,8
	6-10 yıl arası	40	21,1
	11 yıl ve üstü	80	42,1
	Toplam	**190**	**100,0**
Yönetim Üzerine Eğitim Aldınız Mı?	Evet	70	36,8
	Hayır	120	63,2
	Toplam	**190**	**100,0**
Liderlik Üzerine Eğitim Aldınız Mı?	Evet	53	27,9
	Hayır	137	72,1
	Toplam	**190**	**100,0**
Klinik Liderlik Üzerine Eğitim Aldınız Mı?	Evet	39	20,5
	Hayır	151	79,5
	Toplam	**190**	**100,0**
Hasta Güvenliği Eğitimi Aldınız Mı?	Evet	174	91,6
	Hayır	16	8,4
	Toplam	**190**	**100,0**

Tablo 4.2‘de belirtildiği üzere araştırmaya toplam 190 kişi katılmıştır. Bu katılımcıların %70’inin erkek, %41,6’sının 26-35 yaş aralığında, %58,4’ünün bekar, %51,1’inin lisans mezunu, %56,8’inin ameliyathane hemşiresi, %42,1’inin çalışma yılının 11 yıl ve üstü olduğu, %63,2’sinin yönetim üzerine eğitim almadığı, %72,1’inin liderlik üzerine eğitim almadığı, %79,5’inin klinik liderlik üzerine eğitim almadığı, %91,6’sının hasta güvenliği üzerine eğitim aldığı görülmektedir.

4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK

Araştırmanın bu bölümünde; ölçeklerdeki maddelerin tanımlayıcı istatistikleri analiz edilerek ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık değerleri belirtilmiştir.

Tablo 4.3: Ölçeklerin tanımlayıcı değerleri

Ölçek	N	Min-max	X	Ss	Bsk.	Çrp.
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	190	1,96-4,39	3,23	,434	,330	-,336
Klinik Liderlik Özellikleri Ölçeği	190	1,73-3	2,64	,295	-,073	-,814

Tablo 4.3’de belirtildiği gibi araştırmada kullanılan iki ölçeğin ortalama, standart sapma, skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) tanımlayıcı istatistik çalışmaları yapılmıştır. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan 190 katılımcının Hasta Güvenliği Tutum ortalamasının 3,23; Klinik Liderlik Özellikleri ortalamasının 2,64 olduğu görülmektedir. Çarpıklık değerine bakıldığında Hasta Güvenliği Tutumu değerinin -,336; Klinik Liderlik Özellikleri değerinin ise -,814 olduğu bulunmuştur. Basıklık değerine bakıldığında da Hasta Güvenliği Tutumu değerinin 330; Klinik Liderlik Özellikleri değerinin -,073 olduğu bulunmuştur.

4.4. FARKLILIKLAR TESTİ

Araştırmaya katılanların hasta güvenliği tutumu ile klinik liderlik özelliklerinin aldığı puan ortalamaları açısından farklılık testleri yapılmış olup iki gruplu tanımlayıcı

özellikler için T testi uygulanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Değişkenlerin iki Farklı tanımlayıcılı özelliklerine göre farklılık özellikleri

		Değişkenler	
Tanımlayıcı Özellikler		**Hasta Güvenliği Tutumu**	**Klinik Liderlik Özellikleri**
		X ± SS	**X ± SS**
Cinsiyet	Kadın	3,20±0,43	2,63±0,27
	Erkek	3,31±0,44	2,69±0,33
	Test ve Anlamlılık	T=-1,743 P=,083	T=1,147 P=0,255
Medeni Durum	Evli (A)	3,22±0,40	2,70±0,27
	Bekar (B)	3,25±0,48	2,58±0,31
	Test ve Anlamlılık	T=0,459 P=0,647	T=-2,654 **P=0,009** **A>B**
Yönetim Eğitimi Alma Durumu	Evet	3,25±0,39	2,70±0,27
	Hayır	3,22±0,46	2,62±0,31
	Test ve Anlamlılık	T=0,517 P=0,605	T=-1,939 P=0,55
Liderlik Eğitimi Alma Durumu	Evet	3,30±0,40	2,71±0,25
	Hayır	3,20±0,44	2,63±0,31
	Test ve Anlamlılık	T=1,456 P=0,147	T=-1,939 P=0,55
Klinik Liderlik Eğitimi Alma Durumu	Evet	3,33±0,42	2,71±0,28
	Hayır	3,21±0,44	2,63±0,30
	Test ve Anlamlılık	T=1,588 P=0,114	T=-1,350 P=0,179
Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu	Evet (A)	3,24±0,43	2,67±0,28
	Hayır (B)	3,17±0,51	2,38±0,36
	Test ve Anlamlılık	T=0,546 P=0,586	T=-3,187 **P=0,005** **A>B**

*p<0,05, T=Bağımsız Gruplarda T testi, A=Evli B=Bekar, A=Evet B=Hayır

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında, hasta güvenliği tutumu değişkeninde medeni duruma göre anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) klinik liderlik özellikleri değişkeninin medeni duruma göre anlamlı bir şekide farkın olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Evli katılımcıların klinik liderlik özelliklerinin bekar katılımcılardan fazla olduğu görülmüştür. Buna göre medeni durum klinik liderlik özelliklerini etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında yönetim eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında liderlik eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında klinik liderlik eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında, hasta güvenliği tutumu değişkeninde hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) klinik liderlik özellikleri değişkeninin hasta güvenliği eğitimi ama duruma göre anlamlı bir şekilde farkın olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Evet cevabını veren katılımcıların klinik liderlik özelklerinin hayır cevabını veren katılımcılardan fazla olduğu görülmüştür. Buna göre hasta güvenliği eğitimi alma durumu klinik liderlik özelliklerini etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların hasta güvenliği tutumu ile klinik liderlik özelliklerinin aldığı puan ortalamaları açısından farklılık testleri yapılmış olup üç ve daha fazla gruplu tanımlayıcı özellikler için ANOVA testi uygulanmıştır (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.5: Değişkenlerin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık testleri

Tanımlayıcı Özellikler		Değişkenler	
		Hasta Güvenliği Tutumu	**Klinik Liderlik Özellikleri**
		X ± SS	**X ± SS**
Yaş	25 yaş ve altı (A)	3,25±0,76	2,50±0,47
	26-35 yaş arası (B)	3,24±0,50	2,65±0,33
	36-45 yaş arası (C)	3,23±0,59	2,78±0,39
	46 yaş ve üzeri (D)	3,18±0,76	2,67±0,52
	Test ve Anlamlılık	F=0,183 P=0,908	F=6,869 **P=0,000** **B>A** **C>A**
Öğrenim Durumu	Lise (A)	3,39±0,12	2,68±0,67
	Ön Lisans (B)	3,33±0,69	2,50±0,48
	Lisans (C)	3,15±0,39	2,67±0,28
	Yüksek Lisans (D)	3,26±0,81	2,76±0,52
	Test ve Anlamlılık	F=2,932 P=0,035	F=5,023 **P=0,002** **C>B** **D>B**
Ameliyathanedeki Görevi	Doktor	3,36±0,46	2,76±0,33
	Ameliyathane Hemşiresi	3,19±0,42	2,64±0,28
	Anestezi Teknisyeni	3,23±0,44	2,63±0,31
	Klinik Destek Personeli	3,28±0,46	2,62±0,31
	Test ve Anlamlılık	F=0,961 P=0,412	F=1,020 P=0,385
Meslekte Çalışma Yılı	5 yıl ve altı (A)	3,21±0,55	2,53±0,37
	6-10 yıl arası (B)	3,24±0,78	2,72±0,40
	11 yıl üstü (C)	3,23±0,42	2,71±0,31
	Test ve Anlamlılık	F=0,049 P=0,952	F=9,066 **P=0,000** **B>A** **C>A**

