

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRE YÖNETİCİLERİN HİZMETKAR LİDERLİK
DAVRANIŞLARI İLE HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ
TUTUMLARI VE İLAÇ HATALARINI BİLDİRMEME
NEDENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

MERVE DİLARA KIZILKAYA
ORCID: 0000-0003-2022-8195

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
HAZİRAN 2023

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2020970125

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRE YÖNETİCİLERİN HİZMETKAR LİDERLİK
DAVRANIŞLARI İLE HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ
TUTUMLARI VE İLAÇ HATALARINI BİLDİRMEME
NEDENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**MERVE DİLARA KIZILKAYA
ORCID: 0000-0003-2022-8195**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
ORCID: 0000-0001-8615-9765**

**İZMİR
HAZİRAN 2023**

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Hemşire Yöneticilerin Hizmetkar Liderlik Davranışları ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Arasındaki İlişki” başlıklı yüksek lisans tezimde elde ettiğim verileri kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Merve Dilara Kızılkaya

Tarih: 19/06/2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında motivasyonumu artıran, desteği, sabrı ve yoğun ilgisiyle daima yanımda olan sayın danışman hocam

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e,

Tezimin şekillenmesinde değerli önerileri ve katkıları için sayın

Doç. Dr. Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU ve Doç. Dr. Fahriye VATAN'a

Çalışma hayatım süresince hizmetkar liderlik davranışlarını birebir hissettiğim yönetici hemşirelerim

Ebru ÖZER KUYUMCU ve Arzu GÖNEN'e,

Araştırmaya katılan ve içtenlikle destek veren tüm

Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetici hemşireleri ve servis hemşirelerine,

“Ne kadar yavaş gidersen git durmadığın ve uygulamaya geçtiğin sürece her şey mümkündür” felsefesinin hayatımda yer edinmesini sağlayan

Uzm. Dr. Hakan TOKUR ve Neslihan KILIÇ'a,

Bu yolculuğa beraber çıkarken sadece değişimi ve bilgiyi savunarak en zor anlarımızda dahi birbirimize inancımızı asla kaybetmediğimiz yol arkadaşlarım;

Gizem ALPTEKİN, Burcu TAYLAN, Dilara OKUMUŞ ve Sinem ÖZMEN'e,

Hayatım boyunca daima yanımda olarak desteğini, sabrını ve sevgisini asla esirgemeyen

AİLEME

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	i
ŞEKİLLER DİZİNİ	ii
KISALTMALAR DİZİNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Liderlik	5
2.2. Liderlik ve Yöneticilik Farkı	5
2.3. Liderlik Teorileri	6
2.3.1. Özellikler Teorisi	7
2.3.2. Davranışsal Liderlik Teorisi.....	7
2.3.3. Durumsal Liderlik Teorisi.....	8
2.3.4. Modern Liderlik Teorisi.....	8
2.4. Hizmetkar Liderlik	10
2.4.1. Hizmetkar Liderliğin Avantaj ve Dezavantajları	16
2.4.2. Hemşirelikte Hizmetkar Liderlik	17
2.5. Hasta Güvenliği	18
2.5.1. Hasta Güvenliği Kültürü	20
2.5.2. Hasta Güvenliği İklimi	20
2.5.3. Hasta Güvenliğinin Sağlanması Hemşirenin Rolü.....	21
2.6. Tıbbi Hata Kavramı ve Nedenleri	22
2.6.1. İlaç Hataları.....	24
2.6.2. İlaç Hatalarının Raporlanması ve Yönetimi	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Örneklem Özellikleri.....	27
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.6. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Formu (EK-1)	28
3.6.2. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği (EK-2)	28
3.6.3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (EK-3).....	29
3.6.4. İlaç Uygulama Hatası Ölçeği (EK-4).....	30
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	31
3.8. Araştırma Planı.....	31
3.9. Verilerin Analizi.....	32
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.11. Etik Kurul Onayı	33
4. BULGULAR.....	35
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Çalışma Özelliklerine ve Ölçeklere Ait Bulgular	36
4.2. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki İlişki	41
4.3. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri, Hizmetkar Liderlik Davranış, Hasta Güvenliği Tutumu ve İlaç Hatası Bildirmeme Nedenlerinin Yordama Düzeyi	42
5. TARTIŞMA	50
5.1. Hizmetkar Liderlik Davranışı.....	50
5.2. İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri.....	52
5.3. Hasta Güvenliği Tutumu	54
5.4. Hemşire Yöneticilerin Hizmetkar Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri veHasta Güvenliği Tutumu ile İlişkisi.....	57

5.5. Sosyodemografik Çalışma Özellikleri, Hizmetkar Liderlik Davranışı, Hasta Güvenliği Tutumu ve İlaç Hatası Bildirmeme Nedenlerinin Yordanması.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER.....	87
EK 1. Birey Tanılama Formu	87
EK 2. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	89
EK 3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	91
EK 4. İlaç Uygulama Hatası Ölçeği	94
EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	96
EK 6. Ölçek İzinleri	97
EK 7. Kurum İzinleri.....	99
EK 8. Etik Kurul Onayı.....	104
EK 9. Özgeçmiş.....	108

TABLÖLER DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Hizmetkar Liderliğin Avantajları ve Dezavantajları.....	16
Tablo 2. Örnekleme Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	27
Tablo 3. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları.....	29
Tablo 4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları....	30
Tablo 5. Araştırma Planı.....	31
Tablo 6. Güç Analizi Sonucu.....	33
Tablo 7. Hemşirelerin Sosyodemografik Çalışma Özelliklerine Ait Bulgular	36
Tablo 8. Hizmetkar Liderlik Davranışı, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeklerinin Normallik Testi Sonuçları	37
Tablo 9. Hizmetkar Liderlik Davranışı, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	38
Tablo 10. İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği Madde Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 11. Ölçekler ve Alt Boyutların Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 12. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ve Hizmetkar Liderlik Davranışlarının Hasta Güvenliği Tutumunu Yordama Düzeyi.....	42
Tablo 13. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile Hizmetkar Liderlik Davranışının Hasta Güvenliği Tutumunu Yordama Düzeyi (Meslekte Çalışma Yılı Çıkarılmış Model).....	44
Tablo 14. Sosyodemografik ve Çalışma Özelliklerinin Hasta Güvenliği Tutumunu Yordama Düzeyi.....	45
Tablo 15. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile Hizmetkar Liderlik Davranışının İlaç Hatası Bildirmeme Nedenini Yordama Düzeyi.....	47

Tablo 16. Hizmetkar Liderlik Davranışının Hasta Güvenliği Tutumunu	
Yordama Düzeyi.....	48
Tablo 17. Hizmetkar Liderlik Davranışının İlaç Hatası Bildirmeme Nedenini	
Yordama Düzeyi.....	49



ŞEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Page ve Wong'un Hizmetkâr Liderlik Genişleyen Daireler Modeli.....14

Şekil 2. Patterson'ın Hizmetkar Liderlik Modeli.....15



SEMBOLLER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DW: Durbin-Watson

GRS: Güvenli Raporlama Sistemi

HGTÖ: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

HLDÖ: Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği

JCI- (Joint Commission International): Uluslararası Birleşik Komisyon

NCCMERP- (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention): İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

TDK: Türk Dil Kurumu

WHO- (World Health Organization): Dünya Sağlık Örgütü

**HEMŞİRE YÖNETİCİLERİN HİZMETKAR LİDERLİK DAVRANIŞLARI İLE
HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMLARI VE İLAÇ HATALARINI
BİLDİRMEME NEDENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Merve DİLARA KIZILKAYA

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

ÖZET

Bu çalışma, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışı ile hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirmeme nedenleri arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yürütülen araştırmanın örneklemini İzmir'de bulunan bir üniversite hastanesinden toplam 158 hemşire oluşturmuştur. Veriler, Aralık 2021-Haziran 2022 arasında toplanmıştır. Araştırmada “Birey Tanılama Formu”, “Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği”, “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” ve “İlaç Hatası Bildirmeme Nedeni Ölçeği” veri toplama araçları kullanılmıştır. Tüm veriler bilgisayarda SPSS 25.0 programı (Statistical Package for Social Sciences) aracılığıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma, Pearson korelasyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları orta düzeyden biraz yüksek, hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirmeme durumları ise orta düzeydedir. Hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ile hemşirelerin hasta güvenliği tutumu arasında orta düzeyde ve pozitif yönde ilişki saptanırken, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ile hemşirelerin ilaç hatası bildirmeme nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışlarının hasta güvenliği tutumunu yordayama düzeyi %25

bulunmuştur ($p<0,05$), ancak hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışlarının ilaç hatası bildirmeme nedenlerini yordamağı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sosyodemografik özellikler ve hizmetkar liderlik davranışının hasta güvenliği tutumunu ise %29 yordadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışma sonuçlarına göre hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışının, hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ilişkisini yordadığı sonucuna ulaşılırken, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışının hemşirelerin ilaç hatasını bildirmeme nedenlerini yordamadığı belirlenmiştir. Yöneticilerin hasta güvenliğini sağlama yönünde liderlik davranışlarının modern yönetim yaklaşımları yönünde evrilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Konuyla ilgili daha fazla çalışmanın yapılması ile hemşire yöneticilere daha fazla veri sağlanabilecektir.

Anahtar kelimeler: Hizmetkar Liderlik, Hasta Güvenliği Tutumu, İlaç Hatası

Tezin Sayfa Adedi: 109

Danışman: Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

**THE RELATIONSHIP BETWEEN SERVANT LEADERSHIP BEHAVIORS OF
NURSE MANAGERS AND PATIENT SAFETY ATTITUDES OF NURSES AND
THE REASONS FOR NOT REPORTING MEDICATION ERRORS**

Master Thesis

Merve DİLARA KIZILKAYA

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Nursing Department

ABSTRACT

This study was carried out to examine the relationship between the servant leadership behavior of nurse managers and the patient safety attitudes of nurses and the reasons for not reporting medication errors.

The sample of this study, conducted in descriptive and cross-sectional design, has consisted of a total of 158 nurses from a university hospital in Izmir. Data were collected between December 2021 and June 2022. Data collection tools such as “Individual Identification Form”, “Servant Leadership Behavior Scale”, “Patient Safety Attitude Scale” and “Reason of Non- Reporting Medication Scale” have been used in the study. All data have been analyzed on the computer using the SPSS 25.0 program (Statistical Package for Social Sciences). Percentage, frequency, mean and standard deviation, Pearson correlation analysis, multiple linear regression analysis and simple linear regression analysis have been used to evaluate the data. The level of significance in the study has been determined as 0,05.

Servant leadership behaviors of nurse managers have been slightly higher than moderate, while patient safety attitudes of nurses and their not reporting medication errors have been at moderate level. While a moderate and positive relationship has been found between servant leadership behaviors of nurse managers and patient safety attitudes of nurses, no statistically significant relationship has been found between servant leadership behaviors of nurse managers and the reasons why nurses did not report medication errors. As a result of the multiple linear regression analysis and simple linear regression analysis,

the level of predicting the patient safety attitude of the nurse managers' servant leadership behaviors has been found to be 25% ($p<0,05$), but the servant leadership behaviors of the nurse managers has been determined not to predict the reasons for not reporting medication errors ($p>0,05$). Sociodemographic characteristics and servant leadership behavior have been determined to predict patient safety attitude by 29% ($p<0,05$).

According to the results of the study, it has been concluded that the servant leadership behavior of nurse managers has predicted the relationship of patient safety attitude of nurses, while the servant leadership behavior of nurse managers has been determined not to predict the reasons why nurses did not report medication errors. It has been emerging that the leadership behaviors of the managers in order to ensure patient safety should evolve towards modern management approaches. More data will be provided to nurse managers by conducting more studies on the subject.

Keywords: Servant Leadership, Patient Safety Attitude, Medication Error

Number of the Thesis Pages: 109

Advisor: Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

“En iyi liderler, iş bittiğinde insanların bu işi biz başardık diyebilmelerini sağlayan kişidir.”

Lao Tzu

Küreselleşen dünyada meydana gelen değişim ve gelişmeler hemşirelik alanında yönetim ve liderlik yaklaşımlarının da değişimine ortam hazırlamıştır. Hemşirelikte liderlik kavramı 1980 yıllarının ortasından itibaren etkin olmaya başlamıştır (1,2). Günümüzde hemşirelik alanı içerisinde bilgi ve insan kaynağını yönetme konusunda yetkin liderler ön plana çıkmaktadır (3). Zaman içerisinde liderlik yaklaşımlarının çeşitlilik göstermesi hemşirelik/sağlık alanı içinde de farklı yaklaşımların kullanımını artırmıştır. Günümüzde modern liderlik yaklaşımları arasında otantik, transaksiyonel, transformasyonel, bütünleyici ve hizmetkar liderlik yer almaktadır (4). Hizmetkar liderlik, izleyenlerinin gereksinimlerinin karşılanmasına öncülük eden bir tarz olarak diğer liderlik tarzlarından farklılık göstermektedir (5). Hizmetkar bir lider; çalışma koşullarının daha olumlu olduğu, hemşirelerin kendini geliştirebildiği, güven duygusu aşılayabildiği, stres ve iletişim sorunlarının daha az yaşandığı güvenli bir ortama öncülük etmektedir (6). Son yıllarda, Türkiye’deki sağlık kurumlarında da hizmetkar liderlik felsefesine daha çok odaklanılmakta ve yönetici hemşireler arasında hizmetkar liderlik kültürü giderek yaygınlaşmaktadır. Hizmetkar liderlik kültürünün gelişmesinde yönetici hemşirelerin empati, iletişim, takım çalışması ve iş birliği gibi becerileri liderlik potansiyellerinin ön plana çıkarmasına yardımcı olurken, hasta bakımında kaliteyi ve hasta güvenliğini de artırmayı desteklemektedir (7).

Liderlik, hasta güvenliği kültürünü etkileyen önemli bileşenlerden biridir. Liderliğin hasta güvenliği kültürü ve ikliminin oluşturulmasındaki etkisi değerlendirildiğinde, tıbbi hataların azaltılmasında anahtar bir rol üstlendiği yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır (8-10). Chegini, Kakemam, Jafarabadi ve Janati (2020)’nin çalışmasında hemşirelerin olası hataları bildirmesinde liderin tutumuna dikkat çekilirken (9), Albalawi ve

arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise etkili bir liderliğin tıbbi hataların önlenmesini sağlayarak hasta güvenliğini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (10).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için yüksek riskli ve hata oluşturabilecek aktivitelerin belirlenmesi, ayrıca hata bildirimlerinin şeffaf bir şekilde yapıldığı korkusuz bir ortam ve iletişim dilinin oluşturulması önem taşımaktadır (11). Kurum içinde oluşturulan hasta güvenliği kültürünün ölçülmesinde ise çalışanların tutumu etkili olacaktır. Çalışanların hasta güvenliği tutumlarının değerlendirilmesinde ise tıbbi hatalar ön plana çıkmaktadır. Konuyla ilgili Yılmaz Güven ve Şener Özalp (2022)'in çalışmasında cerrahi hemşirelerinin tıbbi hatalara karşı tutumları ve hasta güvenliği tutumları arasında pozitif bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (12). Hasta güvenliğinin en önemli bileşeni olan tıbbi hatalar; sağlık bakım hizmetinin her aşamasında meydana gelebildiği gibi mortalite ve morbitide artış, yatış süresinde uzama ve psikolojik sorunlar gibi olumsuz durumlara neden olabilmektedir (13,14). Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalar konusunda tutum ve davranışlarının dikkate alınması, tıbbi hataların belirlenmesi ve bu hatalardan kaynaklı oluşabilecek zararların önlenmesinde önemlidir. Tıbbi hatalar içerisinde en fazla yer alan ve sağlık hizmetlerinde mali yüke sebebiyet veren hatalar ise ilaç hatalarıdır (15). Avrupa'da yapılan araştırmaların sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada, hastanede yatan hastaların %19-28'inin ilaç uygulama hatasına maruz kaldığı belirlenmiştir (16). Johns Hopkins hasta güvenliği uzmanlarının 2016 yılında yayımladıkları raporda, Amerika'da her yıl 250.000'den fazla kişi ilaç hataları sebebi ile hayatını kaybetmektedir (17). Ülkemizde sağlık çalışanlarının hatalarının belirlenmesi için oluşturulan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) verilerine göre ise ilaç hataları en sık yapılan üçüncü hata türüdür (18). Sağlık bakım kalitesini belirlemede ilaç uygulama hatalarının engellenebilmesi için bildirim ve raporlama analizi sonuçları güçlü bir etki oluşturmaktadır. Ancak ilaç yönetimi konusunda merkezi bir rol üstlenen hemşireler ilaç hatalarının bildirim konusunda zayıf kalmaktadır (19). Aydın, Akın ve Işıl (2016)'ın çalışmasında, hemşirelerin %78,1'nin ilaç hatalarının bildirimini %44 olarak önemsiz bulduğu belirtilmiştir (20). Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını bildirmeme oranı %80,4 olarak bulunmuştur (21). Hemşireler kurum içinde hasta güvenliği stratejilerinin belirlenmesi ve denetlenmesinde

hayati bir role sahiptir. Hemşireleri ilaç hataları konusunda bilgilendiren ve bu stratejilerini destekleyen bir lider kurum içinde ciddi bir görev üstlenmektedir. Ancak hemşireler arasında yasal sorunlar meydana gelmesi ve kurum içinde etiketlenme korkusu bildirim konusunda eksikliklere neden olarak hasta güvenliğine olumsuz yansımaktadır (20). Zarea, Mohammadi, Beiranvand, Hassani ve Baraz (2018)'ın çalışmasında hemşirelerin %40'nın yasal sonuç ve işlemlerden kaynaklı korku yüzünden, %38,2'sinin ise hastanede etiketlenme ve utanç korkusu ile ilaç hatalarını bildirmediği ortaya çıkmıştır (15). İlaç hatalarının bildirimini artırma stratejileri arasında yönetici ve liderlik yaklaşımı yer almaktadır (22). Hizmetkar liderliğin özellikleri açısından bildirim kültürünü artırabileceği öngörülmektedir. Etkin bir lider sağlık sisteminin en önemli sorunlarından birisi olan ilaç hatalarının bildiriminde personeline karşı olumlu bir davranış benimseyerek, hataların artmasının önüne geçebilir.

Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda dönüşümcü ve otantik liderlik gibi modern liderlik yaklaşımlarının ele alındığı, ancak diğer liderlik tarzları ve güvenli bakım arasındaki ilişkilerin değerlendirilmediği dikkat çekmektedir. Alan yazında yapılan çalışmalar incelendiğinde; Boamah, Spence Laschinger, Wong ve Clarke (2018) dönüşümcü liderliğin iş tatmini ve hasta güvenliği üzerindeki etkisini, Dirik ve Seren İntepeler (2017) otantik liderliğin güvenlik iklimi üzerindeki etkisini, Vaismoradi, Griffiths, Turunen ve Jordan (2016) ise dönüşümcü liderliğin hemşirelik ve ilaç güvenliği üzerindeki etkisini incelemiştir (23-25). Yapılan bu çalışmanın, hastane ve hemşirelik yöneticilerine güvenli bakımın sağlanması ve geliştirilmesinde benimsenecek liderlik yaklaşımları konusunda veri sağlayacağı, ayrıca yeni liderlik yaklaşımlarının güvenli bakıma etkisine yönelik geliştirilecek stratejilere ışık tutacağı öngörülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışlarının hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirmeme nedenlerini yordama düzeyinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- 1) Hemşirelerin hizmetkar liderlik davranışları nasıldır?
- 2) Hemşirelerin hasta güvenliği tutumu nasıldır?
- 3) Hemşirelerin ilaç hatalarını bildirmeme nedenleri nelerdir?
- 4) Hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ile hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ve ilaç hatalarını bildirmeme nedenleri arasında ilişki var mıdır?
- 5) Hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ve ilaç hatalarını bildirmeme nedenleri üzerinde yordayıcı mıdır?
- 6) Hemşirelerin sosyodemografik vealışma özellikleri hasta güvenliği tutumları ve ilaç uygulama hatası bildirmeme nedenleri üzerinde yordayıcı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Liderlik

Liderlik kavramı insanoğlunun varoluş temeline dayanmaktadır. Toplumsal yaşamı benimseyen insanın, kültürel ve dini yapılarına bakılmaksızın amaç ve hedeflerine ulaşabilmesi için dönemsel olarak liderlere gereksinim duyduğu izlenmiştir (26,27). Liderlik kavramı; yönetici ve kuramcılar tarafından farklı bakış açıları ile ele alınmış ve tarih boyunca alanyazında birçok liderlik tanımı yapılmıştır (28). İngiliz diline göre “lider” terimi 1300'lere kadar dayanmakta olup 19.yüzyılın başlarında İngiliz Parlamentosu'nun etkisini konu alan yazılarda kullanılmaya başlanmıştır (27,29). Türk Dil Kurumu (TDK) ise lider sözcüğünü “önder” ve “şef” olarak tanımlamaktadır (30). Hicks (1978)'e göre ruh bir organizasyonu başarıya götüren en önemli unsurdur. Lider ise bu organizasyona can vererek bu ruhu aşıl原因an en önemli kişidir (31). Liderlik özünde liyakat bulunduran bir araçtır. Önemli olan aracın hangi amaca yönelik olduğudur. Bu amaç dikkate alındığında liderlik; çalışırken başkalarının hareketlerini yönetme sorumluluğu ve ayrıcalığıdır (32,33). Genç (2004)'e göre ise lider başkalarına istediklerini yaptırabilen kişi değildir; istediklerini istemelerini sağlayabilendir (34).

Başarılı bir lider, örgüt içinde izlediği yaklaşımlar ile izleyenler arasında bazı etkiler uyandırır. Gelişen çağa ve koşullara uyum sağlayabilme, çözüm odaklılık, örgütsel motivasyonu sağlayabilme ve güçlü iletişim bu etkilerin en önemlileri arasındadır (35). Ayrıca lider grup içindeki var olan potansiyeli ortaya çıkararak örgütün sahip olduğu bilgi ve yeteneklerini en iyi şekilde yönetebilmesine yardımcı olur. Gelişen dünya şartları ile örgütlerde lider gereksiniminin artacağı ve lider kavramının önem kazanacağı bilinmektedir. Zaman içerisinde teknolojik olarak yaşanan değişimler ve sağlık hizmet sektöründeki büyümeler liderliğin sadece üst düzey görevlerde yer alan bireylerde değil, her pozisyonda olması gerektiğine dikkat çekmektedir.

2.2. Liderlik ve Yöneticilik Farkı

Alan yazında “yöneticilik” ve “liderlik” birbirine çok yakın kavramlar olarak ele alınmakla birlikte, anlamsal boyutta farklılıklar göstermektedir (36). Yönetici; günümüzde gelişen teknoloji, artan nüfus ve devamlı büyümeye odaklı sağlık

kurumlarında maddi ve beşerî tüm kaynakları en iyi şekilde bir araya getirerek örgüt ile ilgili tüm prosedürleri ve istenen hedefleri üstlenen kişidir (37,38). Yöneticilik var olan süreci kabul ederek denetleyen ve deneyim kazanmayı hedefleyen bir meslektir. İyi bir yönetici; problem çözme, örgüt içinde etkili iletişimi sağlayabilme, tarafsızlık, yaratıcılık, güven vericilik ve empati gibi özelliklere sahiptir (39). Lider ise bulunduğu kurum içinde güven uyandırarak işgörenleri harekete geçiren kişidir. Kurum içindeki değişimlere bilgi ve becerileri ile ön ayak olarak yenilenmeyi sağlar (40). Fiedler (2005)'e göre lider; karizma, zekâ ve yetenekleri ile grup üyelerinden ayrılmaktadır (41).

