

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNE UYGULANAN
GÜÇLENDİRME PROGRAMININ GÜÇLENDİRME
HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÜZERİNDE KONTROL VE
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ**

Ayşegül YILMAZ

**Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2019

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNE UYGULANAN
GÜÇLENDİRME PROGRAMININ GÜÇLENDİRME
HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÜZERİNDE KONTROL VE
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ**

Ayşegül YILMAZ

Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

ANKARA

2019


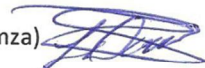



ONAY SAYFASI

SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNE UYGULANAN GÜÇLENDİRME
PROGRAMININ GÜÇLENDİRME HEMŞİRELİK UYGULAMALARI
ÜZERİNDE KONTROL VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

Öğrencinin Adı Soyadı: Ayşegül YILMAZ

Danışman: Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Bu tez çalışması 18.04.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER Dokuz Eylül Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Prof. Dr. Leyla DİNÇ Hacettepe Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Süheyla ABAAN Hacettepe Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ Hacettepe Üniversitesi	(imza) 

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

24 Mayıs 2019


Prof. Dr. Diclehan ORHAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamındatezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi/ H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü/ Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- ⊗ Enstitü/ Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

29 / 04 / 2019



Ayşegül YILMAZ

i

ⁱ"**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**"

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik karar verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir
- *Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulutarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Sergül DUYGULU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Ayşegül YILMAZ



TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı yaparken:

Tez danışmanım olarak çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirdiği ve her aşamasında destek verdiği, değerli deneyim ve bilgilerini manevi desteği ile birlikte paylaştığı için Doç. Dr. Sayın Sergül DUYGULU'ya,

Tez izleme komitesi jüri üyesi olarak çalışmanın yapılandırılması ve izlenmesinde akademik bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan Doç. Dr. Sayın Süheyla ABAAN ve Doç. Dr. Sayın Deniz TANYER'e

Güçlendirme programının kapsam geçerliliği için, uzman görüşleri ile katkı sağlayan Doç. Dr. Sayın Süheyla ABAAN, Dr. Sayın Gülbahar ASLAN KORKMAZ, Dr. Sayın Manar ASLAN, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Sayın Ümmühan KURT, Dr. Sayın Seher BAŞARAN AÇIL'a

Çalışmanın teorik eğitim bölümünde değerli sunumları ile destek olan Dr. Sayın Azize ATLI ÖZBAŞ'a, değerli arkadaşım Arş. Gör. Sayın Öznur İSPİR'e

Çalışmanın uygulamasının Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılabilmesi için izin veren Mersin İl Sağlık Müdür'ü Sayın Dr. Sinan BAHÇACI'ya,

Kıymetli zamanlarını ayırarak çalışmaya destek veren Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Servis Sorumlu Hemşirelerine,

Annelik duygularını yaşattıkları, öğrenciliğime sevgileri ve anlayışları ile destek verdikleri için çocuklarım Gülsüm Gülse, okulumla birlikte büyüyen Guldeniz ve tezimle birlikte büyüyen Yiğit Alp'e,

Çalışmamın başlangıcından sonuna kadar bana vermiş olduğu destek, sabır, anlayış ve sevgisi için Eşim Ali İmran YILMAZ'a içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Yılmaz, A., Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Güçlendirme Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı Tezi, Ankara, 2019. Bu çalışmada, servis sorumlu hemşirelerine uygulanan hasta güvenliği kültürü geliştirmeye dayalı güçlendirme programının, hemşirelerin güçlendirme, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algılarına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma ön deneysel tasarım olarak yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 38 servis sorumlu hemşiresi ve bu servis sorumlu hemşireleri ile birlikte çalışan, toplam 174 servis hemşiresi oluşturmuştur. Çalışmada, hasta güvenliği kültürü geliştirmeye dayalı güçlendirme programı servis sorumlu hemşirelerine 14 saat teorik eğitim, 12 saat grup çalışması ve 8 saat bireysel çalışma şeklinde uygulanmıştır. Çalışmanın verileri, servis sorumlu hemşirelerinden; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Yapısal Güçlendirme Ölçeği, Psikolojik Güçlendirme Ölçeği, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ile toplanmıştır. Servis hemşirelerinden ise; Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tekrarlı ölçümlerde Varyans Analizi, Friedman Analizi, bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Servis sorumlu hemşirelerinin, Yapısal Güçlendirme Ölçeği toplam ve alt boyutlarından formal, informal güç, Psikolojik Güçlendirme Ölçeği anlamlılık ve yetkinlik alt boyut ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği puan ortalamaları programın uygulanmasından sonra yapılan 3. değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi alt boyutu olan hastane birimleri içinde takım çalışması pozitif cevap yüzde ortalaması 3. değerlendirmede anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Güçlendirme programı sonrası hem servis sorumlu hemşireleri hem de servis hemşirelerinin olay raporlama sayısında istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür ($p<0,05$). Çalışmada servis sorumlu hemşirelerine uygulanan hasta güvenliği kültürü geliştirmeye dayalı güçlendirme programının hemşirelerin yapısal ve psikolojik olarak güçlendirilmesinde, uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olmasında etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, bu tür güçlendirme programlarının düzenli olarak her sağlık bakım kurumunda ve tüm hemşireleri kapsayacak şekilde uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, güçlendirme programı, hasta güvenliği kültürü, servis sorumlu hemşiresi

ABSTRACT

Yılmaz, A., The Effects of Unit Charge Nurse's Empowerment Program on Nurses' Perceptions of Empowerment, Control of Nursing Practices and Patient Safety Culture. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Fundamentals and Management of Nursing Integrated Doctorate Program Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2019. This study aims to determine the effects of unit charge nurse's empowerment program on perceptions of empowerment, control over the practices, patient safety culture, and the nurses' perception of patient safety culture. The study has as a quasi-experimental design. The study sampling consisted of 38 unit charge nurses working in Mersin City Training and Research Hospital and their 174 service nurses. In this study, 14 hours of theoretical training, 12 hours of group work and 8 hours of individual study were applied to 38 unit charge nurses. The data were collected from unit charge nurses through with Introductory Information Form, Psychological Empowerment Scale, Structural Empowerment Scale, Control Over Nursing Practice Scale and Hospital Survey on Patient Safety Culture. Data from service nurses were collected through Introductory Information Form and Hospital Survey on Patient Safety Culture. Variance Analysis, Friedman Analysis, t test and Mann Whitney U test were used for repeated measurements. For unit charge nurses, total structural empowerment score, formal power and informal power mean scores of the Structural Empowerment sub-scales, competence and meaning mean scores of the Psychological Empowerment sub-scale, and Control Over Nursing Practice Scale mean scores were found statistically higher in the 3rd evaluation after the implementation of the program ($p<0.05$). The Team Work in the Units sub-dimension of positive response percentage was found to be significantly higher in the 3rd evaluation ($p<0.05$). It was found that the empowerment program increased the number of incidents reported in both the unit charge nurses and the service nurses ($p<0.05$). In the study, the program applied to the unit charge nurses was found to be effective in control over nursing practice, structural and psychological empowerment. Based on the findings of the study, it can be suggested that such retrofit programs should be implemented to include nurses who work together with the nurses who are unit charge nurses.

Key Words: Nursing, empowerment program, patient safety culture, unit charge nurse

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
GRAFİKLER	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırma Hipotezleri	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Güç ve Güçlendirme	9
2.1.1. Güç Kavramı	9
2.1.2. Hemşirelikte Güç	9
2.1.3. Güçlendirme Kavramı	10
2.1.4. Hemşirelikte Güçlendirme	14
2.2. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol	16
2.2.1. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Kavramı	16
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü	18
2.3.1. Hasta Güvenliği Kavramı	18
2.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı	19
2.3.3. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirme	29

3. GEREÇ ve YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Şekli	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.4. Verilerin Toplaması	39
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	39
3.4.2. Hemşirelik İşyeri (Yapısal) Güçlendirme Ölçeği	39
3.4.3. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği	41
3.4.4. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği	42
3.4.5. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi	42
3.4.6. Araştırmanın Uygulanması	44
3.4.7. Araştırmanın Etik Boyutu	52
3.4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	54
4. BULGULAR	56
4.1. SSH ve Servis Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı, Mesleki Özellikleri ve Kurumdaki Hasta Güvenliği ile İlgili Görüşlerini Ortaya Koyan Bulgular	57
4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının SSH'lerin Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular	61
4.3. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının Servis Hemşirelerin HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular	71
5. TARTIŞMA	75
5.1. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının SSH'lerin Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol, HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması	75

5.2. Hasta Güvenliği Kùltürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının Servis Hemşirelerinin HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması	93
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	98
6.1. Sonuçlar	98
6.2. Öneriler	99
7. KAYNAKLAR	101
8. EKLER	
EK-1. SSH Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-2. Servis Hemşiresi Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-3. Hemşirelik İşyeri (Yapısal) Güçlendirme Ölçeği I	
EK-4. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği	
EK-5. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği	
EK-6. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi	
EK-7. Yatay ve Dikey Eğitim Planı	
EK-8. Servis Sorumlu Hemşireleri Güçlendirme Eğitim Programı Çalışma Kitabı	
EK-9. Teorik Eğitim Programı	
EK-10. Eğitim Sürecini Değerlendirme Formu	
EK-11. Problem Çözme Formu	
EK-12. Güçlendirme Programı Grup Çalışmaları Raporu	
EK-13. Birinci Değerlendirme Toplantı Tutanağı	
EK-14. İkinci Değerlendirme Toplantı Tutanağı	
EK-15. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu İzin Yazısı	
EK-16. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Çalışmanın Uygulanması İçin Kurum Değerikliği Onayı	
EK-17. Mersin İl Sağlık Müdürlüğu Etik Kurulu İzin Yazısı	
EK-18. Hemşirelik İşyeri Güçlendirme II (Yapısal) Ölçeği'nin Kullanımı İçin Orijinal Yazardan Alınan İzin Yazısı	

- EK-19.** Hemşirelik İşyeri Güçlendirme II (Yapısal) Ölçeği'nin Kullanımı İçin Türkçe Geçerlik Güvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı
- EK-20.** Psikolojik Güçlendirme Ölçeği'nin Kullanımı İçin Orijinal Yazardan Alınan İzin Yazısı
- EK-21.** Psikolojik Güçlendirme Ölçeği'nin Kullanımı İçin Türkçe Geçerlik Güvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı
- EK-22.** Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği'nin Kullanımı İçin Orijinal Yazardan Alınan İzin Yazısı
- EK-23.** Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği'nin Kullanımı İçin Türkçe Geçerlik Güvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı
- EK-24.** Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nin Kullanımı için Orijinal Yazardan Alınan İzin Yazısı
- EK-25.** Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nin Kullanımı İçin Türkçe Geçerlik Güvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı
- EK-26.** Aydınlatılmış Onam Formu (SSH'ler için)
- EK-27.** Aydınlatılmış Onam Formu (Servis Hemşireleri için)
- EK-28.** Dijital Makbuz
- EK-29.** Orjinallik Ekran Çıktısı
- EK Tablo 1.** Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre HGK Toplam Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Karşılaştırılması.
- EK Tablo 2.** Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre HGK Hastane Anketi Hasta Güvenliği Derecesi ve Raporlanan Olay Sayısının Karşılaştırılması.
- EK Tablo 3.** SSH'lerin Sorumlu Hemşire Olarak Çalışma Süresi ve Yöneticilikle İlgili Kurs/Seminere Katılımına Göre HGK Toplam Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Dağılımı.
- EK Tablo 4.** SSH ile Birlikte Çalışma Süresine Göre Servis Hemşirelerinin HGK Toplam Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Dağılımı

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality - Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı
ANA	American Nursing Association - Amerikan Hemşireler Birliği
Bkz	Bakınız
CONP-S	Control Over Nursing Practice Scale - Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği
CQ	Cochran Q Testi
CWEQ-II	Conditions of Work Effectiveness Questionnaire - II-Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi-II
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HGK	Hasta Güvenliği Kültürü
ICN	International Council of Nursing - Uluslararası Hemşireler Birliği
IOM	Institute of Medicine - Ulusal Tıp Enstitüsü
ITT	Intention to Treat
JCI	Joint Commission International - Uluslararası Birleşik Komisyon
NPSF	National Patient Safety Foundation - Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı
SS	Standart Sapma
SSH	Servis Sorumlu Hemşiresi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması	44-45

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. SSH ve Servis Hemşirelerinin Servislere Göre Dağılımı	38-39
4.1.1. SSH'lerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri	57
4.1.2. Servis Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri	58-59
4.1.3. SSH ve Servis Hemşirelerin Kurumdaki Hasta Güvenliği ile İlgili Görüşleri	60
4.2.1. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre Yapısal Güçlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
4.2.2. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre Psikolojik Güçlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
4.2.3. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
4.2.4. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
4.2.5. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Hasta Güvenliği Derecesi Dağılımı	68
4.2.6. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Raporlanan Olay Sayısı Dağılımı	69
4.3.1. Servis Hemşirelerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Karşılaştırılması	70
4.3.2. Servis Hemşirelerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Hasta Güvenliği Derecesi Dağılımı	72
4.3.3. Servis Hemşirelerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Raporlanan Olay Sayısı Dağılımı	73

GRAFİKLER

Grafik		Sayfa
4.2.1.	SSH'lerin Yapısal Güçlendirme Puan Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi	62
4.2.2.	SSH'lerin Psikolojik Güçlendirme Puan Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi	64
4.2.3.	SSH'lerin Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Puan Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi	65
4.2.4.	SSH'lerin HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi	67
4.3.1.	Servis Hemşirelerin HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi	72

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde sağlık bakım hizmeti sunan kuruluşlar yüksek riskli yerler olarak tanımlanmakta (1) ve sağlık bakım hizmeti sunduğu esnada hizmet alanlara istemeden zarar verebilmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 yılında yayımlanmış olduğu raporda; sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alan her 10 hastadan 1'isinin zarar gördüğünü ve bu zararın %50 oranında önlenemez olduğunu, yılda 421 milyon hastane yatışının yaklaşık 43 milyonunda tıbbi hata meydana geldiğini ve yılda 42 milyon medikal hatanın yaklaşık 42 milyon dolar maliyeti olduğunu belirtmiştir (1). Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine - IOM) her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hataların büyük bir kısmının sistem kaynaklı olduğunu belirtmiş ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğunu bildirmiştir (3). Sağlık hizmetlerine bağlı bu hataların önlenmesi ve hataların neden olduğu hasta zararlarının yok edilmesi veya azaltılması, kısacası hasta güvenliğinin sağlanması için hasta güvenliği kültürünün (HGK) geliştirilmesi gerektiği önerilmektedir (1,3,4).

Hasta güvenliği kültürü “*kurumdaki hasta güvenliği geliştirme konusunda neyin önemli olduğu hakkında kurum üyeleri arasında paylaşılan değerler, inançlar ve tutumlar, çalışılan birimler ve sistemlerin etkileşimi ile birlikte geliştirilen davranış normları*” olarak tanımlanmaktadır (5). HGK'nin oluşturulduğu hastanelerde, hastane çalışanlarının daha az kesici ve delici alet yaralanmaları ile karşılaştıkları (6), çok az miktarda tıbbi hata meydana geldiği (7) ve hasta ölüm oranlarında azalma olduğu (8) belirtilmiştir. Ayrıca bu ortamlarda çalışan hemşirelerin iş memnuniyetinin, psikolojik iyiliklerinin sağlandığı (9) görülmektedir. HGK geliştirilememesi durumunda ise, hastanın hastanede kalış süresi uzamakta, tıbbi hatalar artmakta, psikolojik travma, sakatlık ve hatta ölümler olabilmektedir (10). Ayrıca, hemşirelerde düşük HGK algılamasının, iş memnuniyetsizliği ve yaralanmalarla ilişkili olduğu saptanmıştır (11). Bu durumun hemşirelerin işten ayrılmasına, kuruma bağlılıklarının ve motivasyonlarının azalmasına neden olduğu da bildirilmiştir (12).

Dünya’da (1,2,13) ve Türkiye’de (14-17) HGK ile ilgili yapılan çalışmalarda HGK’nin istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Çalışma sonuçları hem ülkemizde hem de dünyada güvenlik problemlerinin hala yaşandığını, dolayısıyla bu problemlerin çözümü için öncelikle HGK’nin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

HGK, sağlık profesyonellerinin ve liderlerinin profesyonel olmayan davranışlar ve insan hataları için cezalandırılmadığı, hataların bildirilmesine teşvik edildiği, hataların hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği, hataların tekrar oluşmaması için güçlü geri bildirim döngüleri ile personelin önceki hatalardan öğrenmesinin sağlandığı ve gerekli ise bakım ile ilgili değişikliklerin yapıldığı bir kültürdür (18). Bu nedenle sağlık bakım kurumlarında HGK’yi içeren bir sistemin oluşturulması yöneticilerin öncelikli sorumludur.

Literatürde, sağlık bakım kuruluşlarında HGK oluşturmaya yönelik çeşitli strateji ve çalışmalar bulunmaktadır. Weaver ve arkadaşlarının (19) konu ile ilgili yapmış oldukları sistematik derleme çalışmasında; takım eğitimi, grup çalışmaları, iletişim araçlarının uygulanması, yönetici yürüyüş turları, disiplinler arası toplantılar, birim tabanlı iyileştirme stratejilerinin HGK’yi geliştirmede çok etkili olduğu ortaya konulmuştur. Konu ile ilgili olarak yapılan diğer çalışmalarda, hemşire (20,21) ve yönetici hemşirelerin (22,23) grup çalışmaları gibi eğitim faaliyetleri ile güçlendirilmesinin HGK geliştirmede çok önemli olduğu bildirilmiştir. Hagerman ve arkadaşları (24) güçlü hemşire liderlerle kaliteli ve güvenli bir sağlık bakım hizmetinin elde edilebileceğine vurgu yaparak, özellikle de alt düzey yönetici hemşirelerin güçlendirilmesi gerektiğini bildirmiştir.

Alt düzey yönetici hemşire olan servis sorumlu hemşireleri (SSH) servis düzeyindeki hemşirelik hizmetlerini yönetirken, birlikte çalıştığı hemşireler ile üst düzey yönetim arasında köprü görevini üstlenmektedirler (25). Bu nedenle sağlık bakım kurumlarında HGK’nin oluşturulmasında kilit role sahip oldukları görülmektedir. Nitekim ülkemizdeki yasal düzenlemelerde kaliteli, güvenli ve profesyonel bakımı sağlamak için SSH’lerin görev, yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde ifade edilmiştir. (26). Bu düzenlemelerde SSH’ler, hasta bakımına rehberlik ve danışmanlık yapma, kliniğe insan, mali ve diğer kaynakların temin edilmesi ve

yönetilmesi, birlikte çalıştığı hemşirelerin mesleki gelişimlerinin desteklenmesi gibi görevlerle sorumlu tutulmuştur (27). Ayrıca SSH'lerin stratejik çalışma planlarının oluşturulmasında ve bu planların uygulanmasında, disiplinler arası ilişkilerin geliştirilmesinde, serviste yaşanan problemlerin çözümünde de önemli görev ve sorumlulukları vardır (28). Yapılan çalışmalarda da SSH'lerin olumlu çalışma ortamı oluşturmada, hemşireler arasında iş memnuniyetini sağlamada, güvenli ve yüksek kalitede bakım standartlarını sürdürmede önemli role sahip olduğu bildirilmiştir (29,30). Bu nedenle, SSH'lerin örgüt kaynaklarına kolayca ulaşabilmesi, yöneticilik görevini yerine getirirken özgürce kararlar alabilmesi, bu kararları özgürce uygulayabilmesi (29) ve güçlü birer yönetici olması (24,28,31) gerekmektedir. Literatürde SSH'lerin güçlendirilmesi için bazı güçlendirme programlarının uygulanmasının gerekli olduğu (28) bildirilmiştir. Bu programların SSH'leri güçlendirerek SSH'lerin liderlik özelliklerini geliştirdiği (32) ve bunun da birlikte çalıştığı hemşireleri olumlu etkilediği belirtilmiştir (33).

Genel anlamda, güçlendirme; *“çalışanların kendilerini motive olmuş hissettikleri, bilgi ve uzmanlıklarına güvendikleri, inisiyatif kullanarak harekete geçme arzusu duydukları, olayları kontrol edebileceklerine inandıkları ve kurumun amaçları doğrultusunda uygun buldukları işleri yapmalarını sağlayan uygulamaları ve koşulları”* ifade etmektedir (34). Güçlendirme, hemşirelerin, eleştirel düşünme, problem çözme yeteneklerini geliştirmekte (35), aynı zamanda, hemşirelerde, profesyonellik, liderlik (36), meslektaşlık ve öz saygıyı teşvik etmektedir (37). Güçlendirme, hemşireler ve diğer hastane çalışanları arasında olumlu ilişkileri sağlayarak, rahat bir çalışma ortamının sağlanmasında ve motivasyonun artırılmasında önemli bir yere sahiptir (38). Aynı şekilde, güçlendirme, etkili iletişimi sağlayarak tıbbi hataları azaltmakta, hasta güvenliğini artırmakta ve yüksek kaliteli hasta bakımını teşvik etmektedir (16,20).

Güçlendirme literatürde yapısal ve psikolojik güçlendirme olarak iki şekilde açıklanmıştır (9,39,40). Bu araştırmanın güçlendirmeye ilişkin kavramsal çerçevesini, kuramsal temellerini Kanter'in yapısal güçlendirme teorisinden alan Laschinger'in yapısal güçlendirme yaklaşımı ve Spreitzer tarafından açıklanan psikolojik güçlendirme teorisi oluşturmaktadır.

Yapısal güçlendirme “*bir bireyin amaçlara ulaşması için mevcut kaynaklardan yararlanma ve bağımsız şekilde kararlar alma yeteneği*” olarak tanımlanmaktadır (41). Kanter (41) tarafından oluşturulan yapısal güçlendirme teorisinde çalışma ortamı koşullarının güçlendirme üzerine etkileri incelenmekte ve fırsat, bilgi, destek ve kaynaklara ulaşmanın güçlendirmeyi geliştireceği üzerinde durulmaktadır. Yapısal güçlendirmenin, meslekler arası işbirliğine katkıda bulunduğu (31), yapısal güçlendirme ile yöneticilerin liderliği arasında pozitif bir ilişki olduğu da bildirilmiştir (24). García-Sierra ve Fernández-Castro (36) transformasyonel liderlik özelliğine sahip SSH’lerin birlikte çalıştığı hemşireleri yapısal olarak güçlendirdiğini ve bu durumun da hemşirelerin işte kalmalarını olumlu yönde etkileyerek kaliteli ve güvenli hasta bakımının sağlanabildiğini belirtmiştir. Lachinger ve arkadaşları (42), SSH’lerin yapısal olarak güçlendirilmesi ile kaliteli bir iş yaşamının elde edilebileceğini ve bu liderlerle birlikte çalışan hemşirelerde düşük duygusal tükenme ve yüksek iş memnuniyetinin sağlanabileceğini belirtmiştir. Görüldüğü üzere yapılan çalışmalarda, yapısal güçlendirmenin SSH’lerin liderlik özelliklerini geliştirdiği ve gelişmiş liderlik ile birlikte HGK’nin oluşturulabileceği belirtilmektedir. Aynı zamanda yapısal güçlendirme ile HGK arasında önemli bir ilişkinin olduğu da vurgulanmaktadır (16,20,22). Nursalam ve arkadaşları (38), yapısal güçlendirmenin, SSH’lerin iş yaşamındaki kaliteyi ve psikolojik güçlendirmeyi arttırdığını bu durumun da hemşirelerde tükenmişliği azalttığını bildirmiştir. Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, yapısal olarak güçlendirilmiş SSH’lerin etkili rol modeli olarak çevresindekileri olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (29,43).

Yapısal olarak güçlenmiş SSH’ler ile birlikte çalışan servis hemşirelerinin de güçlenebileceği literatürde bildirilmektedir (28,44,45). Yapısal olarak güçlendirilen hemşirelerin bulunduğu sağlık kuruluşlarında, hastaların hastanede kalış süresinin kısaldığı (46), hasta düşmelerinin (47) ve ölüm oranının (48) düştüğü ortaya konulmuştur. Güçlendirilmiş hemşirelerle hasta bakım kalitesinin (49) ve hasta memnuniyetinin arttırılacağı dolayısıyla güvenli bakıma ulaşılabileceği belirtilmiştir (50).

Spreitzer'e (2007) göre, bir işyerindeki güçlenmenin tamamen oluşabilmesi için hem yapısal hem de psikolojik güçlenmenin bir arada olması gerektiği

belirtilmektedir (51). SSH'lerin yapısal olarak güçlendirilmesi ile sağlıklı çalışma koşullarına ulaşılacağı ve bununla yönetici hemşirelerde gelişmiş bir kontrol hissi yaratarak psikolojik güçlendirmeyi beraberinde getireceği belirtilmektedir (24,51,52).

Psikolojik güçlendirme, *güdüsel öz-yeterlilik* (53), *içsel görev motivasyonu* olarak tanımlanmıştır (54). Spreitzer, psikolojik güçlendirmeyi anlam, yetkinlik, otonomi, etki olmak üzere dört boyutta ele almıştır (55). SSH'lerin güçlendirilmiş liderlik davranışı ile psikolojik güçlendirme ve örgütsel bağlılık arasında pozitif, işten ayrılma niyeti arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (56). Li ve arkadaşları (2016), psikolojik olarak güçlendirilmiş SSH'lerin olduğu kurumlarda, çalışanların işlerini daha çok önemseydiği ve hedeflerine daha fazla odaklandığını belirtmiştir (57). Bu durumun da çalışmada, özerk eyleme yol açtığını, çalışana daha iyi bir değer, öz saygı ve motivasyon duygusu kazandırdığını bildirmişlerdir. Psikolojik güçlendirmenin liderlik becerilerinin/özelliklerinin geliştirdiği ve bununla HGK oluşturmada önemli bir etken olduğu öne sürülmektedir (30,33).

Psikolojik olarak güçlendirilmiş SSH'ler birlikte çalıştıkları servis hemşirelerini de olumlu etkileyerek, hasta, hemşire ve kurum üzerinde olumlu etkiler yaratabilmektedirler. Psikolojik güçlendirme ile kaliteli bakım ve hemşirelerin işte kalması arasında pozitif bir ilişki olduğu (58,59), kaliteli hasta bakımı ile hasta memnuniyetinin arttığı (60) belirtilmiştir. İşe yeni başlayan hemşirelerin işte kalmalarının sağlanması ve çalışma ortamlarını olumlu algulamaları için yönetici hemşireler tarafından psikolojik güçlendirmenin yapılması önerilmektedir (59).

Yapısal ve psikolojik olarak güçlendirme, SSH'lere işleri ile ilgili sorunları çözmede ve karar vermede özerklik sağlayarak SSH'lerin uygulamaları üzerindeki kontrollerini arttırmaktadır (61). Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol sahibi olma; *kurumun servis düzeyinde çalışan istihdamını ve çalışma ortamını etkileme, hemşirelik uygulamalarında düzenleme ve değerlendirme için algılanan özgürlük, hasta bakımı ile ilgili bağımsız kararlar alabilme ve bu kararların sonuçları için hesap verebilme durumu* olarak tanımlanmaktadır (62). Bergquist (56), SSH'lerin işleri ile ilgili olarak kurallar çerçevesinde bağımsız karar alıp uygulamaları durumunda servislerinde daha özerk olabileceğini ve bu durumun SSH'leri

güçlendirdiğini dolayısıyla SSH'lerin işte kalmalarında önemli bir unsur olduğunu belirtmiştir. SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrolünün olması HGK'yi geliştirmede oldukça önemlidir. Çünkü HGK'nin oluşturulması sistemsel düzenlemeleri gerektirmektedir. Kontrol de sistemdeki uygulamalar üzerindeki özerkliği ifade etmektedir ve kültür oluşturmada yöneticilerin kontrol sahibi olmasını gerektirmektedir.

SSH'lerin desteği ile doğrudan bakım sunan servis hemşirelerinin uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olmaları hastalar, hemşireler ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için oldukça önemlidir. Çünkü hemşirelik uygulamaları üzerinde yüksek bir kontrole sahip servis hemşireleri ile örgütsel çıktılar üzerinde olumlu değişikliklerin yaşandığı (46,63), çalışanların güçlendirme algısı ile hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (61). Alves ve arkadaşlarının 2017 yılında 267 hemşire ile yapmış oldukları araştırmada profesyonel hemşireler ile çok büyük bir otonomi, iyi çalışma ilişkilerinin sağlanacağı ayrıca, hemşirelerin uygulamaları üzerinde kontrol sahibi olmaları ile düşük duygusal tükenme, yüksek iş memnuniyeti, düşük işten ayrılma niyeti ve pozitif güvenlik iklimine sahip olabilecekleri vurgulanmıştır (64).

Kaliteli ve güvenli bir bakım için hemşirelerin, yönetim tarafından özerk olmalarının sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (45,65). Sonuç olarak sağlık bakım kurumlarında HGK'nin geliştirilebilmesi için, SSH'lere yapılandırılmış ve sistemli programların düzenli ve sürekli olarak uygulanarak SSH'lerin güçlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (22,23,33). Aynı zamanda, güçlendirilmiş çalışma ortamlarının sağlanmasında SSH'lere ve üst yönetime önemli sorumluluklar düştüğü de bildirilmektedir (30).

Türkiye'de SSH'lerde liderlik davranışı geliştirecek ve onları güçlendirecek programların olduğu gözlenmektedir (66,67). Ancak HGK'nin geliştirilebilmesine yönelik SSH'lerin güçlendirilmesine odaklı bir program bulunmamaktadır. Dünya'da ise hemşirelerde (20,21) ve SSH'lerde (22,23) HGK algısı ve yönetim becerilerini geliştirmeye dayalı bazı güçlendirme programlarının etkililiği çalışmalarla ortaya konulmuş olmasına rağmen güçlendirme, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve HGK algısını birlikte ele alan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle

bu çalışma, HGK geliştirmeye yönelik geliştirilen güçlendirme programının SSH'lerin güçlendirme, uygulamalar üzerinde kontrolü üzerindeki etkisini inceleyen ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. SSH'lere uygulanan “*Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*”nın hasta güvenliği ile ilgili problemlere çözüm getireceği, bu esnada SSH'leri güçlendireceği, hasta güvenliğine yönelik klinik ve yönetsel problemlerin çözümü ile de SSH'lerin uygulamalar üzerinde kontrollerinin artacağı ve dolayısıyla SSH'lerin hasta güvenliği ile ilgili kültür algılarında gelişme olacağı ve aynı zamanda güçlenmiş SSH'ler ile birlikte çalışan servis hemşirelerinin de HGK algılarında olumlu yönde artma olacağı beklenmektedir. SSH'lere yönelik güçlendirme, uygulamalar üzerinde kontrol ve HGK oluşturmaya yönelik uygulamalı çalışmaların olmadığı gerçeği göz önüne alındığında, çalışma sonuçları hemşirelik literatürüne katkı sağlayacak ve ileri çalışmalar için de bir temel teşkil edecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, servis sorumlu hemşirelerine uygulanan “*Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*”nın, servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirme, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algısı ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- H0-1: Güçlendirme programının SSH'lerin yapısal güçlendirme algısı üzerinde etkisi yoktur.
- H1-1: Güçlendirme programının SSH'lerin yapısal güçlendirme algısı üzerinde etkisi vardır.
- H0-2: Güçlendirme programının SSH'lerin psikolojik güçlendirme algısı üzerinde etkisi yoktur.
- H1-2: Güçlendirme programının SSH'lerin psikolojik güçlendirme algısı üzerinde etkisi vardır.
- H0-3: Güçlendirme programının SSH'lerin uygulamalar üzerinde kontrolüne etkisi yoktur.

H1-3: Güçlendirme programının SSH'lerin uygulamalar üzerinde kontrolüne etkisi vardır.

H0-4: Güçlendirme programının SSH'lerin HGK algısı üzerinde etkisi yoktur.

H1-4: Güçlendirme programının SSH'lerin HGK algısı üzerinde etkisi vardır.

H0-5: Güçlendirme programının servis hemşirelerin HGK algısı üzerinde etkisi yoktur.

H1-5: Güçlendirme programının servis hemşirelerinin HGK algısı üzerinde etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Güç ve Güçlendirme

2.1.1. Güç Kavramı

Güç, çok eski zamanlardan beri birçok alanda kullanılmış ve buna bağlı olarak gücün zamana, yere ve duruma göre değişebilen birçok tanımı yapılmıştır. En geniş anlamda güç, "fiziksel, düşünsel ve ahlaksal yönden bir etki yapabilme veya bir etkiye direnebilme yeteneği" olarak tanımlanmaktadır (68). Örgütsel alanda güç; "bir kişinin amaçlarına ulaşması ya da harekete geçmesi için ihtiyacı olanları elde etme, kaynakları harekete geçirme ve o amaca ulaşma yeteneğidir" (69).

Bazı yazarlar gücü açıklarken, bu gücün nereden ortaya çıktığını açıklamaya çalışmıştır. Yukl ve Falbe'ye göre, kişi gücünü bulunmuş olduğu pozisyondan alabileceği gibi bireysel özelliklerinden de alabilmektedir. Yukl ve Falbe'nin yaptığı sınıflamada güç kaynakları, bireysel ve kurumsal olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamada *bireysel güç kaynakları*; karizmatik (özdeşlik), ikna ve uzmanlık gücü içermektedir. Kurumsal güç kaynakları ise; ödüllendirme, ceza (zorlayıcı), yasal, bilgi ve kaynak gücünden oluşmaktadır (70).

2.1.2. Hemşirelikte Güç

Güç, diğer birçok bilim alanında olduğu gibi hemşirelik alanında da önemsenmiş ve bazı hemşire kuramcılar tarafından gücün tanımı yapılmıştır. Bu alandaki tanımlar çok sınırlı olmakla birlikte Manolovich, hemşirelikte gücü, "hemşirenin hastasını güçlendirebilmesi için kullandığı bakım uygulamalarının tamamıdır" şeklinde ifade etmiştir (63). Bradbury-Jones ve arkadaşları (71), birçok hemşirenin çalışma ortamı üzerinde bir kontrol hissi olmadığı için, gücü, "çalışma ortamı üzerinde kontrol etme yeteneği" olarak tanımlamaktadır. Sepasi ve arkadaşlarının (72) yapmış oldukları nitel çalışmada hemşireler, hemşirelikte güç kavramını, "hemşirelik mesleğinin insani, ahlaki ve özenli doğası bağlamında gelişen amaçlı bir konu" olduğunu ifade etmişlerdir. Güç kavramı tanımlarında özetle; hemşirenin hastaları, hasta yakınlarını ve beraber çalıştığı ekip üyelerini, etkileyebilmesi vurgulamaktadır.

Kelly, hemşirelikte güç kaynaklarını *bireysel, profesyonel ve kurumsal* olmak üzere üç düzeyde tanımlamıştır (35). Kelly'e göre, kariyer danışmanı bulup çalışma, kanıta dayalı bilgiler ile bakım yapma, bireysel, profesyonel ve organizasyonel güç kaynaklarını geliştirmek için bir plan yapma, kaliteli hasta bakım çıktılarını elde etmek için kanıta dayalı bilgileri kullanma ve kendini profesyonel bir hemşire olarak tanımlama *bireysel gücü* ifade etmektedir. Hastaların bakımı için diğer sağlık personelleri ile işbirliği içinde çalışma, profesyonel hemşirelik kuruluşlarına katılma, yüksek eğitim, sertifika, konferans yoluyla eğitime devam ederek kendini geliştirme kişinin *profesyonel gücünü* göstermektedir. Komite çalışmalarına katılmak ve görevleri yerine getirmede isteklilik, uygun olan kurumsal bilgileri iyi işlerde kullanmak üzere diğerleri ile paylaşım ve hasta bakımı ile ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde politikalara katılım kişinin *kurumsal gücünü* ifade etmektedir (35).

Hemşireler, 7 gün 24 saat boyunca hastaya en yakın düzeyde sağlık bakım hizmeti sunduğu ve sayıca en büyük grubu oluşturduğu için sağlık kuruluşlarının vazgeçilmez elemanlarıdır. Fakat hemşireler, yıllarca yeterli güce sahip olmadıklarını düşünmüşler ve kendilerini etkisiz, güçsüz hissetmişlerdir (73). Gücün hemşirelik mesleği için çok önemli olduğu ve bu nedenle hemşirelerin güç sahibi olmaları gerektiği yıllar önce ifade edilmesine rağmen, günümüzde hala bütün düzeydeki hemşirelerin güçsüz ve sistemi etkilemede kendilerini yetersiz olarak gördükleri gözlenmektedir. Güç kavramının, sağlık hizmeti sunumunun önemli bileşenleri olan hastalar, hemşireler ve sağlık kurumları için oldukça önemli olduğu göz önüne alınacak olursa; istenilen sağlık bakım hedeflerine ulaşabilebilmek için yönetici pozisyonundaki hemşirelerin güçlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

2.1.3. Güçlendirme Kavramı

Genel anlamda güçlendirme, "*çalışanların kendilerini işlerine karşı motive olmuş hissettikleri, bilgi ve uzmanlıklarına olan güvenlerinin arttığı, inisiyatif kullanarak harekete geçme arzusu duydukları, olayları kontrol edebileceklerine inandıkları ve kurumun amaçları doğrultusunda uygun ve anlamlı buldukları işleri yapmalarını sağlayan uygulamaları ve koşulları*" ifade etmektedir (34). Güçlendirme kavramı ilk olarak 1960'lı yıllarda siyah ırkın gücü elde etme eylemleri ve 1970'li yıllarda da kadın hakları hareketleriyle ortaya çıkmıştır (53). Son yıllarda,

hem iş yaşamında hem de literatürde, önemli bir konu haline gelen güçlendirme kavramına olan ilgi 1990'lı yıllardan sonra giderek artmıştır. Evrensel değişim ve rekabetin yaşandığı günümüzde ise bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de personel güçlendirme kavramı katılımcı yönetimin bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır (74).