*p<0,05, F=Tek Yönlü Varyans Analizi, A=25 yaş ve altı B=26-35 yaş arası C=36-45 yaş arası D=46 yaş ve üzeri, A=Lise B=Ön Lisans C=Lisans D=Yüksek Lisans, A=5 yıl ve altı B=6-10 yıl arası C=11 yıl üstü

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında, hasta güvenliği tutumu değişkeninde yaşa göre anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) klinik liderlik özellikleri değişkeninde yaşa göre anlamlı bir şekilde farkın olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hangi yaş aralığında fark olduğunu belirlemek için POST HOC testi uygulanmıştır. Klinik liderlik özellikleri sonucuna göre, "25 yaş ve altı" olan bireylerin "26-35 yaş arası" ve "36-45 yaş arası" bireylere göre klinik liderlik özelliklerinin daha az olduğu görülmüştür. Buna göre yaş klinik liderlik özelliklerini etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında, hasta güvenliği tutumu değişkeninde öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) klinik liderlik özellikleri değişkeninde öğrenim durumuna göre anlamlı bir şekilde farkın olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrenim durumları arasındaki farkı belirlemek için POST HOC testi uygulanmıştır. Klinik liderlik özellikleri sonucuna göre, ön lisans mezunu bireylerin klinik liderlik özelliklerinin lisans ve yüksek lisans mezunu bireylerden daha az olduğu görülmüştür. Buna göre öğrenim durumu klinik liderlik özelliklerini etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında bu iki değişkende ameliyathanedeki görevlerine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo incelendiğinde, hasta güvenliği tutumu ve klinik liderlik özellikleri puan ortalamalarına bakıldığında, hasta güvenliği tutumu değişkeninde meslekte çalışma yılına göre anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) klinik liderlik özellikleri değişkeninde meslekte çalışma yılına göre anlamlı bir şekilde farkın olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Meslekte çalışma yılının hangi yıllar aralığında fark olduğunu belirlemek için POST HOC testi uygulanmıştır. Klinik liderlik özellikleri sonucuna göre, "5 yıl ve altı" çalışma yılı olan bireylerin klinik liderlik özellikleri "6- 10 yıl arası" ve "11 yıl ve üstü" çalışma yılı olan bireylerden daha az olduğu görülmüştür. Buna göre meslekte çalışma yılı klinik liderlik özelliklerini etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir.

4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

Araştırmada kullanılan değişkenlere ait korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.5'de gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Değişkenler arası ilişki

Değişken		**Hasta Güvenliği Tutum**	**Klinik Liderlik Özellikleri**
Hasta Güvenliği Tutum	r p	1	
Klinik Liderlik Özellikleri	r p	0,281 0,000*	1

*p<0,001

Korelasyon analizi sonuçlarına göre hasta güvenliği tutumu ile klinik liderlik özellikleri arasında (r=0,281, p<0,000) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve düşük düzey bir ilişki olduğu araştırmamız sonucunda görülmüştür.

4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZİ

Araştırmanın regresyon analizi sonucunda Tablo 4.6'da görüldüğü gibi klinik liderlik özellikleri ile hasta güvenliği tutumu arasında anlamlı, doğrusal ve düşük düzey pozitif ilişki bulunmuştur (r=0,281, r^2=0,079, p<0,001).

Tablo 4.7: Klinik liderlik özelliklerinin hasta güvenliği tutumu üzerine etkisinin analiz sonuçları

Değişken	**B**	**Standart hata**	**Beta**	**T**	**p**
Sabit	2,135	,274		7,792	0,000
Klinik Liderlik Özellikleri	,414	,13	,281	4,021	0,000
r=0,281 r^2 =0,079 F=16,170 p=0,001					

Bağımlı Değişken: Hasta Güvenliği Tutumu

Araştırmanın regresyon analizi sonuçlarına göre standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine baktığımızda ise bağımsız değişken olan klinik liderlik özelliklerinin bağımlı değişken olan hasta güvenliği tutumunda anlamlı etkisi olduğu görülmektedir

(T=7,792, p<0,001). Bütün bu sonuçlar incelendiğinde araştırmada kurulan modelin anlamlı olduğu görülmüştür (F=16,170, p<0,001).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Kocaeli ilindeki bir hastanenin ameliyathanesinde çalışanların klinik liderlik özelliği algılarının hasta güvenliği tutumu üzerindeki etkisinin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. KLİNİK LİDERLİK ÖZELLİĞİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik özelliği algılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Budak (2016) ve Korkmazer (2021)'in yapmış oldukları çalışmalarda da araştırmaya katılanların klinik liderlik özellikleri algıları oldukça yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarının literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermiş olması çalışmamızın güvenirliliğini artırmaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının medeni durum değişkenine göre klinik liderlik özellikleri algısı puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Evli olan katılımcıların klinik liderlik özelliği algılarının bekar olanlara göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Evli olanların klinik liderlik özelliği algısının yüksek olmasının nedeninin evli kişilerin sorumluluk bilincinin daha gelişmiş olması olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda sorumluluk duygusu gelişmiş olan ameliyathane çalışanlarının, ameliyathanelerde sağlık hizmetinin sunumu sırasında olumlu katkıda bulundukları da söylenebilir. Literatüre bakıldığında; Can (2023)'ın yapmış olduğu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla benzer sonuçları göstermektedir. Budak ve Özer (2018), Korkmazer (2021)'in yapmış oldukları çalışmalarda ise katılımcıların medeni durum açısından klinik liderlik özellikleri algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Bu durum bizim çalışmamışla benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Medeni durumun, klinik liderlik özellikleri algısı üzerindeki etkilerini daha derinlemesine anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerektiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının yaş değişkenine göre klinik liderlik özellikleri algısı puan ortalamalarında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

Sonuçlar, yaş arttıkça kinik liderlik özelliği algısının arttığını göstermektedir. Bu durum yaşla birlikte çalışma deneyiminin artması, mesleki farkındalığın gelişmesi gibi faktörlerin klinik liderlik özelliği algısının güçlenmesinde olumlu katkı sağladığı söylenebilir. Ayrıca genç yaştaki ameliyathane çalışanlarının yeniliklere ve değişime kolay uyum saylayabilecekleri düşünülürken, klinik liderlik özelliklerinin oluşması için daha fazla zaman ve enerji harcamaları gerektiğini söyleyebiliriz. İbicioğlu vd. (2009), Can (2023)'ın yapmış olduğu araştırmada da katılımcıların yaşları arttıkça klinik liderlik özelliği algılarının arttığı görülmektedir. Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Budak (2016) ve Kokmazer (2021)'in yapmış oldukları çalışmalarda ise yaş değişikeni göre klinik liderlik özelliği algısı puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan bu çalışmaların farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda yaş gruplarının klinik liderlik özellikleri algısı üzerindeki etkilerini daha detaylı bir şekilde anlamak için farklı araştırmalara ihtiyaç olduğunu söylenebilir. Yaş faktörünün klinik liderlik özellikleri algısı üzerindeki etkisini tam olarak belirleyebilmek için farklı hastanelerin ameliyathanelerinde ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalar, klinik liderlik özellikleri algısını artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının meslekte çalışma süreleri açısından klinik liderlik özelliği algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Meslekte "6-10 yıl arası" ve "11 yıl ve üstü" çalışma süresine sahip katılımcıların "5 yıl ve altı" çalışma sürelerine sahip katılımcılara göre daha fazla klinik liderlik özellikleri algısına sahip oldukları görülmüştür. Ameliyathane çalışanlarının meslekteki deneyim süresi arttıkça, bireylerin mesleğe olan aidiyetlerinin güçlendiği, hastalarla ilgili riskleri daha iyi analiz etme yeteneği kazandığı, hasta güvenliğini sağladığı ve sürekli hizmet iyileştirme ortamları oluşturarak yeniliklere açık bireyler haline geldikleri söylenebilir. Keklik (2012), Tombak (2020) ve Can (2023)'ın yapmış oldukları araştırmalarda klinik liderlik özellikleri meslekteki çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık bulmuşlardır. Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Stoddart vd. (2014), Budak (2016), Kokmazer (2021)'in yapmış oldukları çalışmalarda ise meslekte çalışma süresi değişkeni ile klinik liderlik özelliği algısı puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan bu