Her iki kavram ayrı ayrı incelendiğinde lider; toplumun içinden doğan, düşünce ve hayallerini zaman ve koşulları kullanarak en iyi şekilde hayata geçiren, popüler, ikna gücü ve benlik algısı yüksek, değişime açık kişiler olarak tanımlanır. Yönetici ise tepeden atanan, yetkisini en etkin şekilde kullanarak görev ve sorumluluklarını yerine getiren, kurumun gereksinimlerine odaklanan görev bilinci yüksek kişi olarak tanımlanmaktadır (42). Yirmi birinci yüzyılın sağlık hizmetlerinde yaşadığımız hızlı gelişim ve dönüşümler, rekabet ve teknolojinin kullanım alanlarının artması liderlik ve yöneticilik kavramlarının birbirinden üstün olmadıklarını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteli, hasta odaklı ve güvenli bakımın sağlanmasında yöneticilerin etkin liderlik tarzlarını benimsemeleri ve liderlik becerilerini geliştirmeleri olumlu yönde etki yaratacaktır.

2.3. Liderlik Teorileri

Liderlik kavramı ile ilgili geçmişten günümüze dek yönetim alanında birçok bilimsel çalışma yapılmış ve bu kavrama yönelik geliştirilen farklı bakış açıları dikkat çekmiştir. Yöneticilerin kendilerine seçtikleri liderlik modelleri ise 20.yüzyıl itibari ile gelişim göstermiştir. Değişen koşullar ve durumlar liderlik süreçlerini etkileyerek yeni liderlik teorilerinin oluşumunu ortaya çıkarmıştır.

Tarihsel gelişim süreci ele alındığında dört temel liderlik teorisinden bahsedilebilir (43).

- 1- Özellikler Teorisi (1940 ve öncesi)
- 2- Davranışsal Liderlik Teorisi (1940-1960 yılları arası)
- 3- Durumsal Liderlik Teorisi (1960-1980 yılları arası)

4- Modern Liderlik Teorisi (1980'den günümüze)

2.3.1. Özellikler Teorisi

Özellikler teorisi; liderin sahip olduğu birtakım özelliklerin kalıtsal yollar ile aktararak diğer grup üyelerinden ayrışmasına yardımcı olunduğunu savunmaktadır. Bu teoride lideri izleyenlerden ayıran özellikler; yaş, cinsiyet, zekâ düzeyi, hitabet yeteneği, kişilerarası ilişkilerin iyi olması, iş başarma yeteneği, güven duygusu verebilme vb. gibi değişkenler ile bir adım öne çıkmaktadır. Ancak zaman içerisinde araştırmalarda lider ile ilgili ele alınan özelliklerin genel kapsamlı olduğu ve liderde zorunlu olarak bulunması gerektiği, ayrıca eğitim ve uygulama yolu ile değişime uğrayabileceği görüşleri ortaya çıkmıştır. Ancak 1950 yıllarında ise sadece liderlik değişkenini ele alarak inceleyen bu teorinin avantajlı olmadığı ve zaman içerisinde önemini yitirerek yerini davranışsal liderlik teorisine bıraktığı izlenmiştir (4,27,44,45).

2.3.2. Davranışsal Liderlik Teorisi

Gelişimini 1940'larda sağlayan bu kuram liderin özelliklerinden ziyade liderlik yaparken gösterdiği davranışlara odaklıdır ve bu davranışlar sonradan öğrenilerek kazanılabilir (46). Lider örgüt amaçlarına ulaşabilmek için izleyenlere ağırlık vermektedir. Liderin sergilediği davranış astların beklentilerinin biçimlenmesine katkı sağlar. Astlara karşı etkin iletişim, verilen yetkilere uyumun sağlanması ve takibi, karar alma süreçlerini destekleme, emir verme tarzı, toplantıları yönetim şekli gibi davranışlar lideri örgüt içindeki amaçlarına taşımada rol oynar (47).

Davranışsal liderlik kuramının ilerleyişi, özellikler teorisinin liderliği tam olarak kapsayamadığı düşünceleri sonucunda ortaya çıkmıştır. Liderlik üzerine yapılan çalışmalarda; Ohio State Üniversitesi'nin lider tanımlamaya yönelik çalışmaları, Michigan Üniversitesi'nin işe ve kişiye yönelik liderlik davranışı araştırmaları, Blake ve Mounon'un Yönetim Matriksi, Mc Gregor'un X ve Y Teorileri ile Rensis Likert'in davranış gruplayan Sistem 4 Modeli önem taşımaktadır (48).

2.3.3. Durumsal Liderlik Teorisi

Özellikler ve davranışsal kuramların çağ ile meydana gelen hızlı değişimlere uyum sağlayamaması sonucunda durumsal liderlik teorisi önem kazanmaya başlamıştır (49). Bu yaklaşımda, liderlik vasfı farklı durum ve ortamlarda farklı liderlik davranışı ile ön plana çıkmaktadır (50). Ayrıca lider değişime açık ve öncülük eden kişi olarak etkinliğini ortaya koymakta ve değişen koşullara göre kimi zaman izleyen odaklı, kimi zaman ise görev odaklı olabilmektedir (4,51).

Alan yazın ele alındığında ise Fred Fiedler Durumsallık Teorisi, Robert House ve Martin Evans'ın Yol Amaç Teorisi, Vroom ve Yetton' nun Normatif Teorisi, Hersey ve Blanchard'ın Durumsal Liderlik Teorisi ve Reddi'nin Üç Boyutlu Liderlik Teorisi durumsallık yaklaşımı açısından önemli liderlik tarzları olarak dikkat çekmektedir (52).

2.3.4. Modern Liderlik Teorisi

Yirminci yüzyılın sonuna doğru dünya üzerinde artan küreselleşme, sürekliliği hız kesmeden devam eden teknolojik gelişmeler; iş gücü niteliği ve standartları yükselerek değişen örgüt üyelerinin lider gereksinimini tek yönlü ele alan klasik yaklaşımların yerini zaman içinde modern yaklaşımlara bırakmasına neden olmuştur (44,53). Bu modern liderlik yaklaşımları ise etkileşimci liderlik, dönüşümcü liderlik, otantik liderlik, karizmatik liderlik, kuantum liderlik ve hizmetkar liderlik olarak öne çıkmaktadır.

Modern liderlik teorileri arasında yer alan değişim ve yeniliği savunan dönüşümcü liderlik kavramına ilk olarak 1973 yılında J.V. Dowston tarafından yazılan kitapta yer verilmiştir. Bilinirliği ise James McGregor Burns tarafından liderliğin siyasi ve ahlaki yönüne vurgu yapması ile başlatılmıştır (54). Reformist ve yenilikçi kimliğe sahip olan dönüşümcü liderler, örgütün vizyon ve misyonu doğrultusunda çalışanların gücünün en etkin şekilde yönlendirilmesini sağlarken, astların da becerilerinin farkına varabilmesini ve mevcut sorunlara profesyonellik ile yaklaşabilmesini sağlarlar. Dönüşümcü lider; izleyenler üzerinde başarı ve motivasyona ulaşmada cesaretlendirici rol üstlenerek diğer liderlik tarzlarından ayrılmaktadır. Ayrıca inovasyona açık olan bu liderler doğuştan var olan özelliklerinden ziyade, içinde bulunduğu kurum kültürü ve bu kültüre olan güçlü bağlılığı ile ön plana çıkmaktadır (48,55,56).

Etkileşimsel (transaksiyonel) liderlik 1978 yılında James McGregor Burns tarafından ortaya atılmıştır (57). Bu liderlik yaklaşımında, lider ve izleyenler arasında bir nevi alışverişe dayalı bir anlaşma söz konusudur. Çalışanlar aldıkları sorumluluklar doğrultusunda hareket ederek işlerini tamamlarken, lider de izleyenlerin para ve ödül gibi kazanç edinmelerini sağlamaktadır. Transaksiyonel teoride lider sadece işin yapılması ve bitirilmesine önem verdiği için bu liderlik tarzı yeniliğe açık değildir. Güç ve otoritenin kullanımına önem veren bu liderlik tarzı izleyenleri cesaretlendirmede de eksik kalmaktadır (55,58).

Otantik liderlik, 2000’li yılların başlangıcı ile yeni nesil liderlik tarzları arasında yer edinirken, ilk olarak örgütsel psikoloji alanında kullanılmaya başlanmıştır. Otantik kelimesi eski Yunan felsefesinde “kendine karşı doğru olma, dürüstlük” olarak geçmekte iken, TDK’ye göre “mevcut özelliklerini eskiden beri taşıyan” anlamına gelmektedir (59-61). Bu yaklaşıma göre lider hem kendisinin hem de içinde bulunduğu örgüt üyelerinin ahlaki bakış açısı ve etik değerlerine saygılı, güvenilir, önyargısız ve olumlu bir tutum içindedir. Lider ve izleyen arasındaki bağ, iş memnuniyetinde ve personel performansında artışı sağlayarak örgüt içinde olumlu çalışma ortamı oluşturmaya destek olmaktadır. Sürekli değişim ve örgütsel belirsizliğin yer aldığı kurumlarda gözükten bu liderlik tarzı açık ve net ilişkiler kurulması, güven ve bağlılığa dayalı yönetsel etkileri ile olumlu örgüt iklimi yaratılmasına yardımcı olmaktadır (4,62).

Eski Yunan felsefesinde “ilham yeteneği” anlamı taşıyan karizma kavramı, ünlü sosyolog Max Weber’e göre “yöneticinin otoritesine dayanamayan, izleyenlerde yüksek hayranlık etkisi yaratan kriz anındaki Tanrı hediyesi” olarak tanımlanır (55,63). Karizmatik lider özellikle kriz dönemlerinde ve geleneksel yaklaşımların etkisini yitirdiği durumlarda izleyenlerin gereksinim, değer ve tercihlerine destek veren bir kurtarıcı olarak ortaya çıkmaktadır. Kitleler arasında kendine güvenen, güçlü vizyona sahip ve risk almayı seven özellikleri ile dikkat çeken bu liderler, ayrıca etkin iş ilişkilerine de sahiptir. İzleyenleri belirlenen hedefler doğrultusunda motive eden karizmatik lider, sahip olduğu gücü kendi çıkarları doğrultusunda kullanmaz ve izleyenlerle özdeşleşmiştir. Bu liderlik yaklaşımı örgüt içinde meydana gelen krizlerin sonlanmasıyla işlevini kaybeder (55,64).

Kaos ve belirsizliği temel alarak ortaya çıkan kuantum liderlik, adını fizikte kullanılan kuantum teorisinden almıştır. Bu liderlik yaklaşımına göre, kuantum stratejisi ile düşünce harekete geçirilir. Organizasyon örgüsünü sınırlamadan merak duygusu ve bilinmeyi sorgulama düşüncesi ile kendini grup akışına bırakan lider sorunların çözümüne yanıt arar. Ayrıca rgt içindeki aktif kan akışını sağlayarak durağan grupların yerini enerjisi yüksek ve değişime açık gruplara bırakmasını sağlar. Böylece rgtsel verimliliğin artmasını sağlarken, izleyenlerin girişim sürecini de desteklemiş olur. Kuantum liderlik, öngörülemez belirsizliğin olduğu dünyada yaratıcı zeka, kolektif bakış açısı ve izleyenler arası etkin bağlılık kavramları ile gücün savunulduğu geleneksel liderlik tarzlarından ayrışmaktadır (27,65,66).

2.4. Hizmetkar Liderlik

Yirminci yüzyılın devamlı gelişen sosyal ve ekonomik koşulları karşısında kurumların yönetim alanındaki rekabet gücü günden güne artarak yeni liderlik tarzlarının doğmasına neden olmuştur (48,67). Tüm bu yaklaşımlar incelendiğinde, bulunduğu örgüt içinde “sen-ben” kavramını yıkararak izleyenlerin çıkarları doğrultusunda önyargısız ve insan odaklı yaklaşımı ele alan hizmetkar liderlik önemli bir yere sahiptir (3,67). Hizmet etme bilincini esas alarak gelişen hizmetkar liderlik kavramına tarihin çeşitli süreçlerinde değinildiği gibi toplumsal farklılıklar da bu kavramın zaman içinde evrim geçirerek birçok kültür yapısını etkilemesine neden olmuştur (68).

Tarihsel olarak antik çağlara dayanan bu liderlik modeli Çinli filozof Konfcys tarafından Zhou Hanedanlığı’na (M 111- 249) dayandırılırken (69), tek tanrılı dinler Musevilik, Hristiyanlık ve İslamiyet’in ise merkezini oluşturmuştur. Yahudi kültüründe hizmetkar liderliğe ait örnekler neredeyse iki bin yıl öncesine ve Hz. İsa’nın bu kültür üzerindeki öğretilerine dayanırken, Arap kültüründe ise yönetici özelliklerini aile ve toplumun gereksinimleri doğrultusunda kullanan lider olarak göze çarpmaktadır (70). Modern anlamda ise Robert Greenleaf (1977) “The Servant as Leader” makalesinde hizmetkar lider tanımına yer vererek yeni bir liderlik kuramı yaratmıştır (71). Robert Greenleaf, Hermann Hesse’nin, “Doğu Yolculuğu” (The Journey to East) romanından etkilenerak hizmetkarlık ve liderliğin bütünsel uyumuna vurgu yapmıştır. Romanda bir

grup insan doğruya doğru yolculuğa çıkmıştır. Ana karakter Leo grup içindeki insanların çıkarlarını göz önünde tutan, alçakgönüllü ve yardımsever kişilik özellikleriyle dikkat çekmektedir. Yolculuk sırasında bir gün ansızın Leo'nun kaybolması ile gruptaki insanlar onun yokluğunu fark ederler. Bu kayboluş hizmet etme bilinci ile gruptaki düzeni sağlayarak liderlik ruhunu taşıyan asıl kişinin aslında Leo olduğunu ortaya çıkarır ve grup üyeleri bu yolculuğa Leo olmadan devam edemeyeceklerini düşünerek son verirler. Leo karakteri zaman içinde Greenleaf'ı etkileyerek hizmetkar liderlik kavramının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (2).

Greenleaf, önce hizmet duygusu ile işini idealize edebilen lidere vurgu yapmıştır. Burada hizmet etme duygusunun kişinin sahip olduğu gücün önüne geçebilmesi önem taşımaktadır. Lider; izleyen, müşteri ve toplumun tüm üyeleri arasında nitelikli hizmet yolu ile fark yaratarak gereksinimlerin karşılanmasını amaçlayandır. Ayrıca Greenleaf'a göre hizmetkar lider, hizmet ettiği topluluğu geliştirir mi, bu hizmete ulaşanlarda sağlıklı bir bilinç oluşumuna yardım edebilir mi ve kendileri de iyi birer hizmetkar olabilir mi? sorularına yanıt arar (72). Organizasyon içinde etkin bir hizmetkar lider astlarını yakından tanımak için onlara zaman ayırabilen, iyi bir dinleyici olabilen, çalışanların performansları karşısında objektif destek veren ve karar verme sürecini karşılıklı yürüterek ilişkileri güçlü tutan özelliği ile dikkat çekmektedir (73). Hizmetkar liderin bir diğer özelliği bulunduğu kurum içinde kolektif ruhun ön plana çıkmasını sağlayarak çalışmaların yürütülme şekline olumlu etki etmesi ve izleyenlere hizmetkar lider duygusunu aşılmasıdır (74).

Friends Journal adlı dergide çalıştığı yıllarda Robert Greenleaf ile tanışan L.C.Spears, Greenleaf'ın alan yazına kazandırdığı yazıları inceleyerek hizmetkarlık ve liderlik kavramlarının sinerjik bir sistem içinde çelişkili gözükse de bir bütün olduğuna dikkat çekmiş ve hizmetkar liderlik ile ilgili 10 özelliğe değinmiştir (75,76).

Dinleme: Spears'a göre iyi bir hizmetkar lider iyi bir dinleyicidir. Organizasyon içindeki astların isteklerini anlayabilmek için onları duyabilmek en temel davranıştır.

Empati: Hizmetkar lider, astlarının algı ve duygularının farkına vararak gereksinimlerini anlamaya çalışır.

İyileştirme: Hizmetkar lider, örgütün ahengini bozarak kutuplaşmaya neden olacak sorunların yönetilmesini sağlayarak iyileştirme ortamı oluşturmayı amaçlar.

Farkındalık: Hizmetkar lider, iç gözlem yapabilme yeteneği sayesinde kendisini lider yapan özellik ve yeteneklerin farkında olarak astlarını nasıl etkileyeceğinin benlik bilincine sahiptir.

İkna: Hizmetkar lider, örgüt içinde ulaşmak istenen hedefler için astlarına zorlayıcı bir güç kullanmak yerine ikna yolu ile rehberlik eder. Bu prensip ile hizmetkar liderlik, geleneksel liderlik tarzlarından ayrılmaktadır.

Kavramsallaştırma: Hizmetkar lider, sahip olduğu gücün ötesini bir bütün olarak hayal ederek geleceğe uzun vadede bakmayı bilmelidir. Geleneksel liderlik yaklaşımları kısa vade isteklere bağlı iken hizmetkar liderlik hayal gücü ötesi düşünceleri kapsamaktadır.

Öngörü: Hizmetkar lider, gelecekte ne olacağını veya neye gereksinim duyulacağını tahmin edip inisiyatif olarak müdahalede bulunabilir.

Kahyalık (Hizmet Odaklılık): Üstün hizmet sunmayı amaçlayan organizasyon lideri, astların sorunlarını çözebilmek için kişisel sorumluluk hisseder ve onların gereksinimlerine öncelik verir.

İnsanların Gelişimine Bağlılık: Hizmetkar lider, astları ile ilişkilerini arkadaşlık iklimi içerisinde yürütürken içsel değerlerinin de farkındadır. Organizasyonda astların gelişimlerini izleyerek daha iyi fırsat ve imkanları sağlayabilecek gücü yaratır.

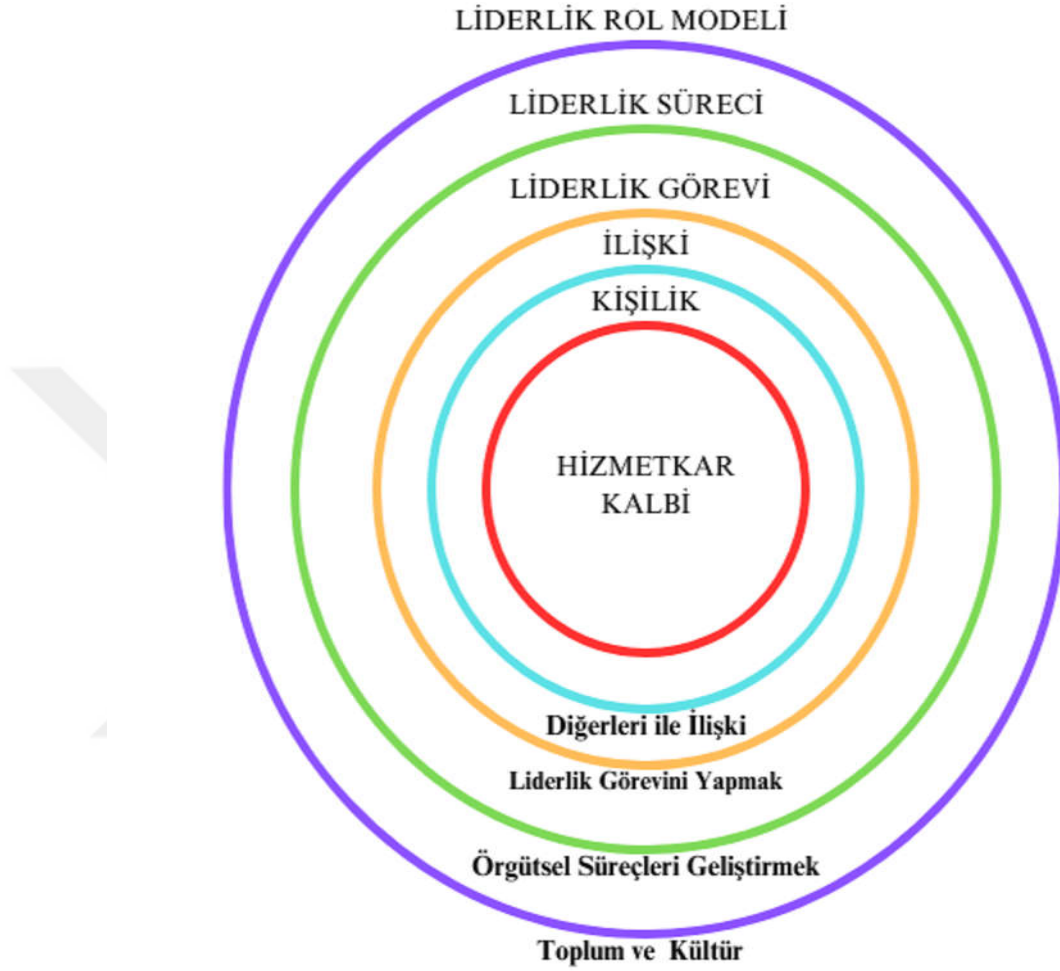
Topluluk Kurma: Hizmetkar lider, izleyenleri birbirine yaklaştırarak örgüt birlik ve beraberliği için topluluk bilinci oluşturmaya hedefler (76).

Laub (1999)'un yayımlanmamış doktora tezinde hizmetkar lider; kurumun amaçlarına ulaşmada çalışanların gereksinim ve beklentilerini kendi menfaatleri üzerinde tutan liderlik anlayışı olarak ele alınmıştır. Laub, Greenleaf'ın hizmetkar liderlik tanımlamaları ile uyumlu altı alt boyuttan söz etmiştir. Bu alt boyutlar; “liderlik etme, liderliği paylaşma, birlik kurma, insanları geliştirme, insana değer verme ile doğruluk ve güvenilirlik sergileme” şeklindedir (77,78).

Page ve Wong tarafından 2000 yılında geliştirilen hizmetkar liderlik genişleyen daireler modeli dört temel boyuttan meydana gelmiştir. Bu boyutlar; “kişilik, ilişki, görev ve süreç” olarak ifade edilmiştir. “Kişilik” liderin organizasyon içinde kendine özgü yapısı ve farklılıkları ile ön plana çıkmasıdır. Daire modelinin ana merkezinde yer alan lider

“nasıl bir kişiliğe sahibim ve izleyenlere karşı liderlik görevimi nasıl gerçekleştirebilirim?” sorularına yanıt arayan kişidir. Diğer bir boyut olan “ilişki” kavramı organizasyon içinde liderin astları ile geliştirdiği karşılıklı güven ve saygı temeline dayanmaktadır. Lider ve ast arasında gelişen kaliteli ilişki organizasyon performansına olumlu yansıyacaktır. “Görev”, üretkenlik ve başarıya ulaşma yolunda bir liderin sahip olması gereken becerileri ve yerine getirmesi gerekenleri kapsayan boyuttur. Lider bu görevleri yerine getirirken hedefe ulaşmak için plan ve strateji geliştirmek zorundadır. Son olarak “süreç” yönetimi ile lider, organizasyon üyelerinin birbiri ile bağlantılı ve bütünsel bir çalışma ruhu geliştirmesine katkıda bulunur (79).