Kanter'e göre güçlendirme "*örgütsel gücün paylaşılması veya gücün işi yapanlara verilmesi*" olarak tanımlanmakta, merkezi olmayan yatay bir yönetim yapısı ve çalışan katılımının artırılması ile güçlendirmenin sağlanabileceği vurgulanmaktadır (69). Personel güçlendirilmesi ile çalışanların işe katılımı sağlanmakta, işi zenginleştirmekte, bilgi ve yetki yönünden çalışan donanımlı hale getirilmektedir (75). Güçlendirilmiş çalışanlar, yaptıkları işlerin sorumluluğunu hissetmekte, işleriyle ilgili kararları tek başına alabilmektedirler (76). Güçlendirme ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme olmak üzere iki tip güçlendirmeden bahsedildiği görülmektedir (9,39,40).

Yapısal Güçlendirme

Yapısal güçlendirme İlk olarak 1977' de Kanter tarafından *Yapısal Güçlendirme Teorisi* olarak ortaya atılmış ve 1993'den beri yapısal güçlendirme ile ilgili, yapılan çalışmalarda kuramsal çerçeve olarak Kanter'in *Yapısal Güçlendirme Teorisi* kullanılmıştır. Yapısal güçlendirme "*bir bireyin amaçlara ulaşması için mevcut kaynaklardan yararlanma ve bağımsız şekilde kararlar alma yeteneği*" olarak tanımlanmaktadır (41). Teori, bir çalışanın işyerinde güçlendirilmiş davranışlar sergilemesinin nedenini, kişiliğinden veya yetiştirilme şeklinden olmadığını, daha çok çalıştığı örgütün yapısal niteliklerinden kaynaklandığını savunmakta, iş ve çevresinde yapılan düzenlemelerle çalışanların davranışların iyileştirilmesi hedeflenmektedir (77).

Kanter'in yapısal güçlendirme teorisi; fırsatlara, bilgiye, desteğe, kaynaklara erişim olmak üzere dört boyutta ele alınmaktadır (76).

Fırsatlara erişim: Büyümek, gelişmek ve öğrenmek için bireylere örgüt içinde ilerleme, bilgi ve becerilerini geliştirme olanağı sağlayan iş koşulları ile ilgilidir (43).

Bu çalışma koşullarına erişimi olan bireyler, çalışmalarını gerçekleştirmek için yetkilendirilmiştir. Hizmet içi eğitim fırsatları sağlanmalı ve çalışma ortamında her istediklerinde bilgiye ulaşacakları sistemler kurulmalıdır.

Bilgiye erişim: İşin yapılması için gerekli olan, örgütsel kararlar, politikalar ve hedefler hakkında bilgi sahibi olmanın yanında kuruluşun daha geniş bağlamında etkili olması için gerekli teknik bilgi ve uzmanlığa sahip olmaktır (69). Kurumsal amaç ve değişikliklere ilişkin çalışanlara bilgi verilmelidir. Yönetici, kurumun amacının ve hedefinin ne olduğunu, kurumun çalışanlardan neler beklediğini açıklamalı ve çalışanları yönlendirmelidir.

Desteğe erişim: Bireyin üstlerinden, iş arkadaşlarından ve astlardan aldığı geribildirim, rehberlik ve duygusal destek, faydalı öneri veya yardımı içerir. Çalışanlar kurumlarında çekinmeden soru sorabilmeli, planlanan işlerin uygulanması ile ilgili geri bildirim alabilmelidirler (69,78).

Kaynaklara erişim: Bireyin örgütsel amaçları gerçekleştirebilmesi için gerekli olan materyal, para, malzeme, zaman ve ekipmana erişebilmesidir (76). Çalışanların, organizasyonel hedeflere ulaşması için ihtiyaç duydukları malzemeleri, kaynakları ve materyalleri kullanma yeteneklerini içerir.

Kanter'e göre yapısal güçlendirme yapılarına ulaşmak için formal güç ve informal güçlendirme yapılarını kullanmak gerekmektedir. **Formal güç;** iş tanımı, takdir yetkisi, tanınma, uygunluk, görünürlüğü yüksek, esnekliğe ve karar vermede kişilere olanak tanıyan durumlardır. İşle ilgili hedef, amaçları ifade etmektedir. **İnformal güç** ise bireyin örgüt içinde, üstleri, çalışma arkadaşları ve diğer örgüt üyeleri ile kurduğu ilişkilerden ve örgüt dışındaki bağlantılardan kaynaklanmaktadır (79). Çalışanlar işin yapılması için bilgiye, kaynaklara, desteğe ve gelişimleri için fırsat yapılarına erişemedikleri zaman, kendilerini güçsüz, engellenmiş ve umutsuz hissetmektedir (43). Yapısal güçlendirmenin temelinde çalışanların yönetime aktif olarak katılarak profesyonel çalışma ortamlarının elde edilebilmesi vardır (80).

Yapısal güçlendirme, bireyleri kurumlara çeken ve elinde tutan bir işyeri yaratma konusunda güçlü bir yaklaşımı temsil etmektedir. Çünkü çalışanın yetkinliğini arttırma, yeni beceriler kazandırma ve örgütsel hedeflere katkılarından

dolayı onlara ödüllendirilmeyi içermektedir (81). Yapılan çalışmalarda, yapısal güçlendirme ile psikolojik güçlenmenin elde edilebileceği belirtilmektedir (30,38,43,58).

Psikolojik Güçlendirme

Yaklaşımın öncüleri olan Conger ve Kanungo (1988) psikolojik güçlendirmeyi *güdüsel öz-yeterlilik* (53), Thomas ve Velthouse (1990) ise *içsel görev motivasyonu* (54) olarak adlandırmışlardır. Bazı yazarlar güçlendirmenin kişinin kendini güçlü hissetmesi ile ilgili olduğunu, yöneticilerin kişilere yaptıkları bir uygulamadan daha çok kişilerin davranış ve tutumlarını geliştirmesi ile ilgili olduğunu ifade etmektedir (82,83). Conger ve Kanun'un çalışmasını temel alan Thomas ve Velthouse (54) da benzer olarak yönetim uygulamalarının güçlendirmede yetersiz olduğunu, etkili yönetim uygulamaları yerine, iş özelliklerinden kaynaklanan kişisel algılar ile ilgilenmenin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Psikolojik güçlendirmenin temelini çalışanın işini anlamlı bulması, kendini işi ile ilgili yeterli hissetmesi, örgüt içinde karar verebilme hakkına sahip olması ve işi üzerinde etkili olduğunu düşünmesi oluşturmaktadır. Spreitzer, Thomas ve Velthouse'un (115) yaklaşımına dayanarak yeni bir model geliştirmiş ve bu modelde psikolojik güçlendirmeyi *anlam, yetkinlik, otonomi, etki* olmak üzere dört boyutta ele alarak açıklamıştır (55).

Anlam: Anlam, işin kişi için neyi ifade ettiği ile ilgilidir. Çalışanların yaptıkları işi önemsemesi ve işlerinin önemli olduğunu düşünmeleri, işlerinde anlam bulmaları olarak açıklanmıştır (54).

Yetkinlik: Kişinin yaptığı işi en iyi şekilde yapabileceğini düşünmesi ve bu işi yapabilmesi için kendi yeteneğine olan inancıdır (84). Çalışanların işlerini iyi yapabilmeleri konusunda kendilerine ve yeteneklerine duydukları güven düzeyiyle ilgilidir. Çalışanlar, yetkinliklerinden ne kadar eminlerse, yeteneklerini kullanacakları işe girmeye o kadar istekli ve cesaretli olabilmektedirler (54).

Otonomi: Çalışanların işlerini nasıl yapacakları konusunda özgürce karar verme ve yaptıkları işleri üzerinde kontrol sahibi olmalarını ifade etmektedir. Otonomi, bireyin

faaliyeti başlatma, sürdürme ve kontrol etme gibi konularda inisiyatif kullanabilmesidir (54).

Etki: Çalışanların stratejik, yönetsel ya da operasyonel örgütsel sonuçlar üzerinde herhangi bir etkisi olup olmadığını hissetmesiyle ilgilidir. Etki bireyin örgütsel sonuçlar üzerindeki kontrol duygusunun gelişmesi olarak açıklanmaktadır (55).

Thomas ve Velthouse (54) psikolojik güçlendirmeyi tamamen açıklayabilmek için bu boyutların hepsinin bir arada olması gerektiğini, boyutlardan birinin eksik olması halinde kişinin kendisini güçlü hissetmesinin bir miktar azalabileceğini belirtmişlerdir. Dört boyut bir arada kişide içsel görev motivasyonu meydana getirmekte ve boyutlara ilişkin yüksek düzeydeki algılama ise çalışanda psikolojik güçlendirmeyi gerçekleştirmektedir. Spreitzer'e göre (55), psikolojik olarak güçlendirilmiş çalışanlar, işin gerekliliklerini yerine getirmelerine yardımcı olan örgüt yapılarına önem verirler. Bu yapılar ve koşullar, çalışanların bir işi iyi yapmaktan dolayı doyum almalarına, mutlu olmalarına, daha başarılı olmak için motivasyonlarının artmasına ve dolayısıyla daha çok çalışmalarına, işlerine ve kurumlarına daha çok bağlanmalarına neden olarak çalışanın iş doyumunu arttırmaktadır. Spreitzer yapmış olduğu araştırmalar sonucunda, iş biriminin sosyal yapısal özelliklerinden düşük rol belirsizliği, kontrol alanının geniş olması, sosyal politik destek, bilgiye erişim, kaynaklara erişim ile katılımcı kurum kültürü gibi unsurların psikolojik güçlendirmeyi teşvik eden bir iş çevresinin oluşturulmasında çok önemli olduğunu ifade etmektedir (85).

2.1.4. Hemşirelikte Güçlendirme

Hemşirelerin etkin bir şekilde çalışabilmelerini sağlama süreci olarak adlandırılan güçlendirme; "*hemşirenin yüksek düzeyde motive olmasını ve gücünü aktararak diğerlerini motive edebilmesini sağlamak*" olarak tanımlanmıştır (61). Sonraki çalışmalarda hemşirelikte güçlendirme;" *iş verimliliğini ve tatminini artıran, etkili hasta bakımının sağlanmasına yol açan, finansman, destek ve gücün paylaşılması*" gibi bazı faaliyetler yoluyla elde edilebilen bir kavram olarak ele alınmıştır (86). Al-Dweik ve arkadaşlarının (87), sistematik derleme çalışmasında, güçlü hemşire özellikleri; motive hissetme, destek hissi, kontrol hissi, koçluk

yapılması, güç ve özgürlük hissi olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada, güçsüz hemşire özellikleri ise; güvensizlik hissi, saygısızlık gördüğü hissi, destek eksikliği ve cesaretsizlik veya motivasyonsuzluk olarak bildirilmiştir. Hemşirelerin güçlendirilmesinde yöneticinin liderlik tarzı, kişisel özellikleri, uzmanlığı ve yetkinlikleri ayrıca kurumsal kültür ve kurum yapısı, sosyal destek, etkili mentorlüğün oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (42).

Son zamanlarda sağlık bakım kuruluşları yönetici hemşireleri özellikle de SSH pozisyonundaki hemşireleri güçlendirmeye odaklanmıştır (24,28,31). Hemşirelerin güçlendirilmesinde hemşirelik ile ilgili politikaların önemli olduğu ve bu politikaların geliştirilme sürecine özellikle de yönetici pozisyonundaki hemşirelerin de aktif olarak katılımlarının sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (88). Güçlendirme, hemşirelerin profesyonel gelişimi için önemli bir yönetim uygulamasıdır ve personeli güçlendirme konusunda yöneticilere önemli roller düşmektedir (30). Yönetim, hemşirelerin çalışma koşullarını iyileştirerek, çalışma ortamlarını düzenleyerek, işleri için gerekli olan kaynak, bilgi ve fırsatları sağlayarak ve en önemlisi kararlara katılımını sağlayarak bütün düzeydeki hemşireleri güçlendirmelidir (40,89,90). Ayrıca, hemşirelerin güçlendirilmesinde yönetici hemşirelerin ve hastane yönetiminin destekleyici bir tutum içinde olması da gerekmektedir (36). Kurum yönetiminin en üst düzeyinde başlayan güçlendirme en alt düzeyde çalışan hemşirelere kadar aktarılması gerekmektedir (41).

Birçok araştırmacı hemşire, Kanter'in kurumda yapısal güçlendirme teorisini kullanarak güçlendirme konusunu çalışmıştır. Laschinger Kanter'in bu teorisi üzerine hemşirelik alanında birçok çalışma yapmıştır. Laschinger, yüksek düzeyde algılanan yapısal güçlenmenin hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol etkinliğini (61), güçlendirme yapılarına erişimin iş doyumu ve iş etkililiğini (77,91) artırdığını belirlemiştir.

Dünyada değişik düzeydeki hemşirelere yönelik güçlendirme programlarının 2000'li yılların başından beri uygulanmasına rağmen, Türkiye'deki tek çalışma Atlı Özbaş ve Tel'in (92) çalışmasıdır. Bu çalışmada, onkoloji hemşirelerine psikodrama yöntemiyle psikolojik güçlendirme yapılmış ve güçlendirme öncesi ve sonrası hemşirelerin tükenmişlik düzeylerine bakılmıştır. Psikodrama yöntemiyle

hemşirelerin psikolojik güçlendirme algılarının arttığı ve aynı zamanda onkoloji hemşirelerinin tükenmişlik puanlarında azalma olduğu bulunmuştur. Uluslararası literatürde, SSH'lere (22,23) ve servis hemşirelerine (20,21) yönelik bazı güçlendirme programlarının uygulandığı çalışmaların olduğu görülmektedir. Ancak SSH'lere yönelik çalışmaların yeterli olmadığı görülmektedir. Bu çalışmalarda, çeşitli güçlendirme programlarının HGK üzerine etkisi araştırılmış ve bu programların HGK'yi geliştirmede etkili olduğu (20,21,22) bulunmuştur. Macphee ve arkadaşları (33) tarafından yapılan çalışmada, çoğunluğu SSH olan değişik düzeydeki hemşirelere liderlik özelliklerini geliştirmek amacıyla grup çalışmalarına dayalı güçlendirme programı uygulanmıştır. Program sonunda SSH'lerin güçlendirici davranışlarda bulunduğu, ayrıca liderin güçlendirici davranışlarının öğretilebilir olduğu ortaya konulmuştur.

2.2. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol

2.2.1. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Kavramı

Kontrol, bireysel olarak bir çıktı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip değildir. Buna göre, bir uygulama dahilinde kontrol sahibi olma ile bir uygulama üzerinde kontrol sahibi olma kavramının aynı şey olmadığı; uygulama üzerinde kontrol sahibi olmanın uygulama dahilinde kontrol sahibi olmaktan daha üstün olduğunu belirtilmektedir. Bir uygulama dahilinde kontrol sahibi olma, çok geniş bir yelpazede sağlık bakım hizmeti sunan hemşireleri kısıtlamaktadır. Ayrıca, kontrol kavramı, beraberinde hak sahibi olmayı ve katılımı gerektirmektedir. Herhangi bir kontrole katılım ise, "kişinin bazı önemli çıktılara sahip olabilmesi için bir fırsata sahip olması" şeklinde tanımlanmıştır (93).

Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol kavramı 1990'lı yıllarda bakım sunum sistemleri üzerinde çalışan ve kavramı uygulama ortamlarında kullanılabilir hale getirmek isteyen bir grup hemşire araştırmacı tarafından ele alınan bir kavramdır. Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol sahibi olma; "kurumun servis düzeyinde çalışan istihdamını ve çalışma ortamını etkileme, hemşirelik uygulamalarında düzenleme ve değerlendirme için algılanan özgürlük, hasta bakımı ile ilgili bağımsız kararlar alabilme ve bu kararların sonuçları için hesap verebilme

durumu” olarak tanımlanmaktadır (62). Bu tanımda, hemşirelerin örgütsel düzeydeki yönetim, kurallar, politikalar, uygulamalar ve örgütsel yapılara ilişkin kararlarda ne kadar söz sahibi olduğu üzerine odaklanılmıştır. Weston ise hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol durumunu; *“yönetim, kurallar, politikalar, uygulamalar ve örgütsel yapıları kapsayan hemşirelik uygulamalarına ilişkin kararlarda hemşirelerin yetki ve bağımsızlığı”* şeklinde ifade etmektedir (94).

Hemşireler, uygulamalar esnasında sağlık ekibi içerisinde özerk hareket ederek yaptıkları işle ilgili kendilerini daha profesyonel ve değerli hissederek profesyonel bir çalışma ortamı elde etmektedirler (44). Yapısal ve psikolojik güçlendirme doğrudan hemşirelerin uygulamamalar üzerinde kontrolünü arttıran iki önemli yaklaşımdır. Literatürde yapısal güçlendirme (61) ve psikolojik güçlendirme (54) ile uygulamamalar üzerinde kontrolün sağlanabileceği bildirilmektedir. Daha fazla özerklik, iyi çalışma ilişkileri ve çalışma ortamı üzerinde kontrolleri olan profesyonel hemşirelerle daha güvenli çalışma ortamları, daha düşük düzeyde duygusal tükenmişlik, daha yüksek iş tatmini elde edilebileceği ifade edilmektedir (64).

Kramer ve arkadaşları uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olmanın magnet hastane özelliklerinden birisi olduğunu belirtmektedir. Magnet özelliği taşıyan hastanelerde çalışan hemşireler, bu kavramı *“örgütün her düzeyinde hemşirelik mesleğini, uygulamalarını ve hasta bakım kalitesini etkileyen (standartlar, politikalar, ekipmanlar, uygulamalar gibi) önemli konularda karar verme, görüşler, yargılar, bilgi erişimi ve alışverişini kapsayan bir girdi”* olarak tanımlamışlardır (95).

SSH’lerin üst yönetim tarafından kararlara katılması, kendi servislerinde değişim ve gelişim doğrultusunda özgürce kararlar alarak uygulama yapabilmeleri SSH’lerin uygulamalar üzerinde yüksek bir kontrole sahip olmalarını sağlamaktadır. Kurumda katılımcı yönetim yaklaşımının benimsenmesi, kurumun yatay yönetim yapısı hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrolü kolaylaştırmaktadır (61,94). Hemşirelerin özellikle de yönetici hemşirelerin kendi görev alanları içinde kaliteli ve güvenli hasta bakımı sunabilmeleri için hemşirelik uygulamaları üzerinde yüksek düzeyde kontrol sahibi olmaları gerekmektedir (76).

Günümüzde her ne kadar SSH'lerin uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olması ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmış olsa da (27,96) hemşireliğin tarihsel süreci ekip içinde hemşireleri güçsüz kılmakta ve bunun etkisiyle de hemşirelerin uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olması engellenmektedir. Özellikle doğrudan hasta bakımı hizmetinden sorumlu olan SSH'ler topluma sundukları önemli görevleri nedeniyle; hastaları, hekimleri ve diğer sağlık profesyonellerini etkileyebilecek kadar güçlü olabilmeli ve diğerlerini etkileyebilmelidirler (28). Bu nedenle SSH'lerin kendi uygulamaları üzerinde özerklik ve kontrol sahibi olma ihtiyacı vardır. SSH'ler yöneticilerinin, hekimlerin veya diğer disiplinlerden herhangi birinin müdahalesi olmadan hemşirelik bilgilerini ve becerilerini uygulamak, bunlarla ilgili kararları kendileri vermek ve sonucundan da kendilerinin sorumlu tutulmalarını istemektedirler (97). Bu fırsatın yöneticiler tarafından hemşirelere verilmesi gerekmektedir (98).

2.3. Hasta Güvenliği Kültürü

2.3.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) (IOM) (3), hasta güvenliği kavramını *“kurumlarda hata olasılığını en aza indirecek, hata oluştuğunda hataları belirleme olasılığını artıracak kurumsal sistem ve süreçlerin oluşturulmasıyla istemeyerek yapılan hatalardan bağımsız olma durumu”* olarak ifade etmektedir. DSÖ ise hasta güvenliğini, *“sağlık bakımı sürecinde bir hastaya önlenemez zararın olmaması ve sağlık hizmeti ile ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir bir minimum seviyeye indirilmesidir”* şeklinde tanımlamıştır (99). Hasta güvenliği, *“tıbbi bakım ve tıbbi hatalara bağlı oluşabilecek, hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek olayların olmaması ya da sağlık bakım hizmetlerinin kişilere verebileceği zararın önlemesi amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır”* şeklinde tanımlanmaktadır (48). ICN (2006) hasta güvenliğini *“Profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz güvenliği, sağlıklı klinik uygulamalar, uygun sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde*

birleştirilmesi” olarak tanımlamıştır (100). DSÖ hasta güvenliğinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu bildirmiş ve hasta güvenliğini “*hastaların sağlık bakımı ile ilgili hatalar ve istenmeyen durumlardan korunması*” şeklinde tanımlamıştır (1).

Sağlık bakım hizmetleri sırasında istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi, raporlanması, analiz edilmesini ve hataların hastada yarattığı sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı hasta güvenliğini kapsamaktadır (4). Literatür hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında oluşturulup devam ettirilebilmesi için olumlu bir HGK'nin oluşturulması gerektiğini belirtmektedir (4,101,102).

2.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı

Sağlık kuruluşlarında davranışlar ve tutumlar her bir kurumun kültürünü şekillendirmektedir. Kurum kültürü, “*kurum içinde çalışanların eylemlerini ve davranışlarını etkileyen inançları, değerleri ve kuralları*” ifade etmektedir (19). Kurum kültürünün alt boyutlarından biri olarak değerlendirilen *güvenlik kültürü kavramı*, ilk olarak 1986 Çernobil nükleer santralindeki kaza sonrası hazırlanan bir raporda, *zayıf güvenlik kültürü* (poor safety culture) kavramı olarak ortaya çıkmıştır (103). İlk olarak havacılık, nükleer enerji, madencilik ve demiryolu taşımacılığı gibi yüksek riskli sektörlerde güvenliği arttırmak amacıyla güvenlik kültürü ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Günümüzde teknolojinin gelişmesi, sağlık hizmetlerinin giderek daha da karmaşık bir hal alması nedeniyle sağlık sektörü de yüksek riskli kurumlar arasına girmiş ve tıbbi hataların önlenmesi, bu hatalardan kaynaklanan zararın en aza indirilmesi için HGK kavramı tüm dünyada üzerinde önemle durulan konulardan biri haline gelmiştir (1,4).

HGK, çalışanların eylemlerini ve davranışlarını etkileyen inançların, değerlerin ve normların hasta güvenliğini ne ölçüde desteklediği ve geliştirdiğiyle ilgilidir (4). HGK genellikle, süreçleri etkileyebilecek personel davranışlarını, algılarını, tutumlarını ve bağlılığını şekillendiren bağlamsal bir faktör olarak görülmektedir. Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) (3) sağlık kuruluşlarının, hasta güvenliği ile ilgili durumlarını net bir şekilde görebilmesi için, güvenlik kültürünün olumlu

olumsuz yönlerini tanımlamasını önermektedir. Amerika Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı 2015 yılında olumlu bir HGK'yi, *“sağlık profesyonellerinin ve liderlerinin profesyonel olmayan davranışlar ve insan hataları için cezalandırılmadığı, hataların hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği, hataların tekrar oluşmaması için güçlü geri bildirim döngüleri ile personelin önceki hatalardan öğrenmesinin sağlanması ve gerekli ise bakım ile ilgili değişikliklerin yapılması”* (104) olarak tanımlamıştır. Olumlu bir HGK'nin başlıca belirleyicileri arasında, karşılıklı güvene dayalı iletişim, sürekli devam eden bir örgütsel öğrenme, kanıta dayalı ve hasta merkezli bakım, yönetim ve liderlik desteği, olay ve hata raporlamaya yönelik cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım vardır (105). Olumlu güvenlik kültürüne sahip örgütler, çalışanlarına sürekli olarak destek sağlayarak, olumlu çalışma ortamları oluşturarak, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim kurarak, kurum içinde güvenliğin önemi hakkında paylaşılan bir algı oluşturabilirler (106).

Olumsuz HGK ise, *“sağlık profesyonellerinin hatalar karşısında cezalandırıldığı, hataların nedeni olarak çalışanların görüldüğü, hataların gizlendiği, hatalardan ders alınmayan bir kültür”* olarak tanımlanmaktadır (105). Olumsuz güvenlik kültürünün yetersiz liderlikten kaynaklandığını ve bunun da hasta güvenliğini tehdit eden olayların raporlamasında yetersiz desteğe neden olduğu belirtilmektedir (106). Yetersiz desteğin, güvenlik olayları ile ilgili geri bildirim veya yanıt eksikliğine, olayları bildiren personelin korkutulmasına ve personel tükenmişliğine neden olduğu bildirilmektedir (107). Olumsuz HGK'nin mortalite (2), enfeksiyon oranları (59), hemşire tükenmişliği (108) gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Türkiye'de tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların tanımlayıcı olarak yapıldığı (109,110), ancak uygulamaya yönelik çalışmaların sınırlı olduğu gözlenmektedir. Bu bağlamda, olumlu bir güvenlik kültürünün geliştirilmesi sağlık kuruluşlarındaki risklerin yönetilmesi, en aza indirilmesi, kaliteli güvenli ve maliyet etkin bir bakım için önemli bir araçtır (4,59). HGK'yi daha iyi anlayabilmek için HGK alt boyutları ayrıntılı olarak aşağıda ele alınmıştır.

Hasta Güvenliği Kùltürü Alt Boyutları

AHRQ tarafından geliştirilmiş olan *Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi*'nde HGK 12 boyut ve 42 maddede açıklanmıştır. 2010 yılında, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Bodur ve Filiz kültürel ve dil farklılığından dolayı *Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi*'ni toplamda 10 boyut ve 42 madde olarak düzenlemiştir (14). Buna göre HGK'nın boyutları aşağıda verilmiştir.

1. Hastane birimleri içinde takım çalışması
2. Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri
3. Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği
4. Örgütsel öğrenme
5. Genel güvenlik algısı
6. Hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim
7. Raporlanan olayların sıklığı
8. Personel sağlama
9. Hasta teslimleri
10. Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım

1. Hastane Birimleri İçinde Takım Çalışması

Ünite içi ekip çalışması "*hasta güvenliği konusunda personelin birbirini desteklemesi, birbirlerine saygılı davranması ve ekip olarak birlikte çalışmasını*" ifade etmektedir (4). Ekip üyeleri kaliteli, güvenli ve maliyet etkin hasta bakımının sağlanması için aynı hedefler doğrultusunda hastalar için birlikte çalışmaktadırlar (111). Etkin bir ekip çalışması için iletişim, koordinasyon ve liderlik önemlidir (112).

Etkin bir ekip çalışması ile olumlu HGK'nin oluşturulabilmesi için, olay bildirimleri ekip içinde paylaşılmalı ve yapılabilecekler konusunda çözümler ekip tarafından oluşturulmalıdır. Bakım ve tedavinin her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi ve hastanın zarar görmesinin engellenmesinde sağlık ekibinin birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Özellikle doktor ve hemşire arasındaki olumlu takım çalışmasının daha güvenli hasta bakımının sunulmasında önemli olduğu belirtilmektedir (113). Yüksek riskli olarak değerlendirilen sağlık bakım

kuruluşlarında etkili bir ekip çalışması ile kaliteli ve güvenli bir sağlık bakım hizmetine ulaşılabileceği belirtilmektedir. Ekip çalışmasıyla hataların ve hastane enfeksiyonlarının azaltılabileceği olumlu bir HGK elde edilebileceği bildirilmiştir (2,113). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının genelinde, bu boyutun diğer boyutlara göre yüksek olduğu (120,122) bildirilmektedir.

2. Hasta Güvenliği ile İlgili Denetçi/Yönetici Beklentileri ve Eylemleri

AHRQ, hasta güvenliği ile ilgili denetçi/yönetici beklentileri ve eylemlerini, “*yöneticilerin hasta güvenliğini iyileştirmek ve hasta güvenliği sorunlarını ele almak için personel önerilerini dikkate alma derecesi*” olarak tanımlamaktadır. Yöneticiler, hasta güvenliğini iyileştirmek için personel önerilerini dikkate almalı, hasta güvenliği prosedürlerini takip etmek için personeli cesaretlendirmeli, övgüde bulunmalı ve hasta güvenliği sorunlarını asla göz ardı etmemelidir (4).

Harnandez ve arkadaşları (115) çalışmalarında iyi bir denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri ile olumlu HGK'nin oluşturulabileceğini, HGK'yi oluşturmada çok önemli bir yere sahip olan hatalar karşısında personele karşı cezalandırıcı olmayan bir yaklaşımın elde edilebileceğini bildirmiştir. Yine aynı çalışmada olumlu denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri ile çalışanlar arasında açık iletişimin sağlanacağı ve bununda hasta güvenliğini pozitif yönde etkileyeceği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada hata raporlama ile denetçi/yönetici beklentileri ve eylemleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (116).

3. Hastane Birimleri Arasında Takım Çalışması ve Yönetimin Desteği

Hastane birimleri, hastalara en iyi bakımı sağlamak için işbirliği içinde birbirleriyle koordine bir şekilde çalışırlar (4). Kurumun bütün bölümlerinde hastanenin bütün birimlerinde hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürlerin aynı olması birimler arası takım çalışmasını kolaylaştırmaktadır (111). Olumlu bir takım çalışmasının varlığı ile de kurumda bütün birimlerde aynı HGK oluşturulabilmektedir (113). Famolaro ve arkadaşları kaliteli ve güvenli bir sağlık bakımı için üniteler arasında takım çalışmasının çok önemli olduğunu, üniteler arasında takım iletişimi ve işbirliğinin hasta güvenliğini arttırdığını belirtmiştir (4).

Hastane yönetimi hasta güvenliğini teşvik eden bir çalışma ortamı sağlamalı ve hasta güvenliğinin en önemli öncelik olduğunu göstermelidir (117). Yönetim tarafından uygun çalışma koşulları oluşturulmadığında hemşirelerin duygusal tükenme yaşadığı ve bunun da strese neden olduğu, aynı zamanda hemşirelerin HGK algılarını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Uygunsuz çalışma koşullarının doktorlarla karşılaştırıldığında, hemşirelerin daha çok stres yaşadığı da aynı çalışmada vurgulanmıştır (113). Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgilenmemelidir. Sürekli olarak hasta güvenliğinin sağlanması için faaliyetlerde bulunmalıdır. Olumlu bir liderlik ve yönetim desteğiyle çalışanların HGK algılarının daha yüksek olduğu (101,106) ve bunun da olumlu hasta çıktılarına yansıdığı vurgulanmıştır (7). Yapılan çalışmalarda transformasyonel liderlik ile HGK arasında pozitif bir ilişki olduğu (117,118), transformasyonel liderlik ile olumlu bir takım çalışması (117) elde edilebileceği bildirilmiştir. Hasta güvenliği için hastane yönetimi desteği ile hatalar hakkında geri bildirim, açık iletişim, olayların raporlanma sıklığı ve hasta güvenliği derecesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (116). Yetersiz ve katılımcı olmayan yönetim ile birlikte yetersiz liderliğin, motivasyon ve verimliliği düşürdüğü (119), güvenlik kültürünün kurumsallaşmasını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (120). HGK oluşturmada hastane yönetimi ve liderlerine çok önemli görevler düşmektedir (117).

4.Örgütsel Öğrenme

Örgütsel öğrenme, “hasta güvenliği ile ilgili meydana gelen hataların olumlu değişimlere yol açması ve bu değişikliklerin etkinlik açısından değerlendirilmesidir” (4). Özellikle insan hayatı ile ilgili hatalar, geribildirim ve hatalardan öğrenme yoluyla hasta güvenliğinin artırılmasında değerli bir fırsat olarak görülmektedir. Ancak Edward (121) bu tür bir öğrenmenin, insan hatası suçlamalarına ve çalışanlar ile yönetim arasında çatışmalara neden olabileceğini bildirmiştir. Edward (121) bu sorunun ortadan kaldırılması için örgütsel öğrenmede, işbirliği modeli önermiştir. İşbirlikçi öğrenme modeli ile çalışanlar arasında işbirliği, sorumluluk ve farkındalığın arttığı ve insan hatalarının suçlanmadığı bir ortamın oluşturulabileceğini vurgulanmıştır.

Öğrenme kültürü, kök neden analizleri, vardiya sonu güvenlik raporları ve hasta güvenliği turları gibi aktivitelerle öğrenilen, eğitim yoluyla güçlendirilen ve sürekli geliştirilen *güvenlik bilincinin* olduğu bir kültürdür (121). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının genelinde, öğrenme-sürekli gelişme boyutunun diğer boyutlara göre yüksek olduğu (120,122) belirtilmektedir. Etkili bir örgütsel öğrenme ile, hata raporlama sıklığının (120) ve HGK'nin arttığı, basınç ülserlerinin azaldığı (116) belirtilmektedir.

5. Genel Güvenlik Algıları

AHRQ, *“hataları önlemede ve hasta güvenliği problemlerini yok etmede sistem ve prosedürlerin kullanılmasının iyi bir yöntem olduğunu bildirmiş ve bunu da genel güvenlik algısı”* olarak tanımlamıştır (4). Sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle sistemi iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalı konu ile ilgili prosedür ve rehberler oluşturulmalıdır (1,4).

Hasta güvenliğinin sağlanması için AHRQ tarafından çalışanlar için aşağıdaki uygulama rehberlerini ve araçlarını yayımlamıştır. Bu rehber ve araçlar sağlık personeline daha güvenli sağlık bakım hizmeti sunabilmesi için yardımcı olmaktadır ve AHRQ, DSÖ, ICN bu araçların kullanılmasını önermektedir (4,99, 123).

- Merkezi Kontrol Listesi
- Sağlık Hizmetlerinde El Hijyeni
- Sağlık Bakımı İçin Araç Seti
- Primer Hasta Güvenliği: Kontrol Listeleri
- Primer Hasta Güvenliği: Güvenlik Kültürü
- Hasta Güvenliği Kendi Kendini Değerlendirme Aracı
- Antimikrobiyal Yoluyla Clostridium difficile Enfeksiyonlarının Azaltılması İçin Araç
- Kan ile ilişkili Enfeksiyonları Azaltma Araçları

6. Hatalar Hakkında Açık İletişim ve Geribildirim

Hatalar hakkında açık iletişim; “*personelin hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir şey gördüğünde özgürce konuşabilmesini, geri bildirim ise; meydana gelen hatalar ve bunlarla ilgili uygulanan değişiklikler hakkında personele bilgi verilmesini ve hataları önleme yollarının çalışanlarla tartışılmasını*” ifade etmektedir (4).

Hemşireler azarlanma ve başkalarının nasıl karşılık vereceğini bilememe ve olumsuz olarak konuşulma, disiplin cezası alma korkusuyla hastaya zarar veren bir olayı gördüklerinde bu olayı gizleme eğilimindedirler. Ayrıca hemşireler, müdahaleleri sonucunda herhangi bir şeyin değişmeyeceğini de düşünmektedirler (119). Hemşireler genellikle hastanın güvenliğini tehdit eden sorunları ilk gören kişilerdir. Bu nedenle yönetici ve liderler güvenlik sorunları hakkında geri bildirim almak için güven ilişkisi içinde hemşireleri dinlemeleri, gerekmektedir. (124). Bu iletişim kusuru, ancak bireylerin konuşmaya yetkili olduklarını hissettikleri, koşulsuz, cezalandırıcı olmayan bir ortam yaratıldığında düzeltilebilmektedir (116).

Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalara, düzenlemelere, alınan kararlara mutlaka çalışan personel de dahil edilmelidir. Çalışan sağlık personeline hatalar hakkında geribildirim yapılması ile bilgilendirme ve farkında olma; hatalara ve olaylara karşı uyanık olmaya, risk faktörlerini azaltmaya ve önlemeye yönelik sistem geliştirmeye sevk eder. Geri bildirim personeli cesaretlendirerek hasta güvenliği konusunu sahiplenmesini dolayısıyla olumlu HGK'nin geliştirilmesini sağlar (119,125). Raporlanan olaylar hakkında personele geri bildirim verilmemesi, suçlayıcı bir kültür oluşturmakta ve bu nedenle personel hataları gizlemektedir (153).

7. Raporlanan Olayların Sıklığı

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların tanımlaması, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesinin engellenmesi ve azaltılmasına yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların rapor edilmesi ve analizidir (125). Raporlama sistemi, kurum içindeki herkes tarafından erişilebilir olmalıdır. Bu sistemi kullanmak, güvensiz koşulların belirlendiği ve bildirildiği, kasıtsız hatalar için cezalandırma

korkusu olmaksızın hasta zararının proaktif olarak önlenmesine yol açan bir kültürün geliştirilmesi için gereklidir (3).

Ramak kala olaylar bir çalışanın çevresinde olan olay, şansa bağlı olarak hastaya ulaşmadan fark edilen potansiyel bir sorundur. Hasta güvenliği raporlama sisteminde bildirilen ramak kala olaylar disiplinler arası bir ekipten oluşan bir komite tarafından gözden geçirilmelidir. Bu süreçte *"tanımlama, raporlama, analiz etme, hafifletme, ödüllendirme, paylaşma ve takip etme"* aşamaları uygulanmalıdır. Hemşireler tarafından, istenmeyen ve ramak kala olayların bildirilmesi güvenlik sorunlarının yaşanmasını ciddi oranda azaltmaktadır (126). Burlison ve arkadaşları (127), raporlanan olayların sıklığı boyutu ile hatalar hakkında geri bildirim, organizasyonel öğrenme, güvenlik için yönetim desteği, boyutlarının ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. AHRQ 2018 verilerine göre hastane çalışanlarının yarısından fazlasının (%55) 12 ay boyunca herhangi bir tıbbi hata bildirmediğini ortaya koymuştur (4). Aynı zamanda bu raporda bildirilen olaylarında gerçekte meydana gelmiş mi yoksa çalışanlar tarafından başka kişileri suçlamak amaçlı mı kullanıldığı bilinmemektedir. Bu nedenle gerçekte yaşanan olayları sayısı da bilinmemektedir. Böyle bir durumun yaşanması henüz sağlık kurumlarında olumlu HGK'nin oluşturulamamasından kaynaklanmaktadır.