çalışmaların farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Dolayısıyla, meslekte çalışma süresi ile klinik liderlik özellikleri algısı arasındaki ilişkinin karmaşıklığını anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının öğrenim durumu değişkeni açısından klinik liderlik özellikleri algıları puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Ameliyathane çalışanlarının öğrenim düzeyleri arttıkça ameliyathanelerde daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulmasına katkı sağlanacağı düşülmektedir. Korkmazer (2021)'in yapmış olduğu araştırmada da klinik liderlik özellikleri algısı öğrenim durumu açısından anlamlı bir farklılık oluşturmuştur. Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Budak (2016), Kökçü ve Terzi (2018), Özkan vd. (2023)'nin yapmış oldukları çalışmalarda ise öğrenim durumu açısından bir anlamlılık bulunamamıştır. Bu durum göz önüne alındığında araştırmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Öğrenim durumu faktörünün klinik liderlik özellikleri algısı üzerindeki etkisini tam olarak belirleyebilmek için farklı hastanelerin ameliyathanelerinde ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalar, klinik liderlik özellikleri algısını artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik özelliği algıları puan ortalamalarının ameliyathanedeki görevlerine göre farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda ameliyathanedeki görev farklılıklarının klinik liderlik özellikleri algısını etkilemediğini düşünülmektedir. Bu durum, ameliyathane çalışanları arasındaki klinik liderlik özellikleri algısının her meslek grubu için aynı sorumluluk düzeyinde olduğunu düşündürmektedir. Karakaya (2020)'nın yapmış olduğu araştırmada da benzer sonuçların görülmesi araştırmamızı literatür ile benzer tutmaktadır. Serinkan ve İpekçi (2005), Erkan ve Abaan (2006), Öztürk vd. (2012), Canpolat (2012), Öztürk ve Kahriman (2013), Poghosyan and Liu (2016), Budak (2016) ve Stanley vd. (2017)'nin yapmış oldukları araştırmalarda klinik liderlik

özellikleri algısının araştırmaya katılan çalışanların görevleri açısından anlamlı bir farklılık oluşturduğunu bulmuşlardır. Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Araştırmaya katılan çalışanların görevleri faktörünün klinik liderlik özellikleri algısı üzerindeki etkisini tam olarak belirleyebilmek için farklı hastanelerin ameliyathanelerinde ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği üzerine bir eğitim alıp almama durumları, klinik liderlik özelliğini algılamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık kurumlarında hizmetiçi eğitimler arasında üstünde en çok durulan ve düzenli olarak verilen hasta güvenliği eğitiminin klinik liderlik algısını etkilediği düşünülmektedir. Hasta güvenliğinin literatürde yaygın olarak ele alınmaya başlamasıyla birlikte sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliğine ilişkin hizmet içi eğitimlerin düzenli bir şekilde verildiği düşünülmektedir. Hasta güvenliği eğitimi oranın bu denli yüksek çıkması sağlık kurumlarının bu konu üzerindeki hassasiyetini göstermektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının yönetim üzerine bir eğitim alıp almama durumları, klinik liderlik özelliğini algılamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir. Bu sonuç doğrultusunda yönetim üzerine alınan bir eğitimin klinik liderlik algısını bir bütün olarak etkilemediği düşünülmektedir. Korkmazer (2021) ve Karakaya (2020)'nın yapmış olduğu çalışmaların sonuçları bizim araştırmamızla benzer sonuçların göstermesinin yanı sıra, Budak (2016)'ın yapmış olduğu çalışmasında hekim ve hemşirelerin yönetim üzerine eğitim alıp almama özellikleri, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından Hizmetlerin Yönetimi ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlarını anlamlı düzeyde etkilerken, Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma ve Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanlarını anlamlı düzeyde etkilemediğini belirtmiştir. Fakat çalışmasına bir bütün olarak bakıldığında yönetim üzerine alınan eğitimin klinik liderlik özelliklerini etkilemediğini belirtmiştir. Dolayısıyla araştırmamız literatür ile benzer sonuçlar göstermektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının liderlik üzerine bir eğitim alıp almama durumları, klinik liderlik özelliğini algılamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuca göre katılımcıların almış oldukları liderlik eğitiminin klinik liderlik özelliklerini algılamalarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Canpolat (2012), Budak (2016), Karakaya (2020)'nın yapmış olduğu çalışmada, alınan liderlik eğitimiyle klinik liderlik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum göz önüne alındığında araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Korkmazer (2021)'in yapmış olduğu çalışmada ise klinik liderlik özelliği algısı puan ortalamaları ile liderlik üzerine eğitim alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan bu çalışmanın farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik üzerine bir eğitim alıp almama durumları, klinik liderlik özelliğini algılamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Karakaya (2020)'nın yapmış olduğu çalışmada hekim ve hemşirelerin almış oldukları klinik liderlik eğitimleri, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından; Diğerleriyle Çalışma Alanı, Hizmetlerin Yönetimi Alanı ve Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanlarını etkilerken, Kişisel Özellikler Alanını ve Yönlendirilmelerin Kurgulanması Alanını etkilemediğini göstermiştir. Budak (2016)'ın yapmış olduğu çalışmada ise hekim ve hemşirelerin klinik liderlik üzerine eğitim alma durumları, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından; Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanlanını anlamlı düzeyde etkilediği sonucuna ulaşırken; klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından; Kişisel Özellikler Alanı, Diğerleriyle Çalışma Alanı ve Hizmetlerin Yönetimi Alanlarını anlamlı düzeyde etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Yapılan bu çalışmaların sonucuna göre; klinisyenlere, klinik liderlik üzerine verilen eğitimin, klinisyenlerin liderlik özelliklerinden farklı alanlarını etkilediği, ama bir bütün olarak klinik liderlik özelliklerini etkilemediği görülmektedir. Çalışmaları bir bütün olarak değerlendirdiğimizde bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Korkmazer (2021)'in yapmış olduğu çalışmada ise klinik liderlik özelliği algısı puan ortalamaları ile klinik liderlik üzerine eğitim alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan bu çalışmanın farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin

sebebi olarak düşünülmektedir. Klinik liderlik üzerine eğitim alma durmunun klinik liderlik özellikleri algısı üzerindeki etkisini tam olarak belirleyebilmek için farklı hastanelerin ameliyathanelerinde ve daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