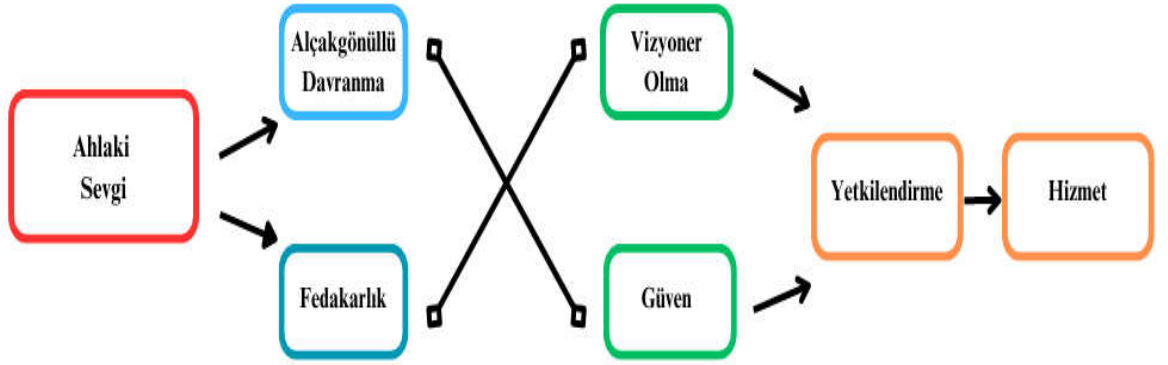


Şekil 1. Page ve Wong'un Hizmetkâr Liderlik Genişleyen Daireler Modeli

Kaynak: Bakan İ, Doğan İF. Hizmetkar Liderlik. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012; 2(2): 1-12.

Bir diğer model olan Patterson (2003)'ün Hizmetkar Liderlik Teorisi alanyazında "Dönüşümsel Liderlik Teorisi"nin devamı olarak nitelendirilmektedir. Ahlaki sevgi, alçakgönüllülük, fedakarlık, vizyon sahibi olma, güven, izleyenlerin güçlendirilmesi ve hizmet etme olmak üzere beş alt boyuttan oluşur. Bu modele göre lider ve izleyenleri

arasındaki ilişki sevginin oluşması ile başlarken, izleyenlerin çıkarları üzerine hizmet etme ile inşa edilir (2). Patterson geliştirdiği bu teorideki boyutların ölçülebilmesi için bir ölçeğin geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Dennis ve Bocarnea 2005 yılında Patterson'ın "Hizmetkar Liderlik Teorisini" desteklemek adına yedi alt boyutun beş tanesini ölçümleyebilmiştir. Ölçülemeyen iki alt boyut ise "hizmet" ve "fedakarlık" olarak bulunmuştur. Dennis ve Bocarnea'ya göre "hizmet" ve "fedakarlık" alt boyutları ayırıcı bir faktör olarak bireysel unsurlar arasında ayırım yapmak için yeterli temele sahip değildir (80).



Şekil 2. Patterson'ın Hizmetkar Liderlik Modeli

Kaynak: Bakan İ, Doğan İF. Hizmetkar Liderlik. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012; 2(2): 1-12.

Van Dierendonck (2011) hizmetkar liderin özelliklerini güçlü ve zayıf yönlerini baz alarak kendisinin oluşturduğu altı alt boyutta incelemiştir. Bu alt boyutlara göre hizmetkar lider; insanların gelişimini destekleyen, gösterişsiz, emsalsiz, insanları oldukları halleriyle kabul eden, yön gösteren ve hem kurum hem de örgüt üyelerinin iyilik hallerini düşünen sorumluluk sahibi yöneticidir (67).

2.4.1. Hizmetkar Liderliğin Avantaj ve Dezavantajları

Dünya üzerinde meydana gelen hızlı değişim ve dönüşüm rüzgarı, zaman içerisinde liderlik modelleri ve yetkinliklerinin gereksinimleri karşılamak için oldukça yetersiz kaldığını gözler önüne sermiştir (81). Greenleaf ile yer bulan hizmetkâr liderlik anlayışı birçok araştırmanın da odak noktası olmuştur. Hizmetkar liderlik modeli ile ilgili yapılan çalışmalar dikkate alındığında bu liderlik modeli ile ilgili avantaj ve dezavantajlar, Tablo 1’ deki gibi ifade edilmiştir:

Tablo 1. Hizmetkar Liderliğin Avantajları ve Dezavantajları

Hizmetkar Liderliğin Avantajları	Hizmetkar Liderliğin Dezavantajları
Hizmetkar lider tüm izleyenlere değer verir. Bunu araç olarak değil amaç olarak görme felsefesini benimser.	Dönüşümcü liderlik yaklaşımına benzerlik vardır.
Otorite ve güç kullanımı yerine izleyenleri cesaretlendirmeyi benimser.	Hedef odaklı sistem uygulamaları başarısızlık verebilir.
İzleyenlerin gelişimine katkı sağlar.	İzleyenler alçakgönüllü yapıyı zayıflık olarak algılayabilir.
Umut verici davranışlarda bulunur.	Hiyerarşik düzene hasar verir.
İzleyenleri koruma ve kollama odaklı yaklaşım benimser.	“Dindar” olarak algılanabilir ve modern yönetimlerde bu algı hoş karşılanmayabilir.
Güler yüzlü iletişim ile çevrelerinde manyetik etki oluşturur.	“Hizmetkar” kavramı bazı meslek çalışanlarına zarar verebilecek şekilde kullanılabilir.
Yol gösterici özelliği ile izleyenlerin performans artışına destekte bulunur.	İzleyenlerin bazıları bu yaklaşımı yanıtsız bırakabilir.

Kaynak: Waterman H. Principles of “Servant Leadership” and How They Can Enhance Practice. Nursing Management. 2011; 17(9): 24-26.

Hizmetkar lider, örgüt içinde birçok avantajdan yararlanarak amaçlanan hedeflerin elde edilmesini kolaylaştırır. Ayrıca lider, hizmet etme kültürünü öncelikli tutarak bireysel çıkarlarını geri plana atmakta ve izleyenlerin gelişimine katkı sağlamaktadır (82,83). Ancak hizmetkar bir lider örgüt içerisinde yöneticilik görevlerini yanlış ve pratik olmayan bir şekilde kullanarak pasif liderlik özelliği gösterdiğinde birtakım dezavantajların meydana gelmesi kaçınılmazdır.

2.4.2. Hemşirelikte Hizmetkar Liderlik

Dünyanın en büyük ve sayılı endüstrilerinden birisi olan sağlık sektörü beşeri, hukuki ve teknolojik alandaki radikal değişim ve dönüşümlere daha hızlı tepki vermekte ve etkilenmektedir (84). Bu yüzden sağlık bakım hizmeti almak için kurumlara başvuran bireylerin kaliteli ve güvenli bakım almalarını sağlamak yönetimin görevleri arasındadır. Uygun kaynakların sağlanması, etkin sağlık politikasının belirlenmesi, verilecek sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve örgüt performansının değerlendirilme aşaması sağlık kurumlarında yönetici felsefesini benimseyecek bir lider tarafından yürütülmelidir (85). Dodson (2016)'a göre değişim sürecinin her aşamasının sektörün dinamik yapısına uygun olabilmesi için yeni liderlik yaklaşımlarına olan ihtiyaç önem taşımaktadır (86). İzleyenlere karşı hizmet etme odaklı yaklaşımı ve öncülük etmeyi benimseyen hizmetkar liderlik ortaya çıkan bu yeni yaklaşımlar arasında oldukça dikkat çekmektedir (87). Hizmetkar liderlik, özünde hizmet bilinci olan ve toplum içerisindeki gruplara rehberlik eden hemşireler için tüm liderlik yaklaşımları arasında en ideal liderlik tarzı olarak ön plana çıkarmaktadır (1,88).

Hizmet verme ve ilişki kurma boyutları hizmetkar liderliğin en önemli yapı taşlarındandır (73). Hastalara ve izleyenlere yol göstermeyi ve destek olmayı ilke edinen lider; bulunduğu ortamda kolayca kabul görür ve örnek alınır (89). Hizmetkar lider konumundaki birey, kişisel gelişimin yanı sıra hemşireliğin bir takım çalışması olduğunu unutmayıp güçlü beceriler ile takım çalışmasını desteklemelidir. Multidisipliner çalışma ortamında kişilerarası iletişim, ortak karar alma süreci ve etik davranışlar sağlık hizmetinin olumlu yönde gelişmesine ve sunulmasına olanak tanır (90). Bireysel gelişimi ve profesyonel yaklaşımı destekleme konusunda hemşirelerin liderlik rolü oynaması

önemli bir paya sahiptir. Hizmetkar liderlik modeli hemşireleri lider rolüne bürünmeleri için destekler. Böylece ekip içinde iş birliği, memnuniyet ve işte kalma artar. Diğer bir bakış açısı ile hizmet vermeye odaklanan hemşirelik yaklaşımına sahip yöneticiler, hemşirelerin olumlu iş deneyimlerine sahip olmalarına ve iş doyumunun artmasına yardımcı olabilir (91). Pakistan’da 2022 yılında dört devlet hastanesinde 339 hemşire örnekleme ile gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada; çalışanlar arasında sorumluluk, dürüstlük ve yol gösterici özelliği ile güven bağı oluşturan hizmetkar bir liderin hemşirelerin ve kurumun performansındaki desteğinin önemi vurgulanmıştır (92). Malak ve arkadaşlarının (2022) 10 yönetici hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %50’si tarafından hizmetkar liderlik modelinin kurum ve personel gelişimi açısından en iyi imkanları sağlayabilecek gücü yarattığı belirtilmiştir (93). Westbrook ve arkadaşlarının (2022) 248 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise hizmetkar liderlik davranışlarını uygulayan yönetici hemşireler, stres ve tükenmişlikten uzak olumlu bir çalışma ortamı sağlayarak hemşirelerin kurumda kalma olasılığını arttırmıştır (94).

2.5. Hasta Güvenliği

Günümüzde kurumlarda yapılan risk değerlendirmeleri sonucunda hastaneler yüksek riskli birimler arasında üst sıralarda yer almaktadır. Zaman kaybetmeden acil müdahale gerektiren durumların yönetimi oldukça zor olmakla beraber, bu hata oranlarında artışa sebep olmaktadır (95). Yapılan araştırmalar sonucunda, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 35 saniyede bir hasta güvenliğini tehdit edici olay bildirilirken, her yıl hastanede tedavi gören 10 hastadan 1’nin de önlenabilir kazaya maruz kaldığı belirlenmiştir (96). Tüm bu bilgiler ışığında hasta güvenliği; sağlık bakım hizmeti sunumu esnasında bakım alan kişilerde meydana gelebilecek hata ve hataların neden olduğu zararların en aza indirgenmesi veya ortadan kaldırılması olarak tanımlanmaktadır (97, 98).

Bakım kalitesi ve hasta güvenliği arasındaki ilişki oldukça güçlüdür, ancak bu iki kavram birbirine karıştırılmamalıdır. Kalite; güvenliği de içeren genel bir kavramdır (99). Bu kalite tanımı doğrultusunda hataların farkedilerek hastalara ulaşmadan engellenmesini sağlamak hasta güvenliği kavramının temel amacıdır.

Sağlık bakım hizmeti sunumu sırasında hata oranının azaltılması doğru, planlama süreçlerinin devamında uygun iş akışının sağlanması ile gerçekleşmektedir. Hatalar genellikle beşeri kaynaklı olduğu için çalışanların eğitimine destek verilmelidir. Çalışanlar tedavi uygulamalarda ortak amaçlar doğrultusunda hareket ederek hasta beklenti ve değer yargılarını üst düzeyde tutup, hata payının azalmasına yardımcı olmalıdırlar (100).

Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International-JCI) yapılan revizyon sonucu 2023 yılında “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri” altında yedi hedef belirlemiştir. Bu hedefler;

Hedef 1-Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi: Hastaya uygulanması düşünülen tıbbi girişimlerde olası ilaç hataları ve transfüzyon hatalarını engellemek için hastanın doğum tarihi ve adının alınması kontrol edilmesi sağlanmalıdır.

Hedef 2-İletişim Sürecinin Artırılması: Sözel ya da hekim istemi ile bilgiyi alan ve ileten kişi arasında doğrulamaya dayanan süreçtir.

Hedef 3-Güvenli İlaç Kullanımı: Tedavi uygulanmadan önce ilaçlar üzerinde etiketleme yaparak sıfır hata ilkesinin uygulanmasıdır. Ayrıca hastanın kullandığı ilaçlar ve uygulanacak ilaçlar arasında karşılaştırma yapılmalıdır.

Hedef 4-Güvenli Alarm Kullanımı: Her türlü alarmı sahip ekipmanların izleminin yapılmasıdır.

Hedef 5-Yanlış Taraf Cerrahisinin Önlenmesi: Cerrahi müdahaleye başlamadan önce olası hataların meydana gelmesini önlemek amacı ile “son kontrol listesi” kullanılmalıdır. Ayrıca ameliyat bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi, malzeme sayımının takibi güvenli uygulama sürecini desteklemektedir.

Hedef 6-Hastane Enfeksiyon Riskinin Azaltılması: Deneyimli bir ekip sayesinde hastane içinde görülen enfeksiyon sürecinin kontrolü sağlanır. Sağlık personelleri arasında el hijyeni, koruyucu ekipman kullanımı takibi düzenli yapılmalıdır.

Hedef 7-Hasta Güvenliği Risklerinin Belirlenmesi: Olası intihar riski izleminin yapılması ve azaltılması amaçlanır (101).

2.5.1.Hasta Güvenliği Kùltürü

Gelişen yüzyılla beraber risk düzeyi yüksek sektörlerde güvenlik kùltürü kavramı ön plana çıkmaya başlamıştır. İnsan sağlığını korumayı ve iyileştirmeyi amaçlayan sağlık organizasyonları da bakım alan kişi ve aileleri üzerindeki uygulama hata ve risklerini en aza indirmeyi hedefleyen hasta güvenliği kùltürünü benimsemektedir (102). Bu kùltürün benimsenmesinde hemşirelerin geliştirdikleri davranış ve tutumlar önem arz etmektedir (103). Etiyopya’da 2020 yılında bir üniversite hastanesinde 386 hemşire ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda hemşirelerin %56,1’inin hasta güvenliği açısından daha olumlu ve gelişime açık bir tutuma sahip olduğu saptanmıştır (104). Ünver ve Yeniğün (2020)’ün cerrahi birimlerde çalışan 207 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise hasta güvenliği konusunda yüksek eğitim donanımı ve bilgi düzeyine sahip hemşirelerin birimlerinde daha olumlu bir tutum geliştirdiği belirtilmiştir (105). Yin ve arkadaşlarının (2023) 446 enfeksiyon birimi hemşiresi ile gerçekleştirdikleri çalışmanın sonucunda ise katılımcıların hasta güvenliği açısından daha olumlu bir tutum benimsemeye çalıştıkları bulunmuştur. İlgili çalışmada çalışma saatleri fazla, eğitim niteliği düşük, performans düzeyi ve mesleki çalışma deneyimi az olan hemşirelerin hasta güvenliği tutumları daha düşük belirlenmiştir (106). Hasta güvenliği kùltürü değişimin sabit kalmasını değil süreklilik kazanmasını esas alır. Bakım sunulan kurum içinde risk oluşturabilecek ve hataya sebebiyet verecek alanlar belirlenerek gerekli iyileşmeler sağlanır (107). Güvenlik kùltürü hasta bakım sonuçları ile bağdaştırılan bir kavramdır. Bu kavramın düzenli aralıklar ile değerlendirilmesi gerekir. Güvenlik kùltürü değerlendirilirken ölçüm yönteminin daha kolay olması için güvenlik iklimi düşünülmesi gereken ilk seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır (108).

2.5.2. Hasta Güvenliği İklimi

Uluslararası sektörler gibi sağlık sektörü de “üstün ve etkin güvenirlilik” kavramının günden güne yaygınlaştığı organizasyonlar arasındadır (109). Güvenlik iklimi, çalışanların hasta güvenliğine karşı fikir birliği beyan etmesidir. Güvenlik kùltürü ve güvenlik iklimi arasındaki fark ele alındığında; güvenlik kùltürü bir kurumdaki genel davranış, değer ve kararların yanı sıra güvenlik içeren uygulamaları savunurken, güvenlik

iklimi ise izleyenlerin algı yönetimini hedef alan süreçtir (110,111).

Sağlık bakım hizmeti sunulan kurumlarda sağlık çalışanları, hasta devir hızındaki artış ve yüksek enfeksiyon prevalansı nedeniyle riskli alanlarda çalışırken güvensizlik duygusu yaşamaktadır. Bu ortamlarda, güvenlik ikliminin oluşumu ve gelişimi için çalışanlar profesyonelliklerini ve iş birliğini kullanarak olası güven sorunlarının aşılmasını hedeflemektedir (109). Sağlık kurumlarında güçlü bir güvenlik ikliminin sağlanması ise yönetici ve yönetim alanı, risk ve güvenlik alanı, raporlama, geri bildirim, ekip çalışması ve güvenlik tutum ve davranışları temel başlıklarının ön plana çıkması ile sağlanmaktadır (112). Literatürde hasta güvenliği tutumu, hasta güvenliği ikliminin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla yapılan çalışmalarda da hasta güvenliği tutumu, hasta güvenliği iklimi ile ilişkilendirilmiştir. Kuzey Kıbrıs'ta 80 hemşire ile yapılan bir çalışmada "güvenlik iklimi" hasta güvenliği tutumunu etkileyen en önemli faktör olarak bulunmuştur (113). Bir kamu hastanesinde 153 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada da "güvenlik iklimi" faktörünün hasta güvenliği tutumunu olumlu yönde etkileyerek, kurum içinde hasta güvenliğini arttırmada önemli bir rol üstlendiği belirtilmiştir (114).

2.5.3. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Hemşireler, sağlık bakım kurumları içerisinde gerek çalışma yoğunluğu gerek diğer meslek gruplarına göre sayısal olarak fazla olmaları nedeniyle kaliteli bakımın her alanında hasta güvenliğinin sağlanmasından sorumludurlar. Kurum içinde tutum ve davranış yolu aracılığı ile hataların sebep olabileceği zararları engellemek ve örgüt kültürü oluşumuna destek olmak hasta güvenliği kültürünün benimsenmesini güçlendirecektir (115-117). Bu bağlamda, hemşireler kurum içinde olumlu hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında çeşitli rollere sahiptir. Hasta ve ailesine güvenli bir ortam oluşturmak ve olası riskler hakkında bilgilendirmek, güven verici ve birey gereksinimlerine hitap eden bir iletişim dili seçmek, davranış kurallarını bütünüyle kavramak ve hemşirelik bakımı sırasında gelişebilecek beklenmedik ve ihlal edilmiş hatalar hakkında bildirim sağlamak bu rollere örnek gösterilebilir (115,118). Ayrıca hemşireler, hasta güvenliği hedefleri ve meydana gelen hata kayıtları aracılığı ile kurum içindeki hasta güvenliği algılarını

istatistiksel oranda gözlemleyebilir ve bu sayede hasta güvenliğini tehdit eden unsurların engellenmesine yardımcı olabilirler (119).

Hemşirelerin hasta güvenliğinde meydana gelebilecek olası hatalara yönelik bilgi ve farkındalıklarının artırılması, var olan performans düzeyi ile olması istenen performans düzeyi arasındaki farkı en aza indirmeyi hedeflemektedir. İlgili personelin çözüme katılımı sağlanarak eğitim olanaklarının geliştirilmesi önem taşımaktadır. Babacan ve arkadaşlarının (2018) üniversite/özel hastane ve kamu hastanelerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada, hemşirelere yönelik düzenlenen eğitimlerin ön test puanlarına göre son test puanları daha yüksek saptanmış ve verilen hasta güvenliği eğitiminin önemli ölçüde hemşirelerin bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırdığı görülmüştür (120). Koç ve arkadaşlarının (2020) JCI standartlarına sahip bir hastanede 145 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda, hemşirelerin yaklaşık dörtte üçünün hasta güvenliği kültürünü benimsemesinde düzenli ve aralıklı eğitimin katkısının önemi belirtilmiştir (118). Bununla beraber, hemşirelerin çalıştıkları alanlara (acil servis, yoğun bakım, yenidoğan birimi gibi) özel geliştirilmiş eğitim programları almaları, alanları ile ilgili hataları bilmelerini sağlayarak hasta güvenliği kültürüne olumlu etki gösterecektir (115).

2.6. Tıbbi Hata Kavramı ve Nedenleri

Tıbbi hata (malpraktis) kelimesi; Latince “male” ve “praxis” kelimelerinin birleşimi ile oluşan “zarar verici, hatalı uygulama” anlamına gelmektedir (121). Alanyazın incelendiğinde tıbbi hata kavramı; sağlık profesyonellerinin, hizmet sunum sürecinde kasıtsız aksama ve kusurlu planlamalar sonucu hasta hayatına etki edici istenmeyen ve önlenmesi mümkün olaylara neden olması olarak ifade edilmektedir (122). Başka bir deyişle tıbbi hata; sağlık bakım hizmeti sırasında bilgi eksikliği, yeterli donanım ve deneyime sahip olamama ve teknolojinin eksik kullanılması sonucu hastaların hastanede kalma süresini uzatarak sağlığına olumsuz etki eden, mortalite oranında artışa neden olan süreç olarak tanımlanır (123,124). Makary ve Daniel’in (2016) çalışmasında; ABD’de tıbbi hataların sebep olduğu ölüm oranını %9,5 olarak bulurken, bu oran tüm ölüm oranları içerisinde üçüncü sırada yer almıştır (125). Ülkemizde tıbbi hatalar konusunda net istatistiksel veri paylaşımı bulunmamakla birlikte, Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)

verilerine göre 2017 yılı içerisinde tıbbi hata kaynaklı 101.841 başvuru yapılmıştır (126).

Gerçekleşen hatalar sonucunda bakım alanlar kadar bakım verici rolde bulunan sağlık profesyonelleri de olumsuz etkilenmektedir. Zaman içerisinde kişiler arasında motivasyonda azalma, anksiyete ve tükenmişlikte artma, bu bağlamda devir hızında da yükselme gözlemlenmektedir (127).

Öte yandan tıbbi bakımın verilmesi sürecinde McNutt ve arkadaşları (2002) tarafından; beşerî, kurumsal ve teknik faktörlerden ötürü meydana gelen hatalar sonucunda hastaların klinik seyrinde birtakım değişimler olduğu açıklanmıştır. Bu faktörlerden kaynaklanan hata nedenleri;

- İnsan faktörü kaynaklı hata nedenleri: Yorgunluk, eğitimde eksiklik, iletişimin etkin kurulamaması, alınan kararlardaki yanlışlıklar şeklindedir.
- Kurumsal faktör kaynaklı hata nedenleri: liderlik, personelin yanlış planlanması, çalışma ortamının fiziksel yapısı, politikalar, idari/finansal yapılar şeklindedir.
- Teknik faktör kaynaklı hata nedenleri: Cihazların eksik ve yetersiz olması, teknolojik ve yazılımsal sistemlerin eksikliği şeklinde ifade edilmiştir (128).

Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016 yılı verileri; vardiyalı sistem ile çalışma, meslekte acemilik, bakım verilen hasta sayısının fazla olması ve mesleki eğitim yetersizliği sonucunda hasta güvenliği konusunda en sık hataya neden olan sağlık profesyonellerinin hemşireler olduğu belirtilmiştir (127). Bir devlet hastanesinde 362 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada, tıbbi hataya yönelik en büyük tehditlerin mesai saatlerinin fazla olması, çalışılan birim ve iş akışındaki yoğunluğa ek olarak personelin eğitim düzeyindeki farklılıklar olduğu belirlenmiştir (129).