Mitchell ve arkadaşlarının belirttiğine göre olay raporlamanın istenilen düzeyde olmamasının beş önemli nedeni vardır. Bunlar; vaka raporlarının kötü işlenmesi (tetkik, analiz, öneriler), doktorların yetersiz katılımı, yetersiz görülebilir eylem, yetersiz finansman ve olay raporlama sistemlerinin kurumsal yetersiz kullanımı ve yönetimin yetersiz desteği şeklindedir (128). Araştırmalar, hemşirelerin en çok ilaç hatası yaptığını, bildirimlerin çok zaman alması, bildirilen hatalar hakkında geri bildirim yapılmaması ve bildirim sonunda cezalandırılma korkusunun olması gibi nedenlerden dolayı bildirimlerin istenilen düzeyde olmadığını belirtmiştir (126,129). Eğitim ve workshop çalışmalarıyla hata raporlama sayısının arttığı (21), hemşire yöneticiler tarafından koçluk yapılmasının hataları raporlama niyeti ve HGK arasında önemli bir ilişki olduğunu belirtilmiştir (130).

8. Personel Sağlama

Kaliteli ve güvenli hasta bakımının sürdürülebilmesi için yeterli ve doğru hemşire istihdamının sağlanması ve hemşire iş yükünün azaltılması gerekmektedir. Sağlık sistemlerinin hemşirelik uygulamalarından faydalanabilmesi için, bakımın devamlılığı boyunca her zaman uygun eğitim, beceri ve deneyime sahip uygun sayıda hemşire bulunması gerekmektedir. Güvenli, etkili ve ihtiyaç temelli hemşire düzeylerine yatırım yapmanın maliyet-etkin olduğu, olumlu hasta sonuçlarına, iyileştirilmiş çalışma ortamlarına yol açtığı ve hasta güvenliği için kritik olduğu kanıtlanmıştır (123,131). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), hasta sonuçlarında iyileşmeler sağlamak için hasta başına düşen hemşire sayısının yeterli olmasının gerektiğini vurgulamıştır (132).

Lee ve arkadaşlarının 2017 yılında yoğun bakımlarda 845 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada, daha düşük hemşire-hasta oranı ile hastaların %95 daha fazla yaşadığını ortaya koymuştur (102). AHRQ, hemşire personel oranları ve hasta güvenliği arasındaki bağlantıyı da kabul ederek hemşirelerin çok fazla hasta alması durumunda hasta güvenliği ve bakım kalitesinin zarar gördüğünü açıklamıştır (133). Hemşirelerin fazla mesai ile çalışmasının düşme, basınç ülseri, ilaç hatası ve idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (134). Yapılan çalışmalarda hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça artan hasta güvenliği olayları, morbidite ve hatta ölüm oranlarını belgelemektedir (106,135). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının çoğunda personel sağlama alt boyut puanlarının düşük olduğu ve bunun da olumlu HGK'nın oluşturulmasında önemli bir engel teşkil ettiği belirtilmiştir (120,122). Bu durumun, tıbbi hataların oluşmasında çok önemli etken olduğu bildirilmektedir (106).

9. Hasta Teslimleri ve Transferi

Bazı durumlarda önemli hasta bakım bilgileri hastane birimleri arasında, vardiya değişimleri sırasında ve başka kuruma transferler esnasında kaybedilebilmekte ya da yanlış iletilmektedir (4). Günümüzde hastaneler arası güvenli transferler için uygulama önerilerinin oluşturulup uygulanmasına rağmen, istenmeyen olaylar sık yaşanmaktadır (136). Örneğin, yoğun bakım hastalarının

yaklaşık yarısı transferler sırasında olumsuz olaylara maruz kalmakta ve hastaların %15-%20'si hayati sorunlar yaşamaktadır (137). Hastane içinde 254 hastadan 139'nun radyoloji birimine tanı amaçlı transferi sırasında zarar gördüğü belirtilmektedir (136).

Bu olumsuz olayların başlıca nedenleri arasında, kötü iletişim veya hastaların yanlış konumlandırılması gibi personel/yönetim sorunları, hasta taşıma ve cihaz güvenliği gibi donanım sorunları yer almaktadır. Transferler sırasında çoğu olumsuz olay, çok faktörlüdür ve bu nedenle, disiplinler arası iletişim, hastane içi transferler için prosedürler, rehberler ve sağlık bilgi teknolojisi gibi en az üç alanda iyileştirmenin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (138). Yine hasta teslimi sırasında hasta durumunun ayrıntılı tanımlanması ve açık iletişimin sağlanabilmesi için geliştirilmiş standart yöntemlerin (ISBAR) (130), (I-PASS) (140) kullanılması önerilmektedir.

10. Hatalara Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım

Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım, *“personel tarafından bildirilen hata ve olay raporlarının kendilerine karşı yapılmadığını ve hataların personel dosyasında tutulmadığını düşünmeleri”* olarak tanımlamaktadır (4). Hatalar karşısında yönetim ya da akranlar tarafından suçlayıcı, cezalandırıcı bir kültürün oluşmaması için liderlerin ve hastane yönetimin desteği çok önemlidir (141). IOM hasta güvenliğinin sağlanmasında, istenmeyen ve ramak kala olayların ve güvensiz koşulların raporlanarak bildirilmesinin oldukça önemli olduğunu bildirim sisteminin, cezai olmayan bir yaklaşımı sergilemesi, öğrenmeye yönelik, şeffaf ve herkes tarafından ulaşılabilir olması gerektiğini bildirmiştir (3).

HGK çalışmalarında alt boyut puanları içinde hatalara karşı suçlama puanının tüm dünyada en düşük pozitif cevap yüzdesine sahip olduğu bildirilmektedir (4,16,120) Bu sonuç, tüm dünyada sağlık kuruluşlarında HGK'nin öneminin ve gerekliliğinin tam olarak anlaşılmadığını ve hata yapılması durumunda hemşirelerin üst yönetim tarafından suçlandığını, cezalandırıldığını göstermektedir. Hatalara karşı cezalandırıcı bir yaklaşımın personelin hataları bildirirken hataları gizlemesine, değiştirmesine ya da hataları yanlış bir şekilde belirtmesine yol açabilir.

Hatalara karşı cezai bir yaklaşımla, hata bildirimleri ve genel güvenlik algısı boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (142). Sammer ve arkadaşları (105) hataların bildirilmesi karşısında suçlayıcı olmayan adil bir kültürün olması gerektiğine değinerek; adil kültürü bir tarafta kişisel hesap verebilirlik ve diğer tarafta sistem hatası ile birlikte iki taraflı bir adalet ölçeğine benzeterek açıklamıştır. Adil bir kültür, sağlık hizmeti sunucularının davranışlarından sorumlu tutulmalarına rağmen sistem veya altyapı hataları nedeniyle kişileri suçlanmayan bir kültürdür. Öte yandan suçlayıcı olmayan bir kültür, kişisel hesap verebilirlik unsuruna da sahip olmalıdır. Kısaca, adil bir kültür, dikkatsiz davranışlara sıfır tolerans kurarak bireysel hesap verebilirliği korurken, bireylerin güvensiz davranışlarda bulunmasına yol açan sistem sorunlarını belirlemeye ve ele almaya odaklanır. Adil bir kültürde, yaşanan hata ya da ramak kala olayın ciddiyetine değil, hatayla ilişkili davranış türüne odaklanılır (121).

2.3.2. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirme

Her hangi bir sağlık kuruluşunda güvenlik kültürü geliştirmenin ilk adımı mevcut güvenlik kültürünün değerlendirilmesiyle başlamaktadır (143). Uluslararası akreditasyon kuruluşları da böyle bir değerlendirmenin gerekliliğini vurgulamaktadır (1,141). HGK değerlendirmeleri, sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği konularını net bir şekilde görebilmelerini, güvenlik kültürlerinin güçlü ve zayıf yönlerini tespit etmelerini, ünitelerin mevcut hasta güvenliği sorunlarını tanımlamalarını ve puanlarını diğer hastanelerle karşılaştırmalarını sağlamaktadır (4,143).

Fleming ve Wentzell (144) HGK'nın örgütlerde gelişimini, zayıf bir güvenlik kültüründen iyi bir güvenlik kültürüne geçiş olarak 5 düzeyde açıklamıştır.

1. Patolojik Düzey: Örgütler güvenliği bir problem olarak görürler ve hasta güvenliği ile ilgili bilgiler gizlenir, güvenliğin sağlanmasında bireylerin sorumluluğu üzerine durulur.

2. Reaktif Düzey: Güvenlik önlemi vardır. Yine problemin sebebi bireyler olarak görülür. Gelişmemiş bir raporlama sistemi mevcuttur fakat personel raporlama konusunda cesaretlendirilmez. Hata olduğu zaman, hastaların desteklendiği bir sistem yoktur.

3. Analitik Düzey: Örgütler kurallara oldukça bağlıdır. Sistemik hasta güvenliği yaklaşımı vardır. Uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlıdır. Personel raporlandırma konusunda cesaretlendirilir ancak personel kendini güvende hissetmez.

4. Pro-aktif Düzey: Kapsamlı bir pozitif güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı vardır. Hatalar, sistemin ve bireylerin ortak sorumluluğu olarak kabul edilmektedir. Hataların ve ramak kala olayların raporlanması konusunda cesaretlendirme vardır ve personel bu raporlamayı, öğrenme için fırsat olarak görmektedir.

5. Üretken Düzey: Örgüt kültürünün merkezinde pozitif güvenlik kültürü vardır. Örgüt etkinliğini ölçmekte ve başarısızlık örgütün güvenliği iyileştirmesine imkan sağlayacak olan bir hareket anlamına gelmektedir. Personel, hastalar ve ilgililer aktif olarak desteklenmekte ve örgütte yüksek seviyede açıklık ve güven bulunmaktadır.

Sağlık bakım kuruluşlarında HGK oluşturmaya yönelik çeşitli strateji ve çalışmalar:

Morello ve arkadaşları (145), HGK geliştirme ile hasta güvenliği iklimi arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve bu nedenle, daha ucuz ve etkili olan hasta güvenliği iklimi geliştirilmesinin HGK geliştirmede bir strateji olarak kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Yine yapılan çalışmalarda; liderlik yürüyüş turları, (146,147) yapılandırılmış eğitim programı, (22,23,146) takım tabanlı strateji, (148-150) simülasyon temelli eğitim programı, (151,152), grup çalışması (21) çok yönlü ünite tabanlı programlar (153) ve ekip çalışmasının (148,149) güvenlik kültürü geliştirmede strateji olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Her ne kadar pek çok çalışma bir güvenlik kültürünün oluşturulmasına odaklanmış olsa da, hangi yaklaşımın etkili olduğunu anlamak ve bu stratejiyi en iyi şekilde uygulamak önemlidir (5). Weaver arkadaşları (19) konu ile ilgili yapmış oldukları sistematik derleme çalışmasında birçok HGK geliştirme stratejisilerini incelemişler ve takım eğitimi, iletişim araçlarının uygulanması, yönetici yürüyüş turları, disiplinlerarası toplantılar ve birim tabanlı iyileştirme stratejilerinin HGK'yi geliştirmede çok etkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Sammer ve arkadaşları 2010 yılında sağlık kuruluşlarında kullanılabilen bir HGK modeli geliştirmişlerdir. Bu modelde, HGK'nin yedi alt boyutunu (a) liderlik, (b) ekip çalışması, (c) kanıta dayalı uygulama (d) iletişim, (e) öğrenme, (f) adalet ve (g) hasta merkezli bakım, şeklinde belirtmişlerdir (105).

Campione ve arkadaşları (155), 6 hastanenin hasta güvenliği yöneticileri ile yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi gerçekleştirmişler ve HGK geliştirmede; hasta güvenliği ile ilgili hedef belirleme, eylem planlaması, çok yönlü girişimlerin ve programların uygulanmasında her düzeydeki personelin katılımının sağlanması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca yazarlar hastane kültürünün tutarlı bir şekilde ölçülmesi, değerlendirilmesi ve örgütsel HGK'nin nasıl geliştirileceğine dair daha fazla araştırma yapılması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır.

HGK'nin sahiplenilmesi ve başarılı olmasını sağlayacak en önemli faktörlerden birisi de hasta ve yakınlarının sürece katılımıdır. Hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği ziyaretlerinde yer alması, eğitimlere katılması ve güvenlik önlemlerinin alınmasında aktif rol oynaması DSÖ (99) ve AHRQ (156) tarafından önerilmektedir. Bu amaçla DSÖ tarafından hastane çalışanları, hastalar, hasta aileleri ve politika yapıcıları bir araya getiren *Hastalar İçin Hasta Güvenliği Programı* geliştirilmiştir (99,156).

HGK oluşturma doktor, hemşire, ebe, laborant, temizlik görevlisi, sekreter, teknisyen vb. bütün personeli kapsamalıdır (4,99). Hastalara uzun süre ve birebir, kompleks bir sağlık hizmeti sunan ve kurumda sayıca en fazla personeli oluşturan hemşireler HGK oluşturmada anahtar rol üstlenmektedirler (105,106). Bu nedenle, güvenli bakım hizmetlerini kolaylaştırmada kurumlarda çalışan hemşire liderlerin önemli rol ve sorumlulukları vardır. (141). Ayrıca birlikte çalıştıkları hemşireleri ortak bakım hedefleri için bir araya getirebilen, hemşireler için olumlu çalışma ortamı yaratabilen, değişimlere, yeniliklere öncülük yapan, ortak bir vizyon oluşturan, yol gösteren, hemşireleri harekete geçirebilen, onları motive edebilen SSH'lerinin bulunduğu ortamda olumlu bir HGK'nin oluşturulabilmesi kaçınılmazdır (28,29,106). Bu nedenle kurum yöneticileri ve liderleri SSH'leri ve diğer çalışanları güçlendirmeli kanıta dayalı, hasta merkezli çalışmayı sağlamalı, kararlara çalışanları da dahil etmeli, bütün disiplinlerin bir arada uyum içinde çalıştığı işbirlikçi çalışma

ortamı yaratmalı, cezalandırıcı olmayan bir güven ortamını sağlayarak ve değişimi yöneterek olumlu HGK'yi oluşturmaldırlar (1,113,155).

Güçlendirme ile Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirme

Yapılan çalışmalarda yapısal güçlendirme ve olumlu çalışma ortamı ile HGK arasında pozitif bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (16,20,21). Yine yapısal güçlendirme ile psikolojik güçlenmenin elde edilebileceği ve bunun da olumlu hasta çıktılarına yansıdığı belirtilmektedir (30,38,43). Psikolojik güçlendirmenin liderlik becerilerinin/özelliklerinin geliştirdiği ve bununda HGK oluşturmada önemli bir etken olduğu öne sürülmektedir (30,33).

Bu bağlamda sağlık kurumlarındaki lider ve yöneticilerin, oluşabilecek hataları azaltmak amacıyla olumlu HGK'nin oluşturup sürdürülmesi için programlar oluşturması gerekmektedir (99). Geliştirilen programlar, hasta bakımı esnasında meydana gelebilecek hataların önlenmesini, hatalar oluştuğunda korkusuzca bildirilmesini ve gerekli düzeltici faaliyetlerin yapılmasını içermesi gerekmektedir. Oluşturulacak programlarla birlikte hatalar karşısında kişilerin cezalandırılmadığı adil bir ortamın sağlanması, hemşire eksikliğinin giderilmesi, hasta güvenliği için maddi desteğin sağlanması, yönetim tarafından hasta güvenliğinin önemsenmesi de gerekmektedir (4,99,105).

Yönetim tarafından destekleyici, katılımcı, cesaretlendirici bir çalışma ortamının yaratılması (119), hasta bakımı ile ilgili politika ve prosedürlerinin oluşturulduğu örgütsel komitelere hekimler ve yöneticilerle birlikte SSH'lerin de dahil edilmesi gerekmektedir (47). Uygulama hatalarının azaltılması amacıyla HGK'nin geliştirilmesi gerektiği ve bunun için sağlık bakım kuruluşlarında eğitimlerin yapılması gerektiği literatürde belirtilmektedir (20,22). Hemşirelik hizmet sunumu ile ilgili zorlukları belirleme ve zorlukların üstesinden gelebilme ile ilgili grup çalışmalarının düzenlenmesi hemşirelere işleriyle ilgili sorumluluk vererek, hemşirelerde işi sahiplenme duygusu kazandırmakta ve HGK'nin gelişmesine olumlu katkı sağlamaktadır (21). Hemşirelerin ve liderlerin HGK'nin oluşturulmasında çok önemli rol oynadıkları dikkate alındığında, hastane yönetimi, hemşirelik yönetimi ve

kalite birimi birlikte yenilikçi uzun vadeli güçlendirme programları geliştirmeli, uygulamalı ve sonuçlarını çalışanlarla paylaşmalıdır (36).

HGK geliştirmede hemşire ve SSH güçlendirme stratejini kullanan bazı çalışmalar aşağıda özetlenmiştir.

Ginsburg ve arkadaşları 2005 yılında SSH'lere HGK'nin geliştirilmesi için grup ve liderlik çalışmalarını içeren bir program uygulanmıştır. Kontrol gruplu yarı-deneysel Ön-test, Son test yapılan çalışmada HGK Güvenlik Değerlendirme, Hatalar Sonucunda Korkma ve Suçlanma, Algılanan Güvenlik Durumu olmak üzere 3 boyutta ele alınmıştır. Çalışmada müdahale grubundaki SSH'lerin Güvenlik Değerlendirme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme olduğu bulunmuştur (23).

Ürdün'de 2014 yılında yapılan bir yarı deneysel çalışmada SSH'lere uzaktan online olarak hasta güvenliği eğitim modülü uygulanmış ve program öncesi ve programdan 4 ay sonrasında SSH'lerin HGK algıları, hastalarda ise düşme ve basınç ülseri oranlarına bakılmıştır. Çalışma sonucunda HGK'nin 9 alt boyutunda puan artışı olduğu, "hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım" ve "raporlanan olayların sıklığı" boyutlarında önemli bir gelişme olduğu, hasta düşmeleri ve basınç ülseri sayısında azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (22).

Verbakel ve arkadaşları 2015 yılında 134 servis hemşiresi ile yapmış oldukları çalışmada, hataları bildirmeye dayalı güçlendirme programını iki aşamalı olarak (1. Aşama: HGK anket sonuçları ile geri bildirim 2. Aşama; grup çalışmaları) uygulanmışlardır. Çalışmada 1. ve 2. aşamada deney grubunda hata raporlama sayısının arttığını, gruplar arasında HGK puanları açısından bir fark olmadığı sonucu elde edilmiştir (21).

Amiri ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere ve süpervizörlerine hasta güvenliği kültürü geliştirmeye dayalı bir güçlendirme programı uygulanmıştır. Deney grubuna uygulanan programda; iki günlük grup çalışması, speak-up ve hasta güvenliği ile ilgili posterlerin hasta servislerine asılması, HGK, güvenlik konularıyla ilgili konuşma, hasta güvenliğini artırmak için takım stratejileri ve araçları gibi

konuları kapsayan broşürlerin dağıtılması etkinlikleri yer almıştır. Güçlendirme programı sonrası deney grubunda, HGK toplam puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu, ayrıca deney grubunda 12 HGK boyutundan 5'inde önemli gelişmeler olduğu, bununla birlikte, “personel sağlama” “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” ve “raporlanan olayların sıklığı” boyutlarında önemli ölçüde gelişme olmadığı tespit edilmiştir (20).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışmada, servis sorumlu hemşirelerine uygulanan “*Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*”nın, servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirme, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algısı ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın tasarımı ön deneysel tasarımıdır. Ön deneysel tasarımıda, tek grup üzerinde uygulanan girişimin etkisi değerlendirilmektedir. Bu tasarımıda, deney/girişim öncesi (ön test) ve deney/girişim sonrası (son test) elde edilen farklar ölçülmektedir (157)

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma gelişmiş fiziki ve teknolojik donanımlara sahip olan Türkiye’nin ilk şehir hastanesi özelliğini taşıyan Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılmıştır. Çok sayıda SSH’nin bulunması ve çok geniş bir alanda hasta bakım hizmeti sunması nedeniyle kurum çalışma için uygun özelliklere sahiptir.

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi 03.02.2017 tarihinde hizmet vermeye başlamış ve toplamda 374.813 m² kapalı alana sahiptir. Türkiye’de Kamu-Özel işbirliği modelinin ilk örneği Mersin Şehir Hastanesi ismiyle kurulmuş ve 01.06.2018 tarihinde Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak ismi değiştirilmiştir. Daha önceden Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak hizmet veren hastanelerin de Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne taşınmasıyla; genel hastane binası, Kalp ve Damar, Kadın Doğum ve Çocuk, Genel Onkoloji ve Psikiyatri Hastanelerinden oluşmuştur. Kurum bünyesinde; 1300 yatak, 280 poliklinik, 210 yoğun bakım yatağı, 53 ameliyathane masası, 7 yataklı anjiyografi, 36 yataklı endoskopi ünitesi, 152 yataklı pre-post, 30 yataklı diyaliz, 50 yataklı kemoterapi salonu, 8 yataklı triyaj, 72 yataklı acil gözlem, 6 tane acil izolasyon odası, 12 yataklı travma, 9 yataklı genel tedavi ünitesi bulunmaktadır.

2017 Şubat-2018 Mart tarihleri arasında toplam 3 milyon hastaya hizmet verilen kurumda, hemşire olan 1 Bakım Hizmetleri Müdürü, 4 Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı ve 43 SSH olmak üzere toplam 914 hemşire çalışmaktadır. Hemşire kadrosunun çoğunluğunu daha önceden Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Her bir SSH ortalama 20-25 hemşire ile çalışmakta ve SSH'ler, her bir katta bulunan toplam 3 servisin yönetiminden sorumlu olmaktadır. Bu görevlerine ek olarak SSH'ler ayda ortalama 3 süpervizör nöbeti tutmaktadırlar. Bu nöbetlerini hafta sonları 08-08 (24 saat) ya da hafta içi 16-08 (16 saat) saatleri arasında tutmaktadırlar. Nöbet sonraları izinli olmaktadır. Yoğun bakımlarda, polikliniklerde, yetişkin ve çocuk acilde birer SSH çalışmaktadır. Servislerde hemşireler 08-16, 16-08, 08-24 ve hafta sonları 08-08 saatleri arasında çalışmaktadırlar.

Kurumda Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamı içerisinde 2016 yılında revize edilen Sağlıkta Hastane Kalite Standartları (SKS 2016) uygulanmaktadır. Genel tedavi ve bakım hizmetlerinin verildiği kurumda Hasta Güvenliği Komitesi bulunmaktadır. Bu komitede, hastane yönetiminden bir kişi, hemşirelik yönetiminden bir kişi olmak üzere toplamda beş kişiden oluşmaktadır. Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmaktadır. Komitenin görev alanları; Hastaların doğru kimliklendirilmesi, çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, transfüzyon güvenliğinin sağlanması, radyasyon güvenliğinin sağlanması, düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması, güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması, hasta mahremiyetinin sağlanması, hastaların güvenli transferi, hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi, bilgi güvenliğinin sağlanması, enfeksiyonların önlenmesi, laboratuvarında hasta güvenliğinin sağlanması gibi konuları içermektedir. Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları ve gerekli eğitim faaliyetleri yürütülmektedir. Ayrıca kurumda gönüllük ve gizlilik esasına dayanan hata raporlama sistemi mevcuttur. Hata raporlama sistemine hastanedeki bütün bilgisayarlardan kolaylıkla ulaşılabilmektedir. Kurumda eğitim birimi bulunmaktadır. Hasta güvenliği ve uyum eğitimleri bu birim tarafından online eğitim modülü ile yapılmaktadır. Birim uyum eğitimleri SSH'ler tarafından yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmada uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde en az 6 aydır SSH olarak çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden SSH'ler araştırma kapsamına alınmıştır. Kurumda toplamda 43 SSH bulunmaktadır. 1 SSH 6 aydan daha kısa süredir SSH olarak çalıştığı için araştırmaya alınmamıştır. 1 SSH araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Veri toplama araçlarının birinci uygulamasına 41 SSH katılmış fakat güçlendirme programına 1 SSH sağlık problemleri nedeniyle devam edememiştir. Teorik eğitim sonrası SSH pozisyonundan ayrılan 2 SSH daha araştırmadan ayrılmıştır. Toplamda 38 SSH ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmada, SSH'ler ile birlikte en az 6 ay süredir çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 191 servis hemşiresi araştırma kapsamına alınmıştır. [Araştırmada, gözlemci hemşire sayısı yeterli ise, 6-8 kişi arasında alınması, gözlemci sayısı yeterli değilse en az 3'er kişinin alınması önerilmektedir (158). Bu araştırmada, bazı servislerde her bir SSH ile en az 6 ay süredir çalışan en fazla 5 hemşire olduğu için bu çalışmada 5'er servis hemşiresi örnekleme alınmıştır. Bazı kliniklerde araştırmaya katılmayı kabul etmeyen servis hemşireleri olduğu için 3'er servis hemşiresi araştırmaya katılmıştır]. Araştırmadan ayrılan SSH'ler ile birlikte servis hemşireleri de araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırmanın uygulama ve veri toplama sürecinin (7 ay) uzun bir sürede tamamlanmasından dolayı bazı servis hemşireleri de çeşitli nedenlerden dolayı (klinikten ayrılma, işten istifa, ücretsiz izin, sorumluların araştırma dışı kalması vb.) araştırmadan ayrılmışlardır. Toplamda 174 servis hemşiresi ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın örneklemini 38 SSH ve 174 servis hemşiresi oluşturmuştur.

Tablo 2'de araştırma kapsamına alınan SSH ve servis hemşire sayıları verilmiştir.

Tablo 3.1. SSH ve Servis Hemşirelerinin Servislere Göre Dağılımı.

	Klinikler	SSH Sayısı			Servis Hemşiresi Sayısı		
		1.ölçüm	2.ölçüm	3.ölçüm	1.ölçüm	2.ölçüm	3.ölçüm
		n	n	N	n	n	n
1	Genel Ameliyathane 1	1	1	1	5	5	5
2	Kemoterapi	1	1	1	5	5	5
3	Günübirlik Anjiyo	1	1	1	5	5	5
4	T1 poliklinik	1	1	1	7	7	6
5	Koroner Yoğun Bakım	1	1	1	5	5	5
6	Onkoloji+Dermatoloji+Hematoloji	1	1	1	5	5	5
7	Çocuk Acil	1	1	1	4	4	4
8	T1 + T2 VİP	1	1	1	5	5	5
9	Psikiyatri 1,2,3,	1	1	1	5	5	5
10	Reaminasyon Yoğun Bakım T1	1	1	1	5	5	4
11	Kadın Doğum Cerrahisi	1	1	1	4	4	4
12	Kadın Doğum 1,2,3,	1	1	1	4	4	4
13	Dahiliye 1,2,3,	1	1	1	5	5	5
14	Göğüs Yoğun Bakım	1	1	1	5	5	5
15	Dahiliye Yoğun Bakım	1	1	Posizyon değişikliği	5	4	-
16	Yenidoğan Yoğun Bakım 2C	1	1	1	5	5	5
17	Bebek Ünitesi	1	1	1	4	4	4
18	Çocuk Cerrahisi	1	1	1	4	4	4
19	Kardiyoloji+KVC	1	1	1	4	4	4
20	Palyatif Bakım	1	1	1	5	5	5
21	Beyin Cerrahi + Plastik Cerrahi+ Üroloji	1	1	1	5	5	5
22	Nöroloji	1	1	1	4	4	4
23	KVC Yoğun Bakım	1	1	1	5	5	5
24	Çocuk Yoğun Bakım 2B	1	1	1	4	4	4
25	KVC Ameliyathane	1	1	1	4	4	4
26	Genel Ameliyathane 2	1	1	Posizyon değişikliği	5	5	-
27	Göğüs +Göz+Enfeksiyon	1	Sağlık Problemleri	Sağlık Problemleri	5	-	-
28	Ortopedi 1,2 +KBB	1	1	1	4	4	4
29	Çocuk Endokrin+ Süt Çocuğu	1	1	1	5	5	5
30	Yetişkin Acil	1	1	1	5	5	5
31	Kadın Doğum Ameliyathane	1	1	1	4	4	4
32	Nöroloji Yoğun Bakım	1	1	1	5	5	5
33	Reaminasyon Yoğun Bakım T2	1	1	1	3	3	3

Tablo 3.1. (Devamı) SSH ve Servis Hemşirelerinin Servislere Göre Dağılımı.

34	Fizik Tedavi 1,2,3	1	1	1	3	3	3
35	T2 poliklinik	1	1	1	5	5	5
36	Yenidoğan Yoğun Bakım 3C	1	1	1	5	5	5
37	Genel Cerrahi 1,2,3,	1	1	1	4	4	4
38	Anjiyo Ünitesi	1	1	1	5	5	5
39	Çocuk Yoğun Bakım 3B	1	1	1	5	5	5
40	Doğum Salonu	1	1	1	5	5	5
41	Perinatoloji	1	1	1	5	5	5
	TOPLAM	41	40	38	191	185	174

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, SSH-Tanıtıcı Bilgiler Formu (Bkz EK-1), Servis Hemşiresi-Tanıtıcı Bilgiler Formu (Bkz EK-2), Hemşirelik İşyeri (Yapısal) Güçlendirme Ölçeği (Bkz EK-3), Psikolojik Güçlendirme Ölçeği (Bkz EK-4), Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği (Bkz EK-5) ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Bkz EK-6) ile toplanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Bu form, araştırma örneklemine alınacak SSH ve servis hemşirelerine ait tanıtıcı bilgileri toplamaya yönelik araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini ortaya koyan yaş, mesleki deneyim süresi, çalıştığı klinik, daha önce başka bir kurumda çalışma durumu, hastanedeki çalışma süresi, yönetici olarak çalışma süresi, mesleki uzmanlık/sertifika gibi bireysel bilgileri yer almaktadır. Ayrıca formda, hemşirelerin kurumdaki HGK ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik sorular da bulunmaktadır (Bkz EK-1, EK-2).

3.4.2. Hemşirelik İşyeri (Yapısal) Güçlendirme Ölçeği

Kanter'in Teorisine dayanılarak geliştirilmiş olan bu ölçek 2001 yılında Laschinger tarafından revize edilmiş ve son hali verilmiştir (CWEQ-II) (159). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Mortaş 2005 yılında hemşirelerde yapmıştır (160). Ölçek hemşirelerin işyeri yapısal güçlendirme algısını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek, *fırsatlara erişim, bilgiye erişim,*

kaynaklara erişim, destek, formal ve informal güç olarak altı boyuttan ve 19 maddeden oluşmakta ve 6 boyutta değerlendirmektedir. Ölçeğe, 1995 yılında yapı geçerliliğinin elde edilmesi için 2 maddelik Genel Güçlendirme (Global Empowerment) Alt Ölçeği eklenmiş ve bu puan ölçek puanına dahil edilmemiştir. Genel Güçlendirme puanı, anketin sonunda yer alan iki genel güçlendirme maddesinin toplanması ve ortalamasının alınması ile elde edilmektedir. Ölçeğin her alt boyut puanı ayrı ayrı 1-5 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekteki 6 alt boyut, kendi içlerinde değerlendirilerek her bir boyut için ayrı ayrı puan alınabildiği gibi, tüm boyutların toplanmasıyla da “Toplam Yapısal Güçlendirme” puanı elde edilmektedir. Puan aralığı 6-13 arasındaki toplam puan düşük 14-22 arasındaki toplam puan orta ve 23-30 arasındaki toplam puan yüksek düzeydeki güçlendirmeyi ifade etmektedir (161).

Yapısal güçlendirme ölçeği, 5’li Likert Ölçeği ile derecelendirilmiştir. Buna göre, katılımcılardan soru formunda verilen ifadeleri, mevcut işlerinde ne düzeyde yaşadıklarını, “1-Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum ve 5- Kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. 1,2,3. sorulardan alınan puanların toplamı “fırsat” 4,5,6. sorulardan alınan puanların toplamı “bilgiye erişim” 7,8,9. sorulardan alınan puanların toplamı “destek” 10,11,12. sorulardan alınan puanların toplamı “kaynaklara erişim” 13,14,15. sorulardan alınan puan toplamı “Formal güç” ve 16,17,18, 19. soruların puanları toplamı da “İnformal güç” puanını vermektedir. 20. ve 21. sorulardan alınan puanların toplamı ise “genel güçlendirme alt ölçek puanını” ifade etmektedir. Ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucunda Cronbach alpha değerleri; fırsat alt boyutu 0.84, bilgiye erişim alt boyutu 0.84, destek alt boyutu 0.86, kaynaklara erişim alt boyutu 0.83, formal güç 0.90, informal güç alt boyutu 0.84, genel güçlendirme alt ölçeği 0.74 olarak bulunmuştur (203). Bu çalışmada ise; Cronbach alpha değerleri; fırsat alt boyutu 0.81, bilgiye erişim alt boyutu 0.88, destek alt boyutu 0.83, kaynaklara erişim alt boyutu 0.90, formal güç 0.69, informal güç alt boyutu 0.78, genel güçlendirme alt ölçeği 0.81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin hemşirelik araştırmalarında kullanıldığı görülmektedir (24,31,92). Bu ölçek sadece SSH’lere uygulanmıştır (Bkz EK-3).

3.4.3. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği

Psikolojik güçlendirme ölçeği 1995 yılında Spreitzer tarafından geliştirilmiştir (55). Ölçeğin ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Üner ve Turan (162) tarafından 2010 yılında hemşire ve doktorlarda yapılmış ve psikometrik özellikleri açısından ölçeğin kullanılabilir olduğu bulunmuştur. Ölçekte psikolojik güçlendirme *anlam, yetkinlik, özerklik ve etki* olmak üzere dört boyut altında tanımlanmaktadır. Ölçekte psikolojik güçlendirmenin her boyutunda üç soru olmak üzere toplam 12 soru bulunmaktadır. Sorular 7’li likert tipindedir ve katılımcılar ölçekteki psikolojik güçlendirme boyutlarına yönelik her bir ifadeye katılma derecelerini 7 aşamalı olarak işaretlemektedirler. Likertte 1 puan katılımcının ifadeye “hiç katılmadığını” gösterirken, katılma derecesi arttıkça verilen puan artmakta, 7 puan ise katılımcının ifadeye “tamamen katıldığını” göstermektedir. Ölçekteki ifadelere verilen cevapların puanları toplanarak psikolojik güçlendirme puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12 dir ve düşük psikolojik güçlendirme algısını gösterirken, en yüksek puan ise 84 puan yüksek psikolojik güçlendirme algısına işaret etmektedir. Ölçeğin anlam boyutunu 1,2,3. yetkinlik boyutunu 4,5,6. otonomi boyutunu 7,8,9. ve yetki boyutunu 10,11,12. sorular ölçmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi ise, tüm ölçekten alınan puan üzerinden yapılmaktadır. Güçlendirme puanının düşük olması düşük derecede güçlendirme algısını, yüksek olması ise yüksek derecede güçlendirme algısını göstermektedir.

Üner ve Turan tarafından yapılan çalışmada ölçeğin hemşirelerde Cronbach alpha değerleri; anlam boyutu 0,86, yetkinlik boyutu 0,89, otonomi boyutu 0,81 ve etki boyutu 0,93 bulunmuştur. Bu çalışmada ise, Cronbach alpha değerleri; anlam boyutu 0,69, yetkinlik boyutu 0,87, otonomi boyutu 0,85 ve etki boyutu 0,86 olarak bulunmuştur. Ki-kare değerinin tüm modelin iyiliğine ilişkin (gerçekçi bir) sorgulanır olması nedeniyle, bir çok yeni uyum iyiliği istatistiği geliştirilmiştir ve bunlar arasında en yaygın olarak kullanılan RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) dir. RMSEA söz konusu değerlerin ,05’in altında olması iyi bir uyum değerini, ,08’in altında olması ise kabul edilebilir bir uyum iyiliği değerini ifade etmektedir (162). RMSEA değerine göre ölçeğin iyi uyum gösterdiği ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin hemşirelik araştırmalarında

kullanıldığı görülmektedir (30,92). Bu ölçek sadece SSH'lere uygulanmıştır (Bkz EK-4).

3.4.4. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği

Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği, 1990 yılında Gerber ve arkadaşları tarafından, hemşirelik hizmeti kapsamında doğrudan sunulan profesyonel bakım üzerinde algılanan kontrolün ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir (62). Tek boyutlu ve kontrol düzeyi belirleyicisi olan ölçek, 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 7'li likert tipte geliştirilmiş olup; kesinlikle katılmıyorum (1 puan), katılmıyorum (2 puan), kısmen katılmıyorum (3 puan), kararsızım (4 puan), kısmen katılıyorum (5 puan), katılıyorum (6 puan), kesinlikle katılıyorum (7 puan) şeklinde tanımlanmıştır. Yani ölçek hiç kontrol sahibi değil (1 puan), 'tamamen kontrol sahibi (7 puan)' arasında derecelendirilmektedir. Weston'ın (94) aktardığına göre, toplam 23 maddeden oluşan ölçekten alınabilecek minimum puan 23, maksimum puan ise 161'dir. Alınan puan ölçekten alınabilecek maksimum puana yakınsa o kişinin uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin, bireysel ve gruba yönelik olmak üzere iki farklı versiyonu bulunmaktadır. Ölçeğin bireysel düzey formunda ifadeler; 'Ben özgürüm...' şeklinde ifade edilirken, grup düzeyi formunda ise 'Biz özgürüz...' şeklinde ifade edilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin bireysel düzeydeki formu kullanılmıştır. Ölçeğin Türkiye'de bireysel düzeydeki formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasını İspir 2016 yılında yapmıştır (97). Ölçeğin, bireysel düzeyde Cronbach alpha katsayısı 0,94 bulunmuştur. İspir'in çalışmasında, her uzmanın verdiği puanlar değerlendirilmiş ve uzmanlar arası uyum 0,89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliliği vardır diyebilmek için skorun 0,80 ve üzerinde olması gerekmektedir. Bu çalışmada ise Cronbach alpha katsayısı $\alpha=0,94$ bulunmuştur. Ölçeğin, hemşirelerin uygulamalar üzerinde kontrol algılarını ölçmek için başka araştırmalarda da kullanılmıştır (61,94,97). Bu ölçek sadece SSH'lere uygulanmıştır (Bkz EK-5).