5.2. HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMU BULGULARININ TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Kalaycı vd. (2016), Bayer ve Çevik (2019)'in yapmış olduğu çalışmalarda da hasta güvenliği tutumları benzer şekilde yüksek bulmuştur. Çalışmamızın sonuçlarının literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermiş olması çalışmamızın güvenirliliğini artırmaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre hasta güvenliği tutumları puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda cinsiyetin hasta güvenliği tutumu üzerinde farklılık göstermediğini söyleyebiliriz. Cinsiyet gözetmeksizin ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu konusunda benzer farkındalıklara sahip olduklarını düşünebiliriz. Cinsiyetin hasta güvenliği tutumu üzerinde belirleyici bir etkisinin olmaması, kurumda verilen hizmet içi eğitimlerin her birey için eşit, etkili ve verimli olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında; Önler (2010), Balık (2014), Özsayım Susam (2015), Şahin (2015), Aydemir (2015), Kökçü ve Terzi (2018), Oksay vd. (2019), Alan vd. (2021) ve Özkan vd. (2023)'nin yapmış oldukları çalışmalarda katılımcıların cinsiyet açısından hasta güvenliği tutumları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Nordin vd. (2013), Türk (2015), Tunçer (2016), Aljadhey vd. (2016), Elsous vd. (2017), Eken (2018) ve Özer (2019)'in yapmış oldukları çalışmalarda ise katılımcıların cinsiyet açısından hasta güvenliği tutumları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Bu durum bizim çalışmamışla benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların, farklı ülkelerde, farklı hastanelerde ve farklı eğitim seviyelerindeki sağlık profesyonelleri ile yapılmış olması buna bağlı olarakta araştırmalara katılan sağlık profesyonellerinin kurumda hasta güvenliği tutumuna yönelik algılarının farklı olduğu ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının medeni durum değişkenine göre hasta güvenliği tutumu puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hasta güvenliği tutumu sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında tüm sağlık profesyonellerinin sorumluluğunda olduğunu düşünülmektedir. Bu bağlamada medeni durum gözetmeksizin tüm çalışanların bu sorumluluk bilincinde olması gerektiği söylenebilir. Literatüre bakıldığında; Balık (2014), Özsayım Susam (2015), Durmaz (2016), Özer (2019) ve Oksay vd. (2019)'nin yapmış olduğu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla benzer sonuçları göstermektedir. Türk (2015), Tunçer (2016), Demir (2021) ve Yaşar (2023)'ın yapmış oldukları çalışmalarda ise katılımcıların medeni durum açısından hasta güvenliği tutumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Bu durum bizim çalışmamışla benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması, farklı hastanelerde yapılmış olmaları ayrıca bizim çalışmamamızdan daha eski tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Medeni durumun, hasta güvenliği tutumu üzerindeki etkilerini daha derinlemesine anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının yaş değişkenine göre hasta güvenliği tutumu puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tüm sağlık profesyonellerinin mesleğe başladığı andan itibaren hasta güvenliği tutumu bilincinde olması beklenilmelidir. Hatta sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti vermeye başlandıktan sonra değil, öğrenimleri sıralarında hasta güvenliği tutumu eğitimi alarak sağlık hizmeti vermeye başlamaları gerektiği düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında; Balık (2014), Durmaz (2016), Danışman (2018) ve Yaşar (2023)'ın yapmış olduğu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla benzer sonuçları göstermektedir. Marinho vd. (2014), Şahin (2015), Tunçer (2016), Elsous vd. (2017), Özer vd. (2019), Demir (2021), Erdem (2023) ve Bulut vd. (2023)'nin yapmış oldukları çalışmalarda ise katılımcıların yaş açısından hasta güvenliği tutumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Bu durum bizim çalışmamışla benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda yaş gruplarının hasta güvenliği tutumu üzerindeki etkilerini daha detaylı bir şekilde anlamak için farklı araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının öğrenim durumu değişkeni açısından hasta güvenliği tutumu puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum sağlık profesyonellerinin öğrenimleri sürecinde aldıkları eğitimlerin içerisinde hasta güvenliği tutumu üzerine durulduğunu düşündürmektedir. Literatüre bakıldığında; Balık (2014), Türk (2015), Şahin vd. (2015), Özer (2019), Usta ve Ulutaşdemir (2019) ve Özkan (2023)'ın yapmış olduğu araştırmada da hasta güvenliği tutumu öğrenim durumu açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Özsayım Susam (2015) ve Aydemir (2015)'in yapmış oldukları çalışmalarda ise hasta güvenliği tutumunun öğrenim durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durum göz önüne alındığında araştırmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların farklı hastanelerde, hastane genelindeki sadece hekim ve hemşirelere yapılmış olması ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının meslekte çalışma süreleri açısından hasta güvenliği tutumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum sağlık hizmeti verilirken sağlık profesyonellerinin mesleğe başladığı an itibariyle hasta güvenliği tutumu üzerinde hassasiyetle durduğunu düşündürmektedir. Çalışılan kurumun hizmet politikası, kültürel yapısı, çalışma koşulları ayrıca belirli periyotlarla düzenlediği hizmetiçi eğitimleri sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği tutumu üzerindeki etkilerini daha görünür kıldığı düşünülebilir. Literatüre bakıldığında; Karaca ve Arslan (2014), Dönmez (2017), Türk vd. (2018), Kökçü ve Terzi (2018), Alan vd. (2021), Demir (2021) ve Özkan vd. (2023)'nin yapmış olduğu araştırmada da hasta güvenliği tutumu meslekte çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Hsin-Chung Cheng vd. (2019), Çelik ve Öztürk (2021), Arslanoğlu ve Kabadayı (2022), Eduardo Ensaldo-Carrasco vd. (2024)'nin yapmış oldukları çalışmalarda ise hasta güvenliği tutumunun öğrenim durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durum göz önüne alındığında araştırmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu puan ortalamalarının ameliyathanedeki görevlerine göre farklılıklarının istatistiksel olarak

anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda ameliyathanedeki görev farklılıklarının hasta güvenliği tutumunu etkilemediğini düşünülmektedir. Bu durum, ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumunun her meslek grubu için aynı sorumluluk düzeyinde olduğunu düşündürmektedir. Literatüre bakıldığında; Bognar vd. (2008), Teleş (2011), Güler (2014), Karayurt vd. (2017) ve Nazik vd. (2018)'nin yapmış olduğu araştırmada da hasta güvenliği tutumu mesleki görevleri açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Bu durum göz önüne alındığında araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Aydın (2010), Behlül ve Bayraktar (2017), Yılmaz vd. (2017), Özcan (2018), Oksay vd. (2019), Çelik ve Öztürk (2021), Camacho-Rodríguez vd. (2022), Öztürk vd. (2022), Yılmaz ve Karagöz (2023)'ün yapmış oldukları çalışmalarda hekimlerin hemşirelere göre hasta güvenliği tutumlarının daha yüksek olduğu, Eken (2018), Tunçer (2016), Yelkin Alp (2011)'in yapmış oldukları çalışmalarda ise hemşirelerin hekimlere göre hasta güvenliği tutumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum göz önüne alındığında araştırmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Yapılan bu çalışmaların, farklı ülkelerde, farklı hastanelerde ve farklı eğitim seviyelerindeki sağlık profesyonelleri ile yapılmış olması buna bağlı olarakta araştırmalara katılan sağlık profesyonellerinin kurumda hasta güvenliği tutumuna yönelik algılarının farklı olduğu ve ayrıca bizim çalışmamıza göre daha geçmiş tarihli olmaları çalışmamızla benzerlik göstermemesinin sebebi olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği üzerine bir eğitim alıp almama durumları, hasta güvenliği tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti vermeye başladıkları an itibariyle hastalara, hasta güvenliği tutumu bilincinde yaklaştıkları düşünülebilir. Bu durum sağlık profesyonellerinin öğrenimleri sürecinde aldıkları eğitimlerin içerisinde hasta güvenliği tutumu üzerine durulduğunu düşündürmektedir. Sağlık kurumlarında hizmetiçi eğitimler arasında üstünde en çok durulan ve düzenli olarak verilen hasta güvenliği eğitiminin belirli periyotlarla veriliyor olması sağlık kurumlarının bu konu üzerindeki hassasiyetini göstermektedir. Türk (2015), Ulutaşdemir (2019), Özkan vd. (2023), Arslanoğlu ve Kabadayı (2022)'nın yapmış olduğu çalışmalarda ise hasta güvenliği tutumu puan ortalamaları ile hasta güvenliği üzerine eğitim alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum göz önüne alındığında araştırmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir.