Sağlık sistemi içerisinde hemşirelerin en sık yaptığı hatalar; ilaç uygulamaları, yanlış taraf cerrahisi, yanlış kan transfüzyonu, bası yaraları, düşme, hastane enfeksiyonu ve malzemeye bağlı hatalar olarak gözlemlenmektedir (130). Üniversite ve devlete bağlı farklı iki hastanede 434 hemşire ile yapılan çalışma sonucunda hemşirelerin yaptığı tıbbi hata oranı %5,8 olarak bulunmuştur (131). Kandemir ve Yüksel (2020)'in 181 hemşire ile bir kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada son bir yıl içerisinde yapılan tıbbi

hata oranı %13,8 bulunurken, çalışma ortamında en sık rastlanan hata türünün ise ilaç hatası olduğu belirtilmiştir (132).

2.6.1. İlaç Hataları

ABD’de bulunan “İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi” (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention -NCCMERP) ilaç hatalarını; bakım alan kişinin uygun olmayan ilaçların etkisi sonucu yaşadığı kayıp, olumsuz sonuç ve önlenabilir olay olarak tanımlar (133). Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International- JCI) 2018 raporunda gönüllü ve akredite kurumlarda en sık görülen hatanın ilaç hatası olduğu bildirilmiştir (134). İlaç hatalarının oluşturduğu hasarlar hastanın sağlık kurumuna başvurusundan taburculuk sonrasına kadar devam edebilmektedir. Kuruma ilk başvuran kişinin; kimlik bilgisi, vücut ölçüleri, besin ve ilaç alerji bilgilerinin eksik kaydedilmesi ilk adımda oluşan hatalardır. Sağlık çalışanlarının; sözel ilaç talepleri, enjeksiyon hataları, yanlış ilaç dozu ve uygulamaları, uygunsuz tekniklerle ilaç hazırlamaları, yetersiz eğitime sahip olmaları ve iletişim konusundaki kusurları diğer hatalardır (135). Ayrıca çalışma ortamı şartlarının karmaşık olması çalışanlarda dikkat eksikliğine sebep olurken, ilaç etiketleme ve ilaç dökümantasyon sürecine olumsuz yansiyarak hataların artmasına neden olmaktadır (134). Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları ve İlaç Güvenliği Rehberi 2015 raporuna göre; ilaç hataları tıbbi kaynaklı hatalar arasında %18-20’iken, hasta gereksinimine göre belirlenen hekim orderları ve uygulama konusunda yetkinliğe sahip hemşirelerin yaptığı ilaç uygulama hataları raporlarda kayda geçmiş karşılaşılan ciddi hatalardır (122,136). ABD’de beş akut bakım hastanesine ait 1273 ilaç hatasının analizi sonucu, hemşirelerin %84,7 gibi oldukça yüksek bir ortalama ile ilaç uygulaması esnasında hataya neden olduğu saptanmıştır. (137). Tsegaye ve arkadaşlarının (2020) 414 hemşire ile 5 hastanenin tüm birimlerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, son bir yıl içinde hemşirelerin %57,7’sinin ilaç uygulama hatasına yol açtığı, %30,4’ünün ise üç defadan fazla ilaç uygulama hatası yaptığı belirtilmiştir (138). Aygin ve arkadaşlarının (2020) 67 hemşire ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, hemşirelerin %13,4’ünün çalışma hayatları boyunca en az bir ve birden fazla ilaç uygulama hatası yaptıkları saptanmıştır (139).

Etiyopya’da 298 hemşire ile gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada ise ilaç uygulama hata oranı %68,1 ile yüksek bulunurken, en dikkat çeken hata sebebinin hemşirelerin zamanlarını organize edememesi sonucu uygulama saatlerindeki farklılıktan kaynaklandığı belirtilmiştir (140).

2.6.2. İlaç Hatalarının Raporlanması ve Yönetimi

Sağlık kurumlarında tıbbi uygulamalardaki süreçler ilerleme gösterirken, insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen tıbbi hatalara da sıklıkla rastlanmaktadır. Oluşan hataların tekrar etmesini önlemek için çalışan ve risk kaynaklı takipleri tek seferde kontrol etmek oldukça güç bir süreçtir. Bu sebeple hasta güvenliği gelişimine olumlu katkıda bulunan ve çözüm desteği sunan olay rapor sistemlerinin sağlık bakım hizmetlerinde öncü olduğu izlenmektedir (117). Ayrıca kurum yöneticileri ve kalite birimleri de olumlu raporlama kültürünün oluşması için riskli durum analizlerinde rehber görevi üstlenmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında sağlık kurumlarında kişi ve sistem bazlı ilaç hatalarının raporlama sistemi doğrultusunda bildirimi oldukça önemlidir (141).

İlaç hatalarının rapor edilmesi sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaşılan hatalı ve riskli durumların belirlenmesinde oldukça önemlidir. Genellikle uygulama esnasında ortaya çıkan ilaç hatalarının bildiriminin yapılma sorumluluğu hemşirelere aittir. Güvenlik raporlama sisteminin kullanım sıklığı o kurumda çalışan kişilerin ilaç hataları bildirim konusundaki hassasiyeti hakkında bilgi verebilir. Sağlık çalışanlarının ilaç hatalarını bildirmekten kaçınmasının sebebi yasal işlemlerden korkmak, utanmak ve yargılanmak olabilir. Bu sorunların önüne geçebilmek için sağlık çalışanları birlikte fikir alışverişi yaparak eksiklerini konuşabilmeli ve hatalı davranışların yerine yapılması gereken doğru uygulamaları koyabilmelidir (21). Wang ve arkadaşları tarafından Çin’de 17.582 acil servis hemşiresinin katılımı ile gerçekleştirilen kesitsel çalışmada, son üç ay içinde bildirilen tıbbi hata oranının %25,8 olduğu belirtilmiştir (142). Ta’an ve arkadaşlarının Ürdün’de 301 hemşire ile gerçekleştirdikleri kesitsel bir çalışmada ise, katılımcıların %97’si tıbbi hataların hasta bakımını tehdit eden ciddi bir sorun olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, hemşirelerin %50’si yazılı bir şekilde raporlama yaptığını ve raporlama önündeki en önemli engellerinin bilgi eksikliği, suçlanma korkusu ve iş yoğunluğu olduğunu belirtmişlerdir (143). Öte yandan Nijerya’da

katılımcıların hekim ve hemşire olduğu 230 kişi ile yapılan bir çalışmada ise bakım sürecinin her aşamasında karşılaşılan ancak raporlanma konusunda sorun yaşanan birincil sorunun ilaç hatası olduğu bulunmuştur. Sağlık alışanlarının raporlama konusundaki en büyük engelinin ise tepe yönetimin kullanabileceği suçlama politikası olduğu bildirilmiştir (144).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; tanımlayıcı, ilişki arayıcı tasarımda ve kesitsel olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bulunduğu bölge nüfusu açısından yoğun olan hastanenin yatak kapasitesi 517'dir. Araştırma için bu hastanenin seçilme nedeni, bulunduğu bölge nüfusunun büyük bir bölümüne hizmet sunması, yatak kapasitesi ve dolayısı ile hemşire sayısının fazla olmasıdır. Ayrıca kurumda Güvenli Raporlama Sistemi (GRS) ve hastaneye ait olay bildirim sistemi bulunmakta ve işletilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 540 hemşire oluşturmuştur. Anketlere 194 hemşire yanıt vermiş, ancak anketlerin %81,4'ünü dolduranlar (n=158) örnekleme dahil edilmiştir. Dahil edilen hemşireler üzerinden örnekleme ulaşılabilirlik oranı %29,2 olarak bulunmuştur.

3.4. Örneklem Özellikleri

Örnekleme dahil edilme ve dışlama kriterleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Örneklem Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
➤ Bir (1) yıldır aktif hemşire olarak çalışıyor olmak	➤ Çalışma süresi bir (1) yıldan az olmak
➤ Çalışmaya gönüllü olarak katılması	➤ Anket verilerini eksik doldurmak

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; “hemşirelerin hasta güvenliği tutumu” ve “ilaç hatalarını bildirmeme nedeni” iken, bağımsız değişken ise “sosyodemografik ve çalışma özellikleri” ve “hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları” olarak belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla “Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Formu”, “Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği”, “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” ve “İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği” kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Formu (Ek-1)

Form hemşirelere ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki yıl süresi, çalışılan birim, birimde çalışma yılı, görevi, yönetici ise çalışma yılı ve liderlik hakkında eğitim alma durumu, hasta güvenliği ve ilaç uygulamaları hakkında eğitim alma durumunu içermektedir.

3.6.2. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği (Ek-2)

Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği, Ekinci tarafından 2015 yılında okul müdürlerinin hizmetkâr liderlik davranışlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Bu çalışmada ölçek, madde bazında geliştiren yazardan onay alınarak klinik hemşirelerinin yönetici davranışlarını belirlemek amacı ile kullanılmıştır. Ölçeğin maddeleri ve kapsamının genel olması nedeni ile ölçek sahibi ile görüşme yapılmış ve sonucunda sağlık alanında da kullanılabileceğine karar verilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada ölçek, klinik hemşirelerinin yönetici davranışlarını belirlemek amacı ile kullanılmıştır. Ölçek, 36 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; özgecil davranışlar (9 madde), empati (9 madde), adalet (8 madde), dürüstlük (7 madde) ve alçak gönüllülük (3 madde)’tür. Beşli likert tipindeki ölçek her bir madde için “Her Zaman-5”, “Çoğu Zaman-4”, “Bazen-3”, “Nadiren-2” ve “Hiçbir Zaman-1” şeklinde görüş bildirmeleri istenmiş ve puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 36 iken, en yüksek puan 180 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin geliştirildiği makalede yazar, ölçek puanının yorumlanmasına dair herhangi bir kesme noktası ya da puan gruplandırması yapmamıştır. Bu

nedenle ölçeğin yorumlanmasında, orta nokta kullanılmış ve orta nokta üzerindeki puanlar hizmetkar liderlik davranışı gösterildiği yönünde değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları sırası ile 0,94, 0,93, 0,90, 0,90 ve 0,75 olarak bulunmuştur (145). Bu çalışmadaki Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları sırası aynı sıra ile 0,95, 0,95, 0,93, 0,95 ve 0,82 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)	
	Ekinci (2015)	Mevcut Çalışma (2023)
Özgecil davranışlar (9 madde)	0,94	0,95
Empati (9 madde)	0,93	0,95
Adalet (8 madde)	0,90	0,93
Dürüstlük (7 madde)	0,90	0,95
Alçak gönüllülük (3 madde)	0,74	0,82
Ölçek toplam (36 madde)	-	0,98

3.6.3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (Ek-3)

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (The Safety Attitudes Questionnaire – SAQ), Sexton ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiş ve Baykal, Şahin ve Altuntaş tarafından 2010’da Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 46 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar, iş doyumu (11 madde), ekip çalışması (12 madde), güvenlik iklimi (5 madde), yönetim anlayışı (7 madde), stresi tanımlama (5 madde) ve çalışma koşulları (6 madde) şeklindedir. Beşli Likert tipindeki bu ölçekte her bir maddede belirtilen ifade; (1) “Kesinlikle katılmıyorum”, (2) “Katılmıyorum”, (3) “Kısmen Katılıyorum”, (4) “Katılıyorum” ve (5) “Tamamen katılıyorum” biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46 iken en yüksek puan 230 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçek; klinik hemşirelerinin hasta güvenliği tutumlarını belirlemek için kullanılmıştır ve ölçeğin geliştirildiği makalede yazar ölçek puanının

yorumlanmasına dair herhangi bir kesme noktası ya da puan gruplandırması yapmamıştır. Bu nedenle ölçeğin yorumlanmasında orta nokta kullanılmış ve alınan orta nokta puanının hasta güvenliği tutumunu gösterdiği belirtilmiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasında alt boyut güvenirlik analizi yapılmamış, ancak toplam Cronbach alfa değeri 0.90 bulunmuştur (146). Uyarlama çalışmasındaki alt boyut Cronbach alfa değerleri ve toplam Cronbach alfa değeri sırası ile 0.85, 0.86, 0.83, 0.77, 0.74, 0.72 ve 0.93 olarak bulunmuştur (147). Yapılan bu çalışmada alt boyut Cronbach alfa değerleri ve toplam Cronbach alfa değeri sırası ile 0,93, 0.90, 0,90, 0,88, 0,79, 0,79 ve 0,94 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)		
	Sexton ve ark. (2006)	Baykal, Şahin, & Altuntaş, (2010)	Mevcut Çalışma (2023)
İş doyumu (11 madde)	-	0,85	0,93
Ekip çalışması (12 madde)	-	0,86	0,90
Güvenlik iklimi (5 madde)	-	0,83	0,90
Yönetim anlayışı (7 madde)	-	0,77	0,88
Stresi tanımlama (5madde)	-	0,74	0,79
Çalışma koşulları (6 madde)	-	0,72	0,79
Ölçek toplam (46 madde)	0,90	0,93	0,94

3.6.4. İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği (Ek-4)

Bu ölçek, Arat'ın 2016'da geliştirdiği İlaç Uygulama Hatası Ölçeği'nin bir bölümüdür. İlaç Uygulama Hatası Ölçeği, hemşirelerin ilaç hatalarının nedenleri, hata bildirimini ve hata oranlarına yönelik algılarını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Bölümler ayrı olarak kullanılabildiği için bu çalışmada hedef olarak sadece ilaç hatalarının bildirilmeme bölümü ele alınmıştır. Bu bölüm 16 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. “Kesinlikle katılmıyorum” (1) ile “Kesinlikle katılıyorum” (6) şeklinde altılı likert tipinde puanlanmaktadır. Katılımcılar her soru için 1 ve 6 puan arasında değerlendirme

yapmaktadır. En düşük ilaç uygulama hatası puanı 16 iken, en yüksek puan değeri 96'dır. Ölçeğin geliştirildiği makalede yazar ölçek puanının yorumlanmasına dair herhangi bir kesme noktası ya da puan gruplandırması yapmamıştır. Bu nedenle ölçeğin yorumlanmasında orta nokta kullanılmış ve alınan orta nokta puanının ilaç hatası bildirmeme nedenini gösterdiği belirtilmiştir. İlaç Hatası Bildirmeme Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (148). Yapılan çalışmada ise 0,92 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra altı ay boyunca (Aralık 2021-Haziran 2022) haftada iki ya da üç gün olacak şekilde kliniklere gidilmiştir. Örneklem alınacak hemşirelere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gün içerisinde veya birkaç gün içinde alınmak üzere kapalı zarf içinde veri formları dağıtılmıştır. Oluşabilecek veri kayıplarının önüne geçmek için her birime beşer form fazladan dağıtılmıştır.

3.8. Araştırma Planı

Araştırmanın başlangıcından tamamlanıncaya kadar olan zaman planlaması ve yapılan uygulamalar Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Araştırma Planı

Haziran- Kasım 2021	Literatür tarama Tez önerisi hazırlama Tez önerisi sunumu ve kabulü
Ekim- Kasım 2021	Etik kurul onayı
Kasım- Aralık 2021	Kurum izni alınması
Aralık 2021- Haziran 2022	Veri toplama süreci
Ocak- Şubat 2023	Verilerin analizi
Nisan 2022- Mayıs 2023	Rapor hazırlama süreci
Haziran 2023	Yüksek lisans tez savunma sınavı

3.9. Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS 25,0 programı (Statistical Package for Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri tanımlayıcı analizler (yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma) ile değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik değeri için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğu diklik (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) değerleri kullanılarak test edilmiştir. Ölçeklerin toplam puanlar ile Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sosyodemografik değişkenler (eğitim durumu, çalışma birimi, meslekte çalışma yılı, birimde çalışma yılı) ve Hizmetkar Liderlik Ölçeği toplam puanının Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği ve İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği toplam puanını yordama düzeyi gerçekleştirilen birbirinden ayrı Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri (Enter Method) ile değerlendirilmiştir. Hizmetkar Liderlik Ölçeği toplam puanının Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği ve İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği toplam puanını yordama düzeyi gerçekleştirilen birbirinden ayrı Basit Doğrusal Regresyon Analizleri ile değerlendirilmiştir. Modelde her bir kategorik bağımsız değişkenin seçilen bir grubu referans olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu için lisans grubu; çalışma birimi için Dahiliye grubu referans olarak alınmıştır. Durbin-Watson istatistiği incelendiğinde, modelde herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı belirlenmiştir ($DW < 2,5$). Verilerin değerlendirilmesinde hata (yanılma) payı 0,05 olarak alınmıştır ($p < 0,05$). Çalışmanın gücü Hizmetkar Liderlik Ölçeği toplam puanının Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği toplam puanını yordama düzeyinin incelendiği Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları kullanılarak G*Power 3.1.9.6 programı ile hesaplanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Güç Analizi Sonucu

F tests – Linear multiple regression: Fixed model, R ² deviation from zero		
Analysis:	Post hoc: Compute achieved power	
Input:	Effect size f	= 0,3458950
	α err prob	= 0,05
	Total sample size	= 158
	Number of predictors	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 54,6514100
	Critical F	= 3,9017607
	Numerator df	= 1
	Denominator df	= 156
	Power (1- β err prob)	= 1,0000000

Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanının Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği toplam puanını yordama düzeyinin incelendiği basit doğrusal regresyon analizi sonuçları kullanılarak deneysel (post hoc) güç analizleri gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizi sonucunda hesaplanan r^2 değeri kullanılarak etki değeri (effect size f) 0,345 olarak hesaplanmıştır. Buna göre etki büyüklüğü (0,345), toplam örneklem sayısı (158), anlamlılık seviyesi (α = 0,05) ve yordayıcı değişken sayısı (1) değişkenleri kullanılarak gerçekleştirilen post hoc güç analizi sonucunda araştırmanın gücü (1- β) %99 olarak hesaplanmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sadece bir üniversite eğitim araştırma hastanesinde yapılması sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılıktır. Veri toplama aracına verilen yanıtlar katılım gösteren hemşirelerin kendi algıları doğrultusunda verdikleri yanıtlar sonucunda yanlılığa sebep olabilecek diğer bir sınırlılıktır.

3.11. Etik Kurul Onayı

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin Ekinci (Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği-EK 2), Baykal (Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği-EK 3) ve Arat'dan (İlaç Hatası

Bildirmeme Nedenleri Ölçeği-EK 4), araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü ve İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-7).

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Karar no: 2022/26-15 Tarih: 17/08/2022) (EK-8). Hemşirelere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılarak onam alınmıştır (EK-5).



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma verilerinin analizlerinden elde edilen bulgular üç başlıkta sunulmuştur.

1. Hemşirelerin sosyodemografik çalışma özelliklerine ve ölçeklere ait bulgular
2. Hizmetkar liderlik davranış ölçeği, ilaç hatası bildirmeme nedenleri ölçeği, hasta güvenliği tutum ölçeği ve alt boyut toplam puanları arasındaki ilişki
3. Sosyodemografik çalışma özellikleri, hizmetkar liderlik davranış ölçeği, hasta güvenliği tutum ölçeği ve ilaç hatası bildirmeme nedenlerini yordama düzeyi

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Çalışma Özelliklerine ve Ölçeklere Ait Bulgular

Tablo 7. Hemşirelerin Sosyodemografik Çalışma Özelliklerine Ait Bulgular

Sosyodemografik Çalışma Özellikleri	Ortalama $\pm$ SS	En Düşük	En Yüksek
Yaş	36,90 $\pm$ 8,22	22	63
Meslekte Çalışma Yılı	13,92 $\pm$ 8,79	1	41
Birimde Çalışma Yılı	3,07 $\pm$ 3,51	1	18
		n	%
Cinsiyet	Erkek	8	5,1
	Kadın	150	94,9
Eğitim Durumu	Lise – Önlisans	21	13,3
	Lisans	119	75,3
	Lisansüstü	18	11,4
Çalışılan Birim	Dahili birimler	67	42,4
	Cerrahi birimler	47	29,7
	Yoğun bakımlar	26	16,5
	Acil servis	18	11,4
Liderlik Eğitimi Alma Durumu	Evet	35	22,2
	Hayır	123	77,8
Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu	Evet	152	96,2
	Hayır	6	3,8
İlaç Uygulamaları Eğitimi Alma Durumu	Evet	155	98,1
	Hayır	3	1,9

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde; hemşirelerin yaş ortalaması $36,90 \pm 8,22$, çalışma yılı ortalaması $13,92 \pm 8,79$ ve birimde çalışma yılı ortalaması $3,07 \pm 3,51$ 'dir. Hemşirelerin %94,9'u kadın, %75,3'ü lisans mezunudur. Hemşirelerin %42,4'ü dahili birimlerde, %29,7'si cerrahi birimlerde, %16,5'i yoğun bakımlarda ve %11,4'ü de acilde çalışmaktadır. Liderlik eğitimi alanların oranı %22,2 iken hasta güvenliği eğitimi alanların oranı %96,2 ve ilaç uygulamaları eğitimi alanların oranı %98,1'dir (Tablo 7).