3.4.5. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

AHRQ tarafından 2004 yılında geliştirilmiş olan "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" 12 boyut ve 42 maddeden oluşmaktadır (143). 2010 yılında, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Bodur ve Filiz (14) kültürel ve dil

farklılığından dolayı anketi toplamda 10 boyut ve 42 madde olarak düzenlemişlerdir. Bunlar; “*hastane birimleri içinde takım çalışması, hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri, hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği, örgütsel öğrenme, genel güvenlik algısı, hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim, raporlanan olayların sıklığı, personel durumu, hasta teslimleri ve hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*’dır. Hasta güvenliğinin derecesi ve raporlanan olayların sayısı HGK hastane çıktısını ölçmektedir. Ankette “*hasta güvenliği derecesi*” anketin sonunda yer alan bir soru ile belirlenmekte ve “Mükemmel, Çok iyi, Kabul edilebilir, Zayıf, Başarısız” olarak değerlendirilmektedir. Raporlanan olay sayısı ise, anketin sonunda bir soru ile belirlenmekte ve “Hiç,1-2 olay raporu, 3-5 olay raporu, 6-10 olay raporu, 11-20 olay raporu 21+ olay raporu” olarak değerlendirilmektedir. Her iki hastane çıktısından elde edilen sonuç genel değerlendirmeye dahil edilmemektedir. Bu anketin güvenilirlik ve geçerliliği ile ilgili yapılan diğer değerlendirmelere AHRQ’ nun web sayfasından ulaşılabilmektedir. Güvenlik kültürünü birim ve hastane bazında olmak üzere değerlendirmektedir. Anketin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,86$ bulunmuştur (14). Bu çalışmada ise, Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,90$ bulunmuştur Beşli likert tipindeki anket, çalışılan birim, yönetim ve hastane alt alanlarında (A, B, F bölümlerinde) “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=ne katılırım ne katılmam”, “4=katılıyorum”, “5=kesinlikle katılıyorum” şeklinde; iletişim ve raporlanmış olayların sıklığı alt alanlarında (C ve D bölümlerinde) “1=hiçbir zaman”, “2=nadiren”, “3=bazen”, “4=çoğu zaman”, “5=her zaman” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ankette 18 ters yönlü soru bulunmaktadır. Ters yönlü sorular çevrildikten sonra hangi maddelerin hangi alt alanlarda yer aldığı belirlenir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar “kesinlikle katılıyorum”(5) , “katılıyorum” (4) ile “çoğu zaman” (4), “her zaman” (5) olarak değerlendirilir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar maddelere verilen tüm cevap sayısına bölünür. Elde edilen sonuç maddelere verilen olumlu cevap ortalamasıdır. “Kesinlikle katılmıyorum” ve “hiçbir zaman” (1), “katılmıyorum ve nadiren” (2), “ne katılırım ne katılmam ve bazen” (3) grupları olumlu cevap puan ortalamalarının hesaplanmasına dahil edilmemektedir. Anketin

değerlendirilmesi sadece olumlu cevap ortalama puanlarına göre yapılmaktadır (143). Anketin hemşirelik alanındaki araştırmalarda kullanıldığı görülmektedir (15,20,144). Bu anket hem SSH'lere hem de birlikte çalıştıkları servis hemşirelere uygulanmıştır (Bkz EK-6).

3.4.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada öncelikle *Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*'nın araştırmacı tarafından hazırlanması ve sonrasında programın ve veri toplama araçlarının uygulaması yapılmıştır (Bkz Şekil 3.1).

ARAŞTIRMANIN 1. AŞAMASI (Hazırlıkların Yapılması)	Araştırma etik kurul izninin alınması, araştırma yapılacak kurumdan izin alınması, araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin orijinal yazarlarından ve Türkiye'de geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan izin alınması. Temmuz 2017-Mart 2018
	↓
	“Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı”nın hazırlanması. Mayıs 2017-Şubat 2018
	↓
	“Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı” için uzman görüşlerinin alınması. Şubat 2018-Mart 2018
↓	
	Araştırma kapsamına alınan SSH'ler ile toplantı yapıp araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmesi ve Tanıtıcı Bilgiler Formu ön uygulamasının yapılması 02 Nisan 2018
↓	
ARAŞTIRMANIN 2. AŞAMASI (Uygulama)	Veri Toplama Araçlarının Birinci Uygulaması SSH'lere; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçekleri, Servis hemşirelerine; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi uygulanmıştır. 03-06 Nisan 2018
	↓
	“Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı”nın uygulanması 9 Nisan-28 Mayıs 2018
	“Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı”nın teorik bölümünün uygulaması 9-10-11 Nisan 2018 Teorik eğitime katılmayan SSH'lerin eğitimlerinin tamamlanması 16-17 Nisan 2018

Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması.

ARAŞTIRMANIN 2. AŞAMASI (Uygulama)	SSH'ler ile bireysel çalışma sonuçlarının ele alındığı toplantı 03 Mayıs 2018 grup çalışmalarında ele alınacak problem örneklerinin SSH'lerden yazılı olarak toplanması 04 Mayıs 2018 Benzer problemlerin gruplandırılarak SSH'lere whatshap iletişim ağından bildirilmesi 06 Mayıs 2018 Güçlendirme programının grup çalışmaları bölümünün uygulanması 24-25 Mayıs 2018 Grup çalışmalarına katılmayan SSH'lerin grup çalışmalarının yapılması 27-28 Mayıs 2018
	↓
	Veri Toplama Araçlarının İkinci Uygulaması SSH'lere; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçekleri, Servis hemşirelerine; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi uygulanmıştır. 01-10 Haziran 2018
	↓
	Kararın uygulanması ve uygulama sonucunun birinci değerlendirilmesi 11 Haziran 2018
	↓
	Kararın uygulanması ve uygulama sonucunun ikinci değerlendirilmesi 02 Ekim 2018
	↓
	Veri Toplama Araçlarının Üçüncü Uygulaması SSH'lere; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçekleri, Servis hemşirelerine; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi uygulanmıştır. 02-09 Ekim 2018
	↓
Araştırmanın raporlanması 15 Ekim 2018-11 Mart 2019	

Şekil 3.1. (Devamı) Araştırmanın Uygulama Akış Şeması.

Araştırmanın 1. Aşaması (Hazırlıkların Yapılması)

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının Hazırlanması

Bu çalışmada, servis sorumlu hemşirelerine uygulanan “*Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*”nın, servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirme, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algısı ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Programın Hedefleri:

- SSH'ler kendilerinin ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin güçlü yönlerini belirleyebilecek
- SSH'ler kendilerinin ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin güçsüz yönlerini belirleyebilecek
- SSH'ler birlikte çalıştığı hemşireleri güçlendirmek için her birine özel en az bir güçlendirme stratejisini uygulayabilecek,
- SSH'ler daha güvenli sağlık hizmeti sunabilmeleri için uygun çalışma ortamı oluşturabilecek,
- SSH'ler kendi servislerini HGK'nın alt bileşenleri açısından değerlendirebilecek
- SSH'ler kendi servislerinde belirlemiş oldukları hasta güvenliğine ilişkin problemlerin çözümüne yönelik girişimlerde bulunabilecek
- SSH'ler kendi servislerinde olumlu bir hasta güvenliği kültürü geliştirebilmek için uygulamalarda bulunabilecek.

Bu doğrultuda “*Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*”nın, Teorik Eğitim Bölümünde; *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi (30 dk)*, *Hemşirelikte Güç ve Güçlendirme (Psikolojik Güçlendirme) (1 saat 20 dk)*, *Hemşirelikte Güç ve Güçlendirme (Yapısal Güçlendirme, Güç Kaynakları) (1 saat 50 dk)*, *Kritik Düşünme - Problem Çözme - Karar Verme (1 saat 45 dk)*, *Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol (2 saat)* , *Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü (3 saat 30 dk)* konuları yer almıştır.

Programın içerik başlıklarının belirlenmesini takiben; her bir konunun eğitim amacı, öğrenim hedefleri, içeriği oluşturulmuştur. Aynı zamanda her bir konu için süre, kullanılacak eğitim yöntemleri, öğretim materyalleri ve değerlendirme yöntemleri belirlenmiştir. Programda yer alan tüm konulara ilişkin yatay ve dikey eğitim planı geliştirilmiş (Bkz EK-7) ve SSH'lere eğitim programı esnasında dağıtılmak üzere *Servis Sorumlu Hemşireleri Güçlendirme Eğitim Programı Çalışma*

Kitabı oluşturulmuştur (Bkz EK-8). *Servis Sorumlu Hemşireleri Güçlendirme Eğitim Programı Çalışma Kitabı* teorik eğitim konuları ile paralel olacak şekilde konular ile ilgili literatür bilgisini, vakaları, aktiviteleri ve soruları içermektedir. Konular ile ilgili vakalar ve bu vakalar ile ilgili sorular, konuların sonundaki sorular SSH'lere 8 saatlik bireysel çalışma kapsamında ödev olarak verilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı İçin Uzman Görüşlerinin Alınması.

Hazırlanan programın kapsam geçerliliği için, Şubat 2018-Mart 2018 tarihleri arasında konu ile ilgili 5 uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Bu uzmanların dördünü çeşitli üniversitelerin hemşirelik fakültesi/bölümünde çalışan hemşirelikte yönetim alanında uzmanlıkları olan akademisyenler oluşturmuştur. Ayrıca Konya'da bulunan özel bir hastanede çalışan ve yönetim alanında yüksek lisans derecesine sahip Hemşirelik Hizmetleri Müdüründen de uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda programa son hali verilmiştir.

Çalışmanın Yapılacağı Kurumda Bilgilendirme Toplantısının Yapılması

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 02.04.2018 tarihinde, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcıları, Eğitim Hemşireleri ve SSH'ler ile araştırmanın uygulanması ve yürütülmesi ile ilgili olarak bir toplantı gerçekleştirilmiştir. Toplantıda araştırmanın amacı, "*Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*"nın içerik ve uygulaması, araştırmada kullanılacak veri toplama araçları hakkında SSH'ler bilgilendirilmiştir. Toplantıya katılan toplam 40 SSH araştırmaya katılmayı kabul etmişler ve toplantıya katılmayan 1 SSH hastane hemşirelik yönetiminin bilgilendirmesiyle araştırmaya katılmayı kabul ederek toplamda 41 SSH araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde SSH'ler ile birlikte eğitimin verileceği gün ve saatleri belirlenmiştir. SSH'ler ve hasta bakım hizmetleri müdür yardımcıları ile birlikte Teorik Eğitimin 09-10-11 Nisan 2018 tarihlerinde yapılması kararlaştırılmıştır. Grup çalışmalarında ele alınan problemlerin çözümüne yönelik alınan kararların uygulanması ile ilgili değerlendirme toplantılarının grup çalışmalarının bitiminden 15 gün ve 4 ay sonra yapılması kararlaştırılmıştır. SSH'lerin telefon ve mail adresleri alınmış aynı zamanda

whatshap iletişim hattından haberleşme için whatshap grubu oluşturulmuştur. Yapılması planlanan toplantı tarihlerinin belirlenmesi ve duyurulması için, grup çalışmalarında ele alınacak problem ve grupların araştırmacı tarafından oluşturulup duyurulması için whatshap iletişim hattı kullanılmıştır.

Ön Uygulama

Tanıtıcı Bilgiler Formunun anlaşılabilirliğini test etmek için Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 10 SSH ve 10 servis hemşiresine tanıtıcı bilgiler formu uygulanmıştır. Uygulama sonucunda veri toplama formlarının anlaşılır olduğu belirlenmiştir. Veri toplama formları değiştirilmeden aynı şekilde uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçlarının Birinci Uygulaması

Teorik bölüm başlamadan önce 03-06 Nisan 2018 tarihleri arasında SSH'lere; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeklerinin *birinci uygulaması* yapılmıştır. Aynı zamanda programa katılan her bir SSH ile birlikte çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden en az 3 servis hemşiresine; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin *birinci uygulaması* yapılmıştır. Anketler ve yazılı onam formları her bir hemşireye ayrı ayrı kapalı zarf usulü SSH'ler aracılığıyla ulaştırılmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından SSH'lere bırakılmış ve formları dolduran SSH'ler ve servis hemşireleri kapalı zarf usulü ile formları eğitim birimine teslim etmiştir. Servis hemşirelerinin doldurdukları formları SSH'ler görmemiştir. Doldurulan bütün formları araştırmacı eğitim biriminden geri almıştır. Veri toplama formlarının doldurulması, SSH'lerin yaklaşık 15-20 dakikasını, servis hemşirelerin ise 8-10 dakikasını almıştır.

Araştırmanın 2. Aşaması (Uygulama)

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı Teorik Eğitim Bölümünün Uygulanması

“Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı”nın Teorik Bölüm Eğitimleri, SSH'lerin eğitimlere katılımının kolaylaştırması açısından Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi eğitim salonunda yapılmıştır. Teorik

eğitim b6l6m6nde ele alınan konular alanlarında uzman akademisyen ve araştırmacı tarafından interaktif bir şekilde y6r6t6lm6řt6r.

Programda; *Hemşirelik Hizmetleri Y6netimi (30 dk)*, *Hemşirelikte G6ç ve G6çlendirme (Psikolojik G6çlendirme) (1 saat 20 dk)*, *Hemşirelikte G6ç ve G6çlendirme (Yapısal G6çlendirme, G6ç Kaynakları) (1 saat 50 dk)*, *Kritik D6ř6nme - Problem Ç6zme - Karar Verme (1 saat 45 dk)*, *Hemşirelik Uygulamaları 6zerinde Kontrol (2 saat)* , *Hasta G6venliği ve Hasta G6venliği K6lt6r6 (3 saat 30 dk)* konuları yer almıştır (Bkz EK-9).

Teorik b6l6mdeki eğitim saatlerinin SSH'lerin yoğun olmadığı ve istedikleri saat ve tarihlerde oluşturulmasına 6zen g6sterilmiştir. Toplamda 14 saat olarak uygulanan eğitimler, 09-10 Nisan 2018 tarihlerinde 12:30-16:30 saatleri arasında 11 Nisan 2018 tarihinde ise 10:00-16:00 saatleri arasında yapılmıştır (Bkz EK-9). Ayrıca teorik eğitimde her bir konunun sonunda programa katılan SSH'lere, verilen bilgi, kullanılan eğitim y6ntemleri ve konu sonunda yeni bilgi edinme durumları açısından değerlendirebilmeleri amacıyla eğitim s6recini değerlendirme formu uygulanmıştır (Bkz EK-10). Teorik eğitim sonunda SSH'lerden birlikte çalıştıkları hemşireler ile birlikte 12 Nisan 2018-03 Mayıs 2018 tarihleri arasında servislerinde yaşadıkları hasta g6venliği ile ilgili en az 3 problemi belirlemeleri istenmiştir.

Teorik Eğitime Katılamayan SSH'lerin Eğitimlerinin Tamamlanması

Teorik eğitimin 1.g6n6 4 kişi, 2. g6n6 1 kişi, 3. g6n6 1 kişi çeşitli nedenlerle eğitime katılamamıştır. Eğitime katılamayan SSH'lerin eksik eğitimleri 16-17 Nisan 2018 tarihlerinde tamamlanmıştır.

Bireysel alışma Sonuçlarının Ele Alındığı Toplantı

Çalışma kitabındaki bireysel çalışma aktivitelerinin g6zden geçirilmesi için 03 Mayıs 2018 tarihinde SSH'ler ile bir toplantı yapılmıştır. G6çlendirme programı esnasında SSH'ler ile g6çlendirme, HGK ve uygulamalar 6zerinde kontrol algularını geliştirme amaçlı vaka 6rnekleri, 6đrenme aktiviteleri yapılmış ve kendilerine belirli zamanlar dahilinde tamamlamaları için bireysel çalışma aktiviteleri verilmiştir Verilen her bir bireysel çalışma kendi servislerinde var olan sorunların 6z6m6

ve/veya uygulamaların iyileştirilmesine yönelik aktiviteleri kapsamaktadır. Bu öğrenme aktivitelerine SSH'ler birlikte çalıştıkları hemşireleri de dahil etmiştir.

Grup Çalışmalarında Ele Alınacak Problem Örneklerinin SSH'lerden Yazılı Olarak Toplanması

SSH'lerden servislerinde hasta güvenliği ile ilgili yaşanan problem(ler) örnekleri 04 Mayıs 2018 tarihinde araştırmacı tarafından yazılı olarak toplanmıştır. Aynı toplantıda araştırmacı tarafından oluşturulan problem çözme formu (Bkz. EK-11) açıklanarak SSH'lere dağıtılmıştır. Araştırmacı tarafından daha sonra kendilerine bildirilecek olan problemler problem çözme formu kullanılarak ele alınmıştır. Örneklenen problemler araştırmacı ve danışman tarafından gruplandırılmıştır. Yaşanılan benzer problemler 9 başlıkta toplanmış ve benzer problemi yaşayan SSH'ler 4'er ve 5'erli gruplar oluşturulmuştur. Problemler SSH'lere whatshap iletişim ağı üzerinden 6 Mayıs 2018 tarihinde tek tek bildirilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının Grup Çalışmaları Bölümünün Uygulanması

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı Grup Çalışmaları Bölümü; hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili yaşanan problem(ler) çözüm getirilmesi bu esnada problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ile SSH'lerin güçlendirilmesi, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrollerinin arttırılması ve dolayısıyla SSH'lerin hasta güvenliği ile ilgili kültür algılarında ve yönetim becerilerinde gelişme olması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Yine bu programın uygulanmasından sonra güçlenmiş SSH'ler ile birlikte çalışan servis hemşirelerinin de HGK algılarının da artması beklenmiştir.

Her bir SSH kendisine whatshap iletişim ağından bildirilen problemi çalıştıkları servis hemşiresi ile birlikte incelemişlerdir. SSH'ler grup çalışmalarında, önceden kendilerine bildirilen problemin çözümü için problem çözme formunu kullanmışlardır (Bkz. EK-11). "*Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı*"nın Grup Çalışmaları Bölümü, 24-25 Mayıs 2018 tarihlerinde 2 gün boyunca toplam 12 saatte gerçekleştirilmiştir. Grup çalışmalarında; 9 oturumda 9 tane hasta güvenliği ile ilgili gerçekte yaşanan

problem ele alınmış ve her bir oturum 1-1.5 saat sürmüştür (Bkz EK-12). Grup çalışmalarında problem irdeleme, çözümde beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanmışlardır. Araştırmacı tarafından yürütülen akran destekli grup çalışmaları problem çözüme basamakları doğrultusunda ele alınmış, çözümler geliştirilmiş ve çözümler SSH'ler tarafından uygulanmaya konulmaya başlanmıştır.

Grup Çalışmalarına Katılmayan SSH'lerin Grup Çalışmalarının Yapılması

Grup çalışmalarına çeşitli nedenlerden dolayı katılmayan 5 SSH'nin grup çalışmaları 27-28 Mayıs 2018 tarihlerinde yapılmıştır. Grup çalışmalarına katılmayan SSH'lerin grup çalışmaları aynı yöntem ve süreçte uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçlarının İkinci Uygulaması

01-10 Haziran 2018 tarihleri arasında SSH'lere; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeklerinin *ikinci uygulaması* yapılmıştır. Aynı zamanda programa katılan her bir SSH ile birlikte çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden en az 3 servis hemşiresine; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin *ikinci uygulaması* yapılmıştır. Anketler ve yazılı onam formları her bir hemşireye ayrı ayrı kapalı zarf usulü SSH aracılığıyla ulaştırılmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından SSH'lere bırakılmış ve formları dolduran SSH'ler ve servis hemşireleri kapalı zarf usulü ile formları eğitim birimine teslim etmiştir. Servis hemşirelerinin doldurdukları formları SSH'ler görmemiştir. Doldurulan bütün formları araştırmacı eğitim biriminden geri almıştır. Veri toplama formlarının doldurulması, SSH'lerin yaklaşık 15-20 dakikasını, servis hemşirelerin ise 8-10 dakikasını almıştır.

Kararın Uygulanması ve Uygulama Sonucunun Birinci Değerlendirilmesi

Problem çözüme sürecinin son basamağı olan *kararın uygulanması ve uygulama sonucunun birinci değerlendirilmesi* grup çalışmalarını takiben 11 Haziran 2018 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Birinci değerlendirme toplantı tutanağı ekte gösterilmiştir (Bkz EK-13). Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini

uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşımları istenmiştir.

Kararın Uygulanması ve Uygulama Sonucunun İkinci Değerlendirilmesi

Problem çözme sürecinin son basamağı olan *kararın uygulanması ve uygulama sonucunun ikinci değerlendirilmesi* 02 Ekim 2018 tarihinde yapılmıştır. İkinci değerlendirme toplantı tutanağı ekte gösterilmiştir (Bkz EK-14). Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşımları istenmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Üçüncü Uygulaması

02-09 Ekim 2018 tarihleri arasında SSH'lere; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeklerinin *üçüncü uygulaması* yapılmıştır. Aynı zamanda programa katılan her bir SSH ile birlikte çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden en az 3 servis hemşiresine; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin *üçüncü uygulaması* yapılmıştır. Anketler ve yazılı onam formları her bir hemşireye ayrı ayrı kapalı zarf usulü SSH aracılığıyla ulaştırılmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından SSH'lere bırakılmış ve formları dolduran SSH'ler ve servis hemşireleri kapalı zarf usulü ile formları eğitim birimine teslim etmiştir. Servis hemşirelerinin doldurdukları formları SSH'ler görmemiştir. Doldurulan bütün formları araştırmacı eğitim biriminden geri almıştır. Veri toplama formlarının doldurulması, SSH'lerin yaklaşık 15-20 dakikasını, servis hemşirelerin ise 8-10 dakikasını almıştır.

3.4.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'nun 04.07.2017 tarih ve GO 17/573 numaralı kararı ile izin alınmıştır (Bkz EK-15). Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'nun 17.04.2018 Tarih ve GO 17/573 numaralı çalışmanın uygulanması için kurum değişikliği onayı ektedir (Bkz EK-16). Çalışmanın Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma

Hastanesi'nde uygulanabilmesi için Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu'ndan 16.03.2018 tarih ve 65355327-604.01.02-E.46 sayılı izin alınmıştır (Bkz EK-17).

Ayrıca araştırmada kullanılacak olan Yapısal güçlendirme ölçeğini geliştiren Heather K. Spence Laschinger adına Daryl Stephenson'dan 29.05.2017 tarihinde elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz EK-18). Ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Ömür N. Özmen'den de izin alınmıştır (Bkz EK-19).

Psikolojik Güçlendirme ölçeğini geliştiren Gretchen M. Spreitzer'dan 11.04.2017 tarihinde elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz EK-20). Ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Sarp Uner'den de izin alınmıştır (Bkz EK-21).

Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol adlı ölçeğini geliştiren Gerber ve arkadaşları adına Joyce Verran'dan 13.04.2017 tarihinde elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz EK-22). Ölçeği Türkçe'ye uyarlayan İspir ve Duygulu'dan da izin alınmıştır (Bkz EK-23).

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin kullanımı için Amerika'da bulunan (Agency for Healthcare Research and Quality) Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'ndan 15.04.2017 tarihinde elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz EK-24).Anketi Türkçeye uyarlayan Emel Filiz'den de izin alınmıştır (Bkz EK-25).

Çalışma için gerekli izinler alındıktan sonra, örneklem kapsamına alınan SSH'leri ve servis hemşirelerine araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra kendilerinden araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin yazılı onam alınmıştır (Bkz EK-26, EK-27). Programın başlangıcından sonuna kadar geçen süre boyunca hemşirelerin istedikleri takdirde araştırmacıya ulaşabilmeleri için mail adresi ve cep telefon numarası hemşirelere verilmiştir. Araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ile ilgi açıklama çalışmaya katılan bütün hemşirelere yapılmıştır. Çalışmadan elde edilecek bilgilerin araştırmacı tarafından saklanacağı ve gizli kalacağı ayrıca sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) bu bilgilerin kullanılacağı ile ilgili bilgi hemşirelere verilmiştir.

3.4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sonuçları, sadece Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan SSH'ler ve servis hemşireleri ile sınırlıdır. Veri toplama araçlarının ikinci uygulamasının yaz dönemi ve yıllık izinlere denk gelmesi nedeniyle çalışmaya katılan SSH'ler ve birlikte çalıştıkları servis hemşireleri yeteri kadar birlikte çalışmamıştır. Yaz dönemi ve yıllık izinler nedeniyle hemşirelerin çalışma süresi ve iş yüklerinin fazla olması, çalışmanın dış değişkenlerinin kontrol altına alınmasını güçleştirmiştir. Çalışma sonuçları Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan SSH'lerin ve servis hemşirelerinin beyanına dayanmaktadır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı istatistiklerde katogorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için Skewness ve Kurtosis değerleri incelenmiş, +2 ile -2 arasındaki değerler normal dağılıma uygun kabul edilmiştir. Üç tekrarlı ölçümden elde edilen ölçek (Psikolojik Güçlendirme Ölçeği, Yapısal Güçlendirme Ölçeği, HGK Hastane Anketi ve Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği) puan ortalaması arasındaki farkın karşılaştırılmasında normal dağılıma sahip verilerde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (post hoc analizi Bonferroni testi), normal dağılıma sahip olmayan verilerde Friedman analizi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon signed rank testi) kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenlere göre son ölçümdeki HGK hastane anketi pozitif cevap yüzde ortalamalarının karşılaştırılmasında örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi, kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Intention to Treat (ITT) analizinde eksik verilerin tamamlanmasında katılımcının son aldığı puanlar eksik olan puanlar yerine konularak kullanılmıştır. ITT analizi sonuçları ile PP (per protokol) analizi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişiklik gösteren sonuç bulunmadığı, sonuçların benzer olduğu saptanmıştır. HGK Hastane Anketinin güvenlik derecesi ve olay bildirme sıklığına ilişkin maddelerine verilen yanıtların üç değerlendirme arasındaki farkın

incelenmesinde Cochran Q Testi (CQ) testi kullanılmıştır. (Related-Samples Cochran's Q Test, ileri analizi mcnemar analizi gibi programda hesaplanmaktadır, özgün adı yoktur/yazmamaktadır.)

Güç düzeyinin ,80 (%80) ve üzerinde olması istenir, $\geq ,80$ olması örneklem sayısının yeterli olduğunu, beta hatasının düşük olduğunu gösterir. Güç düzeyinin $< .80$ olması örneklem sayısının yetersiz kaldığını göstermektedir. Etki büyüklüğü (effect size) olarak da isimlendirilen eta kare (η^2), bağımsız değişkenin ya da faktörün bağımlı değişkendeki toplam varyansın ne kadarını açıkladığını göstermektedir. Büyüköztürk (163) eta-karenin 0,00 ile 1,00 arasında değiştiğini ve ,01, ,06 ve ,14 düzeyindeki η^2 değerleri, aynı sırayla “küçük”, “orta” ve “geniş” etki büyüklüğü olarak yorumlandığını ifade etmiştir. Çalışma bulgularının eta kare ilgili yorumlamalarda Büyüköztürk (163) referans alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, “Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Güçlendirme, Uygulamalar Üzerinde Kontrol ve Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi” başlıklı çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında verilmiştir.

- 4.1. SSH’lerin ve Servis Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı, Mesleki Özellikleri ve Kurumdaki Hasta Güvenliği ile İlgili Görüşlerini Ortaya Koyan Bulgular
- 4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının SSH’lerin Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular
- 4.3. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının Servis Hemşirelerin HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular

4.1. SSH'lerin ve Servis Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı, Mesleki Özellikleri ve Kurumdaki Hasta Güvenliği ile İlgili Görüşlerini Ortaya Koyan Bulgular

Tablo 4.1.1. SSH'lerinin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri (n:38).

Özellikler	N	%	En Az En Çok	$\bar{x} \pm SS$ (Ortanca)
Yaş grubu				
<35 yaş	7	18,4	28-58	40,34±6,05 (40)
≥35 yaş	31	81,6		
Öğrenim durumu				
SML/Hemşirelikte önlisans	3	7,9		
Hemşirelikte lisans*	31	81,6		
Hemşirelikte lisans üstü**	4	10,5		
Meslekte deneyim süresi				
≤ 14 yıl	14	36,8	6-35	19,18±7,44(19)
≥ 15 yıl	24	63,2		
Servis sorumlu hemşiresi olarak çalışma süresi				
≤ 2 yıl	26	68,4	,50-16	3,91±4,75 (1)
≥ 5 yıl	12	31,6		
Daha önce başka hastanede çalışma				
Evet	31	81,6		
Hayır	7	18,4		
Haftalık çalışma saati				
40 saat	17	44,7		
≥ 41 saat	21	55,3		
Mesleki uzmanlık/egitim belgesi				
Var	18	47,4		
Yok	20	52,6		
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma				
Evet	19	50,0		
Hayır	19	50,0		
Liderlik/yöneticilikle ilgili kurs/seminere katılma				
Evet	13	34,2		
Hayır	25	65,8		

* 1 ebe bu gruba dahil edilmiştir. ** 1 ebe bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.1.1'de SSH'lerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri verilmiştir. SSH'lerin büyük bir çoğunluğu (%81,6) 35 ve üzeri yaş grubunda, %81,6'sı lisans mezunudur. %63,2'si 15 yıl ve daha fazla deneyime sahiptir. SSH'lerin tamamı 12-20 ay (ilk veriler toplandığında hastane kurulalı 14 ay olmuştur) arasında bu hastanede çalışmakta iken, %81,6'sı daha önce başka bir kurumda çalışmıştır. SSH'lerin çoğunluğu (%68,4) 2 yıl ve 2 yıldan daha az zamandır SSH olarak çalışmaktadır.

SSH'lerin yarısından fazlası (%55,3) haftalık 40 saatten fazla çalışırken, tamamı gündüz ve gece nöbeti (süpervizör nöbeti) şeklinde karışık çalışmaktadır. SSH'lerin %52,6'sının mesleki uzmanlık ya da eğitim belgesi sahibi olmadığı, büyük bir çoğunluğunun (%65,8), liderlik ya da yöneticilikle ilgili herhangi bir kursa katılmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan SSH'lerin yaş ortalamaları $40,34 \pm 6,05$ yaş, meslekte geçen süre ortalamaları $19,18 \pm 7,44$ yıl ve SSH olarak çalıştıkları süre ortalamaları $3,91 \pm 4,75$ yıldır.

Tablo 4.1.2. Servis Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri (n:174).

Özellikler	N	%	En Az En Çok	$\bar{x} \pm SS$ (Ortanca)
Yaş grubu				
<35 yaş	84	48,3	20-50	35,18 \pm 6,77(35)
\geq 35 yaş	90	51,7		
Cinsiyet				
Erkek	14	8,0		
Kadın	160	9,0		
Öğrenim durumu				
Sağlık meslek lisesi	23	13,2		
Hemşirelikte önlisans	25	14,4		
Hemşirelikte lisans*	109	62,6		
Hemşirelikte lisansüstü**	17	9,8		
Meslekte deneyim süresi				
1-5 yıl	25	14,4	1,92-33,08	13,67 \pm 7,74(11,5)
6-10 yıl	52	29,9		
\geq 11 yıl	97	55,7		
Bu hastanede deneyim süresi (ay)				
6-11 ay (< 1 yıl)	18	10,3		
12-20 ay (\geq 1 yıl)	156	89,7		
Daha önce başka hastanede çalışma				
Evet	147	84,5		
Hayır	27	15,5		
Servis sorumlu hemşiresi ile çalışma süresi				
\leq 1 yıl (6-12 ay)	116	66,7	,05-12	1,31-1,51(1)
> 1 yıl (13-144 ay)	58	33,3		
Haftalık çalışma saati				
40 saat	53	30,5		
\geq 41 saat	121	69,5		

Tablo 4.1.2. (Devamı) Servis Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri (n:174).

Çalışma şekli				
Gündüz ve gece (vardiya)	1112	64,4		
Sürekli gündüz	62	35,6		
Mesleki uzmanlık/eğitim belgesi				
Var	63	36,2		
Yok	111	63,8		
Hasta güvenliği kursu/ bilimsel faaliyetlere katılma				
Evet	133	76,4		
Hayır	41	23,6		

* 2 ebe bu gruba dahil edilmiştir. ** 1 ebe bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.1.2’de servis hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri verilmiştir. Servis hemşirelerin yarısı (%51,7) 35 ve üzeri yaş grubunda, %92,0’ı kadın, %62,6’sı lisans mezunudur. %55,7’si 11 yıl ve daha fazla deneyime sahiptir. Servis hemşirelerin %89,7’si 12-20 ay (ilk veriler toplandığında hastane kurulalı 14 ay olmuştur) arasında bu hastanede çalışmakta iken, %84,5’i daha önce başka bir kurumda çalışmıştır. Servis hemşirelerin çoğunluğu (%66,7) 1 yıldan daha az zamandır SSH ile birlikte çalışmaktadır. Servis hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%69,5) haftalık 40 saatten fazla ve %64,4’ü vardiya usulü ile çalışmaktadır. Servis hemşirelerin %63,8’inin mesleki uzmanlık ya da eğitim belgesi sahibi olmadığı ve büyük bir çoğunluğunun (%76,4), hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığı ayrıca, %69,5’inin mesleki bir hedefi olmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan servis hemşirelerin yaş ortalamaları $35,18 \pm 6,77$ yaş, meslekte geçen süre ortalamaları $13,67 \pm 7,74$ yıl ve SSH ile birlikte çalıştıkları süre ortalamaları $1,31 \pm 1,51$ yıldır.

Tablo 4.1.3. SSH'lerin ve Servis Hemşirelerin Kurumdaki Hasta Güvenliği ile İlgili Görüşleri.

Güvenlikle ilgili görüşler	Çalışma Pozisyonu				x ²	p
	SSH		SH			
	n	%	n	%		
Hastaneniz hasta/ çalışanlar için güvenli bir ortam mı?						
Kısmen güvenli	18	47,4	114	65,5	4,372	,037
Güvenli	20	52,6	60	34,5		
Hastanenin hasta güvenliği uygulaması var mı?						
Yok/yeterli değil	-	-	60	34,5	18,276	,000
Var	38	100,0	114	65,5		

x²: Pearson ki-kare testi, sd: 1

SSH'lerin ve servis hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili görüşlerinin dağılımı arasındaki fark Pearson ki-kare testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.1.3).

Hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre hastanenin hasta/çalışanlar için güvenli ortam olup olmadığı konusundaki görüşleri incelendiğinde, SSH'lerde hastaneyi güvenli bir ortam olarak ifade edenlerin (%52,6) oranı servis hemşirelerine (%34,5) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre çalıştıkları hastanenin hasta güvenliği uygulaması varlığı konusundaki görüşleri incelendiğinde, SSH'lerin hastanede hasta güvenliği uygulaması olduğunu ifade edenlerin (%100) oranı servis hemşirelerine (%65,5) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,001).

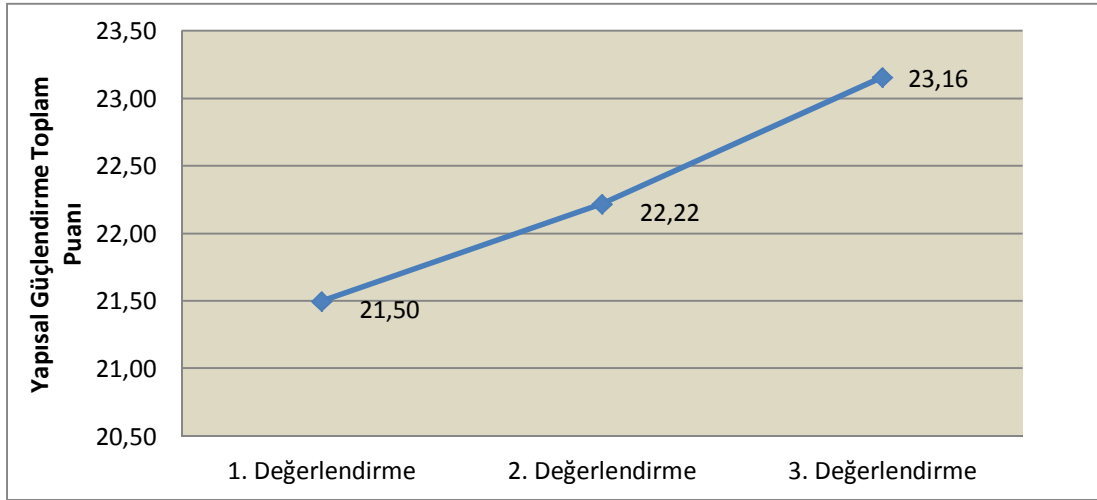
4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının SSH'lerin Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol, HGK, Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular

Tablo 4.2.1. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre Yapısal Güçlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:38)

Ölçek ve Alt Boyutları	1.Değerlendirme	2.Değerlendirme	3.Değerlendirme	İstatistiksel Değerlendirme				
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p (fark)	Eta Kare	Güç	
Yapısal Güçlendirme Ölçeği Toplam Puan (19 madde, 6 boyutun toplamı)	21,50±3,48	22,22±3,88	23,16±3,31	3,306	,048 (1<3)	,16	,59	
Alt Boyutlar	1. Fırsat	3,90±,65	3,98±,71	4,11±,72	,929	,404	,05	,20
	2. Bilgiye erişim	4,05±,77	3,97±,74	4,00±,81	,621	,543	,03	,15
	3. Destek	3,88±,80	3,70±,99	3,87±,77	1,145	,330	,06	,24
	4.Kaynaklara ulaşma	3,18±,90	3,30±,91	3,46±,84	1,500	,237	,08	,30
	5. Formal güç	3,30±,81	3,20±,86	3,54±,71	4,421	,019 (2<3)	,20	,73
	6. İnfomal güç	3,18±,96	4,06±,73	4,18±,56	15,887	,000 (1<2,3)	,47	1,00
Genel güçlendirme	3,86±,69	3,84±,80	3,95±,71	,515	,602	,03	,13	

F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sd: 2 (ileri analizi Bonferroni testi)

Grafik 4.2.1. SSH'lerin Yapısal Güçlendirme Puan Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi (n:38).