5.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu puan ortalamaları ile klinik liderlik özellikleri puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif ve düşük düzey bir ilişki olduğu görülmüştür.

Araştırmada bağımsız değişken olan klinik liderlik özelliklerinin bağımlı değişken olan hasta güvenliği tutumunda anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre; ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik özellikleri arttığında, hasta güvenliği tutumlarınında artacağı, klinik liderlik özellikleri düştüğünde ise hasta güvenliği tutumlarınında düşebileceği beklenmektedir. Özkan (2021) ve Can (2023)'ın yapmış oldukları çalışmalarda, klinik liderlerin hasta güvenliği tutumu açısından kritik öneme sahip olduğunu vurgulamıştır. Leggat vd. (2016)'i tarafından yapılan çalışmada ise klinik liderliğin hasta güvenliğine yönelik tutumda anlamlı bir değişiklik göstermediğini tespit etmiştir. Bunun nedeni olarak katılımcıların hasta güvenliği tutumuna karşı güçlü bir şekilde bağlı olmalarından kaynaklanabileceğini vurgulamıştır.

Bu sonuçlar incelendiğinde araştırmada ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik özelliklerinin artmasının ameliyathanedeki hasta güvenliği tutumuna olumlu etki edeceği konusundaki varsayımımız ile gerçekleştirdiğimiz çalışmamızın sonuçları hipotezimizi doğrular niteliktedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Kocaeli'de bir hastanenin ameliyathanesinde çalışanların klinik liderlik algıları ile hasta güvenliği tutumu arasındaki ilişki belirlenerek, klinik liderlik algısının hasta güvenliği tutumunu nasıl etkilediği araştırılmıştır.

Araştırmanın hipotezini incelediğimizde, ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik özelliklerinin artmasının ameliyathanedeki hasta güvenliği tutumuna olumlu etki edeceği konusundaki varsayımımızı çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar doğrular niteliktedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu puan ortalamaları ile klinik liderlik özellikleri puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif ve düşük düzey bir ilişki olduğu görülmüştür. Araştırmada bağımsız değişken olan klinik liderlik özelliklerinin bağımlı değişken olan hasta güvenliği tutumunda anlamlı etkisi olduğu görülmektedir.

Karmaşık ve stresli bir ortam olan ameliyathanelerde sağlık hizmeti sunan ameliyathane çalışanlarının klinik liderlik özelliklerine sahip olması, ameliyathanede sunulan sağlık hizmeti sırasında hastanın güvenliğine ilişkin tutumlarına olumlu yansıdığı düşünülmektedir.

Yapılan analizler sonucunda; katılımcıların klinik liderlik özellikleri algılarıyla yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslekte çalışma yılı, hasta güvenliği eğitimi alma durumu açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Ancak cinsiyet, ameliyathanedeki görevi, yönetim üzerine eğitim alma durumu, liderlik üzerine eğitim alma durumu, klinik liderlik üzerine eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

6.1. ÖNERİLER

Klinik liderliğin hasta güvenliği tutumuna etkisini olumlu yönde vurgulayan çalışmalarda da yer alan bilgilere göre, ameliyathanelerde görev yapan profesyonel sağlık çalışanları ile pozitif bir hasta güvenliği tutmu geliştirilmesinde klinik liderliğin önemli bir rol oynadığı açıkça gösterilmiştir. Bu sonuca dayanarak şöyle bir öneride bulunabiliriz:

- Ameliyathanelerde hasta güvenliği tutumunun geliştirilmesi için ameliyathane çalışanları arasında klinik liderliğin ön planda tutulması ve güçlendirilmesi.

- Ameliyathanelerdeki multidisipliner ekipler arasında etkili iletişimi, iş birliğini ve karşılıklı desteği teşvik eden stratejilerin uygulanması.
- Klinik liderlik becerileri ve hasta güvenliği tutumu uygulamaları konusunda düzenli eğitimlerin verilmesi.
- Farklı hastanelerin ameliyathanelerinde klinik liderik uygulamalarının takip edilerek o hastanelerdeki hasta güvenliği tutumları hakkında farkı görüşler elde edilmesi.

Sonuç olarak; ameliyathanelerde çalışan sağlık profesyonellerine klinik liderlik eğitiminin düzenli olarak verilmesinin sağlanması, hem kuruma hem de mesleğe yeni başlayan ameliyathane çalışanlarının hizmet içi eğitim programlarına klinik liderlik eğitiminin dahil edilmesi, çalışmanın farklı örneklem gruplarında yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yalçınkaya, M., Özer, F.G., & Karamanoğlu, A.Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 409-420.

2. Kılıç, D., & Çalışkan, Z. (2013). Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. *Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 192-206.

3. Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 15-73.

4. Öztürk, Y.E., & Kıraç, R. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. In Scientific Developments (pp. 402–411). Gece Akademi. https://doi.org/10.2626/estüdamhsd.v2i1

5. Budak, F. (2017). Klinik liderlik ölçeğinin türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması: Niğde ili kamu hastaneleri birliği örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 85-91.

6. Ulaş, S. (2023). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ekip çalışmasını etkileyen faktörler. *Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2(1), 11-23.

7. Swayne, Linda E., Duncan, W.Jack, Ginter, Peter M. (2006). Strategic Management of Health Care Organizations, USA: Blackwell Publishing.

8. Howieson, B., & Thiagarajah, T. (2011). What is Clinical Leadership? A Journal-Base Meta-Review, The International Journal of Clinical Leadership, 17(1), 7-18.

9. Özkan, Ş. (2021). Klinik liderlik ve sağlık kurumlarına yansımaları. *Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*, 4(1), 40-50.

10. Blumenthal, D. M., Ken B., Jordan B., & Richard B. (2012). "Addressing the Leadership Gap in Medicine: Residents' Need for Systematic Leadership Development Training." Academic Medicine. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824a0c47

11. Husebø, S.E., & Øystein, E.O. (2016). "Impact of Clinical Leadership in Teams' Course on Quality, Efficiency, Responsiveness and Trust in the Emergency Department: Study Protocol of a Trailing Research Study." BMJ Open.

12. Oval,ı F. (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Performans ve Kalite Dergisi,* 1(1), 33-43.

13. Uzun, Ö. (2009). Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler, 5. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi.

14. Yetginlioğlu, Ö. (2009). Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Konya.

15. Tuğut, N., & Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 11 (3).

16. Çilengiroğlu, O. (2006). AB'ye Uyum Sürecinde Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

17. Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 15-73.

18. Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2015). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı, Sekizinci Baskı, Sakarya, Sakarya Kitabevi, S. 138-39.

19. Gümüş, F.Ç.V.E., Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,*11(1),177-216.

20. Ottawa Charter. 1987. Ottawa Charter for health promotion. Oxford University Press, Printed in Great Britain, Health Promotion, 1 (4): 3-5.