Tablo 8. Hizmetkar Liderlik Davranışı, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeklerinin Normallik Testi Sonuçları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Skewness	Kurtosis
Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	-0,481	-0,152
İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği	0,090	-0,029
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	0,370	0,337
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları		
İş Doyumu	-0,029	0,662
Ekip Çalışması	0,030	-0,241
Güvenlik İklimi	-0,221	0,679
Yönetim Anlayışı	0,342	-0,671
Stresi Tanımlama	0,207	0,629
Çalışma Koşulları	0,286	-0,237

Araştırmada kullanılan ölçeklerin toplam puan ortalamalarının normal dağılıma uyup uymadıkları diklik (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) değerleri hesaplanarak değerlendirilmiştir. Hesaplama sonucunda, araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının diklik ve çarpıklık değerlerinin kabul edilebilir aralıkta (+2 ile -2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Hizmetkar Liderlik Davranışı, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort.	SS	En Düşük	En Yüksek
Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	131,24	30,86	40,00	180,00
İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği	51,81	14,75	16,00	91,00
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	155,36	24,65	87,00	224,00
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları				
İş Doyumu	34,32	9,04	11,00	55,00
Ekip Çalışması	42,33	8,03	19,00	59,00
Güvenlik İklimi	18,20	3,53	5,00	25,00
Yönetim Anlayışı	24,79	5,01	15,00	35,00
Stresi Tanımlama	14,74	3,60	5,00	25,00
Çalışma Koşulları	20,96	4,18	9,00	30,00

Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği puan ortalaması $131,24 \pm 30,86$, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği puan ortalaması $51,81 \pm 14,75$ ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puan ortalaması $155,36 \pm 24,65$ idi (Tablo 9). Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği genel puan ortalaması orta düzeyden yüksek, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği genel puan ortalamaları ise orta düzeyde bulunmuştur. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin iş doyumu alt boyutu puan ortalaması $34,32 \pm 9,04$, ekip çalışması alt boyutu puan ortalaması $42,33 \pm 8,03$, güvenlik iklimi alt boyutu puan ortalaması $18,20 \pm 3,53$, yönetim anlayışı alt boyutu puan ortalaması $24,79 \pm 5,01$, stresi tanımlama alt boyutu puan ortalaması $14,74 \pm 3,60$, çalışma koşulları alt boyutu puan ortalaması $20,96 \pm 4,18$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 10. İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği Madde Puan Ortalamaları

Maddeler	Ort.	SS
Hemşireler; hastanenin, ilaç hatası tanımı ile aynı fikirde değildirlir	2,72	1,28
Hemşireler ilaç uygulaması sonrasında bir hatanın olduğunu fark etmiyorlar	2,48	1,30
İlaç hatası oluştuğunda, olay rapor formunu doldurmak çok zaman almaktadır	3,31	1,39
İlaç hatası ile ilgili, hekimle iletişime geçmek çok zaman almaktadır	3,05	1,41
İlaç hatasının açıkça bir tanımı yoktur	2,86	1,32
Hemşireler; hatanın, rapor edilecek kadar önemli olduğunu düşünmeyebiliyorlar	2,80	1,39
Hemşireler, ilaç hatası yaparlarsa, diğer hemşireler tarafından yetersiz olarak algılanacaklarına inanıyorlar	2,96	1,30
İlaç hatası rapor edilirse hasta veya ailesi hemşireye karşı negatif bir tutum sergileyebilir veya hemşireyi dava edebilir	3,75	1,42
İlaçların, tamamiyle orderdaki gibi verilmesi beklentisi, gerçekçi değildir.	2,93	1,38
Hemşireler; ilaç hatası nedeniyle, hekimlerin onları kınayacaklarından korkuyorlar	3,04	1,36
Hemşireler, ilaç hatalarını bildirmenin olumsuz sonuçlarından korkarlar	3,27	1,43
Hemşirelik yönetimi tarafından ilaç hatasına verilen tepkiler, ilaç hatasının ciddiyeti ile eşleşmemektedir	3,12	1,32
İlaç hatasının bir sonucu olarak hastaya bir şey olursa hemşire suçlanabiliyor	3,83	1,38
Doğru ilaç uygulamalarından sonra hiç pozitif geribildirim verilmemektedir	3,76	1,40
Kaliteli hemşirelik bakımı sağlamanın bir ölçütü olarak, ilaç hatalarına çok fazla önem verilmektedir	3,85	1,29
İlaç hataları olduğunda; hemşirelik yönetimi, hatanın olası nedeni olarak sistemden ziyade bireye odaklanmaktadır	3,60	1,32

İlaç Hataları Bildirmeme Nedenleri Ölçeği'nde en yüksek puan ortalamasına sahip ilk üç madde sırası ile “kaliteli hemşirelik bakımı sağlamanın bir ölçütü olarak, ilaç hatalarına çok fazla önem verilmesi”, “ilaç hatasının bir sonucu olarak hastaya bir şey olursa hemşire suçlanabiliyor” ve “doğru ilaç uygulamalarından sonra hiç pozitif geribildirim verilmemektedir” maddeleridir. En düşük puan ortalamasına sahip üç madde ise “hemşireler ilaç uygulaması sonrasında bir hatanın olduğunu fark etmiyorlar”, “hemşireler hastanenin ilaç hatası tanımı ile aynı fikirde değildirler” ve hemşireler hatanın rapor edilecek kadar önemli olduğunu düşünmeyebiliyorlar maddeleri olarak bulunmuştur (Tablo 10).

4.2. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 11. Ölçekler ve Alt Boyutların Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Alt Boyutlar		1	2	3
1. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	r	1	-0,066	0,507
	p		0,408	0,000*
2. İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği	r		1	-0,316
	p			0,000*
3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	r			1
	p			

r = korelasyon katsayısı *p<0,05

Korelasyon analizi sonucuna göre Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği ile İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde, pozitif yönde doğrusal korelasyon saptanmıştır ($p < 0,001$). Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin "İş Doyumu", "Ekip Çalışması", "Güvenlik İklimi", "Yönetim Anlayışı", "Çalışma Koşulları" alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde düşük–orta düzeyde korelasyon saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 11).

4.3. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri, Hizmetkar Liderlik Davranış, Hasta Güvenliği Tutumu ve İlaç Hatası Bildirmeme Nedenlerinin Yordama Düzeyi

Tablo 12. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ve Hizmetkar Liderlik Davranışlarının Hasta Güvenliği Tutumunu Yordama Düzeyi

Bağımsız Değişkenler	β	S.H.	St. B	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	117,599	8,500		13,835	<0,001*	100,803	135,395
Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	0,356	0,058	0,446	6,152	<0,001*	0,242	0,471
Meslekte Çalışma Yılı	-0,552	0,213	-0,197	-2,590	0,011*	-0,973	-0,131
Birimde Çalışma Yılı	-0,181	0,571	-0,026	-0,317	0,752	-1,309	0,947
Eğitim Durumu – Lisans altı	-4,790	0,153	-0,066	-0,929	0,354	-14,973	5,394
Eğitim Durumu – Lisans üstü	-2,179	0,329	-0,028	-0,409	0,683	-12,709	8,350
Çalışma Birimi – Cerrahi birimler	4,509	0,094	0,084	1,101	0,273	-3,582	12,600
Çalışma Birimi – Yoğun bakımlar	-3,377	0,326	-0,051	-0,634	0,527	-13,901	7,146
Çalışma Birimi – Acil servis	-5,746	0,604	-0,074	-1,025	0,307	-16,819	5,327
Durbin-Watson =1,690	F=9,172 ve p<0,001*				R ² =0,330 ve D. R ² =0,294		

*p<0,001, S.H.: Standart Hata, St.: Standartlaştırılmış, D.: Düzeltilmiş

Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile Hizmetkar Liderlik Davranışlarının, Hasta Güvenliği Tutumları üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. Her bir kategorik bağımsız değişkenin seçilen bir grubu referans olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu için lisans grubu; çalışma birimi için Dahiliye grubu referans olarak alınmıştır.

Analizler sonucunda Hizmetkar Liderlik Davranışı ve meslekte çalışma yılı değişkenlerinin Hasta Güvenliği Tutumunu yordadığı görülmüştür (p<0,05). Model

anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmış ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=9,172$ ve $p<0,001$). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %29,4'tür. Durbin-Watson istatistiği incelendiğinde modelde herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı belirlenmiştir ($DW<2,5$).

Modelde hiçbir değişkenin etkisi olmadığında Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 117,599 olması beklenmektedir. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanı için regresyon katsayısı 0,356 olarak hesaplanmış ve yordama düzeyinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeğinde bir puanlık artış olduğunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 0,356 puan artmaktadır. Meslekte çalışma yılı için regresyon katsayısı -0,552 olarak bulunmuş ve yordama düzeyinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kişilerin meslekte çalışma yılında bir yıl artış olduğunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 0,552 puan azalmaktadır.

Tablo 13. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile Hizmetkar Liderlik Davranışının Hasta Güvenliği Tutumunu Yordama Düzeyi (Meslekte Çalışma Yılı Çıkarılmış Model)

Bağımsız Değişkenler	β	S.H.	S. β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	112,015	8,377		13,372	<0,000*	95,464	128,567
Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	0,357	0,059	0,447	6,053	<0,001*	0,241	0,474
Birimde Çalışma Yılı	-0,749	0,537	-0,107	-1,395	0,165	-1,810	0,312
Eğitim Durumu – Lisans altı	-8,381	5,057	-0,116	-1,657	0,100	-18,373	1,611
Eğitim Durumu – Lisans üstü	-2,917	5,421	-0,038	-0,538	0,591	-13,629	7,795
Çalışma Birimi – Cerrahi birimler	4,423	4,172	0,082	1,060	0,291	-3,819	12,666
Çalışma Birimi – Yoğun bakımlar	-1,644	5,383	-0,025	-0,305	0,760	-12,281	8,992
Çalışma Birimi – Acil servis	-7,215	5,680	-0,093	-1,270	0,206	-18,439	4,008
Durbin-Watson =1,721	F=9,175 ve p<0,001*				R ² =0,300 ve D. R ² =0,267		

*p<0,001, S.H.: Standart Hata, St.: Standartlaştırılmış, D.: Düzeltilmiş

Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile birimde çalışma süresi ve Hizmetkarlık Liderlik Davranışlarının Hasta Güvenliği Tutumu üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Her bir kategorik bağımsız değişkeninin seçilen bir grubu referans olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu için lisans grubu; çalışma biri için Dahiliye grubu referans olarak alınmıştır.

Analizler sonucunda Hizmetkar Liderlik Davranışının Hasta Güvenliği Tutumunu yordadığı bulunmuştur (p<0,05). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmış

ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=9,175$ ve $p<0,001$). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %26,7'dir. Durbin-Watson istatistiği incelendiğinde modelde herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı belirlenmiştir ($DW<2,5$).

Modelde hiçbir değişkenin etkisi olmadığında Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 112,015 olması beklenmektedir. Hizmetkarlık Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanı için regresyon katsayısı 0,357 olarak hesaplanmış ve yordama düzeyinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hizmetkarlık Liderlik Davranış Ölçeğinde bir puanlık artış olduğunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 0,357 puan artmaktadır.

Tablo 14. Sosyodemografik ve Çalışma Özelliklerinin Hasta Güvenliği Tutumunu Yordama Düzeyi

Bağımsız Değişkenler	β	S.H.	S. β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	165,074	3,976		41,518	<0,001*	157,218	172,931
Meslekte Çalışma Yılı	-0,560	0,238	-0,200	-2,352	0,020*	-1,030	0,090
Birimde Çalışma Yılı	-0,787	0,627	-0,112	-1,254	0,212	-2,027	0,453
Eğitim Durumu – Lisans altı	-4,708	0,752	-0,065	-0,819	0,414	-16,073	6,656
Eğitim Durumu – Lisans üstü	-6,501	5,895	-0,084	-1,103	0,272	-18,149	5,148
Çalışma Birimi – Cerrahi birimler	10,143	0,454	0,189	2,277	0,024*	1,134	18,944
Çalışma Birimi – Yoğun bakımlar	0,591	0,900	0,009	0,100	0,920	-11,067	12,249
Çalışma Birimi – Acil servis	-10,909	0,184	-0,141	-1,764	0,080	-23,127	1,310
Durbin-Watson =1,612	F=4,075 ve $p<0,001$ *				$R^2=0,160$ ve D. $R^2=0,121$		

* $p<0,001$, S.H.: Standart Hata, St.: Standartlaştırılmış, D.: Düzeltilmiş

Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile birimde çalışma sürelerinin Hasta Güvenliği Tutumu üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Her bir kategorik bağımsız değişkeninin seçilen bir grubu referans olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu için lisans grubu; çalışma biri için Dahiliye grubu referans olarak alınmıştır.

Analizler sonucunda meslekte çalışma süresinin ve çalışma birimi-Cerrahi birimler değişkenlerinin Hasta Güvenliği Tutum ölçeği toplam puanını yordadığı bulunmuştur ($p<0,05$). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmış ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=4,075$ ve $p<0,001$). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %12,1'dir. Durbin-Watson istatistiği incelendiğinde modelde herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı tespit edilmiştir ($DW<2,5$).

Modelde hiçbir değişkenin etkisi olmadığında Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 165,074 olması beklenmektedir. Meslekte çalışma yılı için regresyon katsayısı-0,560 olarak bulunmuş ve yordama düzeyinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kişilerin meslekte çalışma süresinde bir yıl artış olduğunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 0,560 puan azalmaktadır. Çalışma birimi – Cerrahi birimler için regresyon katsayısı 10,143 olarak hesaplanmış ve yordama düzeyinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Cerrahi birimlerde çalışan kişilerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması Dahili birimlerde çalışan kişilere göre 10,143 puan fazladır.

Tablo 15. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile Hizmetkar Liderlik Davranışının İlaç Hatası Bildirmeme Nedenlerini Yordama Düzeyi

Bağımsız Değişkenler	β	S.H.	S. β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	50,916	0,100		8,346	<0,001*	38,862	62,971
Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	-0,008	0,042	-0,017	-0,200	0,841	-0,090	0,074
Meslekte Çalışma Yılı	0,186	0,153	0,111	1,219	0,225	-0,116	0,489
Birimde Çalışma Yılı	-0,051	0,410	-0,012	-0,125	0,901	-0,860	0,758
Eğitim Durumu – Lisans altı	1,932	0,699	0,045	0,522	0,602	-5,376	9,241
Eğitim Durumu – Lisans üstü	2,055	0,824	0,044	0,537	0,592	-5,502	9,612
Çalışma Birimi – Cerrahi birimler	-2,883	0,939	-0,090	-0,981	0,328	-8,690	2,923
Çalışma Birimi – Yoğun bakımlar	-2,551	0,822	-0,064	-0,667	0,506	-10,104	5,002
Çalışma Birimi – Acil servis	2,989	0,022	0,065	0,743	0,458	-4,958	10,937
Durbin-Watson =1,811	F=0,708 ve p=0,684				R ² =0,037 ve D. R ² =-0,015		

*p<0,001, S.H.: Standart Hata, St.: Standartlaştırılmış, D.: Düzeltilmiş

Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri toplam puanlarının İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği toplam puan ortalamaları üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Her bir kategorik bağımsız değişkeninin seçilen bir grubu referans olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu için lisans grubu; çalışma biri için Dahiliye grubu referans olarak alınmıştır. Analizler sonucunda herhangi bir değişkenin İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği toplam puanını yordamadığı görülmüştür (p>0,05). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmış ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olmadığı görülmüştür (F=0,708 ve p>0,05).

Tablo 16. Hizmetkar Liderlik Davranışının Hasta Güvenliği Tutumunu Yordama Düzeyi

Bağımsız Değişkenler	β	S.H.	S. β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	102,247	0,434		13,755	<0,001*	87,563	116,931
Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	0,405	0,055	0,507	7,340	<0,001*	0,296	0,514
Durbin-Watson =1,622	F=53,869 ve p<0,001*				R ² =0,257 ve D. R ² =0,252		

*p<0,001, S.H.: Standart Hata, St.: Standartlaştırılmış, D.: Düzeltilmiş

Hemşirelerin Hizmetkar Liderlik Davranışının Hasta Güvenliği Tutumu üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanlarının Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanını yordadığı bulunmuştur (p<0,05). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmış ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (F=53,869 ve p<0,001). Modelde bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranı %25,2'dir. Durbin-Watson istatistiği incelendiğinde modelde herhangi bir değişkenin otokorelasyona sebep olmadığı tespit edilmiştir (DW<2,5).

Modelde hiçbir değişkenin etkisi olmadığında Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 102,247 olması beklenmektedir. Hizmetkarlık Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanı için regresyon katsayısı 0,405 olarak hesaplanmış ve olarak yordama düzeyinin anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Hizmetkarlık Liderlik Davranış Ölçeğinde bir puanlık artış olduğunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 0,405 puan artmaktadır.

Tablo 17. Hizmetkar Liderlik Davranışının İlaç Hatası Bildirmeme Nedenlerini Yordama Düzeyi

Bağımsız Değişkenler	β	S.H.	S. β	t	p	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	55,978	5,149		10,871	<0,001*	45,807	66,150
Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği	-0,032	0,038	-0,066	-0,830	0,408	-0,107	0,044
Durbin-Watson =1,760	F=0,689 ve p=0,408				R ² =0,004 ve D. R ² =-0,002		

*p<0,001, S.H.: Standart Hata, St.: Standartlaştırılmış, D.: Düzeltilmiş

Hemşirelerin Hizmetkar Liderlik Davranışının, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanının İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği toplam puanını yordamadığı görülmüştür (p>0,05). Model anlamlılığının testi için Anova testi uygulanmış ve kurulan regresyon modelinin anlamlı olmadığı görülmüştür (F=0,689 ve p>0,05).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışlarının hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirmeme nedenlerini yordama düzeyi ilgili başlıklarda tartışmaya sunulmuştur.

5.1. Hizmetkar Liderlik Davranışı

Çalışmada, yönetici hemşirelerin hizmetkar liderlik davranışı genel puan ortalamasının ortadan biraz yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Yapılan alanyazın incelemesinde; uluslararası çalışmaların sonucunda hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik puanlarının yüksek düzeyde olduğu, dolayısıyla hizmetkar liderlik davranışı gösterdikleri belirtilmiştir (93,149-152). Ancak uluslararası ve ülkemiz alanyazın bulguları arasında farklılık olduğu görülmektedir. Ülkemizde bu konu ile ilgili olarak sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Özer (2019)'ın bir kamu hastanesinde gerçekleştirdiği çalışmada, ülkemizde hemşirelerin hizmetkar liderlik düzeyleri orta düzeyde saptanmıştır (71). Sağlık profesyonelleri ile özel bir hastanede gerçekleştirilen benzer bir çalışmada ise hemşirelerin hizmetkar liderlik puan düzeyi orta olarak kabul edilmiştir (87). Ülkemizde hemşire yöneticiler arasında farklı liderlik davranışları sergilenmektedir ve bu davranışlar deneyim, eğitim ve kişisel özelliklere göre şekillenmektedir (153). Hemşire yöneticilerin sağlık kurumlarında gösterdiği hizmetkar liderlik davranışı; güven oluşturma, iş birliğini teşvik etme, iletişimi güçlendirme olarak ön plana çıkmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı kurumda hizmetkar liderliğin benimsenip davranışa dönüşmesinin orta düzeyden biraz yüksek olmasında kurum içinde bulunan sağlık bakım hizmetleri müdürü ve yönetici pozisyonundaki hemşirelerin; üst yönetimlere karşı astlarını savunmaları, kurum içinde gerçekleştirilen çalışmalarda astlarının katılımını sağlamlamaları, istek ve gereksinimlerini karşılamaları, sorunlarını çözmeleri ve empatik bir dil tercih etmeleri gibi çeşitli davranışların etkili olduğu düşünülebilir. Ancak bu süreçte yaşanan COVID-19 pandemisinin bu davranışları desteklemiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kurumlarda hemşireler arasında COVID-19 salgını ile stres ve endişe ortamının hâkim olması sonucu yönetici hemşireler tarafından başa çıkma

yönetimini kolaylaştırıcı çalışma ortamları yaratılmaya çalışılmıştır. Güçlüklerin yaşandığı bu süreçte tüm toplumun ve sağlık ekibinin destekleyici olduğu varsayımına dayanarak, araştırma verilerinin COVID-19 salgınındaki zaman aralığında gerçekleştiği düşünüldüğünde hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ortadan daha yüksek düzeyde bulunmuş olabilir.



5.2. İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri

Çalışmada, ilaç hatası bildirmeme nedenleri genel puan ortalaması orta düzeyde saptanmıştır (Tablo 9). Hasta güvenliği açısından etkin önlemler alabilmek için ilaç hatalarının bilinmesi önemlidir. Yapılan ilaç hatalarının bildirilmesi sağlık çalışanlarına hatanın çeşidi ve nedeni hakkında bilgi vermektedir. Bu durumlara yönelik farkındalık ilaç hatalarının en aza indirgenmesi hususunda alınacak önlemlere ışık tutmaktadır (154).

Yapılan alanyazın incelemesinde; uluslararası çalışmalarda hemşirelerin ilaç hatalarını bildirmemelerinin önündeki en büyük engellerin; hatasının farkında olunmaması, raporlama hataları, korku ve yönetim davranışı olduğuna dikkat çekilmiştir (155-157). Çalışmamızda bildirim etkileyen en düşük maddelerin ise ilaç hata farkındalığı ile ilgili olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Dirik ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da benzer şekilde hemşirelerin %66'sının ilaç uygulamalarıyla ilgili yapılan hataları, hata olarak düşünmedikleri için dolayısıyla farkında olmadıklarından bildirmediikleri belirtilmiştir (157). Öte yandan yapılan diğer araştırmalarda da ilaç hatasının kesin bir tanımlamasının olmaması ve çalışanlar tarafından rapor edilecek hatanın farkındalığının oluşmaması saptanmıştır (158,159). Çalışmanın yapıldığı kurumda, hemşireler arasında ilaç hata farkındalığının olmaması sonucu bildirim yapmadıkları ve ilgili maddeleri düşük puanladıkları düşünülebilir. Bildirimin yeterli yapılmadığı kurumlarda tüm hataların aynı zamanda bu çalışmadaki ilaç hatalarının da nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda en yüksek puanlanan maddelerin ise ilaç hatalarının fazla sayıda olması, doğru uygulamalarda olumlu geribildirim sürecinin işletilmemesi ve ilaç hatalarının yeterince önemsenmemesi ile ilgili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, ilaç hata bildiriminin bir önceki düşük puanlanan bulgularımızla benzer şekilde yeterince bildirimin yapılmaması ve dolayısıyla ilaç hatalarının düşük olduğu birimlere yönelik olumlu ve destekleyici bildirim kültürünün oluşturulmamasıyla ilişkilendirilebilir. İlaç hata bildirimlerinin düzenli yapılması hemşirelere önemli geri bildirimler sağlayarak kurum içinde ilaç güvenliğinin artırılmasını desteklemeye yardımcı olacaktır (21).

Çalışmamızda yüksek puanlanan en yüksek ikinci maddenin suçlama kültürü ile ilişkili olması alanyazındaki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ilaç hataları sebebi ile yasal korku yaşadığı, hata bildirimleri sonucu yönetim tarafından cezalandırılma ve kurum içinde hata haberlerinin yayılması sonucu meslektaşları tarafından dışlanma ve etiketlenme kaygısının olası hata bildirimlerinden uzaklaşmalarına sebep olduğu saptanmıştır (15,156,160,161). Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2019) bir üniversitesi hastanesindeki 204 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmada, ilaç hata bildiriminin düşük olduğu, olası bir bildirim halinde hemşirelerin özgüven duygusunun azalacağı ve suçlayıcı durumlarla karşılaşılacağı inancı dikkat çekmektedir (21). Farklı bir çalışma sonucunda ise hemşireler arasında yaygın olarak ilaç hataları gerçekleştiğinde yönetici pozisyonundaki kişilerin sistemsel eksiklik ve kurumsal olanaksızlara yönelmek yerine hatayı yapan bireye odaklanarak cezalandırıcı bir kültür geliştirdikleri görüşü değerlendirilmiştir (162).

5.3. Hasta Güvenliği Tutumu

Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği tutumu genel ve alt boyut puan ortalaması orta düzeyde saptanmıştır (Tablo 9). Yapılan çalışmalarda da benzer olarak hemşirelerin hasta güvenliği tutumu orta düzeyde belirlenmiştir (163-165). Yapılan bazı araştırmalarda ise, hasta güvenliği tutumu düşük olarak değerlendirilmiştir (113,166). Ayrıca hasta güvenliği tutumunu olumlu/ olumsuz yönde değerlendiren çalışmalarda da olumlu yönde sonuçlar bulunmuştur (104,105) .

Çalışma alt boyutlar kapsamında değerlendirildiğinde en yüksek puan ‘ekip çalışması’ alt boyutunda bulunmuştur (Tablo 9). Yaptığımız çalışma ile benzer şekilde, Samaei ve arkadaşları (2015) ile Salih ve arkadaşlarının (2021) çalışmaları “ekip çalışması” alt boyutunun hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarında en yüksek puana sahip olduğu belirtilmiştir (168,169). Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda da “ekip çalışması” alt boyutunun hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarında en yüksek puana sahip olduğu belirtilmiştir (170, 171). Farklı olarak yapılan çalışmalarda ise “ekip çalışması” alt boyutunun hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarında düşük puana sahip olduğu saptanmıştır (172,173). Suudi Arabistan’da Moussa ve arkadaşlarının (2022) yoğun bakım hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmada ise, ekip çalışmasının hasta güvenliğine yönelik tutumları olumlu yönde etkilediği sonucu bulunmuştur (174). Kompleks bir yapı ve teknolojiye sahip olan sağlık kurumlarında ekip çalışması, hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun daha iyi olmasını desteklemektedir. Dolasıyla genel hasta güvenliği tutumunu ekip çalışmasının yüksek çıkması destekler niteliktedir.

Çalışmamızda “ekip çalışması” alt boyut puanının yüksek olması hasta güvenliği tutumumuzu orta düzeyde etkileyen bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, çalışmanın yapıldığı kurumun özellikleri nedeni ile “ekip çalışmasının” daha ılımlı ve olumlu bir kurumda yönetilmiş olmasının bu durumu etkilediği düşünülebilir.