SSH'lerin değerlendirme sırasına göre 1., 2. ve 3. değerlendirmeden elde edilen Yapısal Güçlendirme Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Bonferroni testi) ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.2.1).

Üç değerlendirmeden elde edilen yapısal güçlendirme **toplam puan** ($F=3,306$, $p=0,048$) ve alt boyutlardan **formal güç** puan ortalaması ($F=4,421$, $p=0,019$) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,05$), **informal güç** puan ortalaması ($F=15,887$, $p=0,000$) arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Farkın hangi değerlendirmeler arasında olduğunu belirlemek üzere yapılan ileri analizde; Yapısal Güçlendirme Ölçeği **toplam puan** ortalaması 3. değerlendirmesinin ($23,16\pm 3,31$) 1. değerlendirmeye ($21,50\pm 3,48$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), 3. değerlendirme **formal güç** alt boyut puan ortalamasının ($3,54\pm 0,71$) 2. değerlendirmeye ($3,20\pm 0,86$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), 2. ve 3. değerlendirmedeki **informal güç** alt boyut puan ortalamasının 1.değerlendirmeye göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Güçlendirme programının Yapısal Güçlendirme Ölçeği toplam puanı üzerindeki değişikliğin etki büyüklüğü ,16, formal güç düzeyindeki değişikliğin etki büyüklüğü ,20, informal güç düzeyindeki değişikliğin etki büyüklüğü ,47 olarak bulunmuş, her üç puanı yüksek düzeyde etkilediği görülmüştür.

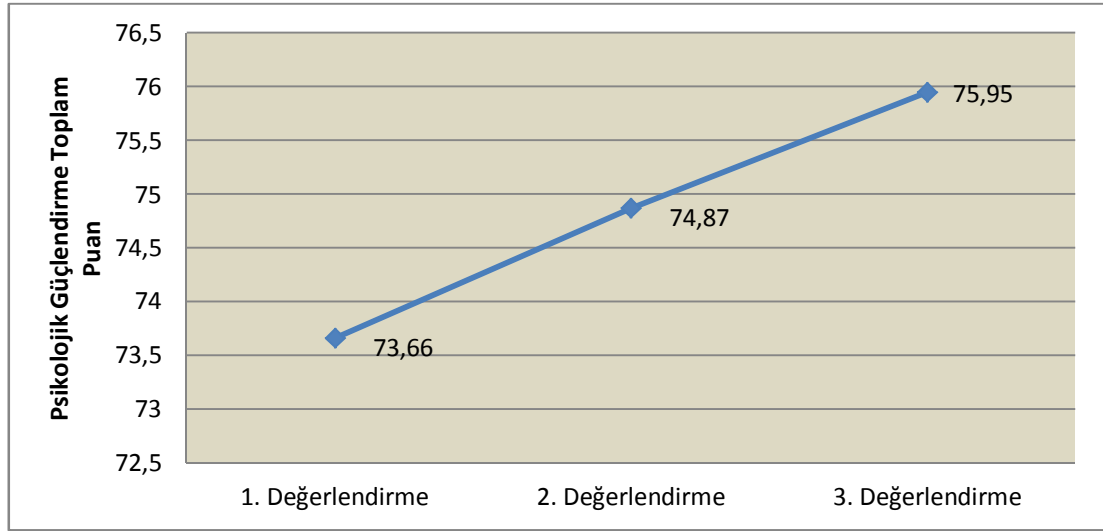
SSH'lerin üç değerlendirmeden elde edilen Yapısal Güçlendirme Ölçeğinin fırsat, bilgiye erişim, destek, kaynaklara ulaşma alt boyut puan ortalamaları ve genel güçlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Güçlendirme programının Yapısal Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarından destek ve kaynaklara ulaşma puanlarındaki değişime etkisi orta düzeyde (etki büyüklüğü için eta kare ,06 ile,08 arası), fırsat ve bilgiye erişim boyutları ile genel güçlendirme puanına etkisi ise düşük düzeyde (eta kare ,03 ile ,05 arası) bulunmuştur. H0-1 hipotezi, toplam puan, formal güç ve informal güç alt boyutu için red edilmiş, diğer boyutlar için kabul edilmiştir.

Tablo 4.2.2. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre Psikolojik Güçlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:38).

Ölçek ve Alt Boyutları	1.Değerlendirme	2.Değerlendirme	3.Değerlendirme	İstatistiksel Değerlendirme				
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	P (fark)	Eta Kare	Güç	
Psikolojik Güçlendirme Ölçeği (PGÖ)	73,66±7,24	74,87±7,20	75,95±6,35	1,480	,241	,08	,30	
Alt Boyutlar	Anlamlılık	19,61±1,39	19,66±1,76	20,24±1,26	4,172	,023 (1 < 3)	,19	,70
	Yetkinlik	19,71±1,75	19,92±1,55	20,32±,96	3,563	,039 (1 < 3)	,17	,63
	Özerklik	17,29±3,20	17,92±2,60	17,58±3,26	,825	,446	,04	,18
	Etki	17,05±2,77	17,37±3,03	17,82±2,74	,978	,386	,05	,21

F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sd: 2 (ileri analizi Bonferroni testi)

Grafik 4.2.2. SSH'lerin Psikolojik Güçlendirme Puan Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi (n:38).



SSH'lerin değerlendirme sırasına göre 1., 2. ve 3. değerlendirmeden elde edilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Bonferroni testi) ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.2.2).

SSH'lerin üç değerlendirmeden elde edilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeğinin **anlamlılık** ($F=4,172$, $p=0,023$) ve **yetkinlik** ($F=3,563$, $p=0,39$) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi değerlendirmeler arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde; 3.değerlendirme Psikolojik Güçlendirme Ölçeği **anlamlılık** alt boyut puan ortalamasının ($20,24\pm 1,26$) 1. değerlendirmeye ($19,61\pm 1,39$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, 3. değerlendirme Psikolojik Güçlendirme Ölçeği **yetkinlik** alt boyut puan ortalamasının ($20,32\pm 0,96$) 1. değerlendirmeye ($19,71\pm 1,75$) göre, anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Güçlendirme programının Psikolojik Güçlendirme Ölçeği, anlamlılık ve yetkinlik alt boyut puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde (eta kare ,19 ve ,17) olduğu görülmüştür.

SSH'lerin üç değerlendirmeden elde edilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeği toplam puan, özerklik ve etki alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Güçlendirme programının, Psikolojik Güçlendirme Ölçeği toplam puandaki değişim üzerine etkisi orta düzeyde (eta kare ,08), özerklik

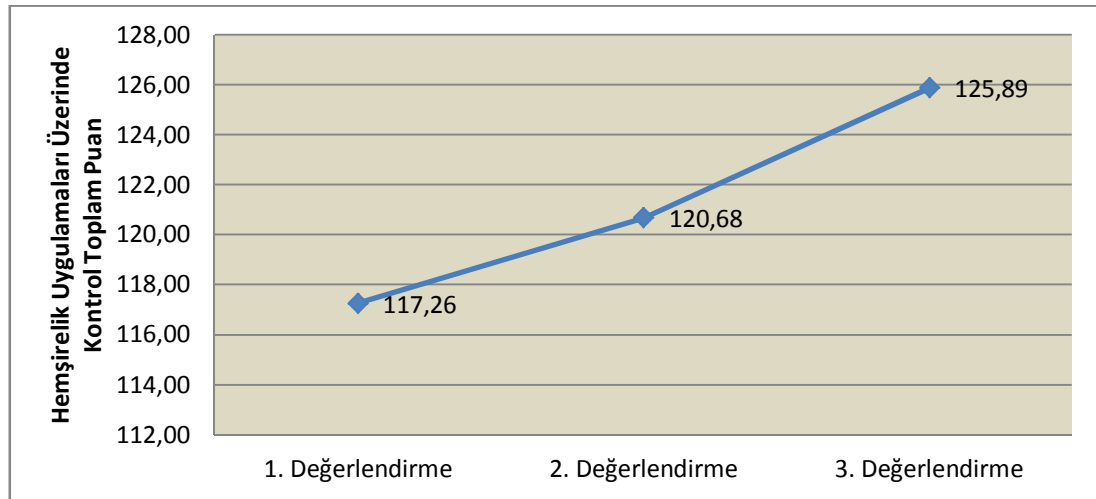
ve etki alt boyut puanına etkisi ise düşük düzeyde (eta kare ,04 ve ,05) olduğu görülmüştür. H0-2 hipotezi anlamlılık ve yetkinlik alt boyutları için reddedilmiş, psikolojik güçlendirme toplam puanı, özerklik ve etki alt boyutları için kabul edilmiştir.

Tablo 4.2.3. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:38).

	1.Değerlendirme	2.Değerlendirme	3.Değerlendirme	İstatistiksel Değerlendirme			
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	P (fark)	Eta Kare	Güç
Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği	117,26±24,07	120,68±23,49	125,89±19,45	3,466	,042 1<3	,16	,61

F: Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi, sd:2.

Grafik 4.2.3. SSH'lerin Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Puan Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi (n:38).



SSH'lerin 1., 2. ve 3. değerlendirmeden elde edilen Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Bonferroni testi) ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.2.3).

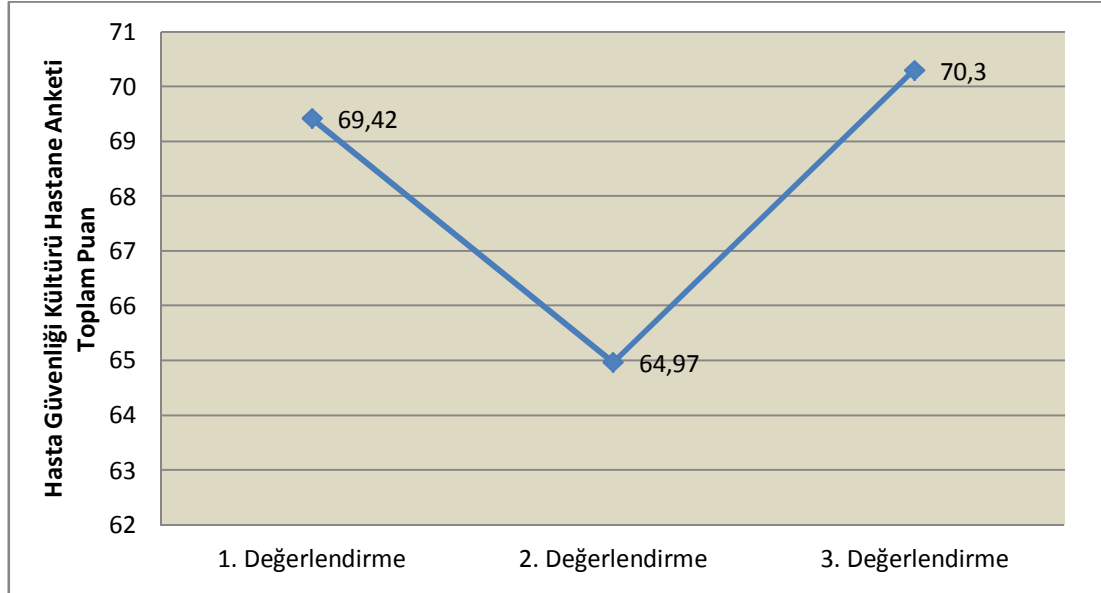
SSH'lerin üç değerlendirmeden elde edilen Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($F=3,466$, $p=0,042$). Farkın hangi değerlendirmeler arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, 3. değerlendirme ($125,89\pm 19,45$) hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol puan ortalamasının 1.değerlendirmeye ($117,26\pm 24,07$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Güçlendirme programının Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde (eta kare ,16) olduğu görülmüştür. H0-3 hipotezi güçlendirme programının servis sorumlu hemşirelerinin uygulamalar üzerinde kontrolüne etkisi yoktur hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.2.4. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:38).

Ölçek ve Alt Boyutları	1.Değerlendirme	2.Değerlendirme	3.Değerlendirme	İstatistiksel Değerlendirme			
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p (fark)	Eta Kare	Güç
Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Toplam)	69,42±14,67	64,97±18,28	70,30±15,57	1,978	,153	,10	,38
<i>HGKHA Alt Boyutları</i>							
Hastane birimleri içinde takım çalışması	76,97±32,04	82,89±26,70	89,47±21,46	3,320	,047 (1<3)	,16	,59
Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri	80,26±19,42	67,76±30,71	76,97±26,88	2,488	,097	,12	,47
Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği	83,77±20,32	75,88±25,61	77,63±24,59	2,172	,129	,11	,42
Örgütsel öğrenme	60,53±24,33	56,14±23,39	63,16±16,96	1,910	,163	,10	,37
Genel güvenlik algısı	75,66±26,94	73,03±28,70	75,66±26,94	,274	,762	,02	,09
Hatalar hakkında açık iletişim ve geri bildirim	85,96±16,22	77,63±29,83	84,21±20,85	1,413	,257	,07	,28
Raporlanan olayların sıklığı	58,77±44,81	43,86±46,57	56,14±47,84	2,096	,138	,10	,40
Personel sağlama	33,33±23,25	36,84±24,25	40,35±25,89	1,193	,315	,06	,24
Hasta teslimleri	75,26±26,07	66,84±29,87	74,74±30,38	2,066	,141	,10	,40
Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım	32,89±29,70	42,11±32,93	40,13±26,98	2,076	,140	,10	,40

F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sd: 2 (ileri analizi Bonferroni testi)

Grafik 4.2.4. SSH'lerin HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi (n:38).



SSH'lerin 1., 2. ve 3. değerlendirmeden elde edilen HGK Hastane Anketi ve alt boyutlarının pozitif cevap yüzde ortalamaları arasındaki farkın değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Bonferroni testi) kullanılmıştır (Tablo 4.2.4).

SSH'lerin üç değerlendirmeden elde edilen HGK pozitif cevap yüzde ortalamaları incelendiğinde, yalnız "*hastane birimleri içinde takım çalışması*" alt boyutu pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ($F=3,320$, $p=0,047$) ($p<0,05$) bulunmuştur. HGK anketinin hastane birimleri içinde takım çalışması alt boyutundaki farkın hangi değerlendirmeler arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, 3. değerlendirme ($89,47\pm 21,46$) "*hastane birimleri içinde takım çalışması*" pozitif cevap yüzde ortalamasının 1.değerlendirmeye ($76,97\pm 32,04$) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), bulunmuştur. Güçlendirme programının "*hastane birimleri içinde takım çalışması*"ndaki değişim üzerine etkisinin yüksek düzeyde (η^2 kare ,16) olduğu görülmüştür.

HGK toplam ve dokuz alt boyutunun pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p>,05$).

İlk ve son ölçümden elde edilen sonuçlara göre, HGK toplamı ile “*genel güvenlik algısı*”, “*hatalar hakkında açık iletişim-geri bildirim*” ve “*hasta teslimleri*” alt boyutlarının pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında önemli bir değişim görülmez iken, “*hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri*”, “*hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği*”, “*raporlanan olayların sıklığı*” alt boyutlarında pozitif cevap yüzde ortalamalarında azalma, “*hastane birimleri içinde takım çalışması*”, “*örgütsel öğrenme*”, “*personel sağlama*” ve “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” alt boyutlarında pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında ise artma görülmüş, ancak aradaki farklar anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>0,05$). Güçlendirme programının HGK “*genel güvenlik algısı*” boyutundaki değişikliğe etkisi düşük düzeyde (eta kare ,02), toplam puan ve diğer sekiz boyuttaki değişim üzerine etkisi ise orta düzeyde (eta kare ,06 ile ,12 arası) bulunmuştur. H0-4 hipotezi yalnız “*hastane birimleri içinde takım çalışması*” alt boyutu için red edilmiş, toplam ve diğer alt boyutlar için kabul edilmiştir.

Tablo 4.2.5. SSH’lerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Hasta Güvenliği Derecesi Dağılımı (n:38).

Hasta Güvenliği Derecesi (E1)	1. Değerlendirme		2.Değerlendirme		3.Değerlendirme	
	n	%	n	%	n	%
Mükemmel/ Çok iyi	24	63,2	20	52,6	23	60,5
Kabul edilebilir	13	34,2	18	47,4	13	34,2
Zayıf/ Başarısız	1	2,6	-	-	2	5,3
Hasta Güvenliği Derecesi (E1)	1. Değerlendirme		2.Değerlendirme		3.Değerlendirme	
	n	%	n	%	n	%
Olumlu cevap (mükemmel/çok iyi)	24	63,2	20	52,6	23	60,5
Olumsuz cevap (kabul edilebilir /zayıf/ başarısız)	14	36,8	18	47,4	15	39,5
<i>Cochran's Q testi (sd: 2)</i>	<i>1,857</i>					
<i>p</i>	<i>,395</i>					

SSH'lerin üç değerlendirmede hasta güvenliği derecesi dağılımı arasındaki farkın karşılaştırılmasında Cochran Q testi kullanılmıştır (Tablo 4.2.5).

Üç değerlendirmeden elde edilen “hasta güvenliği derecesi”ne olumlu cevap verenlerin oranı (sırasıyla %63,2, %52,6, %60,5) arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). H0-5 hipotezi güçlendirme programının SSH'lerin hasta güvenliği derecesine ilişkin değerlendirmeleri üzerinde etkisi yoktur hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.2.6. SSH'lerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Raporlanan Olay Sayısı Dağılımı (n:38).

Raporlanan Olay Sıklığı (G1)	1.Değerlendirme		2.Değerlendirme		3.Değerlendirme	
	n	%	n	%	n	%
Hiç	18	47,4	14	36,8	4	10,5
1-2 olay	13	34,2	10	26,3	17	44,7
3-5 olay	4	10,5	11	28,9	10	26,3
≥ 6 olay	3	7,9	3	7,9	7	18,4
Yok	18	47,4	14	36,8	4	10,5
Var (Pozitif)	20	52,6	24	63,2	34	89,5
<i>Cochran's Q (sd: 2)</i>	17,333					
<i>p (fark)</i>	,000 (1,2<3)*					

*pozitif cevaba göre değerlendirilmiştir.

SSH'lerin raporlanan olay sayısı dağılımı arasındaki farkın karşılaştırılmasında Cochran Q testi kullanılmıştır (Tablo 4.2.6).

SSH'lerin raporlanan olay sayısı ilk değerlendirmede (20) %52,6 iken, 2. değerlendirmede (24) %63,2 ve 3. değerlendirmede (34) %89,5 olarak bulunmuştur. 1., 2. ve 3. değerlendirmedeki “raporlanan olay sayısı” oranı arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İleri analizde, 3. değerlendirmedeki “raporlanan olay sayısı” oranının hem ilk hem de 2. değerlendirmeye göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), ilk ile 2. değerlendirme arasında ise anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

H0-6 hipotezi güçlendirme programının SSH'lerin raporlanan olay sayısı üzerinde etkisi yoktur hipotezi red edilmiştir

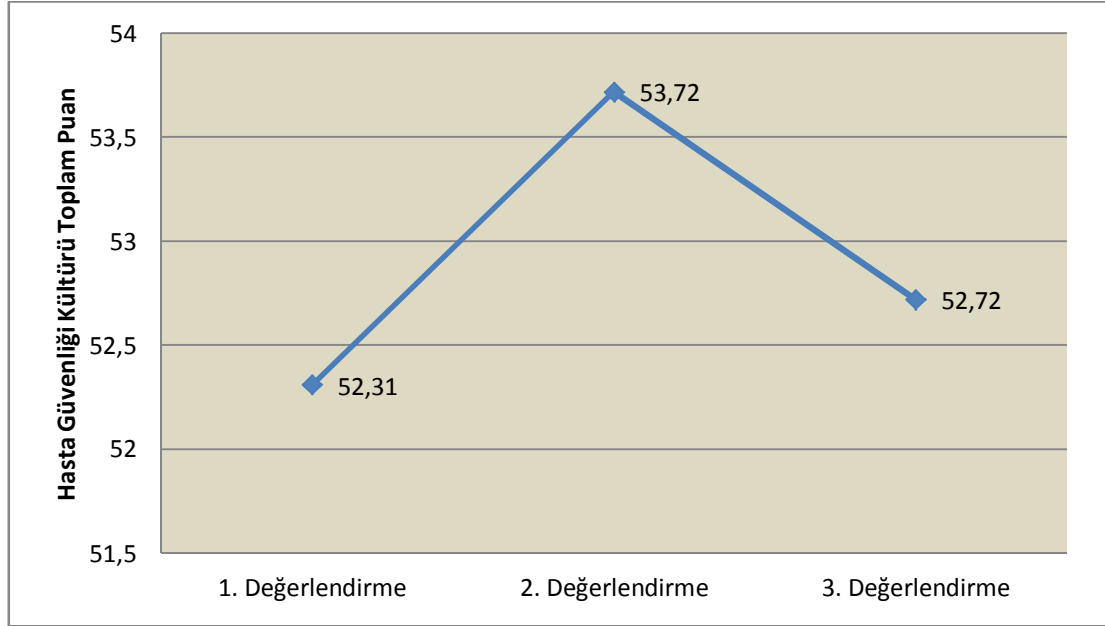
4.3. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programının Servis Hemşirelerin HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular

Tablo 4.3.1. Servis Hemşirelerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:174).

Ölçek ve Alt Boyutları	1.Değerlendirme	2.Değerlendirme	3.Değerlendirme	İstatistiksel Değerlendirme			
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p	Eta Kare	Güç
Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Toplam)	52,31±21,87	53,72±20,60	52,72±22,08	1,675	,190	,02	,35
HGK Alt Boyutları							
Hastane birimleri içinde takım çalışması	72,27±34,99	73,85±35,44	75,72±33,83	1,318	,270	,02	,28
Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri	47,41±37,25	48,42±35,17	45,98±35,94	,771	,464	,01	,18
Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği	49,81±33,33	52,59±32,52	50,10±34,26	1,850	,160	,02	,38
Örgütsel öğrenme	45,98±28,10	47,32±26,62	46,74±26,32	,377	,687	,00	,11
Genel güvenlik algısı	63,65±33,42	64,37±31,38	63,94±31,63	,103	,902	,00	,07
Hatalar hakkında açık iletişim ve geri bildirim	57,85±34,69	60,06±32,25	55,84±32,89	2,745	,067	,03	,54
Raporlanan olayların sıklığı	40,42±45,13	43,49±46,10	41,19±45,57	,932	,396	,01	,21
Personel sağlama	32,95±24,57	31,03±22,83	34,67±23,05	2,578	,079	,03	,51
Hasta teslimleri	64,94±30,35	66,32±30,01	64,25±32,15	,785	,458	,01	,18
Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım	33,76±30,98	34,20±29,60	36,78±31,54	1,174	,312	,01	,26

F: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sd: 2 (ileri analizi Bonferroni testi)

Grafik 4.3.1. Servis Hemşirelerin HGK Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Değerlendirme Sırasına Göre Değişimi (n:174).



Servis hemşirelerin 1., 2. ve 3. değerlendirmeden elde edilen HGK Hastane Anketi ve alt boyutlarının pozitif cevap yüzde ortalamaları arasındaki farkın değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır (Tablo 4.3.1).

Servis hemşirelerin üç değerlendirmeden elde edilen hem HGK toplam puanı hem de 10 alt boyutun pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İlk ve son ölçümden elde edilen sonuçlara göre, HGK toplamı ile “*genel güvenlik algısı*” ve “*hasta teslimleri*” alt boyutlarının pozitif cevap yüzde ortalaması arasında önemli bir değişim görülmez iken, “*hatalar hakkında açık iletişim-geri bildirim*”, “*hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri*”, alt boyutlarında pozitif cevap yüzde ortalamasında azalma, “*hastane birimleri içinde takım çalışması*”, “*örgütsel öğrenme*”, “*personel sağlama*”, “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*”, “*hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği*”, “*raporlanan olayların sıklığı*” alt boyutlarında pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında ise artma görülmüş, ancak aradaki farklar anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>0,05$). HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme

programının servis hemşirelerinin “yönetici beklentileri ve eylemleri”, “örgütsel öğrenme”, “genel güvenlik algısı”, “raporlanan olayların sıklığı”, “hasta teslimleri” ve “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” boyutlarındaki değişime etkisinin (eta kare ,00 ile ,01 arası) olmadığı, HKG toplam puan ve diğer boyutlardaki değişime etkisinin ise düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. H0-7 hipotezi güçlendirme programının servis hemşirelerin HGK algıları üzerinde etkisi yoktur hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 4.3.2. Servis Hemşirelerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Hasta Güvenliği Derecesi Dağılımı (n:174).

Hasta Güvenliği Derecesi (E1)	1. Değerlendirme		2.Değerlendirme		3.Değerlendirme	
	n	%	n	%	n	%
Mükemmel/Çok iyi	85	48,9	89	51,1	88	50,6
Kabul edilebilir	73	42,0	72	41,4	66	37,9
Zayıf/ Başarısız	16	9,2	13	7,5	20	11,5
Hasta Güvenliği Derecesi (E1)	1. Değerlendirme		2.Değerlendirme		3.Değerlendirme	
	n	%	n	%	n	%
Olumlu cevap (mükemmel/çok iyi)	85	48,9	89	51,1	88	50,6
Olumsuz cevap (kabul edilebilir /zayıf/ başarısız)	89	51,1	85	48,9	86	49,4
<i>Cochran's Q (sd: 2)</i>	,722					
<i>p</i>	,697					

Servis hemşirelerinin üç değerlendirmede hasta güvenliği derecesi dağılımı arasındaki farkın karşılaştırılmasında Cochran Q testi kullanılmıştır (Tablo 4.3.2).

Servis hemşirelerinin üç değerlendirmede hasta güvenliği derecesine olumlu cevap verenlerin oranı (sırasıyla %48,9, %51,1, %50,6) arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3.3. Servis Hemşirelerin Değerlendirme Sırasına Göre HGK Hastane Anketi Raporlanan Olay Sayısının Dağılımı (n: 174).

Raporlanan Olay Sıklığı (G1)	1.Değerlendirme		2.Değerlendirme		3.Değerlendirme	
	n	%	N	%	n	%
Hiç	138	79,3	138	79,3	123	70,7
1-2 olay	29	16,7	29	16,7	38	21,8
3-5 olay	5	2,9	5	2,9	11	6,3
≥ 6 olay	2	1,1	2	1,1	2	1,1
Yok	138	79,3	138	79,3	123	70,7
Var (Pozitif)	36	20,7	36	20,7	51	29,3
<i>Cochran's Q (sd:2)</i>	<i>10,714</i>					
<i>p (fark)</i>	<i>,005 (1,2<3)*</i>					

*pozitif cevaba göre değerlendirilmiştir.

Servis hemşirelerinin üç değerlendirmede raporlanan olay sayısının dağılımı arasındaki farkın karşılaştırılmasında Cochran Q testi kullanılmıştır (Tablo 4.3.3).

Servis hemşirelerin “*raporlanan olay sayısı*” ilk değerlendirmede (36) %20,7 ve 2. değerlendirmede (36) %20,76 iken 3. Değerlendirmede (51) %29,3 olarak bulunmuştur. 1., 2. ve 3. değerlendirmedeki “*raporlanan olay sayısı*” oranı arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İleri analizde, servis hemşirelerinde 3. değerlendirmedeki “*raporlanan olay sayısı*” oranının hem ilk hem de 2. değerlendirmeye göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), ilk ile 2. değerlendirmedeki olay raporlama sayısı arasında ise anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, “Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Güçlendirme, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi” başlıklı çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı'nın SSH'lerin, Yapısal Güçlendirme, Psikolojik Güçlendirme, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı'nın SSH'lerin Yapısal Güçlendirme Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Güçlendirme programının yapısal güçlendirme toplam puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.1). Bu sonuçlara göre, güçlendirme programı ile birlikte SSH'lerin yapısal güçlendirme puanlarının arttığı söylenebilir.

Literatürde, güçlendirme programlarının SSH'lerin yapısal güçlendirme algıları üzerine etkisini inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır. Kanter'in yapısal güçlendirme teorisine göre, çalışanlar işin yapılması için bilgiye, kaynaklara, desteğe ve gelişimleri için fırsat yapılarına eriştikleri zaman, kendilerini güçlü hissetmektedir. Kanter bu güçlendirme yapılarına ulaşabilmek için formal güç ve informal güç sistemlerinin kullanılmasının gerekli olduğunu belirtmektedir (41). Kanter'e göre, yönetimin görevi, çalışanların işi başarması için gerekli olan bilgi, destek ve kaynaklara erişmelerini ve çalışanların gelişimi için sürekli fırsatlar sağlayarak iş etkinliği için koşullar yaratmaktır. Yüksek düzeyde güçlenmenin bir sonucu olarak, çalışanlar işleri hakkında olumlu hisler yaşamakta ve kurumsal hedeflere ulaşmada daha etkili olmaktadır (159). Bu doğrultuda, SSH'lere uygulanan HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı ile birlikte SSH'lerin, yönetimin hasta güvenliği ile ilgili hedef ve amaçlarına erişebildikleri, hasta güvenliğini geliştirmek için daha fazla kaynağa ulaşabildikleri, konu ile ilgili olarak arkadaşları ve yönetim tarafından daha çok destek aldıkları ve hasta güvenliği ile ilgili girişimleri uygulayabilmeleri için daha fazla fırsata ulaşabildikleri söylenebilir. Bir

başka deyişle, SSH'lerin güçlendirme programı ile, kurumda var olan kaynak, destek, bilgi ve fırsat yapılarına nasıl ulaşabileceklerini öğrenmiş oldukları söylenebilir. MacPhee ve arkadaşları 2014 yılında, SSH'lere grup çalışması yöntemiyle liderlik geliştirme programı uygulamış ve uygulamadan bir yıl sonra SSH'lerin liderlik özelliklerinin geliştiğini ve bu durumun da yapısal güçlendirmeyi olumlu yönde etkilediğini bulmuştur (33). Ayrıca aynı çalışmada, SSH'lerin güçlendirici davranışlarının öğretilebilir olduğu ortaya konulmuştur.

Güçlendirme programının, yapısal güçlendirme formal güç alt boyut puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.1). Çalışmanın bu bulgusuna göre, HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı sonrası hemşirelerin, yaptığı işleri daha görünür hissettikleri, çalışma ortamında uyguladıkları yenilikler için ödüllendirildikleri ve işleriyle ilgili daha esneklik kazandıkları söylenebilir. Nitekim güçlendirme programı sonrasında iki SSH servisleri ile ilgili yaptıkları çalışmalardan dolayı üst yönetim tarafından ayın servisi seçilerek ödüllendirilmiştir. Aynı zamanda, SSH'ler diğer birimlerle birlikte işbirliği içinde çalışmalar yürütmüşler, üst yönetime ve diğer çalışanlara raporlar sunmuşlardır. Bu durum SSH'lerin yaptıkları işleri daha çok görünür hale getirmiş olabilir. Ayrıca, SSH'ler bütün bu faaliyetleri güçlendirme programı kapsamında yaptıkları için program SSH'lere esnek çalışma olanağı sağlamış ve bütün bunların sonucunda SSH'lerin formal güç puan ortalamaları yükselmiş olabilir. Bununla birlikte çalışmanın bu bulgusu, SSH'lerin 3. değerlendirmede ölçek sorularına aşına olmaları ve eğitim ile ne yaptıklarını ve yapamadıklarını görmeleri ile de açıklanabilir.

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının yapısal güçlendirme informal güç alt boyut puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.1). Çalışanın informal gücü, bireyin örgüt içinde üstleri, çalışma arkadaşları ve diğer örgüt üyeleri ile kurduğu ilişkilerden ve örgüt dışındaki bağlantılardan kaynaklanmaktadır (164). HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı kapsamında, SSH'lerin, servis hemşireleri, diğer SSH'ler birimlerle birlikte işbirliği içinde hasta güvenliği ile ilgili faaliyet göstermeleri informal güç alt boyut puan ortalamasını arttırmıştır denilebilir.

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının yapısal güçlendirme ölçeği alt boyutlarından destek, kaynaklara ulaşma puanına etkisi orta düzeyde, fırsat ve bilgiye erişim boyutları ile genel güçlendirme puanına etkisi ise düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Güçlendirme programı sonrası, yapısal güçlendirme toplam puanında, formal ve informal güç alt boyutlarında yükselme olmasına rağmen bu boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme olmaması, çalışmadaki SSH örneklem sayısının yetersiz olması ile açıklanabilir. Çünkü örneklem sayısının büyüklüğü gruplar arası farkın ortaya konulmasında önemlidir. Örneklem sayısı yetersiz kaldığında testin gücü düşer, beta hata düzeyi yükselir ve fark varsa da ortaya konulamaz (163). Çalışmanın bu sonuçlarına göre, SSH'ler kuruluşlarının değerleri ve amaçları ile ilgili olarak üst yönetimden gelen bilgilere biraz erişebildiklerini bildirmişlerdir. Bu sonuç yürütülen diğer tanımlayıcı çalışmalarla benzerdir (30,31,165).

Laschinger ve arkadaşları (39) liderlerin süpervizörleriyle aralarındaki ilişki kalitesinin, yapısal ve psikolojik güçlenme algıları üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Süpervizörler tarafından düzenli geri bildirim ve destek, sadece süpervizör ve SSH'ler arasındaki ilişkiyi oluşturmakla kalmaz, aynı zamanda güçlenme duygularını da arttırmaktadır (28). Ancak bu hastanede SSH'ler aynı zamanda süpervizör nöbeti tuttukları için bu desteği sadece bakım hizmetleri müdürü ve yardımcılardan almak durumunda kalmaktadır. Fakat hastanenin çok büyük olması ve yeni kurulması, buna bağlı olarak bakım hizmetleri müdürü ve yardımcılarının yoğun çalışmaları nedeniyle SSH'ler üst yönetim ile yeterli etkileşime girememiş, istenilen desteği alamamış olabilir.

Yapısal güçlendirmenin daha çok işyerindeki çevresel faktörlerle ilgili olduğu belirtilmektedir (46). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin haftalık çalışma saatinin güçlendirmede etkili olduğu ve haftada 40 saatten fazla çalışanlarda güçlenmenin diğer hemşirelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (131). Çalışma bulgularına göre SSH'lerin yarısından fazlası (%55,3) haftada 40 saatin üstünde çalışmaktadırlar (Tablo 4.1.1) Bu sonuçlar SSH'lerin yapısal güçlendirme bazı alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme görülmemesinin nedeni olabilir.

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı'nın SSH'lerin Psikolojik Güçlendirme Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının psikolojik güçlendirme anlamlılık alt boyut puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.2). Literatürde, güçlendirme programlarının SSH'lerin psikolojik güçlendirme algıları üzerine etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Psikolojik güçlendirmenin “anlam” boyutu, “*çalışanların yaptıkları işi önemsemesi ve işlerinin önemli olduğunu düşünmeleri, işlerinde anlam bulmaları olarak*” açıklanmıştır (54). Anlam, psikolojik güçlenmeyi önemli ölçüde etkilemekte ve hemşireler için anlam, bakım hizmeti sağlamadaki rol değerleri ve tutumu olarak ele alınmaktadır (30). Çalışmada HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı ile birlikte SSH'lerin, yaptıkları işin önemini anladıkları, görev, sorumluluk ve işlerini daha çok önemsedikleri söylenebilir. SSH'lerin çoğunluğu programa aktif olarak katılmış ve program içerisinde olan aktiviteleri istekli bir şekilde yerine getirmiştir. Grup ilişkileri ve problem çözme faaliyetleri ile birlikte SSH'lerin kendilerine ve yeteneklerine olan güvenlerinin arttığı gözlenmiştir. Dolayısıyla bütün bunlar SSH'lerin işlerinde daha çok anlam bulmalarını sağlamış olabilir. Yönetici hemşireler kendilerini psikolojik olarak güçlü hissettiklerinde, motivasyonları yükselir, işlerinde yüksek anlam bulurlar, işlerine karşı daha istekli çalışırlar ve çevresindekilere olumlu rol model olurlar (28). Bu nedenle SSH'lerin işlerinde anlam bulmaları çok önemlidir.

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının psikolojik güçlendirme yetkinlik alt boyut puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (4.2.2). Yetkinlik, “*kişinin yaptığı işi en iyi şekilde yapabileceğini düşünmesi ve bu işi yapabilmesi için kendi yeteneğine olan inancıdır*” (84). Çalışanlar, yetkinliklerinden ne kadar eminlerse, yeteneklerini kullanacakları işe girmeye o kadar istekli ve cesaretli olabilmektetir (54). HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı kapsamında SSH'ler, kanun ve yönetmelik kapsamında görev yetki ve sorumluluklarının çok geniş olduğunu öğrenmiş oldular. Güçlendirme programı ile birlikte, SSH'lerin özgüvenlerinin arttığı, daha çok şey yapabileceklerini

görmüş oldukları ve işlerini yapabilmeleri için yetenekli oldukları konusunda farkındalıklarının arttığı söylenebilir. Dolayısıyla güçlendirme programının, SSH'lerin psikolojik güçlendirme yetkinlik alt boyutunu geliştirdiği söylenebilir. Hemşirelerde yapılan çalışmalarda psikolojik güçlendirme programlarının hemşirelerin psikolojik güçlendirme yetkinlik algılarını benzer şekilde arttırdığı bulunmuştur (92,166). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, onkoloji hemşirelerine uygulanan psikodrama yöntemiyle hemşirelerin psikolojik güçlendirme algılarının arttığı ve aynı zamanda onkoloji hemşirelerinin tükenmişlik puanlarında azalma olduğu bulunmuştur (92). Chang ve arkadaşlarının 2008 yılında halk sağlığı hemşireleri ile yaptıkları çalışmada ise, eğitim temelli psikolojik güçlendirme programının hemşirelerin psikolojik güçlenmelerini arttırdığı ortaya konulmuştur (166).