21. World Health Organization (WHO). 1998. Health promotion glossary. Geneva.

22. Cece, S. (2022). Türkiye'de Sağlık Hizmet Kalitesi İçin Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırmalı Analizi Yapılarak Post-Modern İşletme Yönetimi Yaklaşımlarına Uygun ve Özgün Bir Sağlıkta Kalite Ölçüm Modelinin Geliştirilmesi, Doktora Tezi, Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yönetim ve Strateji Doktora Programı.

23. Karakuş, H. (2003). İnşaat sektöründe kalite yönetimi ve bir uygulama örneği (tez), İstanbul teknik üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

24. Ertaş, H., & Çelik Ö. (2018). Sağlıkta kalite standartları üzerine nitel bir değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(1), 18–40.

25. Fealy, G.M., McNamara, M.S., Casey, M., Geraghty, R., Butler, M., Halligan, P., Treacy, M., & Johnson M. (2011). Barriers to Clinical Leadership Development: Findings from a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(14), 23-32.

26. Swanwick, T., & Mckimm J. (2011). What is Clinical Leadership…and Why is ıt Important? The Clinical Teacher, 8, 22-26.

27. NHS. (2010). Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges: Clinical Leadership Competency Framework (CLCF). Erişim: https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadershipLeadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf, 24.03.2024.

28. NHS, (2012). Clinical Leadership Competency Framework: Self Assessment Tool, NHS Leadership Academy.

29. Saylı ,H., & Baytok A. (2014). Örgütlerde liderlik: teori, uygulama ve yeni perspektifler. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

30. Aykanat, Z. (2010). Karizmatik Liderlik ve Örgüt Kültürü İlişkisi Üzerine Bir Uygulama. Yüksek lisans tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman.

31. Gür D., & Baykal Ü. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sorumlu hemşirelerinin liderlik tarzlarına ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 152-157.

32. Erdoğan B., & Üler E. (2022). Sağlık Kurumlarında Liderlik, Motivasyon ve Performans. Ankara: İksad Yayınevi.

33. Baltaş A. (2019). Ekip Çalışması ve Liderlik. İstanbul: Remzi Kitapevi.

34. Carragher J., & Gormley K. (2017). Leadership and Emotional Intelligence in Nursing and Midwifery Education and Practice: A Discussion Paper. Journal of Advanced Nursing, 73(1), 85– 96.

35. Hartley J., & Benington J. (2010). Leadership for Healthcare, Bristol: The Policy Press.

36. Hemphill J., & Coons A. (1957). Development of the leader behaviour description questionnaire ed. R.M. Stogill- A.E. Coons, Leader Behaviour Description and Measurement, Colombus: Ohio State University.

37. Rauch C., & Behling O. (1984). Functionalism: Basis for alternate approach to the study of leadership, J. G. Hunt, D.M., Hosking, C.A., Schriesheim, R., & Stewart (ed), Leaders and manager: International perspectives on managerial behaviour and leadership, New York: Pergamon Pres.

38. Cohen, W.A. (1990). The Art of A Leader: Englewood Cliffs, New Jersey: Jossey-Bass.

39. Bennis, W. (2007). The challenges of leadership in the modern world: Introduction to the special issue. Merican Psychologist, s. 2-5.

40. Maxwell, J.C. (2002). Leadership 101: What every leader needs to know. HarperCollins Leadership.

41. Turnipseed, D.L., & VandeWaa, E. A. (2022). Crisis leadership during and after the COVID pandemic: Astute nurse leaders make the difference. JONA: The Journal of Nursing Administration, 52(3), 154-159.

42. Öveç, B. (2014). Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Çalışanların İş Tatmini Üzerindeki Etkileri: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

43. Uğurluoğlu, Ö., & Çelik Y. (2009). Örgütlerde stratejik liderlik ve özellikleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(2), 121-156.

44. Kaymaz, N. (2022). Sağlık Hizmetinin Sunumunda Etkili İletişimin Önemi. Holistence Publications.

45. Moser K., Dawson J., & West M. (2018). Antecedents of Team Innovation in Health Care Teams, in Creativity and Innovation Management; 1– 10. https://doi.org/10.1111/caim.12285 (ET: 11.03.2024).

46. Karahüseyinoğlu, E. K. (2021). Kalite yönetimi perspektifinde sağlık hizmetleri. journal of academic value studies, 7(3), 394-402.

47. Keskin, Y. (2008). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği s.231-264, Editör: Sur H, Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, 2008.

48. Sur H., & Palteki T. (2013). Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.

49. Makary AM., & Daniel M. (2016). Medical Error-The Third Leading Cause of Death in the US, BMJ, 353: i2139.

50. Öztürker, A. (1998). Hastane Yönetiminin Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.

51. Liu C., Chen H., Cao X., Sun Y., Liu C. Y., Wu K., Liang Y. C., Hsu S. E., Huang D. H., & Chiou W.K. (2022). Effects of Mindfulness Meditation on Doctors' Mindfulness, Patient Safety Culture, Patient Safety Competency and Adverse Event. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(6), 1–15.

52. Hwang, Y. S., Lee, H. W., Kim, E. H., & Min, P. K. (2021). A Joint Commission İnternational-Accredited Small-Scale Clinic: A Case Report. Journal Of Health Informatics and Statistics, 46(2), 141.

53. Chellam Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating Room Nurses' Understanding of Their Roles and Responsibilities for Patient Care and Safety Measures in Intraoperative Practice. SAGE Open Nursing, 9, 23779608231186247.

54. Öğün, B., (2008). Ameliyathanelerde Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

55. NCPS (2002). Special Edition: JCAHO Patient Safety Goals 2003. Topics in Patient Safety, 2(5), 1-10.

56. Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2009). Örgütlerde stratejik liderlik ve özellikleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *12*(2), 121-156.

57. Jonas, S., McCay, L., & Keogh, S. B. (2017). The importance of clinical leadership. T. Swanwick, and J. McKimm (Ed.), Abc of Clinical Leadership, 2nd edition, 1-4.

58. Sonnenberg, L. K., Pritchard-Wiart, L. & Busari, J. (2018). The resident physician as leader within the healthcare team: An exploratory inquiry into the perspectives of interprofessional clinicians. Leadership in Health Services, 31(2), 167-182.

59. Hergül, F. K., Özbayır, T. & Gök, F. (2016). Ameliyathanede Hasta Güvenliği: Sistematik Derleme. Pamukkale Tıp Dergisi, 9(1), 87-98.

60. Arslanoğlu, A., & Kabadayı, M. A. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumuna İlişkin Türkiye'de Yayınlanan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme. *USCEH Dergisi*, *2*(1), 1-16.

61. Yılmaz, A., Işık O., & Akca N. (2017). Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 20(1), 69- 80.

62. Karayurt, Ö., Turhan, D. H., Bilik, Ö., Özdöker, S. & Duran, M. (2017) Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürünün Ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(1):16- 23.

63. Kapıkıran G., Bülbüloğlu S. & Aslan F. E. (2018) Ameliyathanede Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Medikal Hatalar Ve İstenmeyen Olaylar. J Health And Nursing Manag, 5(2):132-140.

64. Uğur E, Kara S, Yıldırım S, & Akbal E. (2011) Ameliyathanede hasta güvenliğini tehdit eden hatalar ve sağlık personelinin tutumu. Türk Nöroşirürji Dergisi, 21:279.

65. Barsbay, S., Parıltı, N., & Barsbay, M.Ç. (2018). Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. Journal of Current Researches on Health Sector, 8(2), 67-78.

66. Türk, S. (2015). Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları. Yüksek lisans tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul.

67. Korkmaz, A.Ç. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi,* 6(1), 10-19.

68. Usta, G.Ö., & Ulutaşdemir, N. (2019). Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler: Trabzon İli Örneği. Paper presented at: 3. International 21. National Public Health Congress; Antalya, Türkiye.