Yapılan çalışmada en yüksek ikinci puan “iş doyumu” alt boyutunda bulunmuştur (Tablo 9). Uluslararası çalışmalarda “iş doyumu” alt boyutunun hasta güvenliği tutumunu en yüksek puan düzeyinde etkilediği belirtilmiştir (175, 176). Farklı bir sonuç olarak ülkemiz çalışmalarında hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ve “iş doyumu” alt boyutu arasındaki puan düzeyinin düşük olduğu dikkat çekmektedir (167,172). Al-Mugheed ve Bayraktar (2020)’ın çalışmasında da hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ve “iş doyumu” alt boyutu arasındaki puan düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir (113). Araştırmanın yapıldığı kurum özelinde “iş doyumu” alt boyut puanının yüksek olması hasta güvenliği tutumumuzu orta düzeyde etkileyen bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Kurum içinde hemşirelerin iş konusunda alınan karar ve politikalar açısından desteklenmeleri ve performans bildirimlerinin bakım hizmetleri tarafından sık yapılması iş doyumu üzerinde artışa neden olan ana faktörler olarak düşünülebilir. Ayrıca bu durum hemşireler arasında ilaç hatalarının insidansında artışa yol açan oranların azalmasına ve hasta güvenliği tutumunun gelişmesine de katkıda bulunmaktadır (177).

Bu çalışmada, “çalışma ortamı” alt boyut puan ortalaması orta düzeyde belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ve çalışma ortamı arasındaki puanlamanın yüksek düzeyde olduğu çalışmalar mevcuttur (105,113). Farklı çalışmalarda ise çalışma ortamı alt boyut puanı düşük düzeyde saptanmıştır (175-179). Araştırma yapılan kurum içerisinde Sağlık Bakanlığı tarafından 2020 yılında yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane (Sürüm 6,1) içerisinde yer alan “Sağlıklı Çalışma Yaşamı” başlığı altında çalışma ortamı konulu 12 maddenin kalite birimlerince uygulamaya geçirilmesi hemşireler arasında sağlıklı çalışma ortamının yaratıldığı fikrini öne sürebilir (180). Ayrıca her an gelişime açık bir çalışma ortamı sağlanması hemşirelerin motivasyon ve performansında artışa sebep olarak kurumun hasta güvenliği tutumunu orta düzeyde etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir.

Çalışmada bir diğer alt boyut olan ‘yönetimsel anlayış’ puan ortalaması orta düzeyde belirlenmiştir. Hastane güvenliğinde yöneticilerin katkı ve teşvikleri kilit bir rol oynamaktadır. Al-Mugheed ve Bayraktar (2020) ’ın çalışmasında yönetimsel anlayış en yüksek ikinci alt boyut bulunmuştur (113). Bu sonuca benzer şekilde Elsous ve

arkadaşlarının (2017) çalışmasında da “yönetimsel anlayış” en yüksek ikinci alt boyut olarak belirtilmiştir (175). Farklı bir çalışma sonucu olarak Malezya’da KaWen ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada ise “yönetimsel anlayış” en düşük alt puan olarak saptanmıştır (181). Çalışmanın yürütüldüğü kurumda, yöneticiler ve hemşireler arasındaki iletişim dilinin sürekli geliştirildiği ve istenmeyen olayların gönüllü olarak bildirilmesinin teşvik edildiği bir “yönetimsel anlayışın” hasta güvenliği tutumunu orta düzeyde etkilediği fikri öne sürülebilir.

Çalışma sonucunda, en düşük puan “stresi tanımlama” alt boyutunda bulunmuştur (Tablo 9). Uluslararası çalışmalarda da “stresi tanımlama” alt boyutunun en düşük puana sahip olduğu belirtilmiştir (113,176,182-184). Ülkemizde gerçekleştirilen çalışma sonuçlarında da “stresi tanımlama” alt boyutunun en düşük puana sahip olduğu saptanmıştır (113,171). Farklı çalışmalarda ise “stresi tanımlama” alt boyut puanı yüksek düzeyde bulunmuştur (173,185). Çalışma sonuçları arasındaki farklılığın ilgili birim ve popülasyona göre değişim gösterdiği düşünülebilir.

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda “stresi tanımlama” alt boyut puanının en düşük olması hasta güvenliği tutumumuzu orta düzeyde etkileyen bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Kurumda hemşireler arasında uzun çalışma saatleri, stres kaynaklı yorgunluk, iş performansında azalma ve beraberinde hasta bakımı ile ilgili istenmeyen olayların gözükmesi güvenlik tutumunu etkileyen unsurlar olarak düşünülebilir.

Çalışmada, en düşük ikinci puan “güvenlik iklimi” alt boyutunda saptanmıştır (Tablo 9). Uluslararası bir çalışmanın sonucunda “güvenlik iklimi” en yüksek alt boyut olarak bulunmuştur (113). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise “güvenlik iklimi” en düşük alt boyut olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlar göstermiştir (114,166). Bu bulgulardan farklı olarak araştırmanın yapıldığı kurumda “güvenlik iklimi” alt boyut puanının düşük olması; hata/risk belirlemede, rehber ve yönergelerin kullanımında ve hemşirelerin bildirim kültürü üzerinde hasta güvenliği tutumunu orta düzeyde etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir. Kurumda yoğun bakım, acil servis ve ameliyathane gibi hata payının yüksek olduğu birimlerde hemşirelerin bildirim sistemine teşvik edilerek özel eğitime tabi tutulması hata oranında farkındalık kazanılmasını sağlayarak hasta güvenliği tutumunun gelişmesinde etkili olabilir.

5.4. Hemşire Yöneticilerin Hizmetkar Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri ve Hasta Güvenliği Tutumu ile İlişkisi

Yürütülen bu çalışmada, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ile hemşirelerin ilaç hatası bildirmeme nedenleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 11). İlgili alanyazın incelendiğinde, hemşire yöneticilerin liderlik davranışlarının ilaç güvenliği ve uygulama bazında ‘dönüşümcü ve etkileşimci liderlik’ modellerinde ön plana çıktığı görülmüştür. Lappalainen ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, hemşire yöneticilerin dönüşümcü liderlik davranışları ile ilaç güvenliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (186). Farklı bir bulgu olarak ise Farag ve Anthony (2015)’nin çalışmasında, hemşire yöneticilerin dönüşümcü liderlik davranışları ile ilaç hata bildirimleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (187). Farag ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında, ilaç uygulama hatalarının bildirimi ile hemşire yöneticilerin dönüşümcü liderlik davranışının herhangi bir ilişkisinin olmadığı, ilaç uygulama hatalarının bildiriminde hemşire yöneticilerin etkileşimci liderlik davranışları ile daha zayıf bir ilişkiye sahip olduğu belirtilmiştir (188). Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık kurumlarında hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik yerine dönüşümcü ve etkileşimci liderliği tercih etmesinin ana sebebinin; kurum içinde risk yönetimine hızlı destek olmaları, hasta odaklı bakımı desteklemeleri ve hızlı dönüşüm yeteneği ile tıbbi hata uygulamalarından kaynaklı sorunların çözümünü kolaylaştırmaları seçenekleri olduğu düşünülebilir (23,189).

Alanyazın ve çalışma sonucu değerlendirildiğinde, hizmetkar liderlik davranışının çalışmamızda yüksek düzeyde bulunmasına rağmen, tam olarak özelliklerinin yerine getirilememesi ve bildirim kültürünün yerleşmemiş olacağı öngörüsü ile ilişkili bulunmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ile hemşirelerin hasta güvenliği tutumu arasında orta düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hemşireler sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında birçok hata ile karşı karşıya gelme olasılığına sahip bir meslek grubudur. Bu bağlamda, çalışma ortamında tutum ve davranışlar nedeniyle ortaya çıkacak hataların ciddi hasarlara yol açmasının engellenmesinde ve hataların saptanmasında, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışı özelliklerini benimsemeleri hasta güvenliği tutumuna da olumlu yansıyacaktır.

(190,191). Hizmetkar bir lider, hataların önlenmesi ve güvenli bakımın sağlanmasında açık bir iletişim dili ve takım ihtiyaçlarına odaklanarak hemşireler arasında yakın işbirliğinin oluşturulmasını sağlar. Bu durum, hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili konulara daha duyarlı olmalarına, hata bildirimine özen göstermelerine ve güvenli uygulamaları benimsemelerine yardımcı olmaktadır (191). Trastek ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, hizmetkar liderlik sağlık kurumları için en iyi liderlik tarzı olarak ele alınmıştır. Hizmetkar bir lider; takıma, güvene odaklıdır ve bu liderlik tarzının hastaların ihtiyaçlarını karşılamada etkili olduğu belirtilmiştir (88).

Alanyazın incelendiğinde, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ve hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ile ilişkili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmalar dışındaki alan yazın bilgilerinin incelenmesi sonucunda ise hemşire yöneticilerin işbirlikçi yaklaşımı, empatik bir dil kullanmaları ve çalışanlar arasında güven duygusu oluşturmalarının hasta güvenliği tutumunu olumlu yönde etkilediği düşünülebilir (192).

5.5. Sosyodemografik Çalışma Özellikleri, Hizmetkar Liderlik Davranışı, Hasta Güvenliği Tutumu ve İlaç Hatası Bildirmeme Nedenlerinin Yordanması

Bu çalışmada, yönetici hemşirelerin hizmetkar liderlik davranışı değişkeninin hasta güvenliği tutumunu %25 yordadığı bulunmuştur (Tablo 16). Yapılan yordama analizi sonucunda elde edilen bulgulara göre araştırmanın yapıldığı kurumda hemşirelerin hasta güvenliği tutumunu artırabilmek için hizmetkâr liderlik davranışının sağlanmasının önemli olduğu ortaya konulmuştur. Hemşire yöneticilerin kurumlarda hasta güvenliği tutumunu sağlamaları ve geliştirebilmeleri adına davranışlarında rol oynayan önemli faktörlerin; tıbbi hata ve risk yönetimini ele almaları, güvenlik sisteminin geliştirilmesini sağlamaları, alanında yetkin sağlık profesyonelleri ile çalışmaları, eğitim düzeyinin gelişimine destek olmaları, cihaz güvenliği ve çevre güvenliğini sağlamaları olduğu belirtilmiştir (193). Çin’de 2018 yılında 813 birinci basamak hemşire yöneticisi ile yapılan çalışma sonucunda yöneticilerin eğitim düzeylerinin stresin yönetimini kolaylaştırdığı, mortalite ve morbitide oranlarında düşüşe sebep olarak hasta güvenliği tutumuna olumlu yansıdığı bulunmuştur (194).

Çalışmanın yapıldığı kurumda yöneticilerin, hemşirelerin hasta güvenliği tutumunu artırmak adına; hastane ve birimler, tepe yönetim ve hemşireler arasında e-mail, telefon ya da yüz yüze görüşme yollarını kullanarak etkili iletişime başvurduğu, hasta güvenliği konusundaki eksikliklerin tamamlanması adına eğitim birimi desteği ile iyileştirme davranışını benimseyerek hizmet içi programları sürdürdüğü, hemşirelerin önerilerinin aylık toplantılarla dinlendiği ayrıca kurum içinde ödüllendirmeler ve statü değişimleri uyguladıkları izlenmiştir. Sağlık çalışanı ve hemşirelerde hasta güvenliğini sağlayan davranışların geliştirilmesi ve de tutum oluşturulması açısından yöneticilerin; acil durumlarda duygusallığa kapılmadan nesnel kararlar verebilmeleri, yenilikleri izleyerek değişimi sağlamaları, motive edici davranış göstermeleri ve etkili iletişim kullanarak hizmetkar liderlik davranışlarını geliştirici faaliyetlerde bulunmaları etkili olmaktadır.

Meslekte çalışma süresinin ve çalışma birimi değişkenlerinin hasta güvenliği tutumunu yordadığı saptanmıştır (Tablo 14). Alanyazın incelendiğinde, meslekte deneyim yılının hasta güvenliği tutumunu olumlu yönde etkilediği çalışmalar bulunmuştur (166,195). Yapılan farklı çalışmalarda ise hemşirelerin meslekte deneyim yılının hasta

güvenliği tutumu üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirtilmiş ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği saptanmıştır (163,196). Araştırmanın yapıldığı kurumda hemşirelerin mesleki deneyim süresinin 13 yıl olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Hemşirelerin kıdem düzeylerinin yüksek olması kurum içinde güncel uygulamaları takip etmelerindeki eksikliği, yerleşmiş alışkanlıklarını terk edemediklerini ve hasta güvenliği süreçlerini tam olarak benimseyemedikleri fikrini öne sürebilir.

Araştırmamızda çalışma biriminin -cerrahi birimlerde hasta güvenliği tutumunu yordadığı saptanmıştır (Tablo 14). Salih ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ise çalışılan birimin hasta güvenliği tutumu üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bulunmuştur (195). Farklı bir çalışmada ise cerrahi birim hemşirelerinin hasta güvenliği tutumu olumlu saptanmış ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (104). Cerrahi birimler, çalışma temposunun oldukça yoğun olduğu, karar verme sürecinin hızlı işlediği ve ciddi hastaların tedavi süreçlerinin yürütüldüğü birimler olarak diğer birimlerden ayrılmaktadır. Ayrıca cerrahi birimler taşıdığı yüksek tehlike oranı ile hasta güvenliğini doğrudan etkilemektedir (105,197). Araştırmanın yapıldığı kurumun bulunduğu bölge içinde yüksek yatak kapasitesine sahip olması cerrahi birimlerin sayıca fazlalığına ve beraberinde hasta güvenliğini tehdit eden riskli birimler olması ihtimalini düşündürülebilir. Kurumda güvenli hasta bakımı yaygınlığını artırmak ve bu konudaki farkındalığı artırmak için hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumları benimsemesi önem taşımaktadır. Kurumda hemşirelerin %96,2 oranı ile hasta güvenliği eğitimi almalarının bu tutumunun gelişimine katkı sağladığı öngörülebilir.

Çalışmamızda sosyodemografik ve çalışma özellikleri ile çalışma süreleri değişkenlerinin ilaç hatası bildirmeme nedenlerini yordamadığı bulunmuştur (Tablo 15). Çalışmamız ile benzer şekilde Aygin ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da cinsiyet, eğitim düzeyi ve meslekte çalışma yılının hemşirelerin ilaç hata bildirmelerinde etkili olmayan faktörler olduğu saptanmıştır (139). Farklı olarak Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise hemşirelerin meslekte çalışma yılı ve yaş oranı arttıkça ilaç hata bildirimleri azalmaktadır (21). Üstüner Top ve Çam'ın (2016) çalışmasında, ilaç uygulama hataları ile eğitim düzeyi arasında ters bir ilişki bulunurken lisans eğitimine sahip hemşirelerin ilaç uygulama hatalarının ön lisans ve lise mezunu hemşirelere göre

daha fazla olduğu saptanmıştır (198). Literatürdeki bu farklılık kurum düzeyinde ilaç hata bildirimlerini etkileyen farklı faktörlerin varlığını düşündürmektedir. Abukhader ve Abukhader (2020)'in çalışmasında hemşirelerin teorik bilgi ve uygulamalarının güncellendiği eğitim programları ile ilaç hatalarının zaman içerisinde azaldığı belirtilmiştir (199). Araştırmanın yapıldığı kurumda da hemşirelerin ilaç uygulama eğitimi alma durumu %98,1 oranı ile oldukça yüksek bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin yeterli ilaç uygulama eğitimine sahip olduğunu ancak bildirim konusunda zayıf kaldıkları fikrini öne sürebilir.

Yönetici hemşirelerin hizmetkar liderlik davranışlarının hemşirelerin ilaç hatası bildirmeme nedenlerini yordamadığı saptanmıştır (Tablo 17). Birimlerde tıbbi hata ve risk içeren durumların önlenmesi görevi yönetici hemşirenin sorumluluğundadır. Ancak yönetici hemşirelerin liderlik davranışları kurum içerisinde idari görev ve sorumluluklarının artması sonucu hasta ve çalışan takibinden uzaklaşabilmektedir (200). Ayrıca yönetici hemşireler; güvenli bir ortam yaratarak ramak kala olayların engellenmesini ve ilaç hata bildirimlerinin tespitini, risk olarak hemşirelerin zayıf ve güçlü yönlerinin belirlenmesini, vizyoner yönü ile çalışanların ilaç uygulama sistemlerinin düzenlenmesini ve iyi bir dinleme becerisi ile olası sorunların çözümünü hizmetkar liderlik davranışları yardımı ile sağlayabilir. Ancak çalışmanın yapıldığı kurumda yönetici hemşirelerin bu hizmetkar liderlik davranışlarını tam olarak benimseyememeleri ilaç hata bildirimlerini etkileyen farklı değişkenlerin olabileceğini düşündürülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşire yöneticilerin hizmetkarlık liderlik davranışı ile hemşirelerin hasta güvenliği tutumu ve ilaç hatası bildirmeme nedenlerinin yordama düzeyini inceleyen bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- Çalışmamızda hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranış toplam puanı ortadan biraz yüksek düzeydedir.
- Çalışmamızda hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirmeme toplam puanları ise orta düzeydedir.
- Hemşirelerin hasta güvenliği tutumu alt boyutlar kapsamında değerlendirildiğinde en yüksek puan ‘ekip çalışması’ ve ‘iş doyumu’ alt boyutlarında bulunmuştur.
- Hemşirelerin hasta güvenliği tutumu alt boyutlar kapsamında değerlendirildiğinde en düşük puan ‘stres tanımlama’ ve ‘güvenlik iklimi’ alt boyutlarında bulunmuştur.
- Çalışmamızda hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ile hemşirelerin hasta güvenliği tutumu arasında orta düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki saptanırken, hemşirelerin ilaç hatası bildirmeme nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Hemşirelerin Hizmetkar Liderlik Davranışının Hasta Güvenliği Tutumu üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanlarının Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanını %25 yordadığı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşirelerin Hizmetkar Liderlik Davranışının, İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği üzerindeki yordama düzeyinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği toplam puanının İlaç Hatası Bildirmeme Nedenleri Ölçeği toplam puanını yordamadığı görülmüştür ($p>0,05$).

- Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile Hizmetkar Liderlik Davranışlarının, Hasta Güvenliği Tutumları üzerindeki etkilerinin araştırılması için Enter yaklaşımı ile Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri ile Hizmetkar Liderlik Davranışlarının, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanını %29 yordadığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmamız sonucunda yöneticilere öneriler:

- Hemşire yöneticiler, kurumlar içinde alışlagelmiş liderlik modellerinin dışına çıkarak ‘hizmetkar liderlik davranış’ modelini benimsemelidir.
- Hemşire yöneticiler tarafından kurum içerisinde hasta güvenliği tutumunun geliştirilebilmesi için “hizmetkar liderlik” inanç ve tutumları ele alınmalı ve bu konudaki iyileştirmeler desteklenmelidir.
- Hemşire yöneticiler tarafından kurum içinde “ilaç hatalarının bildirilmemesine” yönelik farklı liderlik davranışları ele alınabilir.
- Kurum içinde hemşirelere yönelik hasta güvenliği ve ilaç uygulama hatası konularını kapsayan teorik bilgi ve uygulamaların güncellendiği eğitim programlarının planlanması, programların hemşirelere katkısının eğitim birimi aracılığı ile değerlendirmesinin sağlanması desteklenebilir.
- Öncelikle birim bazında ve sonrasında kurum çapında hasta güvenliği tutumunun kazanılması ve yerleşmesi için çalışanlara üst yönetim tarafından gelişim olanakları tanınması ve desteklenmesi sağlanabilir.
- Mesleki deneyime sahip hemşirelerin hasta güvenliği tutumunu benimsemeleri için eksik/geliştirilmeleri gereken alanlar tespit edilmeli ve mesleki yanlışlarının düzeltilmesi desteklenerek kurum içinde hasta güvenliği tutumu artırılmalıdır.

Araştırmacılara öneriler:

- Çalışma diğerk kamu hastaneleri ve özel hastanelerde tekrarlanmalıdır.
- Hemşirelerin hizmetkar liderlik davranışları hasta güvenliğinin “iş doyumu” dışındaki diğerk alt boyutları ile tartışılmalıdır.
- Çalışmada hizmetkar liderlik davranışı ile sosyodemografik ve çalışma özellikleri hasta güvenliği tutumunu yordadığından, çalışmada ele alınan değişkenler dışındaki farklı değişkenlerin incelendiğı araştırmaların yürütülmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. Ardahan M, Konal E. Hemşirelikte Yöneticilik ve Liderlik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(1): 140-147.
2. Bakan İ, Doğan İF. Hizmetkar Liderlik. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012; 2(2): 1-12.
3. Fındıkçı İ. Bir Gönül Yolculuğu: Hizmetkar Liderlik: Alfa Yayıncılık; 2009.
4. Duygulu S. Önderlik. Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E, Editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Akademi Basın ve Yayıncılık; 2018. 123-145.
5. Waterman H. Principles of “servant leadership” and how they can enhance practice. Nursing Management. 2011; 17(9): 24-26.
6. Ma Y, Faraz NA, Ahmed F, Iqbal MK, Saeed U, Mughal MF ve ark. Curbing nurses’ burnout during COVID-19: The roles of servant leadership and psychological safety. Journal of Nursing Management. 2021; 29(8): 1-9.
7. Çalışal S, Yücel L. Hizmetkar Lider: Refik Saydam Örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2019; 6(3): 167-72.
8. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. Journal of Nursing Scholarship. 2010; 42(2) 156-165
9. Chegini Z, Kakemam E, Asghari Jafarabadi M, Janati A. The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey. BMC Nursing. 2020; 19(89): 1-9.
10. Albalawi A, Kidd L, Cowey E. Factors Contributing to the Patient Safety Culture in Saudi Arabia: A Systematic Review. BMJ Open. 2020; 10(10): 1-8.
11. Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve gözlemci faktörleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016; 9(1): 9-15.

12. Yılmaz Güven D, Şener Özalp Ş. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin tutumları ile hasta güvenliği tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 8(3): 240-249.
13. Ekici D. Standart Süreçten Sapmalar (Hatalar- Kazalar). Sağlık Yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi. Ankara: Sim Matbaacılık Ltd.Şti; 2013. 73-80.
14. Seren İntepeler Ş, Dursun M. Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(2): 129-135.
15. Zarea K, Mohammadi A, Beiranvand S, Hassani F, Baraz S. Iranian nurses' medication errors: A survey of the types, the causes, and the related factors. International Journal of Africa Nursing Science. 2018; 8: 112-116.
16. Bayazidi S, Zarezadeh Y, Zamanzadeh V, Parvan K. Medication Error Reporting Rate and its Barriers and Facilitators among Nurses. Journal of Caring Sciences. 2012; 1(4): 231-236.
17. Johns Hopkins Medicine. [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi 4 Ocak 2023]. Erişim adresi: https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us
18. Bişkin S, Cebeci F. Acil servislerde ilaç uygulama hataları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 180-185.
19. Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives. Journal of Nursing Management. 2007; 15(6): 659-670.
20. Semiz Aydın S, Akın S, Işıl Ö. Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin İlaç Hatası Bilgi Düzeyi ve İlaç Hatalarının Raporlanması ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017; 14 (1): 14-24.