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının, psikolojik güçlendirme toplam puanındaki değişime etkisinin orta düzeyde, özerklik ve etki alt boyut puanına etkisi ise düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.2). Özerklik, *çalışanların işlerini nasıl yapacakları konusunda özgürce karar verme ve yaptıkları işleri üzerinde kontrol sahibi olmalarını* ifade etmektedir (54). Çalışma sonuçlarına göre, HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrolünü arttırmıştır (Tablo 4.2.3). Ancak, psikolojik güçlendirme özerklik alt boyut puanını önemli düzeyde etkilememiştir. Bu bulgular bir biri ile uyumsuzdur. Bu sonuç, uygulamalar üzerinde kontrol kavramı ile özerklik kavramlarının aynı olmasından yola çıkılarak, SSH'lerin uygulamaları üzerinde özerk olmaları gerektiğini düşünmeleri fakat özerkliği kurumda yeterince algılayamamaları (hissemedikleri) ile açıklanabilir.

Etki, çalışanların stratejik, yönetsel ya da operasyonel örgütsel sonuçlar üzerinde herhangi bir etkisi olup olmadığını hissetmesiyle ilgilidir. Etki *bireyin örgütsel sonuçlar üzerindeki kontrol duygusunun gelişmesi* olarak açıklanmaktadır (55). Ayrıca, sonuçları etkileyebileceğine inanan çalışanlar diğerlerinden daha iyi performansa sahip olmaktadır (24). HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının SSH'lerin psikolojik güçlendirme etki boyutu üzerinde düşük düzeyde etki etmesi, kurumun çok büyük olması, yeni kurulması, SSH'ler ve hemşirelik üst

yönetiminin yoğun çalışması, SSH'ler ve hemşirelik üst yönetimi arasında iyi bir iletişimin olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışma bulgularına göre, HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı sonrasında SSH'lerin işlerini anlamlı bulmaları, kendilerini işleri ile ilgili yeterli hissetmeleri sağlanmış ancak, işlerini nasıl yapacakları konusunda özgürce karar vermeleri ve işleri üzerinde etkili olduğunu düşünmeleri sağlanamamıştır. Aslında psikolojik güçlendirmenin anlam ve yetkinlik boyutlarında güçlendirme programı ile gelişme olması beklendiği bir durumdur. Çünkü güçlendirme programı ile birlikte SSH'lerin içsel motivasyonları artmış, anlamlılık ve yetkinlik alt boyut puan ortalamaları da buna bağlı olarak yükselmiştir. Özerklik ve etki boyutları ise yönetim tarafından SSH'lere sağlanması gereken daha çok kurumun yapısal özelliğiyle ilgili yönetimle alakalı konular olduğu için HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının bu boyutları etkilememesi doğal bir sonuçtur (167).

Psikolojik güçlendirmenin temelini çalışanın işini anlamlı bulması, kendini işi ile ilgili yeterli hissetmesi, örgüt içinde karar verebilme hakkına sahip olması ve işi üzerinde etkili olduğunu düşünmesi oluşturmaktadır (54). Thomas ve Velthouse (54) psikolojik güçlendirmeyi tamamen açıklayabilmek için anlamlılık, yetki, özerklik ve etki boyutların hepsinin bir arada olması gerektiğini, boyutlardan birinin eksik olması halinde kişinin kendisini güçlü hissetmesinin bir miktar azalacağını belirtmiştir. Örneğin; bir çalışan yaptığı işi en iyi şekilde yapabileceğine inanıyor (yetkinlik boyutu) ancak, sonuçları etkileme yeteneğinden yoksun olduğunu düşünüyor ve hissediyorsa (etki boyutu) çalışanın güçlenme duygusu olumsuz yönde etkilenmektedir (168). Dört boyut bir arada kişide içsel görev motivasyonu meydana getirmekte ve boyutlara ilişkin yüksek düzeydeki algılama ise çalışanda psikolojik güçlendirmeyi gerçekleştirmektedir.

Spreitzer'e (51) göre, bir işyerindeki güçlenmenin tamamen oluşabilmesi için hem yapısal hem de psikolojik güçlenmenin bir arada olması gerekmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda yapısal güçlendirme ile psikolojik güçlendirme arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (38,159,167). Yönetici hemşirelerin yapısal olarak güçlendirilmesi ile sağlıklı çalışma koşullarına ulaşabileceği ve bununda yönetici hemşirelerde gelişmiş bir kontrol hissi yaratarak psikolojik güçlendirmeyi

beraberinde getireceği belirtilmektedir (24,41,51). Spreitzer yapmış olduğu araştırmalar sonucunda, iş biriminin sosyal yapısal özelliklerinden düşük rol belirsizliği, kontrol alanının geniş olması, sosyal politik destek, bilgiye erişim, kaynaklara erişim ile katılımcı kurum kültürü gibi unsurların psikolojik güçlendirmede çok önemli olduğunu ifade etmektedir (51,169). Bu çalışmada da, yapısal güçlendirme alt boyut puan ortalamalarında HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı sonrası artma görülmemiştir. Bu bulguya paralel olarak psikolojik güçlendirme puan ortalaması da yükselmemiştir denilebilir. Yine kurumun çok büyük olması, kontrol alanının geniş olması ve güçlendirici bir kurum kültürü eksikliği nedeniyle HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı psikolojik güçlendirme üzerinde çok etkili olamamıştır denilebilir.

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı'nın SSH'lerin Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.3). Literatürde, güçlendirme programlarının SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol algılarına etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Konu ile ilgili olarak yapılan tanımlayıcı-kesitsel bir çalışmada hemşirelerin güçlendirme algısı ile hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (61). Bu sonuç çalışmanın bu bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının teorik bölümünde SSH'lerin yasal olarak görev, yetki ve sorumlulukları çerçevesinde hasta bakımına yönelik bazı kararları bağımsız olarak alabilecekleri ve bu kararları politika, prosedürler kapsamında uygulayabilecekleri kendilerine anlatılmıştır. Bu kapsamda güçlendirme programı, SSH'leri cesaretlendirerek harekete geçmelerini sağlamış olabilir. HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı, SSH'lerin kendi servislerindeki hasta güvenliği ile ilgili problemlerin çözümüne yönelik bağımsız kararlar almasını ve kısmen de olsa bu kararları uygulamasını içerdiği için, SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol puanları artmış olabilir. Aynı zamanda bu

sonuç, SSH'lerin 3. değerlendirmede ölçek sorularına çok aşına olmaları ile elde edilmiş olabilir. Güçlendirme programı 2. değerlendirme ve 3. değerlendirme dönemlerinde Sağlık Bakanlığı tarafından kurumda kalite değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu süreçte de SSH'ler yoğun bir şekilde politika, prosedür oluşturma-yenileme, hasta güvenliği ile ilgili SKS 2016 kapsamında düzenlemeler yapmıştır. HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı kapsamında hasta güvenliği ile ilgili edinmiş oldukları bilgileri bu süreçte kullanmaları, SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrollerini arttırmış olabilir. Ayrıca, SSH'lerin yasalar ve görev tanımları içinde belirtilen hasta bakımı ile ilgili kurul, konsey ve komitelerde görevlendirilmesi ve söz sahibi olması hemşirelerin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol sahibi olmalarında önemli bir faktördür. Çünkü bu gibi faaliyetler hemşirelerin sağlık bakımı ile ilişkili kararlara katılımını sağlamaktadır. Nitekim uygulamalar üzerinde kontrol kavramının tanımında da kurum düzeyinde hasta bakımı ile ilgili kararlara katılım vurgulanmaktadır (94). Konuyla ilgili olarak, Kanter (41), çalışanlara kendi işleri ile ilgili kararlarda özerklik tanınmasının çalışanların işe katılımını arttırdığını ve bu durumun yapısal güçlenmeyi arttırdığını belirtmiştir. Yapısal güçlendirme ile bilgiye, desteğe, fırsatlara ve kaynaklara erişim sağlandığında hemşirelerin işleriyle ilgili kontrollerinin artacağı bildirilmiştir (61,46). Nitekim HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı sonrasında SSH'lerin yapısal güçlendirme toplam puanı artmış ve durum SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol algılarının da olumlu yönde etkilemiştir.

SSH'lerin güçlendirme programı sonrası hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol algılarının artması, çalışmaya katılan SSH'lerin büyük bir çoğunluğunun ileri düzeyde doğrudan bakım hizmeti sunulan acil, yoğun bakım, hasta bakım servisleri gibi yerlerde görev yapmaları ile de açıklanabilir. Çünkü, bu servislerde kaliteli ve güvenli bir hasta bakım ortamının sağlanabilmesi için çok fazla politika ve prosedür oluşturulmakta ve bu süreçte SSH'ler sahip oldukları bilgi ve beceriyi kullanarak kararlara katılmaktadırlar. SSH'lerin üst yönetim tarafından kararlara katılması, kendi servislerinde değişim ve gelişim doğrultusunda özgürce kararlara katılarak uygulama yapabilmeleri SSH'lerin uygulamalar üzerindeki kontrolünü arttırmaktadır.

Bu tür programların amacına tam olarak ulaşabilmesi için programda edinilen bilgi ve düşüncelerin hasta bakımına da yansması gerekmektedir. Güçlendirme programı sonucunda SSH'lerin uygulamalar üzerine kontrolleri artmış ve dolayısıyla uygulamaya yansiyarak hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkileyen hata raporlama sayısında ve HGK ünite içi takım çalışması alt boyut pozitif cevap yüzde ortalamasında HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı sonrası artma olduğu görülmüştür.

Çalışma sonuçlarına göre, çalışmaya katılan SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerinde yüksek düzeyde kontrol sahibi oldukları belirlenmiştir. Flynn ve Mccarthy (170)'in ve İspir (97)'in çalışmaları bu bulguyu desteklerken, Al-Faouri ve arkadaşlarının (171) çalışması desteklememektedir.

SSH'lerin çoğunluğu bu hastanenin kurulmasıyla birlikte SSH olmuşlardır. Daha önce de belirtildiği gibi çalışma grubundaki SSH'ler 40 yaş ortalamasına ve ortalama 19 yıllık mesleki deneyime sahiptir (Tablo 4.1.1). SSH'lerin yöneticilik deneyimleri fazla olmamakla birlikte, yaşla paralel olarak mesleki deneyimleri fazladır. Yaş ortalamaları yüksek olan hemşirelerin, uygulamalar üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmaları beklendik bir durumdur. Konu ile ilgili olarak, Castner ve arkadaşlarının (172) çalışmasında mesleki deneyim süresi ile yüksek düzeyde uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Dolayısı ile hemşirelerin uygulamalar üzerinde kontrol puan ortalamalarının yüksek bulunması çalışmaya katılan SSH'lerin deneyim süresinin uzun ve yaş ortlamalarının yüksek olması ile açıklanabilir.

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı'nın SSH'lerin HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının HGK alt boyutlarından “*hastane birimleri içinde takım çalışması*” puanındaki değişime etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.4). Benzer şekilde, AbuAlRub ve Abu Alhijaa tarafından 2014 yılında SSH'leri ile yapılan çalışmada da “*hastane birimleri içinde takım çalışması*” pozitif cevap yüzde ortalaması güçlendirme programının uygulanmasından sonra son değerlendirmede daha yüksek bulunmuştur (22). Yine

aynı şekilde Amiri ve arkadaşlarının 2018 yılında yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve yöneticileri ile yapmış oldukları çalışmada güçlendirme programı sonrası “*hastane birimleri içinde takım çalışması*” pozitif cevap yüzde ortalaması, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (20).

Örneklem grubunda yönetici hemşirelerin de bulunduğu hemşirelerin HGK algılarının değerlendirildiği sistematik derleme çalışmaları incelendiğinde, “*hastane birimleri içinde takım çalışması*” boyutunun diğer boyutlara göre yüksek olduğu bildirilmektedir(120,173). “*Hastane birimleri içinde takım çalışması*”, “*hasta güvenliği konusunda personelin birbirini desteklemesi, birbirlerine saygılı davranması ve ekip olarak birlikte çalışmasını*” ifade etmektedir (4). Güçlendirme programının grup çalışmaları bölümünde, SSH’ler hasta güvenliği ile ilgili servislerinde gerçekte yaşadıkları problemlerin, nedenleri, çözüm yollarını ayrıntılı bir şekilde ele almışlardır. Servislerinde hasta güvenliği ile ilgili yaşamış oldukları gerçek problemleri, SSH’ler ve servis hemşireleri birlikte belirlemişler ve çözüm yolları ile ilgili beyin fırtınası yapmışlardır. Hastanenin bütün servislerinde gerçekleştirilen bu çalışmalar SSH’lerin ünite içi takım çalışması algılarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Nitekim yapılan çalışmalarda “*hastane birimleri içinde takım çalışması*” nın geliştirilmesi için benzer uygulamaların yapılması gerektiği bildirilmektedir (21,112). Etkin bir takım çalışması ile olumlu bir HGK’nın oluşturulabilmesi için, takım içinde hasta güvenliği ile ilgili problemlerin paylaşılmasının ve yapılabilecekler konusunda çözümlerin takım tarafından oluşturulmasının gerekli olduğu bildirilmektedir (113). Ayrıca, “*hastane birimleri içinde takım çalışması*”nın geliştirilebilmesinde, grup çalışmalarının (workshop)(21) ve takım tabanlı strateji geliştirme faaliyetlerinin (148) faydalı olabileceği bildirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında uygulanan güçlendirme programının, “*hastane birimleri içinde takım çalışması*” pozitif cevap yüzde ortalamasına olumlu yönde etki etmesi beklendik bir durumdur.

Çalışmada ilk ve son değerlendirmeden elde edilen sonuçlara göre, “*örgütsel öğrenme*”, “*personel sağlama*” ve “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” alt boyutları pozitif cevap yüzde ortalamalarında anlamlı olmayan bir artma görülmüştür ($p>.05$). HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının bu

boyutlardaki pozitif cevap yüzde ortalamasındaki değişime etkisi ise orta düzeyde bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (20,22).

HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı kapsamında, SSH'lere hasta güvenliği hakkında teorik bilgi verilmiş ve SSH'ler iş birliği içinde ortak yaşamış oldukları hasta güvenliği ile ilgili problemleri çözmeye çalışmışlardır. Öğrenme kültürü, kök neden analizleri, vardiya sonu güvenlik raporları ve hasta güvenliği turları gibi aktivitelerle öğrenilen, eğitim yoluyla güçlendirilen ve sürekli geliştirilen güvenlik bilincinin olduğu bir kültürdür (5). Kurumda öğrenme kültürünün oluşturulabilmesi için yönetim desteği çok önemlidir. Çalışmanın yapıldığı kurumda vardiya sonu güvenlik raporları uygulamasının ve hasta güvenliği turları ile ilgili uygulamaların yeterli olmadığı görülmüştür. Konu ile ilgili olarak bu uygulamaların yetersizliği ve üst yönetim tarafından destek eksikliği SSH'lerin “*örgütsel öğrenme*” pozitif cevap yüzde ortalamasındaki artışın anlamlı olmamasının nedeni olabilir.

“*Personel sağlama*”, boyutu pozitif cevap yüzde ortalamasında anlamlı olmasa da güçlendirme programı sonrası son değerlendirmede bir artış olmuştur. Anlamlı olmayan bu artışın nedeni, Eylül ayında kuruma Sağlık Bakanlığı tarafından hemşire alınması ile açıklanabilir. Son verilerin toplandığı Ekim ayında, kurumda yaz dönemi izinlerinin bitmesi nedeniyle çalışan hemşire sayısı ilk verilerin toplandığı döneme göre artmış olabilir. Ancak kuruma hemşire atamasının yapılmasına rağmen, SSH'ler servislerindeki hemşire sayının hala istenilen düzeyde olmadığını bildirmişlerdir. SSH'ler üç servisin sorumluluğu ile birlikte süpervizör görevini de üstlenmiş durumdadırlar. Bu durumda SSH sayısının da kurumda yeterli olmadığı görülmektedir. Kurumun yeni kurulması ve çok büyük bir alanda hizmet sunması da kurumda SSH ve hemşire eksikliğinin bir diğer nedeni olabilir. Nitekim, çalışmada “*personel sağlama*” boyutunun, HGK alt boyutları arasında en düşük pozitif cevap yüzde ortalamasına sahip iki boyuttan birisi olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.4). HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının çoğunda “*personel sağlama*” pozitif cevap yüzde ortalamasının düşük olduğu ve bunun da olumlu HGK'nin oluşturulmasında önemli bir engel teşkil ettiği belirtilmiştir (116,120,122). Türkiye’de yapılan diğer kesitsel- tanımlayıcı çalışmalarda da benzer

sonuçlar elde edilmiştir (16,141). Yapılan çalışmalarda, hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen olayların, hatta ölüm oranlarının arttığını belirtmektedir (106,134).

“*Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” pozitif cevap yüzde ortalamasında anlamlı olmasa da güçlendirme programı sonrası son değerlendirmede artış olduğu görülmüştür. Güçlendirme programına, sürekli olmasa da SSH’lerin yönetiminden sorumlu olan sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcıları da katılmıştır. Bu durum, SSH’lerin “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” pozitif cevap yüzde ortalamasında anlamlı olmasa da bir artışa neden olmuş olabilir. Çalışmada “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” boyutunun, HGK boyutları arasında en düşük pozitif cevap yüzde ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.4). Bu sonuçlar, kurumda halen, hataların cezalandırılması yaklaşımının, yönetim tarafından benimsediği şeklinde yorumlanabilir. Amiri ve arkadaşlarının (20) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş ve bu boyutun iyileştirilmesi için uzun süreli başka çalışmaların yapılması gerektiği bildirilmiştir. Hatalar karşısında yönetim ya da akranlar tarafından suçlayıcı, cezalandırıcı bir kültürün oluşmaması için liderlerin ve hastane yönetiminin desteği çok önemlidir (105). HGK çalışmalarında alt boyut puanları içinde “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” pozitif cevap yüzde ortalamasının Türkiye’de ve diğer ülkelerde bütün sağlık çalışanları arasında en düşük pozitif cevap yüzde ortalamasına sahip olduğu bildirilmektedir (14,16,20,116,120). Bu sonuç, tüm Dünya’da sağlık kuruluşlarında HGK’nin öneminin ve gerekliliğinin tam olarak anlaşamadığını ve hata yapılması durumunda çalışanların üst yönetim tarafından suçlandığını, cezalandırıldığını göstermektedir.

Çalışmada, ilk ve son değerlendirmeden elde edilen sonuçlara göre, “*genel güvenlik algısı*” “*hatalar hakkında açık iletişim-geri bildirim*”, “*hasta teslimleri*” ve “*HGK toplamı*” pozitif cevap yüzde ortalamasında önemli bir değişim görülmemiştir. Güçlendirme programının, “*genel güvenlik algısı*” boyutundaki değişikliğe etkisi düşük düzeyde, HGK toplam puan ve diğer iki boyuttaki değişime etkisinin ise orta düzeyde olduğu bulunmuştur. “*Genel güvenlik algısı*”, “*hataları önlemede ve hasta güvenliği problemlerini yok etmede sistem ve prosedürlerin*

kullanılması” olarak tanımlamıştır (4). Sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle sistemi iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalı konu ile ilgili prosedür ve rehberler oluşturulmalıdır (99). HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programında, HGK'nin oluşturulabilmesi için; hataların sistem hatası olarak ele alıp değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmış ancak sistemi iyileştirmeye yönelik çalışmalar, konu ile ilgili prosedür ve rehberler oluşturulması yapılmamıştır. Bu nedenle bu alanda bir değişimin olmaması muhtemel bir sonuçtur.

“Hatalar hakkında açık iletişim-geri bildirim”, “personelin hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir şey gördüğünde özgürce konuşabilmesini, geri bildirim ise; meydana gelen hatalar ve bunlarla ilgili uygulanan değişiklikler hakkında personele bilgi verilmesini ve hataları önleme yollarının çalışanlarla tartışılmasını” ifade etmektedir (4). Bu boyutta önemli bir değişimin görülmemesi, SSH'lerin hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir şey gördüğünde özgürce konuşamadığını, kalite birimi ve üst yönetimin hata bildirimleri ile kendilerine geri bildirimde bulunmadığını ve kendilerinin hasta güvenliği ile ilgili konularda fikirlerinin çok fazla alınmadığını göstermektedir.

Çalışma sonucuna göre, *“hasta teslimleri”* boyutunda bir değişimin görülmemesi muhtemeldir. Çünkü hasta teslimi sırasında hasta durumunun ayrıntılı tanımlanması ve açık iletişimin sağlanabilmesi için geliştirilmiş standart yöntemlerin (I-PASS, ISPAR) kullanılması önerilmektedir (138,139). Bu nedenle güçlendirme programı ile birlikte hasta teslimlerine yönelik başka çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmada, ilk ve son değerlendirmeden elde edilen sonuçlara göre, *“hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği”, “hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri”, “raporlanan olayların sıklığı”* alt boyutlarında güçlendirme programı sonrası son değerlendirmede, pozitif cevap yüzde ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir düşme görülmüştür ($p>.05$). Güçlendirme programının bu boyutlardaki puanların değişimine etkisinin ise orta düzeyde bulunmuştur.

“*Hastane birimleri arasında takım çalışması ve yönetimin desteği*” alt boyut pozitif cevap yüzde ortalamasında güçlendirme programı sonrası düşme görülmesi beklendik bir durum olmamakla birlikte düşmenin nedeni HGK oluşturmada SSH'lere üst yönetim tarafından yeterli desteğin sağlanmaması ile açıklanabilir. Benzer şekilde, AbuAlRub ve Abu Alhijaa'nın (22) güçlendirme programının uygulanmasından sonra son değerlendirme “*hasta güvenliği için yönetim desteği*”, pozitif cevap yüzde ortalamasında anlamlı olmayan bir düşme olduğu bulunmuştur. Çalışmada, HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı kapsamında SSH'ler hasta güvenliği ile ilgili problemlerin çözümü ve çözümlerin uygulanması sürecinde servis hemşireleri ile birlikte çalışmışlardır. Bu faaliyet ile birlikte konu hakkında bir farkındalık oluşturulmuş ve sonrasında daha dikkatli ve objektif değerlendirmeler yapılmış olabilir. Literatürde, liderlik ve yönetim desteğiyle, çalışanların HGK algılarının daha yüksek olduğu ve bunun da olumlu hasta çıktılarına yansıdığı vurgulanmıştır (7,16,106).

“*Hasta güvenliği ile ilgili yönetici beklentileri ve eylemleri*” pozitif cevap yüzde ortalamasındaki düşme, SSH'lerin güçlendirme programı sonrasında yöneticilerden konu ile ilgili beklentilerinin artmış olmasından ve yönetici desteğinin istenilen düzeyde olmamasından kaynaklanmış olabilir. Bu bulgu bize, yönetimin, hasta güvenliğini iyileştirmek ve hasta güvenliği ile ilgili sorunları ele almak için SSH'lerin önerilerini dikkate almadığını ortaya koymaktadır. HGK ile ilgili politika ve prosedürlerin oluşturulması sürecine kalite ve üst yönetimle birlikte SSH'lerin de katılımı gerekmektedir.

Çalışmada, SSH'lerin “*raporlanan olay sayısı*” hastane çıktısında güçlendirme programı sonrası son değerlendirmede ileri düzeyde anlamlı bir artış olduğu görülmesine rağmen “*raporlanan olayların sıklığı*” pozitif cevap yüzde ortalamasının güçlendirme programı sonrası düştüğü görülmüştür. Bu sonuç, “*raporlanan olayların sıklığı*” ile ilgili soruların tamamının ramak kala olaylarla ilgili olmasından kaynaklanmış olabilir.

SSH'lerin HGK pozitif cevap yüzde ortalamalarının değerlendirme sırasına göre değişimi incelendiğinde, güçlendirme programı hemen sonrasında HGK puanında düşme ve 3. değerlendirmede tekrar artış görülmüştür (Grafik 4.2.4). Bu

durum,2. değerlendirmenin yapıldığı dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından kurumda kalite değerlendirilmesinin yapılması, dolayısıyla hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların tekrar gözden geçirilmesi nedeniyle SSH'lerin HGK algılarını olumsuz etkilemiş olabilmesiyle açıklanabilir. Bu durumun ikinci bir nedeni ise, HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı ile birlikte, SSH'ler olması gereken uygulamaları yeterli bulmamış olmasından kaynaklanmış olabilir. Nitekim SSH'lerin “hasta güvenliği derecesi” değerlendirmeleri de 2. değerlendirmelerinin 1. değerlendirmeye göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar bir biri ile uyumludur.

HGK pozitif cevap ortalama puanı %75 ve üzeri ise iyi düzeyde, %50 ile %75 arasında ise orta ve %50'den az ise düşük düzeyde güvenlik kültürünü tanımlamaktadır (13,143). Bu tanımlama ile birlikte %50'den düşük olan HGK alt boyutlarına yönelik çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (13). Çalışmada son değerlendirme sonuçlarına göre, beş alt boyutun pozitif cevap ortalaması %75 ve üzerinde iyi düzeyde bulunmuştur. Üç alt boyutun pozitif cevap ortalaması ise %50 ile %75 arasında orta düzeyde bulunmuştur. “Personel sağlama” ve “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” alt boyut pozitif cevap ortalamalarının %50 altında, düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.4). Bu sonuçlardan “personel sağlama” ve “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” alt boyutlarına yönelik başka çalışmaların yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, SSH'lerin HGK pozitif cevap yüzde ortalamasının (%70) orta düzeyde diyebiliriz. Bu sonuç Türkiye’de HGK ile ilgili şimdiye kadar yapılan çalışmalarda en yüksek HGK toplam puanını göstermektedir (14-17). Türkiye’de son zamanlarda SSH'lerin HGK algıları ile ilgili yapılan çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Bu nedenle karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışma sonuçlarına göre, HGK 10 alt boyutundan sadece 1 tanesinde istatistiksel olarak anlamlı, 3 tanesinde olumlu yönde anlamlı olmayan bir artışın olduğu ve HGK toplam puanında bir değişme olmadığı saptanmıştır. Yönetici hemşirelerle yapılan uluslararası benzer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (93,95). Ginsburg ve arkadaşları (23) tarafından yapılan çalışmada, SSH'lere HGK'nin geliştirilmesi için grup ve liderlik çalışmalarını içeren bir

program uygulanmıştır. Bu çalışmada, HGK, “güvenlik değerlendirme”, “hatalar sonucunda korkma ve suçlanma”, “algılanan güvenlik durumu” şeklinde üç boyutta değerlendirilmiştir. Çalışmada, sadece “güvenlik değerlendirme”, boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, AbuAlRub ve Abu Alhijaa tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada, HGK’nin geliştirilmesi için SSH’lere grup çalışması uygulanmıştır (22). Uygulama sonrasında, HGK’nin 12 boyutundan sadece “olay raporlama sıklığı” ve “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” boyutlarının pozitif cevap ortalamalarında istatistik olarak anlamlı bir gelişme olduğu bulunmuştur.

Kurum kültürü içinde yer alan HGK’nin oluşturulabilmesi için, yapılara ve süreçlere yer vermek, tutum, inanç ve davranışlarda değişiklikler gerektirir. Dolayısıyla, sağlık kuruluşlarında istenen HGK’yi oluşturmak ve sürdürmek çok zor ve uzun bir süreçtir (4,155). Dahası, çok büyük hastaneler küçük hastanelere göre HGK’nin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin başarılı bir şekilde uygulanmasında daha karmaşık sorunlarla karşı karşıyadır (140). Bir güvenlik kültürü oluşturmanın pratik stratejileri basit görünmekle birlikte, bunların uygulanması kesinlikle kolay değildir (119). Michel ve arkadaşları tüm organizasyona nüfuz eden bir güvenlik kültürü geliştirmenin 5 yıl sürebileceğini tahmin etmektedir (174). HGK uzun zamanla değişen bir olgu olduğu için en az 18-24 ay da bir değerlendirme yapılması gerektiği önerilmektedir (101). Bu nedenle güçlendirme programının etkisinin tam olarak görülebilmesi için, sağlık kuruluşunda aynı grupta bir yıl sonra HGK’nin tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bulguya paralel olarak HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının, hasta güvenliği derecesindeki değişim üzerine etkisinin düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.5). Yukarıda da belirtildiği üzere bir sağlık kuruluşunun hasta güvenliği derecesi hemen değişen bir çıktı değildir. Bütün yönetim ve çalışanların işbirliği içinde hasta güvenliği ile ilgili çalışmaları yapması, gerekli ise, sistem ve prosedür değişikliklerinin yapılması, uygulanması belli bir zamanı gerektirmektedir. Bu nedenle, güçlendirme programının uygulanması sonrası 4 aylık bir süre, kurumda “hasta güvenliği derecesi”ni geliştirmek için yeterli olmamış olabilir.

Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşunun çok büyük olması, yeni kurulmuş olması, çalışanların birçoğunun kurumda işe yeni başlamış olması, kurumda kaynak eksikliğinin yaşanması, sistemsel problemlerin varlığı uygulanan güçlendirme programının etkinliğini azaltmış olabilir. Kurumda SKS 2016 kapsamında hasta güvenliğine yönelik çalışmaların yapıldığı ancak bu çalışmaların sürekliliği, uygulanabilirliği ve etkinliği açısından sınırlı olduğu düşünülmektedir.

Kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmetinin sunulabilmesinde dolayısıyla HGK'nin oluşturulmasında SSH'lerin önemli görev sorumlulukları vardır. Ancak bu görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için SSH'lere uygun çalışma ortamının, kaynak (para, insan, zaman, malzeme) ve desteğin sağlanması gerekmektedir. Çalışmada, SSH'ler çok yoğun çalıştıklarını zamanlarının çoğunu servise kaynak temin etmekle geçirdiklerini bildirmişlerdir. Nitekim SSH'lerin çoğunun üç servisin sorumluluğu ile birlikte haftada 1-2 supervizor nöbeti tuttuğu, haftalık 40 saatin üzerinde çalıştıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1). SSH'lerin iş yükünün azaltılarak hasta güvenliği ile ilgili konularda servis hemşirelerine rehberlik etmesi ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara zaman ayırması gerekmektedir. Bu alana yönelik kariyer planlamasının hemşirelik üst yönetimi tarafından yapılması gerekmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili olarak; açık politika ve prosedürlerin belirlenmesi ve bu prosedürleri çalışan bütün personelle paylaşılması gerekmektedir. Kurumda katılımcı yönetim anlayışının benimsenerek SSH'lerin kararlara katılması, bütün çalışanlar arasında karşılıklı güvene dayalı iletişimin sağlanması oldukça önemlidir. Yine örgütsel liderlik, güvenliği geliştirmeye yönelik veriler, eğitilmiş sağlık çalışanları ve hastaların bakımlarına etkin katılımı, sağlık hizmetlerinin güvenliğinde sürdürülebilir ve önemli gelişmeler sağlamak için gereklidir (1,4,106).

Çalışmada, HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının “*raporlanan olay sayısı*”ndaki değişim üzerine etkisinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.6). Konu ile ilgili olarak benzer çalışmalarda, güçlendirme programlarının SSH'lerin HGK alt boyutları üzerine etkisi incelenmiş ancak, hastane çıktısı olarak “*raporlanan olay sayısı*” üzerine etkisi incelenmemiştir. (22,20). Bu nedenle literatürde bu bulgu ile ilgili benzer çalışmalara ulaşılamamıştır.

Bu çalışmada, güçlendirme programı sonrası olay raporlama sayısındaki artış “tıbbi hata sayısında gerçekten bir artış mı oldu?” Yoksa sağlık kuruluşunda güçlendirme programı ile birlikte olumlu bir HGK mi gelişti?” sorularını da beraberinde getirmektedir. Verbakel ve arkadaşlarının (21) hemşirelerle yaptığı benzer çalışmada, olay raporlama sayısındaki artışın, hasta güvenliğinin bozulması olarak algılanmadığını aksine, çalışanların mevcut olan olayları bildirmeye hazır olduklarının bir göstergesi olduğunu ve bunun da olumlu bir HGK’yi işaret ettiğini bildirmişlerdir. Personelin eğitilmesi ve hataların meydana gelmesi ile ilgili tartışma-görüşme ve grup çalışmalarının hasta güvenliği ile ilgili olayların rapor edilmesinde artışa yol açtığı bildirilmiştir (21,166). Bu açıklamalara paralel olarak, kurumda aslında tıbbi hataların hep meydana geldiğini, fakat bildirilmediğini, güçlendirme programının olay raporlama üzerinde pozitif bir etkisinin olduğunu söyleyebiliriz. Aynı zamanda, güçlendirme programı sonrasında, SSH’lerin hataları sistem hatası olarak görme ve değerlendirme, hataların farkında olma, raporlama sistemine daha fazla hakim olma ve suçlayıcı kültürden uzaklaşma eğiliminde olduklarını dolayısıyla bu durumun raporlanan olay sayısında artmaya neden olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışma bulgularına göre, 3. değerlendirmede SSH’lerin %10,5’i hiç olay bildirmemiştir. Çalışmanın yapıldığı servisler hasta bakım hizmetlerinin çok yoğun sunulduğu yerlerdir. Dolayısıyla bu servislerde istenmeyen olayların meydana gelebileceği fakat SSH’lerin üst yönetim tarafından suçlanacakları düşüncesiyle olay bildirimini yapmadığı, hataları gizlediğini söyleyebiliriz. Hatalara karşı cezalandırıcı bir yaklaşımın personelin hataları bildirirken hataları gizlemesine, değiştirmesine ya da hataları yanlış bir şekilde belirtmesine yol açabilir (129). Nitekim SSH’lerin “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” boyutunda anlamlı bir yükseliş görülmemiştir. SSH’lerin %10,5’inin hiç olay bildirmemesi yöneticisi oldukları servislerde hiç hata yapılmadığını dolayısıyla güvenli hasta bakımı sunulduğunu göstermek istemelerinden de kaynaklanmış olabilir.

Mitchell ve arkadaşlarının belirttiğine göre olay raporlamanın istenilen düzeyde olmamasının beş önemli nedeni vardır. Bunlar; vaka raporlarının kötü işlenmesi (tetkik, analiz, öneriler), doktorların yetersiz katılımı, yetersiz görülebilir

eylem, yetersiz finansman ve olay raporlama sistemlerinin kurumsal yetersiz kullanımı ve yönetimin yetersiz desteği şeklindedir (174). Güçlendirme programıyla birlikte üst yönetim konu ile ilgilenmiş ve hata bildirimleri konusunda SSH'leri desteklemiş olabilir. Güçlendirme programında kısmen de olsa SSH'lere hata raporlama ile ilgili koçluk edilmesi hata bildirimlerini arttırmış olabilir (130). HGK'nin geliştirilmesinde, insan hatalarının cezalandırılmadığı, hataların hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği ve hataların meydana gelişleri ile ilgili sürekli olarak çalışanlara geri bildirim verildiği, önceki hatalardan ders çıkarıldığı bir sistemin oluşturulması oldukça önemlidir (4,104). Bildirilen ramak kala ya da istenmeyen olaylardan öğrenmenin sağlanması ve hata ile ilgili sistem değişikliğinin yapılması, düzeltici, önleyici faaliyetlerin başlatılması gibi konularda SSH'lere üst yönetim destek olmalıdır (141,155). Ayrıca bildirilen olaylarla ilgili mutlaka SSH'lere geri bildirim verilmesi, meydana gelen hataların tekrar etmemesi için düzeltici önleyici çalışmalara SSH'lerin de katılması gerekmektedir.

5.2. Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Programı'nın Servis Hemşirelerinin HGK Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, SSH'lere uygulanan HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının SSH'ler ile birlikte çalışan servis hemşirelerinin de HGK algılarını olumlu yönde geliştirmesi beklenmiştir. Ancak servis hemşirelerinin HGK algılarında olumlu bir değişim elde edilememiştir. SSH'lere uygulanan HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının servis hemşirelerinin HGK algılarını olumlu yönde geliştirmemesinin nedenleri; servis hemşirelerine yönelik HGK geliştirmeye dayalı doğrudan bir programın uygulanmaması, bununla birlikte SSH'lerin ve servis hemşirelerinin çok yoğun çalışmaları, kurumun çok büyük olması, güçlendirme programı bitiminin senelik izinlerinin olduğu yaz dönemine denk gelmesi dolayısıyla bu süreçte SSH ve servis hemşirelerinin yeteri kadar birlikte çalışamamaları, kurumun yeni kurulması ile birlikte yönetsel ve sistemsel problemlerin varlığı olabilir. Bir sağlık kuruluşunun HGK'si hemen değişen bir çıktı değildir. Bütün yönetim ve çalışanların işbirliği içinde hasta güvenliği ile ilgili çalışmaları yapması gerekli ise sistem ve prosedür değişikliklerinin yapılması,

uygulanması belli bir zamanı gerektirmektedir. Bu nedenle, HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının uygulanması sonrası 4 aylık bir süre servis hemşirelerinin HGK'sinin geliştirilmesi için yeterli olmamış olabilir. Daha önce de belirtildiği üzere, AHRQ sağlık kuruluşlarında HGK ile ilgili değişiklikleri takip etmek için en az 12-18 ay sürenin geçmesi gerektiğini önermektedir (101).