69. Özkan, S., Arslan, E., & Çinar, H. (2023). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamı ile hasta güvenliği tutumları arasındaki ilişki: kesitsel çalışma. *Hemşirelik Bilimi Dergisi,* 6(3), 157–164.

70. Kökçü Ö.D., & Terzi, B. (2018). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş indeksi-çalışma ortamı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 22(2), 66-72.

71. Canpolat, Z. (2012). Hemşirelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılığın Değerlendirilmesi. T.C İstanbul Bilim Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Tezi. İstanbul

72. Şahin, A., Ayhan, F., & Kursun, S. (2015). Evaluation of surgical nurses' attitudes concerning patient safety. *International Journal of Human Sciences.* 12, 1537-46.

73. Tunçer, G. (2016). Bebek dostu kadın doğum ve çocuk hastanelerinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin hasta güvenliği tutumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul.

74. Özer, Ö., Şantaş, F., Gün, Ç., & Şentürk, S. (2019). Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi,* 10(2), 161-168.

75. Özsayım Susam, F. (2015). Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İzmir.

76. Balık, H. (2014). Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul.

77. Aydemir, A. (2015). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

78. Bognar, A., Barach, P., Johnson, J.K., Duncan, R.C., Birnbach, D., Woods, D., Holl, J.L., & Bacha, E.A. (2008). Errors and The Burden of Errors: Attitudes, Perceptions, and The Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85, 1374-81.

79. Oksay, A., Kılınç, M., & Sayhan, M. (2019). Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19 (2), 455-475.

80. Ensaldo-Carrasco, Eduardo ve Álvarez-Hernandez, Luis ve Peralta-Pedrero, María ve Aceves-González, Carlos. (2024). Patient safety climate research in primary care dentistry: A systematic scoping review. *Journal of Public Health Dentistry.*

81. Çelik, G., & Öztürk, Z. (2021). Sağlikta kalite yönetimi bağlaminda çalişanlarin hasta ve çalişan güvenliği kültürü algisi: özel hastane ve kamu hastanesi karşilaştirmasi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 9(1), 51-86.

82. Aljadhey, H., Al-Babtain, B., Mahmoud, M.A., Alaqeel, S., & Ahmed, Y. (2016). Culture of Safety among Nurses in a Tertiary Teaching Hospital in Saudi Arabia. Tropical Journal of Pharmaceutical Research March 15, 639-44. [CrossRef]

83. Marinho, M.M., Radünz, V., & Barbosa, S.F.F. (2014). Assessment of Safety Culture by Surgical Unit Nursing Teams. Text Context Nursing, Florianópolis, 23, 581-90. [CrossRef]

84. Elsous, A., Sari, A.A., AlJeesh, Y., & Radwan, M. (2017). Nursing Perceptions of Patient Safety Climate in the Gaza Strip, Palestine. International Nursing Review [CrossRef]

85. Karayurt, Ö., Damar, H.T., Bilik, Ö., Özdöker, S., & Duran, M. (2017). Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 16-23.

86. Önler, E. (2010). Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

87. Karaca, A., & Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 1(1), 9-18.

88. Nordin, A., Theander, K., Wilde-Larsson, B., & Nordström, G. (2013). Health Care Staffs' Perception Of Patient Safety Culture In Hospital Settings And Factors Of İmportance For This. *Open Journal of Nursing*, 3, 28-40.

89. Budak, F., & Özer, Ö. (2018). Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik algılarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 15 (2), 99-105.

90. Öztürk, H., Bahçecik, N. & Gürdoğan, E.P. (2012). Hastanelere göre yönetici hemşirelerin liderlik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20 (1), 17-25.

91. Öztürk, H., & Kahriman, I. (2013). The opinion of nurse students regarding leadership in Nursing. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 93, 111-115.

92. Bayer, E., & Çevik, G. (2019). Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: bir araştırma uygulama hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 22(3), 653-676.

93. İbicioğlu, H., Özmen, İ., & Taş S. (2009). Liderlik davranışı ve toplumsal norm ilişkisi: ampirik bir çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 1-23.

94. Keklik, B. (2012). Sağlık hizmetlerinde benimsenen liderlik tiplerinin belirlenmesi: özel bir hastane öerneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, 14(1).

95. Serinkan, C., & İpekçi, İ. (2005). Yönetici hemşirelerde liderlik ve liderlik özelliklerine ilişkin bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *10*(1), 281-294.

96. Behlül, S., & Bayraktar, Ö. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi: üniversite hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *4*(3), 202-206.

97. Tombak, F. (2020). *Hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik liderlik özelliklerine ilişkin görüşleri: Ankara ili örneği* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

98. Leggat, S.G., Smyth, A., Balding, C. & McAlpine, I. (2016). Equipping clinical leaders for system and service improvements in quality and safety: An Australian experience. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 40(2), 138-43.DOI:10.1111/1753 6405.12462.

EKLER

EK-1.Gönüllü Onam Formu

Gönüllü Onam Formu

"Ameliyathanelerdeki Klinik Liderlik Algısının Hasta Güvenliği Tutumu Üzerine Etkisi" başlıklı bir araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni ameliyathanelerdeki klinik liderlik algısının hasta güvenliği tutumu ile ilişkisini değerlendirmektir. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Yönetimi Bölümü, Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU sorumluluğu altındadır.

Çalışmada kullanılacak veri toplama aracı üç bölümden oluşacak, birinci bölüm kişisel bilgi formundan, ikinci bölüm Sexton ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Baykal ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan Hasta Güvenliği Tutumları Ölçeği'nden ve veri toplama aracının son bölümü ise, National Health Services Leadership Academy (2012) tarafından geliştirilen ve Budak (2016) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Klinik Liderlik Ölçeği'nden oluşacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Çalışmaya katılmanız herhangi bir risk teşkil etmemektedir. Soruları cevaplamayı arzu etmediğiniz takdirde istediğiniz aşamada herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırma sonucunda ameliyathanelerdeki klinik liderlik algısının hasta güvenliği tutumu ile doğrudan bir ilişkisi olduğu düşüncesinin gelişmesine katkıda bulunacak ve literatür için yol gösterici olacaktır.

Araştırmacı tarafından kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir.

Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Katılımcı
Onaylıyorum ☐
Onaylamıyorum ☐

EK-2.Kişisel Bilgi Formu

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER
Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
Yaşınız:
Öğrenim Durumunuz: ( ) Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans
Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar
Ameliyathanedeki Göreviniz: ( ) Uzman Cerrah ( ) Cerrahi Asistan ( ) Anestezi Uzmanı ( ) Anestezi Asistanı ( ) Ameliyathane Hemşiresi ( ) Anestezi Teknisyeni ( ) Klinik Destek Personeli ( ) Taşıma Personeli
Meslekte Çalışma Yılınız:
Yönetim Üzerine Eğitim Aldınız Mı?: ( ) Evet ( ) Hayır
Liderlik Üzerine Eğitim Aldınız Mı?: ( ) Evet ( ) Hayır
Klinik Liderlik Üzerine Eğitim Aldınız Mı?: ( ) Evet ( ) Hayır
Hasta Güvenliği Eğitimi Aldınız Mı?: ( ) Evet ( ) Hayır

EK-3.Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Kalıtmıyorum
1	Performansım hakkında geri bildirim alırım (Bilgilendirilirim).					
2	Hastane yönetimi işini iyi yapar.					
3	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.					
4	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.					
5	Bu hastanede, problemli doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.					
6	Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.					
7	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.					
8	Bu birimdeki tıbbi ekipman - donanım yeterlidir.					
9	Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.					
10	Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.					
11	Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.					
12	Hastalara bakım verilirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardın eder.					
13	Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.					
14	Bu birimde ahlaki(etik) değerler yüksektir.					
15	Acil durumlara diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
16	Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı dikkate alınarak çözülür.					
17	Gerçekten profesyonel olan çalışanlar kişi problemlerini işine yansıtmazlar.					
18	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.					