21. Karagözoğlu Ş, Otu M, Çoşkun G. Bir Araştırma ve Uygulama Hastanesinde İlaç Hatalarının Bildirimine Yönelik Hemşirelerin Düşünceleri ve İlaç Hatalarını Raporlama Alışkanlıkları. Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg. 2019; 4(1): 26-39.
22. Vogus TJ, Sutcliffe KM The Safety Organizing Scale: Development and Validation of a Behavioral Measure of Safety Culture in Hospital Nursing Units. Medical Care. 2007; (45)1: 46-54.
23. Boamah A, Laschinger HKS, Wong C, Clarke. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nursing Outlook. 2018; 66(2): 180-189.
24. Dirik HF, Seren Intepeler S. The Influence of Authentic Leadership on Safety Climate in Nursing. Journal of Nursing Management. 2017; 25(5): 392-401.
25. Vaismoradi M, Griffiths P, Turunen H, Jordan S. Transformational leadership in nursing and medication safety education: a discussion paper. Journal of Nursing Management. 2016; 24(7): 970-980.
26. Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş; 2007.
27. Marquis BL, Huston CY. Leadership Roles and Management Functions in Nursing. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 31-40.
28. Ünder İ. Dönüştürücü Lider Özellikleri Taşıyan Emniyet Liderleri: Kavramsal Bir Çerçeve. Journal of Aviation. 2017; 1(1): 18-25.
29. Polat M, Arabacı İB. Liderliğin Kısa Tarihi ve Açık Liderlik. Route Educational and Social Science Journal. 2015; 2(1): 207-32.
30. Türk Dil Kurumu. [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
31. Hıcks H. Örgütlerin Yönetimi: Sistemler ve Beşerî Kaynaklar Açısından. Ankara: Turhan Kitabevi; 1978.
32. Drucker P. Gelecek İçin Yönetim. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 1990.

33. Wess R. Hun İmparatoru Atilla'nın Liderlik Sırları. İstanbul: İlgi Yayıncılık; 1989.
34. Genç N. Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2004.
35. Paksoy M. Çalışma Ortamında İnsan ve Toplam Kalite Yönetimi. İstanbul: İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları; 2002.
36. Huber DL. Leadership and Nursing Care Management. Missouri: Saunders Elsevier; 2010.
37. Arslan B. Hastane Yönetiminde Liderlik ve İş Doyumu [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi; 2015.
38. Sabuncuoğlu Z, Tüz M. Örgütsel Psikoloji. Bursa: Ezgi Kitabevi; 2001.
39. Uğur SS, Uğur U. Yöneticilik ve Liderlik Ayrimında Kişisel Farklılıkların Rolü. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi. 2014; 6(1): 122-36.
40. Koçel T. İşletme Yöneticiliği. İstanbul: Beta Yayıncılık; 2015.
41. Fiedler FE, Joseph EG. Leadership in a Non-Linear World. New York: Oxford University Press Inc; 2005. 185-204.
42. Duygulu S. Önderlik. Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E, Editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Akademi Basın ve Yayıncılık; 2018. 123-145.
43. Jiang J. The Study of the Relationship between Leadership Style and Project Success. American Journal of Trade and Policy. 2014; 1(1): 51-5.
44. Benmira S, Agboola M. Evolution of leadership theory. BMJ Leader. 2021; 5(3): 1-5.
45. Çetin NG, Beceren E. Lider Kişilik: Gandhi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007; (5): 111-32.
46. Daft RL. Organization Theory and Design. Ohio: South-Western Publishing; 2000.
47. Demir C, Yılmaz MK, Çevirgen A. Liderlik Yaklaşımları ve Liderlik Tarzlarına İlişkin Bir Araştırma. Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi. 2010; 2(1): 129-52.

48. Ertugut R. Toplam Kalite Yönetimi ve Liderlik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012. 108-137.
49. Avcı U, Topaloğlu C. Hiyerarşik Kademelere Göre Liderlik Davranışlarını Algılama Farklılıkları: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2009; 1:1 1-20.
50. Başaran İE. Örgütsel Davranışın Yönetimi. Ankara: A. Ü. Eğitim Fakültesi Yayınları; 1982.
51. Yeşil A. Liderlik ve Motivasyon Teorilerine Yönelik Kavramsal Bir İnceleme. Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi. 2016; 2(3): 158-80.
52. Bakan İ, Büyükbeşe T. Liderlik “Türleri” Ve “Güç Kaynakları”na İlişkin Mevcut-Gelecek Durum Karşılaştırması: Eğitim Kurumu Yöneticilerinin Algılarına Dayalı Bir Alan Araştırması Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2010; 12(19): 73-84.
53. Özlem IŞ, Serinkan C. Liderlik Yaklaşımları ve Spor Yönetiminde Liderlik. Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi. 2020; 7(2): 308-32.
54. Eraslan L. Liderlikte post-modern bir paradigma: dönüşümcü liderlik. Journal of Human Sciences. 2011; 8(1). 1-32.
55. Ekici D. Liderlik ve Yöneticilik. Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi. Ankara: Sim Matbaacılık Ltd.Şti; 2017. 399-422.
56. Nawaz ZA, Khan I. Leadership theories and styles: A 69iteratüre review. Journal of Resources Development and Management. 2016; 16(1): 1-7.
57. Bass BM. Bass and Stogdill’s Handbook of Leadership: Theory, Research and Managerial Applications. New York: The Free Press Robbins; 1990.
58. Jacobsen CB, Andersen LB, Bøllingtoft A, Eriksen TL. Can leadership training improve organizational effectiveness? Evidence from a randomized field experiment on transformational and transactional leadership. Public Administration Review. 2022; 82(1): 117-131.

59. Dirik HF, Seren İntepeler Ş. Geçmişten Günümüze Otantik Liderlik ve Sağlık Alanına Yansımaları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2019; 2(6): 164-170.
60. Korkmaz O. Otantik Liderlik ve Örgütsel Güven. International Journal of Social Science. 2017; 58: 437-454.
61. Türk Dil Kurumu. [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi 01 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
62. Kiersch C, Peters J. Leadership from the Inside Out: Student Leadership Development within Authentic Leadership and Servant Leadership Frameworks. Journal of Leadership Education. 2017; 16(1): 148-168.
63. Bahçecik N. Liderlik. Uyer G, Kocaman G, Editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları; 2016. 279-299.
64. Gelmez M, Akça Ürtürk E. Özel Bir Hastanede Liderlik Stillerinin ve Çalışan Performansının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019; 22(1): 51-72.
65. Erçetin ŞŞ, Çevik MS, Çelik M. Okul Müdürlerinin Kuantum Liderlik Davranışlarını Gerçekleştirme Düzeyleri. Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama. 2018; 1(2): 109-124.
66. Ertürk Kayman EA. Türkiye'deki Mesleki Eğitim ve Öğretimin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP) İçindeki Yaygınlaştırıcı Okul Yöneticilerinin Kuantum Liderlik Davranışlarının Gerçekleştirme Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
67. Van Dierendonck D. Servant Leadership: A Review and Synthesis. Journal of Management. 2011; 37(4): 1228-1261.
68. Gandolfi F, Stone S. The emergence of leadership styles: A clarified categorization. Revista De Management Comparat International. 2017; 18(1): 18-30.

69. Winston BE, Ryan B. Servant Leadership as a Humane Orientation: Using the GLOBE Study Construct of Humane Orientation to Show that Servant Leadership is More Global than Western. 2008; 3(2): 212-222.
70. Sendjaya S, Sarros JC. Servant Leadership: Its Origin, Development, and Application in Organizations. 2002; 9(2): 57-64.
71. Özer Ö. Hemşirelerde Hizmetkâr Liderlik ve Çalışan Performansının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2019; 6(1): 105-112.
72. Kırıl E. Hizmetkar Liderlik Ölçeği Geliştirme Çalışması: Öğretmenler Üzerinde Bir Uygulama. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2021; 10(3): 83-99.
73. Fahlberg B, Toomey R. Servant leadership: A model for emerging nurse leaders. Nursing2022. 2016; 46(10): 49-52.
74. Eren F, Yalçıntaş M. Hizmetkar Liderlik ile İş Tatmini Arasındaki İlişki: Bir Havayolu Şirketi Örneği. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi. 2017; 851-864.
75. Çiçek O. Eğitim Örgütlerinde Hizmetkar Liderliğe Yönelik Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2015.
76. Spears LC. Character and servant leadership: Ten characteristics of effective, caring leaders. The Journal of Virtues & Leadership. 2010; 1(1): 25-30.
77. Ingram OC. Servant Leadership as A Leadership Model. Journal of Management Science and Business Intelligence. 2016; 1(1): 21-26.
78. Laub JA. Assessing the Servant Organizations: Development of the Organizational Leadership Assessment (SOLA) Instrument [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Florida: Florida Atlantic University; 1999.
79. Page D, Wong TP. A conceptual framework for measuring servant leadership. The human factor in shaping the course of history and development. 2000; 69: 110.
80. Dennis R, Bocarnea M. Development of the Servant Leadership Assessment Instrument. Leadership & Organization Development Journal. 2005; 26(8): 600-615.

81. Koçel T. İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik Modern Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: Beta Yayınları; 2011.
82. Akdöl B. Hizmetkar Liderlik. İstanbul: Derin Yayınları; 2015.
83. Karacaoğlu K, Satır F. Çalışanların Otantik ve Hizmetkâr Liderlik Algılamalarının, Performansları Üzerindeki Etkileri: Kayseri Organize Sanayi Bölgesinde Bir İşletme Uygulaması. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2019; (53): 87-111.
84. Ürek D, Demir İB, Karaman S. Sağlık Kurumlarında Değişim Liderliği. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2019; 5(2): 89-103.
85. Schyve PM. Leadership in healthcare organizations: A guide to joint commission leadership standards, a governance institute white paper. San Diego: Governance Institute; 2009.
86. Dodson D. What's the Best Leadership Style for Healthcare? [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi 15 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.linkedin.com/pulse/whats-best-leadership-style-healthcare-dan-dodson-mba-mmi>.
87. Uğurluoğlu Ö, Köse SD, Köse T. Sağlık Çalışanlarının Hizmetkar Liderlik Algılarının Lider-Üye Etkileşimi ve Örgütsel Güven Üzerindeki Etkisi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 19(2): 239-262.
88. Trastek VF, Hamilton NW, Niles EE. Leadership Models in Health Care A Case for Servant Leadership. In Mayo Clinic Proceedings. 2014; 89(3): 374-381.
89. Aslan Ş, Özata M. Sağlık Çalışanlarında Hizmetkâr Liderlik: Dennis-Winston ve Dennis-Bocernea Hizmetkâr Liderlik Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Araştırması. Journal of Management & Economics. 2011; 18(1): 139-154.
90. Neill MW, Saunders NS. Servant Leadership: Enhancing Quality of Care and Staff Satisfaction. Journal of Nursing Administration. 2008; 38(9): 395-400.

91. Hao YX, Li QY, Li W, Liang J, Zhang C. Strengthen the Servant Leadership to Enhance the Nurses' Job Satisfaction. *Global Journal of Nursing Research*. 2014; 2(6): 33-35.
92. Saleem S, Tourigny L, Raziq MM, Shaheen S, Goher A. Servant leadership and performance of public hospitals: Trust in the leader and psychological empowerment of nurses. *Journal of Nursing Management*. 2022; 30(5): 1206-1214.
93. Malak H, Mirza B, Rundio A, Mirza M. Impact of practicing servant leadership style among Chief Nursing Officers (CNOs) in nursing organizations. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2022;(29): 2-7.
94. Westbrook KW, Nicol D, Nicol JK, Orr DT. Effects of Servant Leadership Style on Hindrance Stressors, Burnout, Job Satisfaction, Turnover Intentions, and Individual Performance in a Nursing Unit. *Journal of Health Management*. 2022; 24(4): 670-684.
95. Şenoğlu A, Taşpınar A, Karaçam Z. Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Hasta Güvenliği ve Ebelerin Sorumlulukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2020; 11(40): 66-73.
96. World Health Organization (WHO). Patient Safety: Making Health Care Safer; 2017. p.1-20. Report No: WHO/HIS/SDS/2017.11
97. Korkutan M, Kurt M. Hasta Güvenliği Kültürünün Türkiye'deki Mevcut Durumu ve Önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2021; 7(1): 19-31.
98. World Health Organization (WHO). [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi 17 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about>.
99. Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2010; 1(1): 33-43.
100. Sarp N. Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü ve Katılımının Sağlanması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. 2018; 22-29.

101. The Joint Commission. [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 20 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/critical-access-hospital-national-patient-safety-goals/>.
102. Kim L, Lyder CH, McNeese-Smith D, Leach LS, Needleman J. Konsept analizi yoluyla hasta güvenliğinin niteliklerini tanımla. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(11): 2490-2503.
103. Demirel G, Akgün Ö, Doğaner A. İntörn Öğrencilerin Hasta Güvenliği Tutum ve Kültürlerinin Tıbbi Hata Durumlarına Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 11(2): 276-283.
104. Biresaw H, Asfaw N, Zewdu F. Knowledge and attitude of nurses towards patient safety and its associated factors. *International Journal of Africa Nursing Science*. 2020;(13): 1-7.
105. Ünver S, Yeniğün SC. Patient Safety Attitude of Nurses Working in Surgical Units: A Cross-Sectional Study in Turkey. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2020; 35(6): 671-675.
106. Yin LP, Wang F, Li Q, Feng XN, Li YL, Li LL. A Cross-Sectional Descriptive Study on the Attitudes Towards Patient Safety and Influencing Factors of Nurses in Infectious Diseases Wards. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023; 16: 731-740.
107. Çevik G. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2008.
108. The Health Foundation. Does improving safety culture affect patient outcomes? [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 21 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>.
109. Şantaş F, Şantaş G, Özer Ö, Say Şahin D. Sağlık Çalışanlarının Güvenlik İklimi Algılarının Belirlenmesine İlişkin Bir Kamu Hastanesinde Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018; 30: 297-307.

110. Dirik HF, Seren İntepeler Ş, Hewison A. Adaptation of the Safety Climate Survey: A Contribution to Improving Patient Safety. *Journal of Nursing Management*. 2023; 1-7.
111. Gurková E, Kalánková D, Kurucová R, Žiaková K. Assessment of patient safety climate by nurses in Slovak Public and private hospitals. *Journal of Nursing Management*. 2020; 28(7): 1644-1652.
112. Aydın S, Harmancı Seren A. Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Güvenlik İklimi Algısı'nın Belirlenmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 1(3): 241-255.
113. Al-Mugheed K, Bayraktar N. Patient safety attitudes among critical care nurses: A case study in North Cyprus. *Int J Health Plann Mgmt*. 2020; 35(4): 910-921.
114. Özer Ö, Şantaş F, Gün Ç, Şentürk S. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 10(2): 161-168.
115. Alcan Z, Tekin DE, Civil SÖ. Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
116. Balanuye B. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2014.
117. Seren İntepeler Ş. Risk Yönetimi. Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E, Editörler. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. Akademi Basın ve Yayıncılık; 2018. 333-357.
118. Koç Z, Eraydın C, Tezcan B. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020; 7(2): 102-9.

119. Manav G, Karademirler Y. Hasta Güvenliği Kültürü. Güncel Pediatri. 2018; 16(3): 103-116.
120. Babacan E, Öztürk H, Kahriman İ. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Hemşirelere Yönelik Eğitimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2018; 14(2): 57-72.
121. Hancı H. Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis). Bursa: Seçkin Yayıncılık; 2006.
122. Ekici D. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata. Sağlık Hizmetinde Yönetmel Sorunların Analizi. Ankara: Sim Matbaacılık Ltd.Şti.; 2016. 107-166.
123. Caymaz M. Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 2(4): 1-14.
124. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(3): 188-196.
125. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016; 353: 1-5.
126. T.C. Sağlık Bakanlığı. Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu 2017 Türkiye İstatistikleri [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 22 Ocak 2023]. Erişim adresi: https://www.saglikaktuel.com/d/file/28439_grs2017-sonpdf.pdf.
127. Özen N, Onay T, Terzioğlu F. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2019; 6(2): 283-92.

128. McNutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 287(15): 1997-2001.
129. Aktan U, Atay S. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 12(2): 376-384.
130. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane ile İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2015; 2(2): 82-89.
131. Karaca Sivrikaya S, Şimşek Kara A. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 8(1): 7-14.
132. Kandemir A, Yüksel S. Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 23(2): 287-297.
133. Aseeri M, Banasser G, Baduhduh O, Baksh S, Ghalibi N. Evaluation of Medication Error Incident Reports at a Tertiary Care Hospital. *Pharmacy*. 2020; 8(2): 2-8.
134. Aslan Y. İlaç kaynaklı tıbbi hata/olay bildirimlerin Dünya Sağlık Örgütü “Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na göre değerlendirilmesi. *Journal of Health Sciences and Medicine*. 2020; 3(1): 20-25.
135. Vaziri S, Fakouri F, Mirzaei M, Afsharian M, Azizi M, Arab-Zozani M. Prevalence of medical errors in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(1): 1-1.

136. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı İlaç Güvenliği Rehberi [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi 1 Mayıs 2023]. [Versiyon 2]. Erişim adresi:

<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3734/0/ilacguvenligirehberiguncelpdf.pdf>.

137. Kim PC, Shen JJ, Angosta AD, Frakes K, Li C. Errors Associated with the Rights of Medication Administration at Hospital Settings. *Journal of Hospital and Healthcare Administration*. 2018; 1-7.

138. Tsegaye D, Alem G, Tessema Z, Alebachew W. Medication Administration Errors and Associated Factors Among Nurses. *International Journal of General Medicine*. 2020; 13: 1621-1632.

139. Aygin D, Yaman Ö, Bitirim E. İlaç Uygulama Hataları: Acil Servis Örneği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 9(2): 75-82.

140. Wondmienenh A, Alemu W, Tadele N, Demis A. Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing*. 2020; 19(4): 1-9.

141. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 24 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html>.

142. Wang J, Mu K, Gong Y, Wu J, Chen Z, Jiang N ve ark. Occurrence of self-perceived medical errors and its related influencing factors among emergency department nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2021; 32(1-2): 106-114.

143. Ta'an WF, Suliman MM, Al-Hammouri MM, Ta'an A. Prevalence of medical errors and barriers to report among nurses and nursing students in Jordan: A cross-sectional study. *Nursing Forum* Volume. 2021; 56(2): 284-290.
144. Afolalu OO, Jordan S, Kyriacos U. Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*. 2021; 29(5): 1007-1015.
145. Ekinçi A. Okul Müdürlerinin Hizmetkar Liderlik Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Hizmetkar Liderlik Davranışlarının Öğretmen Görüşlerine Göre Değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*. 2015; 40(179): 341-360.
146. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. *BMC Health Services Research*. 2006; 6: 1-10.
147. Baykal Ü, Şahin NH, Altuntaş S. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2010; 7(1): 39-45.
148. Arat N. İlaç Uygulama Hatası Ölçeği" nin Türkiye Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Şifa Üniversitesi; 2016.
149. Ageiz MH, Eid NM, Ismael ZI. Relation between First-line Managers' Servant Leadership Behaviour and Staff Nurses' Empowerment at Benha University Hospital. *American Journal of Nursing Research*. 2020; 515-523.
150. Jenkins M, Stewart AC. The importance of a servant leader orientation. *Health Care Management Review*. 2010; 35(1): 46-54.

151. Mitterer DM, Schuttler R, Hoon N, Mitterer H. Leadership's impact on job satisfaction. *International Journal of Current Research*. 2019; 11(2): 1426-1430.
152. Park MH, Hwang CJ. Relationship between servant leadership of nurse managers and positive thinking and organizational commitment of nurses. *Korean Comparative Government Review*. 2015 19(1): 49-77.
153. Özdemir HN, Çakır R, Küçükali R. Sağlık Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2019; 13(19): 2893-2907.
154. Gök D, Yıldırım Sarı H. Pediatriye ilaç hataları ve hata bildirimi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*. 2016; 6(3): 165-173.
155. Afaya A, Konlan KD, Kim Do H. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. *BMC Health Services Research*. 2021; 21: 1-10.
156. Hammoudi BM, Ismaile S, Yahya OA. Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018; 32(3): 1038-1046.
157. Dirik HF, Samur M, Seren Intepeler S, Hewison A. Nurses' identification and reporting of medication errors. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28(5-6): 931-938.
158. Amrollahi M, Khanjani N, Raadabadi M, Hosseinabadi M, Mostafaei M, Samaei S. Nurses' perspectives on the reasons behind medication errors and the barriers to error reporting. *Nursing and Midwifery Studies*. 2017; 6(3): 132-136.

159. Alblowi F, Alaidi H, Dakhilallah H, Alamrani A. Nurses' Perspectives on Causes and Barriers to Reporting Medication Administration Errors. *Health Science Journal*. 2021; 15(9): 1-7.
160. Nourian M, Babaie M, Heidary F, Nasiri M. Barriers of medication administration error reporting in neonatal and neonatal intensive care units. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*. 2020; 8(3): 173-181.
161. Dyab EA, Elkalimi RM, Bux SH, Jamshed SQ. Exploration of nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers towards medication error reporting in a tertiary health care facility: a qualitative approach. *Pharmacy*. 2018; 6(4): 120.
162. Ülkü HH, Türk G. Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019; 6(3): 141-148.
163. Durgun H, Kaya H. The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *International Emergency Nursing*. 2018; 40: 29-32.
164. Fu M, Wang T, Hu S, Zhang X, Wang F, Pan Y ve ark. Patient safety value, safety attitude and safety competency among emergency nurses in China: A structural equation model analysis. *Journal of Nursing Management*. 2022; 30(8): 4452-4460.
165. Rahmani P, Tavani F, Sheikhalipour Z, Behshid M, Khodayari MT, Akhuleh OZ. The relationship between attitude of nurses toward the patient safety and missed nursing care: A predictive study. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2022; 37(3): 138-146.
166. Tunçer Ünver G, Harmanci Seren AK. Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. *Journal of Nursing Management*. 2018; 26(5): 579-586.

167. Uzelli Yılmaz D, Düzgün F, Yılmaz D. Patient Safety Attitudes of Nurses Working in Surgical Clinics: A Cross-Sectional Study. *Journal of Contemporary Medicine*. 2022; 12(2): 301-305.
168. Samaei SE, Raadabadi M, Khanjani N, Heravizadeh O, Hosseinabadi MB, Pirani S. Safety attitudes among nurses and its relation with occupational accidents: a questionnaire based survey. *International Journal of Occupational Hygiene*. 2015 Dec 28;7(4):177-186.
169. Salih SA, Reshia FA, Bashir WA, Omar AM, Elwasefy SA. Patient safety attitude and associated factors among nurses at Mansoura University Hospital: A cross sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2021; 14: 1-5.
170. Ongun P, Intepeler SS. Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. *Pakistan journal of medical sciences*. 2017; 33(5): 1210.
171. Aydemir A. Acil Serviste Çalışanlarda Hasta Güvenlik Programı ve Tutumunu Etkileyen Faktörler [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2015.
172. Bahar S, Önler E. Turkish Surgical Nurses' Attitudes Related to Patient Safety: A Questionnaire Study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2020; 470-475.
173. Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani J. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015; 1-10.
174. Moussa FL, Moussa M, Sofyani HA, Alblowi BH, Oqdi YA, Khallaf S ve ark. Attitudes of Critical Care Nurses towards Teamwork and Patient Safety in Saudi Arabia: A Descriptive Cross-Sectional Assessment. *Healthcare*. 2022; 1-8.