Nitekim, yapılan çalışmalarda, doğrudan servis hemşirelerine uygulanan HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programlarının servis hemşirelerinin HGK algılarını önemli düzeyde geliştirmediği bulunmuştur. Tiessen'in (175) çalışmasında, servis hemşirelerinin HGK algılarını geliştirmek için servis hemşirelerine uzun zamanlı ve geniş kapsamlı güçlendirme programı uygulanmış ve 2 yıl sonra servis hemşirelerinin HGK algılarında çok az bir ilerlemenin olduğunu bulunmuştur. Edwards ve arkadaşları (121) tarafından yapılan çalışmada, servis hemşirelerine bir dizi (hasta güvenliği yürüyüş turları, raporlama sisteminin eğitimi, kanıta dayalı iletişim araçlarının uygulanması ve elektronik tıbbi kayıt sistemi) uygulamaların olduğu HGK güçlendirme programı uygulanmış ve uygulamadan 1 yıl sonra HGK'nin sadece altı alt boyutunda istatistiksel olarak olumlu gelişmelerin olduğu bulunmuştur.

Servis hemşirelerin HGK pozitif cevap yüzde ortalamalarının değerlendirme sırasına göre değişimi incelendiğinde, güçlendirme programı hemen sonrasında HGK pozitif cevap yüzde ortalamasında yükselme ve 3. değerlendirmede tekrar bir düşüş olduğu görülmüştür bulunmuştur (Grafik 4.3.1). Bu düşüş 3. değerlendirmenin yapıldığı zamanın izinli olan hemşirelerin kuruma yeni dönüp çalışmaya başladığı döneme denk gelmesi, dolayısıyla hemşirelerin izinli olmaları bir süreliğine servislerinden ayrı kalmaları ile açıklanabilir.

Çalışmada, SSH'lerin HGK toplam puanı servis hemşirelerine göre yüksek bulunmuştur. Bunun bir nedeni SSH'lerin yaş ortalamalarının ve çalışma yıllarının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. SSH'lerin yönetici pozisyonunda çalışmaları dolayısıyla SSH'leri sorumlusu olduğu hizmetleri iyi gösterme eğilimine yöneltebilir. Yine bu durumu sosyal beğenirlik etkisi ile açıklamak mümkündür (176).

Çalışmada son değerlendirme sonuçlarına göre, servis hemşirelerinin HGK alt boyutlarından bir alt boyut pozitif cevap ortalaması %75 ve üzerinde iyi düzeyde

bulunmuştur. Dört alt boyutun pozitif cevap ortalaması %50 ile %75 arasında orta düzeyde bulunmuştur. Beş alt boyutun pozitif cevap ortalaması ise, %50 altında, düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.4). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, servis hemşirelerin HGK orta alt düzeyde denilebilir. Bu sonuç Türkiye’de HGK ile ilgili şimdiye kadar yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (14-17).

Fleming ve Wentzell (144) HGK’nın örgütlerde gelişimini, zayıf bir güvenlik kültüründen iyi bir güvenlik kültürüne geçiş olarak 5 düzeyde açıklamıştır. Bu açıklamaya göre çalışma sonuçlarından kurumun HGK düzeyinin “*analitik düzeyde*” olduğu söylenebilir. Fleming ve Wentzell’e (144) göre “*analitik düzeyde*” kurumlar kurallara oldukça bağlıdır. Kurumda sistematik hasta güvenliği yaklaşımı vardır. Ancak uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlıdır. Personel raporlandırma konusunda cesaretlendirilmekte fakat personel kendini güvende hissetmemektedir.

Çalışmada, üç değerlendirmeden elde edilen sonuçlara göre servis hemşirelerinin 3. değerlendirmedeki raporlanan olay sayısı 1.ve 2. değerlendirmeye göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.3). HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının servis hemşirelerinin raporlanan olay sayısındaki değişime etkisinin orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Literatürde SSH’lere uygulanan HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının birlikte çalıştıkları servis hemşirelerinin HGK algıları üzerine etkisini inceleyen çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Konu ile ilgili olarak, doğrudan servis hemşirelerine uygulanan güçlendirme programı sonrası servis hemşirelerinin raporlanan olay sayısının arttığı belirtilmektedir (21). Güçlendirme programı kapsamında, SSH’ler hasta güvenliği ile ilgili benzer problemlerin hep tekrar ettiğini, oysaki bu problemler zamanında bildirilmiş, rapor edilmiş olsaydı bu sorunların büyüyerek tekrar oluşmayacağını kısacası hata bildirmenin önemini farkına varmışlardır. HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programı kapsamında, hataların ilk önce sistem kaynaklı olabileceği ve sistemin düzeltilmesi gerektiği ve bu nedenle kişilerin suçlanmaması gerektiği, servislerinde suçlayıcı kültürün ortadan kaldırılması için servis hemşireleri ile birlikte hata bildirim sisteminin incelenmesi, bu sistemin gizlilik esasına göre çalıştığını onlara anlatmaları, ödüllendirme, takım

çalışması gibi faaliyetlerde bulunmaları kendilerinden istenmiştir. Nitekim servis hemşirelerinin anlamlı olmasa da “*hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım*” boyutunda güçlendirme programı sonrasında artma gözlemlenmiştir. Bu bağlamda SSH’ler servislerinde uygun çalışma koşullarını oluşturarak, liderlik uygulamalarını geliştirerek, hemşirelerini eğiterek, onlarla hatalar hakkında konuşarak, onları güçlendirerek ve cesaretlendirerek hataların bildirimini arttırmış olabilir. Nitekim konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, hemşire yöneticiler tarafından koçluk yapılması ile hataları raporlama niyeti ve HGK arasında önemli bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (130). Sammer ve arkadaşları (105), adil bir kültür ortamında hatalar hakkında konuşmanın, hataların bildirilmesini arttırdığını ifade etmiştir.

Çalışma bulgularına göre, güçlendirme programı ile birlikte servis hemşirelerinin raporlanan olay sayısında artma olmasına rağmen hiç olay bildirmeyenlerin oranı (%79,3) ortalamanın çok üstündedir. Bu sonuç, (15,17,173) çalışmaları ile benzerlik gösterirken Abrahamson ve arkadaşlarının (177) çalışması ile benzerlik göstermemektedir. Çalışma bulgularına göre, servis hemşirelerinin %69.5’u haftada 40 saatten fazla çalıştığını belirtmiştir (Tablo 4.1.2). Bu durum, servis hemşirelerinin çok yoğun çalıştıklarını ve hata raporlamak için yeterli zamanı bulamadıklarını bu nedenle hata raporlama oranının düşük olduğunu düşündürmüştür. Bu sonuç, kurumda hemşire eksikliğinin olduğunu, hemşirelerin aşırı iş yükü ile çalıştıklarını ve buna bağlı olarak iş memnuniyetlerinin ve motivasyonlarının düştüğü, kurama bağlılıklarının azaldığı ve bu nedenlerden dolayı hataları bildirmek istemediklerini de gösterebilir. Moy ve arkadaşlarının (126) çalışmasında hemşirelerin büyük bir çoğunluğu olayları bildirmek için zamanlarının olmadığını ve ramak kala olayların bildirileceğini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Huang ve arkadaşları (113) aşırı iş yükünün olumsuz çalışma koşulları ile ilişkili olduğunu ve bununla hemşire ve doktorlarda strese neden olarak işe karşı isteksiz davranmalarına neden olduğunu bunun da hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir.

Hataların farkında olunması ve bunları tartışmaya teşvik edildiği bir kültürün varlığı, kurumda çalışan bütün personelin geçmişteki hatalardan ders alma ve düzeltici önlemleri uygulama yeteneklerini geliştirmektedir (105). Ayrıca kurumda isteyerek raporlama kültürü ile doğru raporlamanın yapılabileceği de

unutulmamalıdır (125). ABD'nin Iowa eyaletindeki devlet hastanelerinde tıbbi hatalar meydana geldiğinde sağlık personeli tarafından bu hata hastaya bildirilmekte, hatta hastalar tıbbi hatalar konusunda eğitilmekte ve tıbbi hata oluştuğunda hastalar da bu hatayı bildirebilmektedirler (125). Hasta ve hasta yakınlarının da sürece dahil edilmesi, şeffaf bir şekilde tıbbi hataların bildirilmesini, kurumda adil bir kültürün oluşturulmasına katkı sağlayabilir. Yönetim ve çalışanlar arasında işbirliği karşılıklı güven ve sorumluluk ile meydana gelen hataların bildirilmesi, sağlık kuruluşlarının hata risklerine karşı önlem alması, sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması ve kurumda oluşturulacak olan olumlu HGK'nin geliştirilmesinde oldukça önemlidir (4,125,127).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

“Bu çalışmada, servis sorumlu hemşirelerine uygulanan hasta güvenliği kültürü geliştirmeye dayalı güçlendirme programının, servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirme, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algıları ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan ön deneysel tasarım çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- SSH’lerin değerlendirme sırasına göre üç değerlendirmeden elde edilen Yapısal Güçlendirme Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Yapısal Güçlendirme Ölçeği toplam puan ($F=3,306$, $p=0,048$) ve alt boyutlardan formal güç puan ortalaması ($F=4,421$, $p=0,019$) ve informal güç puan ortalaması ($F=15,887$, $p=0,000$) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Üç değerlendirmeden elde edilen Yapısal Güçlendirme Ölçeğinin destek, kaynak, bilgi ve fırsatlara erişim alt boyut puan ortalamaları ve genel güçlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda, H0-1 Hipotezi toplam puan ve formal güç, informal güç alt boyutları için red edilmiş, diğer boyutlar için kabul edilmiştir (Tablo 4.2.1).
- SSH’lerin değerlendirme sırasına göre üç değerlendirmeden elde edilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Psikolojik Güçlendirme Ölçeğinin anlamlılık ($F=4,172$, $p=0,023$) ve yetkinlik ($F=3,563$, $p=0,39$) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Üç değerlendirmeden elde edilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeği toplam puan, özerklik ve etki alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda, H0-2 hipotezi anlamlılık ve yetkinlik alt boyutları için red edilmiş, psikolojik güçlendirme toplam puanı, özerklik ve etki alt boyutları için kabul edilmiştir (Tablo 4.2.2).

- SSH'lerin değerlendirme sırasına göre göre üç değerlendirmeden elde edilen Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir (F=3,466, p=0,042) ($p<0,05$). Bu durumda, H0-3 hipotezi HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının servis sorumlu hemşirelerinin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrolüne etkisi yoktur hipotezi red edilmiştir (Tablo 4.2.3).
- SSH'lerin değerlendirme sırasına göre üç değerlendirmeden elde edilen HGK pozitif cevap yüzde ortalamaları incelendiğinde; yalnız "*hastane birimleri içinde takım çalışması*" alt boyutu pozitif cevap yüzde ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olduğu (F=3,320, p=0,047) ($p<0,05$) bulunmuştur. HGK toplam ve dokuz alt boyutunun pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bu durumda, H0-4 hipotezi yalnız "*hastane birimleri içinde takım çalışması*" alt boyutu için red edilmiş, HGK toplam ve diğer alt boyutlar için kabul edilmiştir (Tablo 4.2.4).
- Servis hemşirelerinin değerlendirme sırasına göre üç değerlendirmeden elde edilen HGK pozitif cevap yüzde ortalamaları incelendiğinde; HGK toplam puan ortalaması ve 10 alt boyutun pozitif cevap yüzde ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda, H0-5 hipotezi HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının servis hemşirelerinin HGK alguları üzerinde etkisi yoktur hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 4.3.1).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- SSH'lere yönelik yapısal güçlendirme programlarının destek, kaynak, bilgi ve fırsatlara erişim boyutlarının geliştirilmesine yönelik oluşturulması ve uygulanması.

- SSH'lere yönelik psikolojik güçlendirme programlarının geliştirilerek uygulanması.
- SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrollerini arttırmaya yönelik güçlendirme programlarının uygulanması.
- Sağlık kuruluşlarında özellikle de SSH'lerin hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrollerinin artırılmasına yönelik sistem ve yönetim yapılarının yeniden düzenlenmesi.
- HGK üniteler içi takım çalışmasına yönelik uygulamalı çalışmaların yapılması,
- HGK oluşturmaya yönelik sistemsal ve yapısal düzenlemelerin yapılması ve uygulanması.
- HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programlarının servis hemşireleri de kapsayacak şekilde daha uzun süreli uygulanması.
- HGK geliştirmeye dayalı güçlendirme programının uygulanmasından 12-18 ay sonra SSH'lerde ve servis hemşirelerinde HGK'nin tekrar değerlendirilmesi.
- Sağlık kuruluşlarında olumlu bir HGK geliştirmenin önündeki engelerin tespit edilebilmesi için gerekli araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Patient Safety: Making health care safer. Geneva:Licence:CCBY-NC-SA3.0IGO. [Internet].2017. [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2017]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHOIS-SDS-2017.11-eng.pdf>.
2. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, et al. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *J Patient Safety*. 2016. doi: 10.1097/pts.0000000000000251.
3. Institute of Medicine. Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. The National Academy Press, (2004) Washington, D.C.
4. Famolaro T, Yount N, Hare, R, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
5. Singer S, Vogus T. Reducing hospital errors: Interventions that build safety culture. *Annual Review of Public Health*. 2013;34:373-396.
6. Smith DR, Mut T, Sairenchi T, Ishikawa Y, Sayama S, Yoshida A. Hospital safety climate, psychosocial risk factors and needlestick injuries in Japan. *Industrial Health*. 2010;48:85–95.
7. Vaismoradi M, Griffiths P, Turunen H, Jordan S. Transformational leadership in nursing and medication safety education: a discussion paper. *J Nurs Manag*. 2016;24(7):970-980.
8. Leone RM, Adams RJ. Safety Standards: Implementing Fall Prevention Interventions and Sustaining Lower Fall Rates by Promoting the Culture of Safety on an Inpatient Rehabilitation Unit. *Rehabil Nurse*. 2016;41 (1): 26-32.
9. Brunetto Y, Xerri M, Farr-Wharton, B, Shacklock K, Farr-Wharton, R, Trincherro E. Nurse safety outcomes: old problem, new solution the differentiating roles of nurses' psychological capital and managerial support. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(11):2794–2805.
10. Cloete L.Reducing medication errors in nursing practice. *Nurs Stand Jan*. 2015;29(20);50-59.
11. Taylor J, Dominici F, Agnew J, Gerin D, Morlock L, Miller M. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Quality and Safety*. 2012;21(1): 101–111.

12. Oliveira RM, Leitao IM, Oliveira AC, Gazos DM, Silva LM, Barros AA, Sampaio RL. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;49(1):104-13.
13. Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2016;16:495-507.
14. Bodur S. and Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of hospital survey on patient safety culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*. 2010;10(1):28-36.
15. Yapucu Güneş, Ü, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*. 2016;23:225-232.
16. Dırık HF ve Intepeler SS. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. *Journal of Nursing Management*. 2017;25:256–265.
17. Dincer M, Torun N, Aksakal H. Determining nurses' perceptions of patient safety culture in palliative care centres, *Contemporary Nurse*. 2018;54(3):246-257.
18. National Patient Safety Foundation (NPSF). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human*. Boston: NPSF, [Internet]. 2015. [Erişim Tarihi: 02 Kasım 2018]. Erişim adresi: http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf.
19. Weaver SC, Lubomksi LS, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Sydney M. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013;158:369-374.
20. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *MC Medical Education*. 2018;18:158.
21. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C, Zwart DLM. Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2015;65(634):319-329.
22. AbuAlRub RF, Abu Alhijaa EH. The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. *Nursing Forum Volume*. 2014;49(29):139-150.
23. Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, Lewis S. An Educational Intervention to Enhance Nurse Leaders' Perceptions of Patient Safety Culture. *HSR: Health Services Research* 2005;(40)4:997-1020.

24. Hagerman, H., Skytt, B., Wadensten, B., Högberg, H., & Engström, M. A longitudinal study of working life among first-line managers in the care of older adults. *Applied Nursing Research*, 2016;32:7–13.
25. American Nurses Association (ANA).2016 ANNUAL REPORT. *American Nurse Today* 2017;12(6):32-38.
26. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2005). T.C. Resmi Gazete, 25806, 05.05.2005
27. Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmî Gazete, 27515, 8 Mart 2010.
28. Spencer C and McLaren S. Empowerment in nurse leader groups in middle management a quantitative comparative investigation. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(1-2):266–279.
29. Patrick A, Laschinger HK, Wong C, Finegan J. Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: The Clinical Leadership Survey. *Journal of Nursing Management*, 2011;19(4):449–460.
30. Trus M, Doran D, Martinkenas A, Asikainen P, Suominen T. Perception of work-related empowerment of nurse managers.2018;1(11). <https://doi.org/10.1177/1744987117748347>.
31. Regan L, Rodriguez L. Nurse empowerment from a middle management perspective: nurse managers' and assistant nurse managers' workplace empowerment views. *The Permanente Journal*.2011;15(1):101–107.
32. Babaeipour-Divshali M, Amrollahimishavan F, Vanaki Z, Abdollahimohammad A, İrouzkouhi M. Effect of head nurse empowerment program on staff nurses' job satisfaction at two educational hospitals in Rasht, Iran. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2017;21:306-9.
33. MacPhee M, Dahinten VS, Hejazi S, Laschinger H, Kazanjian A, McCutcheon A, Skelton-Green J, O'Brien-Pallas L. Testing the effects of an empowerment-based leadership development programme: part 1-leader outcomes. *J Nurs Manag*. 2014;22(1):4-15.
34. Cook WC, Hunsaker PL, Coffey RE. *Management and Organizational Behavior*. Second Ed, Irwin McGraw-Hill, Boston. 1997;190–192.
35. Kelly, Patricia. *Nursing Leadership & Management*. 3rd ed. Clifton Park, NY: Cengage Learning, 2012.
36. García-Sierra and Fernández-Castro. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *J Adv Nurs*. 2018;1–11. DOI: 10.1111/jan.13805.
37. Donahue MO, Piazza IM, Griffin MQ, et al. The relationship between nurses' perceptions of empowerment and patient satisfaction. *Appl Nurs Res*. 2008;21(1):2–7.

38. Nursalam N, Fibriansari RD, Yuwono SR, Hadi M, Efendi F, Bushy A. Development of an empowerment model for burnout syndrome and quality of nursing work life in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018; (5):390-395.
39. Laschinger HSK, Purdy N, Almost J. The impact of leader-member exchange quality, empowerment and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*. 2007;37:221–229.
40. Connolly M, Jacobs S, Scott K. Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *J Nurs Manag*. 2018;26:881–887.
41. Kanter RM. *Men and Women of The Corporation* 2nd ed. New York: Basic Books:1993.
42. Laschinger HKS, Nosko A, Wilk P, Finegan J. Effects of unit empowerment and perceived support for Professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: a time-lagged study. *International Journal of Nursing Studies* 2014a;51(12):1615–1623.
43. Laschinger HKS, Grau AL, Finegan J, Wilk P. New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66 (12):2732–2742.
44. Van Bogaert P, Peremans L, de Wit M, Van heusden D, Franck E, Timmermans O and Havens DS. Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. *Front.Psychol*.2015;6:1585.
45. Laschinger HKS, Fida R. Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: The role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *Journal of Nursing Administration*. 2015;45:276–283.
46. Laschinger HKS. Effect of Empowerment on Professional Practice Environments, Work Satisfaction and Patient Care Quality. *Journal of Nursing Care Quality*. 2008; 23(4):322-330.
47. Purdy N, Laschinger HSK, Finegan J, Kerr M, Olivera F. Effects of work environment on nurse and patient outcomes. *J Nurs Manag*. 2010;18(8):901-13.
48. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008;38(5):223-9.
49. Goedhart NS, Van Oostveen CJ, Vermeulen H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *Journal of Nursing Management*. 2017;25:194–206.

50. Boamah S. Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2018;50(1):9–19.
51. Spreitzer GM. Taking stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work. In C. Cooper, & J. Barling (Eds.), *The Handbook of Organizational Behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2007;54–72.
52. Wagner JJJ, Cummings G, Smith DL, Olson J, Anderson L, Warren S. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2012;18(4):448–462.
53. Conger JA, Kanungo RN. The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of Management Review*. 1988;13(3): 471-428.
54. Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive elements of empowerment: An interpretive model of intrinsic task motivation. *Management Review*. 1990;15(4):666-681.
55. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*. 1995;38(5): 1442-1465.
56. Bergquist T. Impact of Empowerment and Autonomy on the Nursing Director's Intent to Stay. [Doktora Tezi]. United States:Walden University;2018.
57. Li M, Liu W, Han Y, Zhang P. Linking empowering leadership and change-oriented organizational citizenship behavior: The role of thriving at work and autonomy orientation. *Journal of Organizational Change Management*. 2016;29(5):732-750.
58. Aggarwal A, Dhaliwal RS, Nobi K. Impact of Structural Empowerment on Organizational Commitment: The Mediating Role of Women's Psychological Empowerment. *The Journal of Business Perspective*. 2018;22(3):284-294.
59. Fan Y, Zheng Q, Liu S, Li Q. Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. *Journal of Nursing Management*. 2016;24(5):646–655.
60. Potratz Elizabeth. Transforming Care at the Bedside: A Model to Promote Staff Nurse Empowerment and Engagement. [Yüksek Lisans Tezi]. United States: St.Catherine University;2012.
61. Laschinger, H. K. ve Havens, S. Staff Nurse Work Environment and Perceived Control Over Nursing Practice: Conditions For Work Effectiveness. *The Journal Of Nursing Administration*. 1996;26(9):27-35.

62. Gerber R, Murdaugh C, Verran J, Milton D. CONP Scale: Psychometric Analysis. Poster session presented at the National Conference on Instrumentation in Nursing, Tucson, AZ. (1990).
63. Manojlovich M. Power and empowerment of nursing: looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs* 2007;12(1):2-11.
64. Alves DFDS, Silva DD, Guirardello EDB. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*. 2017;25(1):46–55.
65. Ouyang YQ, Zhou WB, Qu H. The impact of psychological empowerment and organizational commitment on Chinese nurses' job satisfaction. *Contemp Nurs*. 2015;50(1):80-91.
66. Duygulu, S. ve Kublay, G. Transformational Leadership Training Programme for Charge Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(3):633-642.
67. Sağlık Bakanlığı USES Eğitimleri 2008 [Erişim Tarihi 10 Nisan 2017]. Erişim adresi: <http://uses.gov.tr/egitimler.aspx>.
68. Türk Dil Kurumu. [İnternet]. [Erişim Tarihi: 10.01.2017]. Erişim adresi: <http://www.tdksozluk.com/s/guc/>.
69. Kanter RM. Power Failure In Management Circuits. *Harvard Business Review*. 1979;57(4):65-75.
70. Yukl G, Falbe CM. Importance of Different Sources in Downward and Lateral Relations. *Journal of Applied Psychology*. 1991;76(3):416-23.
71. Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. Empowerment and being valued: A phenomenological study of nursing students' experiences of clinical practice. *Nurse Education Today*. 2011;31:368-372.
72. Sepasi RR, Abbaszadeh A, Borhani F, Rafiei H. Nurses' Perceptions of the Concept of Power in Nursing: A Qualitative Research. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016;10(12):10-15.
73. Smith Nj. Associate Head Nursing And Change: Is It Time To Revisit Empowerment, *International Journal Of Nursing Sciences*. 2014;1(2):134-136.
74. Al-Dmour R, Yassine O, Masa'deh R. A Review of Literature on the Associations among Employee Empowerment, Work Engagement and Employee Performance. *Modern Applied Science*. 2018;12(11):313-329.
75. Laschinger HKS, Wilk P, Cho J, Greco P. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *J Nurs Manag*. 2009;17(5):636-646.

76. Laschinger HKS, Read E, Wilk P, Finegan J. The influence of nursing unit empowerment and social capital on unit effectiveness and nurse perceptions of patient care quality. *J Nurs Adm.* 2014b;44(6):347-352.
77. Laschinger HSK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior.* 2004;25(4):527–545.
78. O'Brien JL. Structural Empowerment, Psychological Empowerment And Burnout In Registered Staff Nurses Working In Outpatient Dialysis Centers. [Doktora Tezi]. United States: The State University of New Jersey; 2010.
79. Laschinger HSK, Day A, Leiter MP, Gilin- Oore D, Mackinnon SP. Building empowering work environments that foster civility and organisational trust: testing an intervention. *Nursing Research.* 2012;61:316–325.
80. Clavelle JT, Porter-O'Grady T, Drenkard K. Structural Empowerment and the Nursing Practice Environment in Magnet (R) Organizations. *The Journal of nursing administration.* 2013;43(11):566-73.
81. Ahadi S and Suandi T. Structural Empowerment and Organizational Commitment: The Mediating Role of Psychological Empowerment in Malaysian Research Universities. *J. Asian Dev. Stud.* 2014;3(1):44-64.
82. Bowen DE & Lawler EE. The empowerment of service workers: what, why, how, and when. *Sloan Management Review.* 1992;33(3):31-39.
83. Randolph WA. Re-thinking empowerment: Why is it so hard to achieve? *Organizational Dynamics.* 2000;29:94-107.
84. Hossein R, Saleh P, Iman A, Jaafar A. An Analysis of the Empowerment level of Employees and It's Relation to Organizational Factors. *International Journal of Business and Social Science.* 2012;15(3):255-263.
85. Spreitzer GM, De Janasz SC, Quinn RE. Empowered To Lead: The Role Of Psychological Empowerment In Leadership. 1999;20(4):511-526.
86. Eo YS, Kim YH, Lee NY. Analysis of empowerment and work effectiveness among staff nurses. *Asian Nursing Research.* 2014; 8(1):42–48.
87. Al-Dweik G, Al-Daken LI, Abu-Snieneh H, Ahmad MM. 'Work-related empowerment among nurses: literature review', *Int. J. Productivity and Quality Management.* 2016;19(2):168–186.
88. World Health Organization (WHOa) Nursing Now Campaign. Health workforce [İnternet] 2018 [Erişim Tarihi 2 Ekim 2018]. Erişim adresi: https://www.who.int/hrh/news/2018/nursing_now_campaign/en/.

89. Regan S, Laschinger HK, Wong CA. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *J Nurs Manag.* 2016;24(1):54-61.
90. Al-Hamdan Z, Manojlovich M, Tanima B. Jordanian nursing work environments, intent to stay and job satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship.* 2017;49(1):103-110.
91. Boamah SA, Read EA, Spence Laschinger HK. Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *J Adv Nurs.* 2017;73(5):1182-1195.
92. Atlı Özbaş A, Tel H. The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. *Palliat Support Care.* 2016;14(4):393-401.
93. Aronsson G. Dimension of Control as Related to Work Organization, Stress, and Health. *International Journal of Health Services,* February, 1989;459-468.
94. Weston MJ. Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *Online J Issues Nurs.* 2010;15(1):13-29.
95. Kramer M, Schmalenberg C. Magnet Hospital Nurses Describe Control Over Nursing Practice. *Western Journal of Nursing Research.* 2003;25(4):434-452.
96. Hemşirelik Yasası. T.C. Resmi Gazete 8647.(2007). 2 Mayıs 2007.
97. İspir Ö. Servis sorumlu hemşirelerinin transformasyonel liderlik uygulamaları ve hemşirelerin uygulamalar üzerindeki kontrolünün belirlenmesi.[Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
98. Verran J. Nurse Manager Supportiveness and Control Over Nursing Practice. *Nursing Administration Quarterly.* 2008;32(2):163-165.
99. World Health Organization (WHO).2018[İnternet].[Erişim tarihi: 31.12.2018]. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>.
100. International Council of Nurses (ICN). Safe staffing saves lives. Information and action tool kit. 2006[İnternet].[Erişim tarihi: 30.10.2018]. Erişim adresi: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>
101. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture. [İnternet]. 2019 Erişim Tarihi: 24 Şubat 2019]. Erişim adresi <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
102. Lee YC, Shieh JI, Huang CH, Wang CY, Wu HH. Analyzing Patient Safety Culture From Viewpoints of Physicians and Nurses-A Case of a Regional Teaching Hospital in Taiwan. *J Healthc Qual.* 2017;39(5):294-306.

103. Pidgeon N. Safety culture: key theoretical issues. *Work and Stress*. 1998;12:202–216.
104. National Patient Safety Foundation (NPSF). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human*. Boston: NPSF, [Internet].2015. [Erişim Tarihi: 02 Kasım 2018]. Erişim adresi:http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf.
105. Sammer CE, Lykens, 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.
106. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*. 2018;12;121-126.
107. National Association for Healthcare Quality (NAHQ). *Patient Safety*. [Internet]. 2017.[Erişim Tarihi: 13.12.2017]. Erişimadresi: <http://www.ihq.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx>.
108. Vifladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PG. Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016;32(1):58-65.
109. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. [Internet]. (Nisan 2009). [Erişim Tarihi: 02 Kasım 2017]. Erişim adresi: <http://www.Saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6EIOF8892433>).
110. T.C. Sağlıkta Dönüşüm Programı. (2011). *Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi Eylül 2004 – Aralık 2010*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 825.
111. Bach S, Ellis P. *Leadership, management & team working in nursing*. 2nd edition. London: 2015. SAGE/Learning Matters.
112. Profit J, Sharek PJ, Cui X, Nisbet CC, Thomas EJ, Tawfik DS, Lee HC, Draper D, and Sexton BJ. The Correlation Between Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture and Quality of Care. *J Patient Saf*. 2018;00:00–00.
113. 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(1):39–44.
114. Najjar S, Nafouri N, Vanhaecht K, Euwema M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Safety in Health*. 2015;1:16. DOI 10.1186/s40886-015-0008-z.

115. Hernandez C. Supervisor Expectations, Event Reporting, and Patient Safety Perceptions: Exploring Potential Moderators and Mediators (2016). Honors in the Major Theses. 84. <http://stars.library.ucf.edu/honorstheses/84>.
116. Hamadan M, Khraisat O, Eves C. Patient Safety Culture Structures and Outcomes: A Sample from Isolation Units at Saudi Arabia. *International Journal of Nursing and Health Science*. 2017;4(1):8-15.
117. Brewer CS, Kovner CT, Djukic M, Fate F, Greene W, Chacko TP, Yang Y. Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72:2879–2893.
118. McFadden KL, Stock GN, Gowen CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*. 2015;40:24-34.
119. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Services Research*. 2018;18:654-704.
120. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;(1)18 doi: 10.1093/intqhc/mzy080.
121. Edwards MT. An Organizational Learning Framework for Patient Safety. *Am J Med Qual*.2017;32(2):148-55.
122. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hindawi. Scientific World Journal*. Volume 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.
123. International Council of Nurses (ICN). Statement Patient Safety Global Ministerial Summit. April 2018.
124. Moore M. Strategies To Empower Nurses And Increase Patient Satisfaction [Internet]. 2017[Erişim Tarihi 15 Temmuz 2018].Erişim adresi: <https://www.hatchmed.com/blog/?tag=Nurse+empowerment>.
125. Lind DP, Andresen DR, Williams A. Medical Errors in Iowa.Prevalence and Patients' Perspectives. *Journal of Patient Safety*. 2018 - Volume Publish Ahead of Print - Issue - p. doi: 10.1097/PTS.0000000000000523.
126. Moy EB, Akkor A, Aydın Ö, Çelik N, Cankuş B, Can Mamur S. ve ark. Önemsenmiyor mu? Bilgi eksikliği mi? Ramak kala olaylar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;3(2):70-86.

127. Burlison J, Quillivan R, Kath L, Zhou Y, Courney S, Cheng C, Hoffman J. A multilevel analysis of U.S. hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting. *Journal of Patient Safety*. doi:10.1097/PTS.0000000000000336.
128. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Quality and Safety*. 2016;25:92–99.
129. Rutledge DN, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *J Clin Nurs*. 2018;27:1941–1949.
130. Ko Y, Yu S. The relationships among perceived patients' safety culture, intention to report errors, and leader coaching behavior of nurses in Korea: a pilot study. *J Patient Saf* 2015. doi:10.1097/PTS.0000000000000224.
131. Rogers E, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. 2004;23(4):202-212.
132. American Nurses Association (ANA). Healthy Working Environment. [Internet]. 2018.[Erişim Tarihi: 12 Ekim 2017]. Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/>.
133. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Nursing and Patient Safety [Internet]. 2018.[Erişim Tarihi:04 Nisan 2018]. Erişim adresi: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/22/Nursing-and-Patient-Safety>.
134. Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park K-O, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:263-71.
135. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74:1474–1487.
136. Brunsveld-Reinders AH, Arbous MS, Kuiper SG, de Jonge E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Crit Care*. 2015;19:214.
137. Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Ann Intensive Care*. 2013;3:10.
138. Hoffman RL, Saucier J, Dasani S, et al. Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. *Int J Qual Health Care*. 2017;29:412-419.
139. Rosenbluth G, Destino L, Starmer A, Landrigan C, Spector N, Sectish T, for the I-PASS Campaign Committee. I-PASS handoff program: Use of a campaign to effect transformational changes. *Pediatr Qual Saf*. 2018;3(4):88-100.

140. Shahian DM, McEachern K, Rossi L, Chisari RG, Mort E. Large-scale implementation of the I-PASS handover system at an academic medical centre. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:760-770.
141. The Joint Commission (JCI). A complimentary publication of The Joint Commission. The essential role of leadership in developing a safety culture. 2017;(57)1:1-8.
142. Wang Y, Eldridge N, Metersky ML, Verzier NR, Meehan TP, Michelle M. et al. National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005–2011. *N Engl J Med.* 2014;370:341-51.
143. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September. 2004.
144. Fleming M, Wentzell N. “Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use”, *Healthcare Quarterly.*2008;(11):10-15.
145. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care* 2013;22:11–18.
146. Bleakley A, Boyden J, Hobbs A, et al. Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multi professionalism to interprofessionalism. *J Interprof Care.* 2006;20:461–70.
147. Frankel A, Grillo SP, Pittman M, et al. Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Serv Res* 2008;43:2050–66.
148. Weaver SJ, Lyons R, DiazGranados D, Rosen MA, Salas E, Oglesby J, et al. The anatomy of health care team training and the state of practice: a critical review. *Acad Med.* 2010; 85:1746–60.
149. O’Leary KJ, Wayne DB, Haviley C, Slade ME, Lee J, Williams MV. Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. *J Gen Intern Med.* 2010; 25:826–32.
150. Wolf FA, Way LW, Stewart L. The efficacy of medical team training: improved team performance and decreased operating room delays: a detailed analysis of 4863 cases. *Ann Surg.* 2010;252:477–83.
151. Cooper JB, Blum RH, Carroll JS, et al. Differences in safety climate among hospital anesthesia departments and the effect of a realistic simulation-based training program. *Anesth Analg.* 2008;106:574–84.
152. Berg BW, Sampaga A, Garshnek V, et al. Simulation crisis team training effect on rural hospital safety climate (SimCritic). *Hawaii Med J.* 2009;68:253–5.

153. Gore DC, Powell JM, Baer JG, et al. Crew resource management improved perception of patient safety in the operating room. *Am J Med Qual.* 2010; 25:60–3.
154. Benning A, Ghaleb M, Suokas A, et al. Large scale organisational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. *BMJ* 2011;342:195.
155. Campione J, Famolaro T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.* 2018;44:23–32.
156. Engaging Patients and Families. Content last reviewed February 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [İnternet] 2018. [Erişim Tarihi: 05 Mart 2019]. Erişim adresi: <http://www.ahrq.gov/patient-safety/engaging-patients-families/index.html>.
157. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik (1.Baskı, sy. 404). 2014 İstanbul: Nobel Tıp Kitapları.
158. LPI Online - How Many Observers? [İnternet] 2018. [Erişim Tarihi: 24.02.2018] Erişim adsi: <https://hub.wiley.com/docs/support%20/lpi-online-how-many-observers-DOC-6928>.
159. Laschinger HK, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *J Nurs Adm* 2001; 31: 260-72.
160. Mortaş K. Örgütsel güven ve işyeri güçlendirmesinin hemşirelerin örgütsel bağlılığına etkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi;2005.
161. Laschinger H. Research Measurement Tools.[İnternet].2019[Erişim Tarihi: 16.Nisan 2018] Erişim adresi: http://www.uwo.ca/fhs/hkl/cweq_scale.html.
162. Uner S, Turan S. The construct validity and reliability of the Turkish version of Spreitzer's psychological empowerment scale. *BMC Public Health.* 2010;10:117.
163. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum (Genişletilmiş 5.baskı). 2005.Ankara: Pegem yayınları.
164. Laschinger HSK, Day A, Leiter MP, Gilin- Oore D, Mackinnon SP. Building empowering work environments that foster civility and organisational trust: testing an intervention. *Nursing Research.* 2012;61:316–325.
165. Bish M, Kenny A, Nay R. Perceptions of structural empowerment: nurse leaders in rural health services. *Journal of Nursing Management.* 2014;22(1):29–37.
166. Chang LC, Liu CH, Yen EH. Effects of an empowerment-based education program for public health nurses in Taiwan. *J Clin Nurs,* 2008;17(20):2782-90.

167. Yıldız A, Kaya S, Teleş M, Korcu C. The effect of nurses' empowerment perceptions on job safety behaviours: a research study in Turkey, *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*. 2018 <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1459079>.
168. Appelbaum SH, Karasek R, Lapointe F, Quelch K. Employee empowerment: Factors affecting the consequent success or failure-part I. *Industrial and Commercial Training*. 2014;47(1):23-30.
169. Spreitzer GM, De Janasz SC, Quinn RE. Empowered To Lead: The Role Of Psychological Empowerment In Leadership. 1999;20(4):511-526.
170. Flynn M. ve McCarthy G. Magnet Hospital Characteristics in Acute General Hospitals in Ireland. *Journal of Nursing Management*. 2008;16(8):1002–1011.
171. Al-Faouri IG, Al Ali N, Essa MB. Perception of Shared Governance among Registered Nurses in a Jordanian University Hospital. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2014; 6(1):254-262.
172. Castner J, Ceravolo D, Foltz-Ramos K, Wu BY. Nursing Control Over Practice and Teamwork. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2013;18(2).
173. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2018;13(3):272-280.
174. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Quality and Safety*. 2016;25:92–99.
175. Tiessen B. On the journey to a culture of patient safety. *Healthc Q*. 2008;11:58–63. [PubMed: 18818531].
176. McCreary DR, Korabik K. Examining the Relationships Between the Socially Desirable and Undesirable Aspects of Agency and Communion, Sex Roles. 1994;31 (11-12):637-651.
177. Abrahamson K, Fu R, Pressler K, Fulton BR, Morgan JG. Anderson HG Organizational Role and Perception of Organizational Safety Culture: A Survey of Registered Nurses, Physicians, and Managers. Article in *Online journal of issues in nursing*. 2018;23(3): DOI: 10.3912/OJIN.Vol23No03PPT 25.