19	Hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.					
20	Bu birimde diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.					
21	Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.					
22	Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili soruları sormak için uygun yolları bilirim.					
23	Bu birimde doktor ve hemşireler ekip olarak çalışır.					
24	Bu birimde olay raporları ile ilgili bilgiler, hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.					
25	Bu birimde güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.					
26	Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.					
27	Bu birimde gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edildiğini bilirim.					
28	Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli önemsenir.					
29	Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.					
30	Bu birimde tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.					
31	Bu hastane yeni personelin işe oryantasyonunu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.					
32	Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.					
33	Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.					
34	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.					
35	Tanı ve tedavi karalarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.					
36	Acil durumdaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
37	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
38	Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.					
39	Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.					

40	Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.					
41	Bu birimde hizmet aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.					
42	Çalışanlar bu birimde oluşturulan kural veya prosedürleri (el yıkama, tedavi, protokolleri) sıklıkla önemsemezler.					
43	İşimde hayal kırıklığı yaşarım.					
44	Bu birimdeki tüm çalışanlar işlerini iyi yaparlar.					
45	İşimde kendimi tükenmiş hissederim.					
46	Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar(öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.					

EK-4.Klinik Liderlik Özellikleri Ölçeği

KLİNİK LİDERLİK ÖZELLİKLERİ ÖLÇEĞİ

		Neredeyse Asla (1)	Bazen (2)	Neredeyse Her Zaman (3)
1	Kendi değer ve ilkelerimin, davranışımı nasıl etkilediğini ve diğerleri üzerindeki etkilerinin ne olduğunu düşünürüm.			
2	Güçlü ve zayıf yanlarıma ilişkin diğer kişilerden geri bildirim almak ve davranışımı buna göre değiştirmek isterim.			
3	İşimi yaparken; baskı altında sakin ve odaklanmış kalırım.			
4	İş yükümü planlar, sorumluluklarımı istikrarlı bir biçimde yerine getiririm.			
5	Öğrenmek ve kendimi geliştirmek için sürekli olarak fırsat ararım.			
6	Öğrendiklerimi uygulamaya koyarım.			
7	Diğer insanların kültürüne, inançlarına ve yeteneklerine saygı duyarım ve onlara karşı; açık, dürüst ve kapsayıcı bir şekilde davranırım.			
8	Etik kavramlar veya değerlerin zarar gördüğünü hissettiğimde, bunu dile getiririm.			
9	Diğerleriyle ortak çalışmanın hasta bakımına katkı sağlayacağı durumlarda, fırsatları değerlendiririm.			
10	İş ağları arasında, bilgi ve kaynak paylaşımı yaparım.			
11	Diğerleriyle açık ve etkili bir iletişim kurarım.			
12	Diğerlerinin ihtiyaçlarını ve duygularını önemser, onları dikkate alırım.			
13	Diğerlerinin sağlayacağı katkı ve görüşleri, her zaman isterim.			
14	Çıkar çatışmalarını ve fikir ayrılıklarını, rahatlıkla yönetebilirim.			
15	Doğru insanlarla doğru zamanda bir arada olduğumda, takım liderliği konusunda kendimi öne sürerim.			
16	Takım içinde diğerlerinin çabalarının farkında olur ve onları takdir eder, takımın kararına saygı duyarım.			
17	Plan geliştirirken; hastalardan, hizmet kullanıcılarından ve iş arkadaşlarımdan gelen geri bildirimleri kullanırım.			
18	Mevcut seçenekleri, fayda ve riskler açısından değerlendiririm.			
19	Belirlenen kaynaklar dâhilinde, güvenli ve etkin hizmetler sunarım.			
20	Kaynaklar, etkili ve verimli olarak kullanılmadığında; harekete geçerim.			
21	Rollerin ve sorumlulukların geliştirilmesinde, takım üyelerini desteklerim.			
22	Diğerlerine, net bir amaç ve yön belirlerim.			
23	Performansa ilişkin pek çok kaynaktan edindiğim bilgiyi, incelerim.			

24	Performansı geliştirmek için harekete geçerim.			
25	Hasta güvenliğinde eksiklikler gördüğümde, harekete geçerim.			
26	Hasta güvenliğini geliştirmek ve riski en aza indirmek için, uygulamaları gözden geçiririm.			
27	Hizmet sunumunun iyileştirilmesine katkıda bulunmak için; hastalar, hasta yakınları ve hizmet kullanıcılarından gelen geri bildirimleri kullanırım.			
28	Hizmetlerimizi yapıcı bir şekilde değerlendirmek için, diğerleriyle çalışırım.			
29	Hizmet kalitesini geliştirmek için fikirler öne sürerim.			
30	Çeşitli insanlarla yeni fikirler hakkında yapılacak tartışmaları teşvik ederim.			
31	Değişiklik ihtiyacının, insanlar ile hizmetler üzerindeki etkisini dile getiririm.			
32	Değişikliğin sağlanması için kendim odaklanır ve diğerlerini de bu konuda motive ederim.			
33	Değişim faktörlerini (örn. Siyasi, sosyal, teknik, ekonomik, örgütsel, mesleki çevre) tanımlarım.			
34	Gelecekte değişim ihtiyacı doğuracak zorlukları tahmin eder, bunları diğerlerine iletirim.			
35	Hizmetlerin iyileştirilmesi için, veri ve bilgileri kullanırım.			
36	En iyi uygulamaya ulaşmak için; bilgi ve kanıtların kullanılması yönünde diğerlerini de etkilerim.			
37	Karar verirken; hizmet değerlerini ve önceliklerini dikkate alır, anahtar kişi ve gruplara danışırım.			
38	Hizmetlerin geleceği ile ilgili olarak; resmî ve gayri resmî karar verme süreçlerine aktif olarak katılırım.			
39	Yeni yöntemleri uygulamaya koymak adına, sorumluluk alırım.			
40	Değişimlerin, hastalar ve hizmet sunumu üzerindeki etkisini değerlendiririm.			

EK-5.Etik Kurul Onayı

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 03.05.2024
Toplantı Sayısı : 2024/6
Karar Sayısı : 6/28

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU'nun sorumlu, Emel KANDAŞ'ın yardımcı araştırmacı olduğu 24/184 kayıt numaralı ***"Ameliyathanelerdeki Klinik Liderlik Algısının Hasta Güvenliği Tutumu Üzerine Etkisi"*** başlıklı akademik çalışma. başlıklı proje önerisi kurulumuzun 3.05.2024 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Papatya KELEŞ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇİKLER
Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hasan DEMİRCİ
Öğretim Üyesi

07.05.2024 Memur

Feyzanur SEZGİN

EK-6.Kurum Onayı

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-65530689-799-245202074 31.05.2024
Konu : Araştırma İzni-Emel KANDAŞ

KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 22.05.2024 tarihli yazı.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümünde yüksek lisans öğrencisi olan Emel KANDAŞ 'ın " Ameliyathanelerdeki Klinik Liderlik Algısının Hasta Güvenliği Tutumu Üzerine Etkisi " konulu yüksek lisanstez çalışması Müdürlüğümüz Klinik Araştırmalar Komisyonunda değerlendirilerek hastanenizde yapması uygun görülmüştür .

Gereğini rica ederim.

Dr. Şeref KASIMOĞLU
İl Sağlık Müdürü a.
Personel Hizmetleri Başkanı