175. Elsous A, Akbari Sâri A, AlJeesh Y, Radwan M. Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza Strip, Palestine. *International Nursing Review*. 2017; 64(3): 446-454.
176. Alqahtani AS, Evley R. Application of safety attitudes questionnaire (SAQ) in adult intensive care units: a cross-sectional study. *medRxiv*. 2020:1-21.
177. Kunaviktikul W, Wichaikhum O, Nantsupawat A, Nantsupawat R, Chontawan R, Klunklin A ve ark. Nurses' extended work hours: patient, nurse and organizational outcomes. *International nursing review*. 2015; 62(3): 386-393.
178. Gleeson LL, Tobin L, O'Brien GL, Crowley EK, Delaney A, O'Mahony D, Byrne S. Safety culture in a major accredited Irish university teaching hospital: a mixed methods study using the safety attitudes questionnaire. *Irish Journal of Medical Science*. 2020; 189: 1171-1178.
179. Huang CH, Wu HH, Lee YC. The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*. 2018; 40: 39-44.
180. T.C. Sağlık Bakanlığı. [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi 5 Mayıs 2023]. [Sürüm 6.1]. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>.
181. KaWen L, Rozaimie ANA, Sarifulnizam FA, Tan SR, NurKamilah M, Roszita İ ve ark. Medical Personnel Perception on Safety Attitude in a Tertiary Teaching Hospital in Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*. 2022; 22(2): 187-196.
182. Al Nadabi W, Failsal M, Mohammed MA. Patient safety culture in Oman: A national study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2020; 26(5): 1406-1415.

183. Mbuthia N, Moleki M. Assessing Patient Safety Culture: Application of the Safety Attitudes Questionnaire in a Kenyan Setting. *The Open Nursing Journal*. 2020; 203-210.
184. Zhao C, Chang Q, Zhang X, Wu Q, Wu N, He J ve ark. Evaluation of safety attitudes of hospitals and the effects of demographic factors on safety attitudes: a psychometric validation of the safety attitudes and safety climate questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(836): 1-11.
185. Abu-El-Noor NI, Hamdan MA, Abu-El-Noor MK, Radwan AKS, Alshaer AA. Safety culture in neonatal intensive care units in the Gaza Strip, Palestine: a need for policy change. *Journal of pediatric nursing*. 2017; 33: 76-82.
186. Lappalainen M, Härkänen M, Kvist T. The relationship between nurse manager's transformational leadership style and medication safety. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2020; 34(2): 357-369.
187. Farag A, Tullai-McGuinness S, Anthony MK, Burant C. Do Leadership Style, Unit Climate, and Safety Climate Contribute to Safe Medication Practices? *The Journal of Nursing Administration*. 2017; 47(1): 8-15.
188. Farag A, Anthony MK. Examining the Relationship Among Ambulatory Surgical Settings Work Environment, Nurses' Characteristics, and Medication Errors Reporting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2015; 30(6): 492-503.
189. Seren İntepeler Ş, Barış VK. Dönüşümcü ve Etkileşimci Lider-İzleyen İlişkilerinin Hemşirelik ve Sağlık Hizmetlerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 9(2): 97-104.
190. Karahan E, Çelik S, Sugeçti S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yüğü Algısı, Hasta Güvenliği Tutumu ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of*

Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2021; 18(1): 1-10.

191. Neill MW, Saunders NS. Servant leadership: Enhancing quality of care and staff satisfaction. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2008; 38(9): 395-400.

192. Brasaite I, Kaunonen M, Martinkenas A, Suominen T. Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey. BMC research notes. 2016; 9(177): 1-7.

193. Korkmaz O. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 14(4): 91-112.

194. Zhang F, Tian L, Shang X, Li X, Xue R, Cheng S ve ark. Exploring relationships between first-line nurse manager's safety attitudes and safety factors in Henan, China. Journal of Nursing Management. 2018; 26(3): 314-320.

195. Salih A, Abdelkader Reshia A, Bashir WAH, Omar M, Elwasefy. Patient safety attitude and associated factors among nurses at Mansoura University Hospital: A cross sectional study. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2021; 14: 1-5.

196. İşeri Ö, Sarıtaş H. Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ile Hasta Güvenliği Tutumlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 32(1): 56-64.

197. Karacabay K, Savcı A, Çömez S, Çelik N. Cerrahi hemşirelerinin iş yükü algıları ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 13(3): 404-417

198. Üstüner Top F, Çam HH. Hastanede çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(3): 213-219.
199. Abukhader I, Abukhader K. Effect of Medication Safety Education Program on Intensive Care Nurses' Knowledge regarding Medication Errors. Journal of Biosciences and Medicines. 2020; 8: 135-147.
200. Nurmeksela A, Mikkonen S, Kinnunen J, Kvist T. Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. BMC Health Services Research. 2021; 21(296): 1-13.

8. EKLER

EK 1. Birey Tanılama Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmekte olup, hizmetkar liderlik davranışlarının hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirme nedenleri arasındaki ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmada kişisel verilerinizin kullanılması söz konusu olmadığı gibi katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımınız ve yanıtlarınız yaşanan durumun saptanması ve çözüm önerileri geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Ayırdığınız zaman ve görüşleriniz için teşekkür ederim.

Merve Dilara KIZILKAYA

DEU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel:05544263908

k.mervedilara @ gmail.com

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

3.Eğitim durumunuz: ()Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans

() Yüksek Lisans () Doktora

4.Çalıştığınız birim:

5.Mesleğinizde çalışma yılınız:

6.Birimde çalışma yılınız:

7. Yönetici iseniz yönetici olarak çalışma yılınız:

8. Göreviniz: ☐ Servis Sorumlu Hemşiresi ☐ Servis Hemşiresi ☐ Diğer

9. Liderlik hakkında eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

10. Hasta güvenliği eğitimi aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

11. İlaç uygulamaları hakkında eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır



EK 2. Hizmetkar Liderlik Davranış Ölçeği

Değerli Katılımcı;

Bu bölüm hizmetkar liderlik davranışlarını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Her bir ifadenin yanında “**Hiçbir Zaman**”, “**Nadiren**”, “**Bazen**”, “**Çoğu Zaman**” ve “**Her Zaman**” seçenekleri yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı uygun rakamı (1-5 arasında gösterilen) seçerek işaretleyiniz. İçtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederim.

Madde No	Lider	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Kendisinden önce, çalışanlarını düşünür.	1	2	3	4	5
2	Çalışma koşullarımı iyileştirmek için çaba harcar.	1	2	3	4	5
3	Herhangi bir karşılık beklemeden bana destek olur.	1	2	3	4	5
4	Yararıma olanı düşünerek özveride bulunur.	1	2	3	4	5
5	Başkaları tarafından hizmet edilmekten çok, başkalarına hizmet etmekten hoşlanır.	1	2	3	4	5
6	Kişiliğime saygı gösterir.	1	2	3	4	5
7	Kötü günlerimde yanımda olur.	1	2	3	4	5
8	Bana inisiyatif vererek önümü açar.	1	2	3	4	5
9	Bana değer verir.	1	2	3	4	5
10	Hakkımda ne düşündüğünü bana hissettirir.	1	2	3	4	5
11	Duygu ve düşüncelerimi doğru olarak anladığını bana hissettirir.	1	2	3	4	5
12	Duygu ve tepkilerime karşı duyarlıdır.	1	2	3	4	5
13	Duygularımı doğrudan ifade etmesem de beni çok iyi anlar.	1	2	3	4	5
14	Mesleğimde başarılı olmam için beni sürekli destekler.	1	2	3	4	5
15	İletişim sürecinde içten ve samimi bir hava oluşturur.	1	2	3	4	5
16	Bakış açımı durumlara ve olaylara bakabilir.	1	2	3	4	5
17	Günün her vakti ulaşılabilir.	1	2	3	4	5
18	Sorunlarımı etkin olarak dinler.	1	2	3	4	5

19	Vereceği kararlarda ölçölü olmaya özen gösterir.	1	2	3	4	5
20	Görev ve sorumlulukların eşit dağıtılmasına özen gösterir.	1	2	3	4	5
21	Yapılan bir yanlışa gösterdeği tepkide ölçölüdür.	1	2	3	4	5
22	Başarıyı takdir eder.	1	2	3	4	5
23	Çalışanlarına güvenir.	1	2	3	4	5
24	Çalışanlarının hatalarını bağışlar.	1	2	3	4	5
25	Çalışanlarına karşı kin beslemez.	1	2	3	4	5
26	İmtiyazlı kişi veya gurupların oluşmasına müsaade etmez.	1	2	3	4	5
27	Kurumda güvenilir biri olarak kabul görür.	1	2	3	4	5
28	İçi dışı birdir.	1	2	3	4	5
29	Kurumda açık ve şeffaf bir tutum ve davranış sergiler.	1	2	3	4	5
30	Sözleri ve zihnindeki hedefleri farklı değildir.	1	2	3	4	5
31	Hatalarını kabul eder.	1	2	3	4	5
32	Özeleştirii yapmaktan çekinmez.	1	2	3	4	5
33	Kişisel amaç ve kazanımlarından çok, değer ve ilkeleri önceler.	1	2	3	4	5
34	Kendisine yönelik övgü sözlerinden hoşlanmaz.	1	2	3	4	5
35	Kendisinden söz etmekten hoşlanmaz.	1	2	3	4	5
36	Kibirli davranışlardan uzak durur.	1	2	3	4	5

EK 3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Değerli Katılımcı;

Bu bölüm hasta güvenliği tutumunu değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Her bir ifadenin yanında “**Kesinlikle Katılmıyorum**”, “**Katılmıyorum**”, “**Kısmen Katılıyorum**”, “**Katılıyorum**” ve “**Tamamen Katılıyorum**” seçenekleri yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı uygun seçeneğe “X” koyarak belirtiniz. İçtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederim.

Alt Boyut	İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
İŞ DOYUMU	Performansım hakkında geribildirim alırım (bilgilendirilirim).					
	Hastane yönetimi, işini iyi yapar.					
	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.					
	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.					
	Bu hastanede, problemlı doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.					
	Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.					
	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.					
	Bu birimdeki tıbbi ekipman- donanım yeterlidir.					
	Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.					
	Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.					
	Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.					

EKİP ÇALIŞMASI	Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.					
	Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.					
	Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.					
	Acil durumlarda, diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
	Bu birimde, görüş farklılıkları hasta yararı (Kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.					
	Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.					
	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.					
	Hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.					
	Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.					
	Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.					
	Bu birimde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.					
GÜVENLİK İKLİMİ	Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışırlar.					
	Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.					
	Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.					
	Bu birimde, hasta güvenliğiyle ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.					
	Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.					
YÖNETİM ANLAYIŞI	Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli önemsenir.					
	Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.					
	Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.					
	Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.					

	Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliğiyle ilgili sorumluluk alır.					
	Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.					
	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmeme destekler.					
	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.					
STRESİ TANIMLAMA	Acil durumlardaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
	Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.					
	Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.					
	Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.					
ÇALIŞMA KOŞULLARI	Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.					
	Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural veya prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.					
	İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.					
	Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yapar.					
	İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.					
	Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler), uygun şekilde desteklenir.					

EK 4. İlaç Hatası Bidirmeme Nedeni Ölçeği

Değerli Katılımcı;

Bu bölüm ilaç uygulama hatalarının rapor edilmemesinin nedenini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Her bir ifadenin yanında “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kısmen Katılmıyorum”, “Kısmen Katılıyorum”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” seçenekleri yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı uygun rakamı (1-6 arasında gösterilen) seçerek işaretleyiniz. İçtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederim.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hemşireler; hastanenin, ilaç hatası tanımı ile aynı fikirde değildirlir	1	2	3	4	5	6
Hemşireler ilaç uygulaması sonrasında bir hatanın olduğunu fark etmiyorlar	1	2	3	4	5	6
İlaç hatası oluştuğunda, olay rapor formunu doldurmak çok zaman almaktadır	1	2	3	4	5	6
İlaç hatası ile ilgili, hekimle iletişime geçmek çok zaman almaktadır	1	2	3	4	5	6
İlaç hatasının açıkça bir tanımı yoktur	1	2	3	4	5	6
Hemşireler; hatanın, rapor edilecek kadar önemli olduğunu düşünmeyebiliyorlar	1	2	3	4	5	6
Hemşireler, ilaç hatası yaparlarsa, diğer hemşireler tarafından yetersiz olarak algılanacaklarına inanıyorlar	1	2	3	4	5	6

İlaç hatası rapor edilirse hasta veya ailesi hemşireye karşı negatif bir tutum sergileyebilir veya hemşireyi dava edebilir	1	2	3	4	5	6
İlaçların, tamamiyle orderdaki gibi verilmesi beklentisi, gerçekçi değildir.	1	2	3	4	5	6
Hemşireler; ilaç hatası nedeniyle, hekimlerin onları kınayacaklarından korkuyorlar	1	2	3	4	5	6
Hemşireler, ilaç hatalarını bildirmenin olumsuz sonuçlarından korkarlar	1	2	3	4	5	6
Hemşirelik yönetimi tarafından ilaç hatasına verilen tepkiler, ilaç hatasının ciddiyeti ile eşleşmemektedir	1	2	3	4	5	6
İlaç hatasının bir sonucu olarak hastaya bir şey olursa hemşire suçlanabiliyor	1	2	3	4	5	6
Doğru ilaç uygulamalarından sonra hiç pozitif geribildirim verilmemektedir	1	2	3	4	5	6
Kaliteli hemşirelik bakımı sağlamanın bir ölçütü olarak, ilaç hatalarına çok fazla önem verilmektedir	1	2	3	4	5	6
İlaç hataları olduğunda; hemşirelik yönetimi, hatanın olası nedeni olarak sistemden ziyade bireye odaklanmaktadır	1	2	3	4	5	6

EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı,

“Hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları ile hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirmeme nedenleri arasındaki ilişki” isimli tez çalışmasını yürütmekteyiz. Bu çalışmada, hemşire yöneticilerin hizmetkar liderlik davranışları hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve ilaç hatalarını bildirmeme nedenleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktayız.

Bu çalışmada kimliğiniz ve araştırmadan elde edilecek bilgiler tamamen gizli tutulacaktır ve araştırma için herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz bu durumda herhangi bir olumsuz tutum ile karşılaşmayacaksınız. Araştırma sonuçlarından haberdar olmak için bizimle iletişim kurmanız yeterli olacaktır. Çalışma sonuçları kişisel olarak değerlendirilmeyecektir. Bilgileriniz sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Ancak sorunun doğru tanımlanması ve gelişimin izlenmesi için bazı anketler daha sonra tekrarlanacaktır. Bunun için formlara yalnızca kendinizin bileceği ve sonradan hatırlayabileceğiniz rumuz vermeniz gerekmektedir. Verdiğiniz bilgiler araştırmacılar arasında kalacak ve gizliliği korunacaktır.

Bu çalışmanın kapsamı ve amacı ile olası riskleri-faydaları tarafıma açıklandı. Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık Adı Soyadı:

İmzası:

EK 6. Ölçek İzinleri

ÖLÇEK İZNİ

Gelen Kutusu x

✕ 🖨️ 🔗

Merve Dilara Kızılkaya

20 Eylül Pzt 00:07

☆ ↩️ ⋮

Alıcı: abdurrahmanekinci

Sayın Hocam,

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim bölümü yüksek lisans öğrencisi Merve Dilara Kızılkaya. Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER öncülüğünde yürüteceğim tezimde "Development of the School Principals' Servant Leadership Behaviors Scale and Evaluation of Servant Leadership Behaviors According to Teachers" adlı çalışmamın "Hizmetkar Liderlik" ölçeğini izin verdiğiniz takdirde izninizle kullanmak istiyorum. Ölçeğin doğrulanmış türkçesi mevcut ise paylaşmanızı rica ediyorum.

Saygılarımla

Merve Dilara KIZILKAYA

DEÜ SBF Hemşirelikte Yönetim A.D. Yüksek Lisans Öğrencisi



Abdurrahman EKINCI

20 Eylül Pzt 13:22

☆ ↩️ ⋮

Alıcı: ben

Merhaba Merve hanım, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Linkte makalenin ve makale sonunda da ölçeğin son halinin Türkçesi de mevcuttur. Başarılar dilerim.

<http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/2152/1063>

Prof. Dr. Abdurrahman Ekinci
Mardin Artuklu Üniversitesi

Windows'u Etkinleştir

Windows'u etkinleştirmek için kişisel bilgisayar ayarlarına gidin.

ÖLÇEK İZNİ

Gelen Kutusu x

✕ 🖨️ 🔗

Merve Dilara Kızılkaya

20 Eylül Pzt 00:48

☆ ↩️ ⋮

Alıcı: ulku.baykal

Sayın Ülkü Hocam,

Ben DEÜ SBE Hemşirelikte Yönetim A.D. yüksek lisans öğrencisi Merve Dilara KIZILKAYA. Danışman hocam Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER öncülüğünde yürüteceğim tez çalışmamda sizlerin çalışmış olduğu "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması" adlı araştırmadaki "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği"nden izin verdiğiniz takdirde tez çalışmamda yararlanmak istiyorum. Ölçeğin orijinal halini izninizle sizden rica ediyorum.

Saygılarımla

Merve Dilara KIZILKAYA

DEÜ SBE Hemşirelikte Yönetim A.D Yüksek Lisans Öğrencisi



ULKU BAYKAL

20 Eylül Pzt 12:00

☆ ↩️ ⋮

Alıcı: ben

Sayın Kızılkaya,

Meslektaşlarımla birlikte uyarlamasını yapmış olduğumuz "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği"ni çalışmanızda atıf yaparak kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim,

Prof. Dr. Ülkü Baykal

Windows'u Etkinleştir

Windows'u etkinleştirmek için kişisel bilgisayar ayarlarına gidin.

OLÇEK IZNI

Gelen Kutusu x



Merve Dilara Kızılkaya

21 Eylül Sal 18:39



Alıcı: nazirearat

Sayın Hocam,

Ben DEÜ SBE Hemşirelikte Yönetim A.D yüksek lisans öğrencisi Merve Dilara KIZILKAYA. Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER ile yürüteceğimiz tez çalışmamda "İlaç Uygulama Hatası Ölçeği" nin Türkiye popülasyonunda geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi" adlı tez çalışmamızın " İlaç Uygulama Hatası Ölçeği" 'ni izniniz doğrultusunda tez çalışmamda kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

Merve Dilara KIZILKAYA

DEÜ SBE Hemşirelikte Yönetim A.D Yüksek Lisans Öğrencisi

nazire arat

21 Eylül Sal 19:55



Alıcı: ben

Sevgili Merve Dilara,

Ulusal alanda geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilen "İlaç Uygulama Hatası Ölçeği"ni tez çalışmanızda kullanma talep mailiniz tarafıma ulaşmıştır.

Ölçek için açık kullanım izni verilmiş olup, çalışmanızda başarılar dilerim.

İyi çalışmalar...

Uzm. Hemşire Nazire ARAT
Ege Üniversitesi Hastanesi
Cocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Windows'u Etkinleştir

Windows'u etkinleştirmek için kişisel bilgisayar ayarlarına gidin.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİN FORMU

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

"Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Hizmetkar Liderlik Algısı ile Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Algısı Arasındaki İlişki" başlıklı araştırma projemi İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapabilmek için gereğini bilgilerinize arz ederim.

Araştırmamıza ilişkin gerekli belgeler ekte sunulmuştur.

Adı, Soyadı: Merve Dilara KIZILKAYA

İmza:

Bilim Kurulu Üyesi

Bilim Kurulu Üyesi

Bilim Kurulu Üyesi

Bilim Kurulu Üyesi

.....

İmza

OLUR

02.12.2021

Doküman Kodu : KU.FR.08

Dok.Yay.Tar: 04.12.2018

Rev. Tar.: 07.07.2021

Rev.No: 04

Sayfa No:1/1



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : E-38137489-903.07.01-178774

14.01.2022

Konu : Prof.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 12.01.2022 tarihli ve E-42056799-619-065 sayılı yazısı.

Fakülteniz Dekanı Prof.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Merve Dilara KIZILKAYA'nın hazırlamış oldukları "Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Hizmetkar Liderlik Algısı ile Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Algısı Arasındaki İlişki" konulu araştırma çalışmasını, İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasının uygun görüldüğü, İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan ilgi yazı ile bildirilmektedir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Uğur MALAYOĞLU
Rektör Yardımcısı

Ek: İlgi yazı



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-42056799-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Merve
Dilara KIZILKAYA'nın Bilimsel
Araştırması

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Hemşirelik Fakültesi)

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı "Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Dilara KIZILKAYA'nın hazırlanmış oldukları "Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Hizmetkar Liderlik Algısı ile Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Algısı Arasındaki İlişki" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr.Öğr.Üyesi M.Burak ÖZTOP
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp. (1 Sayfa)

	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü SAĞLIK HİZMETLERİ, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	Kod	ARGE 1-FR-01
		Yayın Tarihi	08.10.2018
		Rev.No/Tarihi	00/
		Sayfa	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2022/01	24.12.2021 155220683	06.01.2022	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/Scruvrlu Araştırmacı "Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Merve Dilara KIZILKAYA tarafından kurulumuza sunulan "Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Hizmetkar Liderlik Algısı ile Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Algısı Arasındaki İlişki" isimli araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-59537164-100-180500
Konu : Merve Dilara Kızılkaya'nın Y.L.Çalışma
İzin Yazısı

18.01.2022

HEMŞİRELİK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : D.E.Ü. Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığının 14.01.2022 tarihli ve
E-38137489-903.07.01-178774 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız öğretim üyesi Prof.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Merve Dilara KIZILKAYA'nın hazırlanmış oldukları *"Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Hizmetkar Liderlik Algısı ile Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Algısı Arasındaki İlişki"* konulu araştırma çalışmasının, İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasının uygun görüldüğüne ilişkin İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden gelen ilgi yazısı, D.E.Ü. Personel Daire Başkanlığının ilgi sayılı yazı ekinde gönderilmektedir. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

Ek: İzin Yazısı (3 Sayfa)

EK 8. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Şeyda Seren İntepeler

Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6738-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Hizmetkar Liderlik Algısı ile Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Algısı Arasındaki İlişki
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Şeyda Seren İntepeler Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

Karar No:2021/30-24		Tarih:27.10.2021			
Prof.Dr. Şeyda Seren İntepeler'in sorumlusu olduğu "Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Hizmetkar Liderlik Algısı ile Hasta Güvenliği Tutumları ve İlaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Algısı Arasındaki İlişki" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyî Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Şeyda Seren İntepeler

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7379-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşire Yöneticilerin Hizmetkar Liderlik Davranışları ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları ve ilaç Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Arasındaki İlişki
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Şeyda Seren İntepeler Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/26-15	Tarih:17.08.2022			
	Prof.Dr. Şeyda Seren İntepeler'in sorumlusu olduğu "Hemşire Yöneticilerin Hizmetkar Liderlik Davranışları ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları ve Hata Hatalarını Bildirmeme Nedenleri Arasındaki İlişki" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Hancı	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒

EK 9. Özgeçmiş

MERVE DİLARA KIZILKAYA

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

05 Ekim 2016 - 06 Mayıs 2017 (8 ay)

Lisans, Anadol/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.

Diploma Numarası: -

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 74.53 / 100.0

27 Eylül 2016 - 05 Haziran 2017 (9 ay)

Lisans, Anadol/Normal Öğretim, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR. (%50 BURLU)

Diploma Numarası: 17420103

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 74.53 / 100.0

05 Eylül 2013 - 08 Nisan 2016 (2 yıl 8 ay)

Lisans, Anadol/Normal Öğretim, ŞİFA ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR. (%50 BURLU)

Diploma Numarası: -

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 72.87 / 100.0

05 Eylül 2013 - 01 Ocak 2019 (5 yıl 4 ay)

Lisans, Anadol/Normal Öğretim, EGE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR. (%50 BURLU)

Diploma Numarası: -

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 73.0 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ekim 2018 - Şu Anda (4 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI MANİSA İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ MANİSA
AKHİSAR DEVLET HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0