8. EKLER

EK-1. SSH Tanıtıcı Bilgiler Formu

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz ve/veya boşlukları doldurunuz.

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek

3- İlk mezun olduğunuz hemşirelik okulu hangisidir?

() Sağlık Meslek Lisesi

() Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

() 6 aylık jet Hemşire Yetiştirme Programı

() Hemşirelikte lisans (4 yıllık)

4- Mesuniyet sonrası bir eğitiminiz var mı?

() Evet () Hayır

5- Cevabınız evet ise hangi okul/okulları bitirdiniz?

-

-

6- Kaç yıldır hemşirelik yapmaktasınız? yılay

7- Çalıştığınız klinik (Lütfen kliniğin numarasını değil adını yazınız):.....

8- Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz? yılay

9- Kaç yıldır servis sorumlu hemşiresi olarak çalışıyorsunuz?

10- Daha önce başka bir kurumda çalıştınız mı?

() Evet () Hayır

11- Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

() 40 saat () 40-49 saat () 50 saat ve üzeri

12- Liderlik ya da yöneticilikle ilgili kurs, seminer veya diğer bilimsel faaliyetlere katıldınız mı?

Evet Hayır

13- Hasta güvenliği ile ilgili kurs, seminer veya diğer bilimsel faaliyetlere katıldınız mı?

Evet Hayır

14- Gelecek 5 yıl için belirlediğiniz mesleki bir hedefiniz yada hayaliniz var mı?

Evet (Lütfen belirtiniz).....

Hayır

15- Kendinizi bir lider ya da potansiyel bir lider olarak görebiliyor musunuz?

Evet Hayır

16- Çalıştığımız hastanenin hasta ve çalışanlar için güvenli bir ortam oluşturduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Kısmen

17- Mesleğinizle ilgili herhangi bir uzmanlığınız yada sertifikalı bir eğitiminiz var mı?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise lütfen hangi alanda olduğunu belirtiniz:

.....
.....

EK-2. Servis Hemşiresi Tanıtıcı Bilgiler Formu

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz ve/veya boşlukları doldurunuz.

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek

3- İlk mezun olduğunuz hemşirelik okul düzeyiniz?

() Sağlık Meslek Lisesi

() Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

() 6 aylık jet Hemşire Yetiştirme Programı

() Hemşirelikte lisans (4 yıllık)

4- Mezuniyet sonrası bir eğitiminiz var mı?

() Evet () Hayır

5- Cevabınız evet ise hangi okul/okulları bitirdiniz?

-

-

6- Kaç yıldır hemşirelik yapmaktasınız? yılay

7- Daha önce başka bir kurumda çalıştınız mı? () Evet () Hayır

8- Bu hastanedeki çalışma süreniz? yılay

9- Çalıştığınız klinik (Lütfen kliniğin numarasını değil adını yazınız)

.....

10- Ne kadar süredir servis sorumlu hemşireniz ile birlikte çalışıyorsunuz?

.....

11- Çalışma şekliniz:

() Sürekli gündüz () Nöbet/ Vardiya () Diğer (Lütfen belirtiniz)

.....

12- Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

40 saat 40-49 saat 50 saat ve üzeri

13- Hasta güvenliği ile ilgili kurs, seminer veya diğer bilimsel faaliyetlere katıldınız mı?

Evet Hayır

14- Gelecek 5 yıl için belirlediğiniz mesleki bir hedefiniz yada hayaliniz var mı?

Evet (Lütfen belirtiniz).....

Hayır

15- Çalıştığınız hastanenin hasta ve çalışanlar için güvenli bir ortam oluşturduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Kısmen

16- Çalıştığınız hastanenin hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir uygulaması var mı?

Evet Hayır Kısmen

17- Mesleğinizle ilgili herhangi bir uzmanlığınız yada sertifikalı bir eğitiminiz var mı?

Evet Hayır

Cevabınız EVET ise lütfen hangi alanda olduğunu belirtiniz:

.....
.....

EK-3. Hemşirelik İşyeri (Yapısal) Güçlendirme Ölçeği

Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin örneklediği duruma katılma derecenizi, 1'den 5'ye kadar puanlayıp uygun yanıt aralığını yanına yazarak belirtiniz.

- 1: Kesinlikle katılmıyorum
- 2: Katılmıyorum
- 3: Kararsızım
- 4: Katılıyorum
- 5: Kesinlikle katılıyorum

Mevcut İşinizde Her Bir Fırsatın Ne Kadarına Sahipsiniz?		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Görevlerim tam olarak bilgi ve becerimi kullanmama olanak tanımaktadır.					
2	Yaptığım işle ilgili yeni bilgi ve beceri edinme şansım var.					
3	Bilgi ve becerilerimi geliştirebileceğim iş olanaklarına sahibim.					
Mevcut İşinizde Ne Kadar Bilgiye Erişebiliyorsunuz?						
4	Hastanenin şu anki durumu hakkında bilgi sahibiyim.					
5	Üst yönetimin değerleri hakkında bilgi sahibiyim.					
6	Üst yönetimin hedefleri hakkında bilgi sahibiyim.					
Mevcut İşinizde Ne Kadar Destek Görebiliyorsunuz?						
7	İyi yaptığım işler fark ediliyor ve bana bu konuda bilgi veriliyor.					
8	Geliştirebileceğim işler hakkında bana özel yorumlarda bulunuluyor.					
9	Bana yardımcı olacak ipuçları veriliyor ve problem çözme konusunda tavsiyelerde bulunuluyor.					
Mevcut İşinizde Kaynaklara Ne Kadar Erişiminiz Var?						
10	Gerekli evrakları hazırlamak için yeterli vaktim var.					
11	İş gereklerini yerine getirmek için yeterli zaman veriliyor.					
12	Gerektiğinde geçici yardım alabiliyorum.					
İş Aktiviteleri Ölçeği						
13	İş ortamına getirdiğim yenilikler için ödüllendiriliyorum.					
14	İşimde yeterince esnekliğe sahibim.					
15	Kurum içerisindeki çalışma aktivitelerim iş ortamında fark edilmektedir.					
Örgütsel İlişkiler Ölçeği						
Mevcut İşinizde Bu Aktiviteler İçin Ne Kadar Fırsatınız Var?						
16	Hasta bakımı konusunda hekimlerle işbirliği fırsatına sahibim.					
17	Problemler ile ilgili yardımcı olmam için meslektaşlarım tarafından aranıyorum.					
18	Problemler ile ilgili yardımcı olmam için yöneticiler tarafından aranıyorum.					
19	Hekimler dışındaki diğer profesyonellerden bilgi alabiliyorum. (Fizyoterapist, Diyetisyen vb.)					
Genel Güçlendirme Alt Ölçeği						
20	Şu andaki iş ortamımda çalışmalarımı etkin bir şekilde yerine getirebilecek şekilde yetkilendiriliyorum.					
21	Sonuç olarak, işyerimi yetki veren bir çevre olarak görüyorum.					

EK-4. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği

Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin örneklediği duruma katılma derecenizi, 1'den 7'ye kadar puanlayıp uygun yanıt aralığını yanına yazarak belirtiniz.

1 kesinlikle katılmıyorum

7 kesinlikle katılıyorum

İfade No	İfadeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmam	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Yaptığım işin çok önemli olduğunu düşünüyorum.							
2	İşimi yerine getirirken yaptığım faaliyetler bana anlamlı gelmektedir.							
3	Yaptığım iş bana anlamlı gelmektedir.							
4	Yaptığım işle ilgili yeteneklerim konusunda kendime güveniyorum.							
5	İşimle ilgili faaliyetleri yerine getirecek kapasiteye sahip olduğumdan eminim.							
6	İşimi yapmam için gerekli beceriler konusunda kendimi geliştirdim.							
7	İşimi nasıl yapacağımı planlamada/belirlemede önemli ölçüde özerkliğe sahibim.							
8	İşimi nasıl yürüteceğime kendim karar veririm.							
9	İşimi özgür ve bağımsız yapabilmem için önemli fırsatlar verildiğini düşünüyorum.							
10	Çalıştığım departmanda/bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde etkim büyüktür.							
11	Çalıştığım departmanda/bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde önemli ölçüde kontrol sahibiyim.							
12	Çalıştığım departmanda/bölümde gerçekleşen faaliyetler üzerinde önemli ölçüde benim sözüm geçer							

EK-5. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği

Yönerge: Aşağıdaki maddelerde mesleki uygulamalarınızla ilgili değerlendirmeler bulunmaktadır. Ne hissettiğinizi en iyi ifade eden daireyi doldurunuz. Soldaki daireler grubu görüşe katılmama derecenizi; sağdaki daireler grubu görüşe katılma derecenizi gösterir. Ortadaki daire ise kararsız olduğunuz anlamına gelir. İfadeye ilişkin hissiniz ne kadar güçlüyse merkezden o kadar uzaktaki bir daireyi doldurmanız gerekmektedir. ‘Katılmıyorum’ için sol ve ‘katılıyorum’ için sağ taraftaki daireleri doldurunuz. Ortada yer alan kararsızım dairesini mümkün olduğunca az kullanınız. Maddelere ilişkin görüşünüzü samimi olarak belirtmeniz bizim için çok önemlidir. Lütfen her maddeyi cevaplayınız. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Bu ünite:	Katılmıyorum	Katılıyorum
1 Karmaşık bakım sorunlarını çözerken diğer sağlık profesyonellerine danışmada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Hasta bakım prosedürlerini ve protokollerini değiştirme ya da uyarlamada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Hasta merkezli, bütüncül bakım vermede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Bireysel gelişim gereksinimlerimizi karşılamaya yönelik stratejileri planlamada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Yapabildiğimizin en iyisini yapmak için klinik becerileri uygulamada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Sorunları eleştirel olarak analiz etmede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ünitimizde çalışacak kişilerin belirlenmesine ilişkin verilen kararlara yardım etmede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Bakımı, sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ile birlikte planlamada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Bakım verme ile ilgili kendi aldığımız kararları uygulamada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Hastalar ile hastane dışındaki sağlık bakım hizmetleri arasında bakımı koordine etmede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Çalışmayacağımız zamanları belirlemek için müzakere etmede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Görev ve sorumluluklarımızı yerine getirmek için gereken yetkiyi kullanmada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 İhtiyaç olduğunda diğer çalışanlardan yardım istemede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Mevcut hemşirelik politika ve prosedürlerini değerlendirmede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Hemşirelik bakımının çıktılarını değerlendirmede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Bu hastanedeki hemşirelik uygulama standartlarını belirlemede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Hemşirelik bakımımızı etkin bir şekilde uygulamada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Hemşirelik bakımı sunumunda yaratıcı olmada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Çalıştığımız ünite(ler)de çalışma çizelgelerinin düzenlenmesini etkilemede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Hemşirelik uygulamalarını ve prosedürlerini uygulamaya koymada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Hemşirelik bakımı verirken karşılaşılan sorunları belirlemede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Hastaların değişen ihtiyaçlarını karşılamak için hemşirelik bakım planını yeniden düzenlemede özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Hemşirelik uygulamalarımızı geliştirmek için araştırma sonuçlarından yararlanmada özgürüz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK-6. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi

Bu ankette size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda sorular sorulmaktadır.

“Olay”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın yada sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.

“Hasta güvenliği”, sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.

BÖLÜM A: Çalıştığınız Birim (Lütfen Yazınız):

Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.					
2	Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.					
3	Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.					
4	Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.					
5	Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.					
6	Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.					
7	Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.					
8	Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.					
9	Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.					
10	Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.					
11	Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.					
12	Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.					
13	Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.					
14	Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.					
15	Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.					
16	Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.					
17	Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.					
18	Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.					

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor

Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.					
2	Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.					
3	Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.					
4	Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.					

BÖLÜM C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.					
2	Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen birşey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.					
3	Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.					
4	Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.					
5	Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.					
6	Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.					

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?					
2	Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına ne sıklıkla rapor ediliyor?					
3	Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapore diliyor?					

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

- A Mükemmel
- B Çok iyi
- C Kabul edilebilir
- D Zayıf
- E Başarısız

BÖLÜM F: Hastanemiz

Hastanemiz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastane yönetimi hasta güvenliğine artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.					
2	Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.					
3	Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.					
4	Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.					
5	Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman <u>kaybedilir</u> .					
6	Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.					
7	Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.					
8	Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor					
9	Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.					
10	Hastaları için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.					
11	Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.					

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

A
Hiç

B

1-2 olay raporu

C

3-5 olay raporu

D

6-10 olay raporu

E

11-20 olay raporu

F

21+ olay raporu

EK-7. Yatay ve Dikey Eğitim Planı

AÇIKLAMA:

- Bu araştırmada, servis sorumlu hemşirelerine (SSH) uygulanan güçlendirme programının, servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirme, uygulamalar üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algıları üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda güçlendirme programının servis sorumlu hemşirelerinin çalıştığı klinik ortama nasıl yansıdığını değerlendirmek için de, servis sorumlu hemşireleri ile birlikte çalışan servis hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
- Program içeriği toplam 2 bölümden oluşmaktadır. Güçlendirme programının 1. Bölümü olan teorik bölümde toplam 12 saatlik 5 konu yer almaktadır. Program esnasında SSH'leri ile güçlendirme, hasta güvenliği kültürü ve uygulamalar üzerinde kontrol algılarını geliştirme amaçlı vaka örnekleri, öğrenme aktiviteleri yapılacak ve kendilerine belirli zamanlar dahilinde tamamlamaları için ödevler verilecektir. Verilen her bir ödev kendi servislerinde var olan sorunların çözümü ve/veya uygulamaların iyileştirilmesine yönelik aktiviteleri kapsayacaktır. Bu öğrenme aktivitelerine SSH'lerin birlikte çalıştıkları hemşireleri de dahil etmesi beklenecektir.
- Programın teorik bölümünde; SSH'lerden klinikte yaşanan hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili gerçek problemler yazılı olarak toplanacak ve 2.bölüm olan grup çalışmasında ele alınmak üzere araştırmacı tarafından gruplandırılacaktır. Grup çalışmalarının sayısı ise, gruplandırılan problemlere bağlı olarak değişecek ve toplamda 1'er saatlik 8-10 grup çalışması olacağı öngörülmektedir. Grup çalışmaları, problem çözme basamakları doğrultusunda yürütülecektir. Problem çözme sürecinin son basamağı olan "kararın uygulanması ve uygulama sonucunun değerlendirilmesi" ise grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımını değerlendiren oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir. Grup çalışmalarında problemlerin çözümü için beyin fırtınası ve balık kılçığı yöntemi kullanılacaktır.

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜ GELİŞTİRMEYE DAYALI GÜÇLENDİRME EĞİTİM PROGRAMI (SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİ İÇİN)

I. BÖLÜM: HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Tarih: 09 / 04 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç Gereç	Değerlendirme
Tanışma	İşleyiş: - Olumlu eğitim atmosferi oluşturulacak - Konuya ilgi çekilecek - Giriş yapılacak	12:00-12:15			-Gözlem
- Eğitimin amacı ve eğitim sonunda beklenen eğitim hedeflerinin gözden geçirilmesi - Karşılıklı önerilerin alınması - İstek ve beklentilerin açıklanması - Ortaklık oluşturulması ve programa katılımın onaylanması	- Katılımcı programa katılmak istediğini belirtecek, - Katılımcı program katılım sözleşmesini imzalayacak	12:15-12:20	- Amaç ve eğitim sonunda beklenen hedeflerin ve katılımcıların beklentilerinin tartışılması - Soru cevap - Anlatım	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Gözlem - Soru sorma
Hemşirelik Yönetimi Yönetim Kavramının Tanımı Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Temel İlkeleri	- Hemşirelik hizmetleri yönetimi kavramını tanımlayacak - Hemşirelik yönetiminin temel ilkelerinden en az dördünü sayabilecek - Mevcut pozisyonu için kendi hemşirelik hizmetleri yönetimi hedefini belirleyecek	12:20-12:45	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım - Öğrenme egzersizi 1:(İşletme yönetimi ve hemşirelik hizmetleri yönetimini örnekler getirerek karşılaştırma, düşüncelerini kurs kitabı üzerinde yer alan bölüme yazma ve grupta paylaşma) - Öğrenme egzersizi 2: (Kendi hemşirelik yönetimi tanımını yazınız). - Öğrenme egzersizi 3: (Şu an işyerinizde bulunduğunuz pozisyonla ilişkili olarak iki tane kendi hemşirelik hizmetleri yönetim hedefi belirleyip yazacaklar.	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Soru – cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - Esnasındaki gözlemler

ARA		12:45-13:00			
Servis Sorumlu Hemşiresinin (SSH) Görev Yetki ve Sorumlulukları	<ul style="list-style-type: none">- Servis sorumlu hemşiresinin görevlerinden en az beş tanesini sayacak- Servis sorumlu hemşiresinin yasal sorumluluklarından en az beş tanesini söyleyecek	13:00-13:20	<ul style="list-style-type: none">- Tartışma- Soru cevap- Anlatım- Ev Ödevi: (Bir servis sorumlu hemşiresi olarak yönetsel alanda karşılaştığı en büyük sorun/sorunları belirtme ve bu sorunların nedenlerini ortaya koyma)	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Kurs çalışma kitabı	<ul style="list-style-type: none">- Soru – cevap- Yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması- Esnasındaki gözlemler
Hemşirelikte Liderlik	<ul style="list-style-type: none">- Kendi liderlik tanımını yapacak- Bir yönetici olarak liderlik yaptığı durumları örneklendirebilecek	13:20-13:40	<ul style="list-style-type: none">- Tartışma- Anlatım- Öğrenme egzersizi 4 (Kendi liderlik tanımını yazma)- Ev Ödevi: 2.Kurs kitabında liderlikle ilgili çalışma soruları 1.2.3'ü yapma	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Kurs çalışma kitabı	<ul style="list-style-type: none">- Soru - cevap- Sınıf tartışması- Esnasındaki gözlemler- Liderlik yaptığı durumların değerlendirilmesi- Yazılanların Değerlendirilmesi
Kapanış		13:40-13:50		<ul style="list-style-type: none">- Soru cevap- Özetleme	<ul style="list-style-type: none">- Soru - cevap- Kavram haritası- Yaptırma

II. BÖLÜM: HEMŞİRELİKTE GÜÇ VE GÜÇLENDİRME

Tarih: 09-10 / 04 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç Gereç	Değerlendirme
Güç Kavramı	- Gücün tanımını yapacak - Hemşireleri güçlü kılan faktörlerden en az dört tanesini yazacak	14:00-14:15	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma - Öğrenme egzersizi 1 (hemşireleri güçlü kılan faktörler nelerdir yazacaklar) - Öğrenme egzersizi 2 (Gücün tanımını kendi ifadeleriyle yazacaklar)	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Soru – cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler
Güç Kaynakları - Bireysel Güç Kaynakları - Kurumsal Güç Kaynakları	- Güç kaynaklarından en az dört tanesini sayacak - Kendi gücünü ve güç kaynaklarını değerlendirebilecek	14:15-14:35	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım - Öğrenme egzersizi 4 (Güç Envanteri) - Ev Ödevi (kurs kitabının ilgili bölümünde bulunan bireysel güç kaynakları ile ilgili 4 çalışma sorusunu yapacaklar)	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Soru – cevap - Güç Envanteri değerlendirilmesi - Bireysel ve profesyonel güçlendirme aktivitelerini değerlendirme - Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler
Hemşirelikte Güç ve Güçsüzlük	- Örgütlerde güçsüzlük nedenlerinden en az beş tanesini sayacak	14:35-14:50	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım - Öğrenme egzersizi 3 (Sorumluluğunu yaptığınız serviste servis hemşirelerinin güçlü olduğunu düşünüyor musunuz? Neden? Hemşireleri güçlü kılan nedir? Yazacaklar).	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Soru – cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler

ARA		14:50-15:00			
Güçlendirme - Psikolojik Güçlendirme - Yapısal Güçlendirme	- Hemşirelikte güçlendirmenin önemini açıklayacak - Kendisi için bireysel ve profesyonel güçlendirme aktivitelerini sıralayacak	15:00-15:30	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım - Eğitimden 20 gün önce Servis sorumlu hemşirelerine uygulanan Hemşirelik İşyeri Güçlendirme ve Psikolojik Güçlendirme Ölçeklerinin uygulanması. - Ev Ödevi (kurs kitabının ilgili bölümünde bulunan güçlendirme ile ilgili 4 çalışma sorusu yapılacak)	- Data show - Kurs çalışma kitabı - Hemşirelik İşyeri Güçlendirme ve Psikolojik Güçlendirme Ölçekleri	- Soru – cevap - Servis sorumlu hemşirelerinin yapısal ve psikolojik güçlendirme puanlarının değerlendirilmesi
Servis Sorumlu Hemşiresinin Güçlendirmedeki Sorumlulukları	- Hemşireleri güçlendirmede servis sorumlu hemşiresinin görevlerini irdeleyebilecek - Birlikte çalıştığı hemşirelerin gücünü değerlendirebilecek - Önümüzdeki 15 gün içinde birlikte çalıştığı hemşireleri güçlendirmek için her birine özel en az bir güçlendirme stratejisini uygulayacak - Servis sorumlu hemşiresi güçlendirme ile ilgili aktivitelere katılmada istekli olacak	15:30 -15:45	- Tartışma - Anlatım - Beyin Fırtınası - Öğrenme egzersizi 5 (Kurs kitabında ilgili bölümdeki 1.,2.,3., çalışma sorularını yapacaklar - Ev ödevi:1. Servis sorumlu hemşireleri Hemşirelik İşyeri Güçlendirme ve Psikolojik Güçlendirme Ölçeklerini kullanarak birlikte çalıştıkları hemşirelerin yapısal ve psikolojik güç puanlarını belirleyecekler. 2.Belirlenen puanlar doğrultusunda bölüm sonunda belirtilen Yapısal ve Psikolojik güçlendirme stratejilerinden birisini birlikte çalıştıkları hemşirelere uygulayacak.	- Data show - Kurs çalışma kitabı - Hemşirelik İşyeri Güçlendirme ölçeği - Psikolojik Güçlendirme Ölçeği	- Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler - Hemşirelerin güçlendirme puanlarının değerlendirilmesi - Uygulanan güçlendirme stratejilerinin değerlendirilmesi (15 gün sonra ödevlerin tartışıldığı oturumda değerlendirilecek).
Kapanış		15:45-16:00		- Soru cevap - Özetleme	- Soru - cevap - Kavram haritası yaptırma

III.BÖLÜM: KRİTİK DÜŞÜNME – PROBLEM ÇÖZME- KARAR VERME

Tarih: 10 / 04 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç Gereç	Değerlendirme
Problem Çözme Kavramı	- Problem çözme kavramını açıklayabilecek	13:00-13:10	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım	- Data show	- Soru sorma - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
Problem Çözme Süreci	- Problem çözme sürecini açıklayabilecek - Çalışma yaşamında deneyimlediği bir problem çözme eylemlerini problem çözme süreci kapsamında değerlendirebilecek	13:10-13:25	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler - Soru sorma
Kritik Düşünme Kavramı	- Kritik düşünme kavramını açıklayabilecek	13:25 -13:35	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Soru – cevap - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
Kritik Düşünme Süreci	- Kritik düşünme sürecinin adımlarını tartışabilecek.	13:35-13:50	- Tartışma - Soru cevap - Anlatım - Öğrenme egzersizi 1. (Hemşirelik mesleği profesyonel bir meslek midir? Neden? Bu sorunun cevabını aşağıdaki kritik düşünmeye yardımcı olan sorularla bulmaya çalışın - Sorulan sorunun cevabı nedir? - Bu doğru bir soru mu? - Önce cevaplanması gereken bir başkasoru/sorular var mı? - Hangi bilgilere ihtiyaç duyuluyor? - Verilen bilgiler göz önüne alındığında, hangi sonuçlar çıkarılabilir?)	- Data show - Kurs çalışma kitabı - Yeterli sayıda üzerinde kritik düşünmeye yardımcı olan soruların bulunduğu kâğıtlar.	- Soru – cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler

ARA		13:50-14:00			
Karar Verme Kavramı	- Karar verme kavramını açıklayabilecek	14:00-14:10	- Tartışma - Anlatım - Soru-cevap	- Data show	- Soru-cevap - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
Karar Verme Süreci	- Karar verme sürecini açıklayabilecek - Kritik düşünme, problem çözme ve karar verme kavramlarını ilişkilendirebilecek	14:10-14:20	- Soru-cevap - Tartışma -Anlatım	- Data show	- Soru-cevap - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
Problem Çözme ve Karar Verme Araçları	- Problem çözme ve karar verme araçlarından en az birini örnek vakada verilen problemin çözümünde kullanabilecek. - Kendi servisinde hasta güvenliğine ilişkin en az bir problemi belirleyebilecek. - Servis sorumlu hemşiresi problem çözmeye aktivitelerine katılacak	14:20-15:00	- Tartışma - Anlatım - Öğrenme egzersizi 1 - Örnek Vaka - Grup Çalışması (Konu sonunda verilen örnek vaka ile ilgili I- Problem/problemleri beyin fırtınası ve balık kılıçığı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar. II. Verilen vakada olayın yaşanmasına neden olan: 1.Problemin Tanımlanması. 2. Probleme İlgili Bilgilerin Toplanması. 3. İstenen Sonuçların Tanımlanması 4. Çözüm Geliştirme 5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi 6. Bir Karar Verilmesi 7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması Basamaklarını kullanarak problemi çözümleyecekler. III. Olayla ilgili olarak servis sorumlu hemşiresi ve başhemşirenin davranışlarını doğru yanlış şekilde değerlendirerek nedenlerini yazacaklar. IV. Yukarıdaki vakada yaşanan olayda siz servis sorumlu hemşiresi olsaydınız olayla ilgili olarak öncesinde ve sonrasında ne/neler yaptınız? Açıklayacaklar).	-Yeterli sayıda üzerinde örnek vakanın ve vaka ile ilgili soruların bulunduğu kâğıtlar - Data show - Kurs çalışma kitabı	- Soru-cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
Kapanış		15:00-15:10		- Soru cevap - Özetleme	- Soru - cevap - Kavram haritası yaptırma

IV.BÖLÜM: HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÜZERİNDE KONTROL

Tarih: 11 / 04 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Kavramı	<ul style="list-style-type: none">- Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol kavramını tanımlayacak- Kendisinin ve servisinde çalışan hemşirelerin uygulamalar üzerinde kontrollerini değerlendirebilecek.	14:05-14:20	<ul style="list-style-type: none">- Tartışma- Soru cevap- Anlatım- Eğitimden 20 gün önce servis sorumlu hemşirelerine “ Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol Anketi”nin uygulanması- Öğrenme egzersizi 1 (Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol kavramının tanımını yazacaklar.- Öğrenme egzersizi 2 (Çalıştığımız kurumda hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrolünüzün olduğunu düşünüyor musunuz? Cevabınız evetse hangi uygulamalarda ve nasıl kontrolünüz var? Cevabını kurs kitabına yazacaklar)	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Kurs çalışma kitabı- Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol Anketi	<ul style="list-style-type: none">- Soru – cevap- Yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler- Anket sonuçlarının değerlendirilmesi
Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve Özerklik - Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve Özerklik ile İlgili Yapılan Çalışmalar	<ul style="list-style-type: none">- Hemşirelikte özerklik kavramını açıklayacak- Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve özerklik kavramları arasındaki farkı ifade edebilecek- Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrolün hemşirelik uygulamalarına katkısını tartışabilecek- Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrolün hemşirelik uygulamalarına yansımalarını değerlendirecek	14:20-14:45	<ul style="list-style-type: none">- Tartışma- Soru cevap- Anlatım- Öğrenme egzersizi 3 (Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol 'ün hemşirelik bakımına etkisi nelerdir? yazacaklar. (Hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrolün sağlık kuruluşlarına ve hastalara etkisi nelerdir? yazacaklar) <p>Ev Ödevi: Konu ile ilgili 1.,2., 3.,soruların cevaplarını kurs kitabına yazacaklar</p>	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Kurs çalışma kitabı	<ul style="list-style-type: none">- Gözlem- Soru sorma- Yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler

ARA		14:45-15:00			
Hemşirelerin, Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Sahibi Olmasında Servis Sorumlu Hemşiresinin Sorumlulukları	<ul style="list-style-type: none"> - Hemşirelerin, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol sahibi olmasında servis sorumlu hemşirelerinin sorumluluklarını açıklayacak - Servis sorumlu hemşiresi hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol kavramını ile ilgili tartışmalara katılacak - Servisinde çalışan hemşirelerin uygulamalar üzerinde kontrollerini artıracak en az bir stratejiyi uygulayacak 	15:00-15:30	<ul style="list-style-type: none"> - Tartışma - Soru cevap - Anlatım - Ev ödevi: (Servis sorumlu hemşiresi servisinde çalışan hemşirelerin uygulamalar üzerinde kontrollerini artıracak en az bir stratejiyi belirleyip 15 gün içinde uygulayacak. Yapılanları 15 gün sonra yazılı olarak teslim edecek). 	<ul style="list-style-type: none"> - Data show - Kurs çalışma kitabı 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru – cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler
Kapanış		15:30-15:45		<ul style="list-style-type: none"> - Soru cevap - Özetleme 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru - cevap - Kavram haritası yapdırma

V.BÖLÜM: HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Tarih: 11 / 04 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
Hasta Güvenliği Kavramı	- Hasta güvenliği kavramını tanımlayabilecek	13:00-13:15	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma - Öğrenme egzersizi 1 (kurs kitabının ilgili bölümünde bulunan çalışma sorularını yanıtlayacaklar)	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Soru sorma - yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
Hastaneler İçin Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri - Hastaları doğru tanımlamak - Personel iletişiminin iyileştirilmesi - Güvenli ilaç kullanımı - Güvenlik alarmlarının kullanılması - Enfeksiyonları önlemek - Hastanın güvenlik risklerinin belirlenmesi	- Hastaneler için uluslararası hasta güvenliği hedeflerini tartışabilecek - Kendi servisini hasta güvenliği hedefleri açısından değerlendirebilecek.	13:15-13:40	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma - Öğrenme egzersizi 2 (kurs kitabının ilgili bölümünde bulunan çalışma sorularını yanıtlayacaklar)	- Data show - Kurs çalışma kitabı	- Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler - Soru sorma - Yazılanların değerlendirilmesi
ARA		13:45- 13:55			
Hasta Güvenliği Kültürü	- Hasta güvenliği kültürü tanımını yapabilecek - Kendisi ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanını değerlendirebilecek	13:55-14:30	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma - Öğrenme egzersizi 3 (kurs kitabının ilgili bölümünde bulunan çalışma sorularını yanıtlayacaklar) - Eğitimden 20 gün önce servis sorumlu hemşireleri ve birlikte çalıştıkları servis hemşirelerine "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" nin uygulanması	- Data show - Kurs çalışma kitabı - Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anket	- Soru – cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler - Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anket sonuçlarının değerlendirilmesi

<p>Hasta Güvenliği Kùltürü Alt Boyutları</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üniteler İçi İletişim - Hasta Güvenliğini Teşvik Edici Eylemler - Organizasyonel Öğrenme - Yönetimin Desteği - Genel Güvenlik Algıları - Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim - İletişimde Açıklık - Raporlanan Olayların Sıklığı - Üniteler Arası Takım Çalışması - Personel - Hasta Teslimleri - Hatalara Karşı Suçlama 	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta güvenliği kùltürü alt bileşenlerinden en az 5 tanesini açıklayabilecek - Kendi servisini hasta güvenliği kùltürünün alt bileşenleri açısından değerlendirebilecek. 	<p>14:30-15:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soru cevap - Anlatım - Tartışma - Öğrenme egzersizi 4 (kurs kitabının ilgili bölümünde bulunan çalışma sorularını yanıtlayacaklar) 	<ul style="list-style-type: none"> - Data show - Kurs çalışma kitabı 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru – cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
<p>ARA</p>		<p>15:00 – 15:10</p>			
<p>Etkin Bir Hasta Güvenliği Kùltürünün Oluşturulmasında Servis Sorumlu Hemşiresinin Sorumlulukları</p> <ul style="list-style-type: none"> - Türkiye’de Hasta Güvenliği ile İlgili Yasal Düzenlemeler ve Hemşirelerin Sorumlulukları 	<ul style="list-style-type: none"> - Etkin bir hasta güvenliği kùltürünün oluşturulmasında servis sorumlu hemşirelerinin sorumluluklarını sayabilecek - Hasta güvenliği ile ilgili yasal düzenlemelerde hemşirelerin sorumluluklarını sayabilecek - Hasta güvenliği ile ilgili yasal düzenlemelerin yaptırımlarını söyleyecek 	<p>15:10-15:45</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soru cevap - Anlatım - Tartışma 	<ul style="list-style-type: none"> - Data show - Kurs çalışma kitabı 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru sorma - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler

ARA		15:45 - 16:00			
Dünya’da ve Türkiye’de Hasta Güvenliği Uygulamaları	- Türkiye’de uygulanan hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirebilecek	16:00 – 16:15	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma	- Data show	- Soru sorma - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
Hasta Güvenliği ile İlgili Örnek Vaka	- Hasta güvenliği ile ilgili verilen vaka sorularının hepsini cevaplayacaklar	16:15- 16:45	- Ev ödevi: (kurs kitabının ilgili bölümünde bulunan çalışma sorularını yanıtlayacaklar) - Öğrenme egzersizi 5 Örnek Vaka (1.Örnek vakada hasta güvenliğine ilişkin problem ya da problemler nelerdir? yazacaklar. 2.Vakadaki problemlerle ilgili hangi hasta güvenliği önlemleri alınmamıştır? Yazacaklar 3. Vakadaki problemlerin tekrar etmemesi için alınması gereken önlemler nelerdir? yazacaklar. 4.Vakadaki durumla ilgili bildirim yapmak gerekir mi? Gerekirse kime nasıl? yazacaklar.)		
Kapanış	- Kendi kliniklerinde yaşadıkları hasta güvenliği kültürü oluşturmaya ilişkin en az bir problemi belirleyebilecek - Yazılı olarak araştırmacıya 3 gün içinde teslim edecek	15:20-16:40	- Özetleme - Soru cevap - Anlatım - Ev ödevi: (Hasta güvenliği kültürü ile ilgili problemin belirlenmesi)	- Soru cevap - Özetleme	- Soru - cevap - Kavram haritası yaptırma

Ara toplantı

Tarih: 03 / 05 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
Aktivite Ödevlerinin Tartışılması	- Bölüm I,II, III'ün ödevlerle pekiştirilmesi	13:00-13:45	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma	- Kurs Kitabı	- Soru-cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
ARA		13:45-14:00			
Aktivite Ödevlerinin Tartışılması	- Bölüm IV ve V'in ödevlerle pekiştirilmesi	14:00 - 14:45	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma	- Kurs Kitabı	- Soru-cevap - Yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - esnasındaki gözlemler
ARA		14:45 - 15:00			
TOPLANTI: Hasta Güvenliğine İlişkin Gruplandırılan Problemlerin Yazılı Olarak SSH'lerine İletilmesi	-Her bir SSH'si kendi servisi ile ilgili gruplandırılmış bir problemi problem çözme formu üzerinde nasıl çözeceğini anladığını ifade edecek.	15:00 - 15:45	- Soru cevap - Anlatım - Tartışma - Ev ödevi: 15 gün sonra grup çalışmalarında görüşülmek üzere her bir SSH'si kendi servisi ile ilgili araştırmacı tarafından gruplandırılmış olan bir problemi problem çözme formu üzerinde birlikte çalıştıkları servis hemşireleri ile birlikte karar verme basamağında dahil olmak üzere çözümlenecekler.	- Data show - Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıcı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu.	- Soru-cevap - Problem çözme formunun incelenmesi

Grup Çalışması ile Problem Çözümü

Tarih: 24 / 05 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
1.Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none">- Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek.- Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıcı diyaframına yerleştirebilecek- Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek- Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak.	13:00-13:45	<ul style="list-style-type: none">- Soru cevap- Anlatım- Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar.2. Probleme İlgili Bilgilerin Toplanması3. İstenen Sonuçların Tanımlanması4. Çözüm Geliştirme5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi6. Bir Karar Verilmesi7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımaları değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.)	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıcı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu.	<ul style="list-style-type: none">- Soru-cevap- Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler

ARA		13:45-14:00			
2. Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none"> - Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek. - Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıcı diyaframına yerleştirebilecek - Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek - Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak. 	14:00-14:45	<ul style="list-style-type: none"> - Soru cevap - Anlatım - Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar. 2. Problemlerle İlgili Bilgilerin Toplanması 3. İstenen Sonuçların Tanımlanması 4. Çözüm Geliştirme 5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi 6. Bir Karar Verilmesi 7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımalarını değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Data show - Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıcı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap -Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması esasındaki gözlemler
Kapanış (Grup çalışmasının sonlandırılması, Görüş ve önerilerin alınması)		14:45-15:00	<ul style="list-style-type: none"> - Özetleme 	<ul style="list-style-type: none"> - Problem Çözme Formu 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap - Kavram haritası yaptırma

Grup Çalışması ile Problem Çözümü

Tarih: 24 / 05/ 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
3. Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none">- Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek.- Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıçığı diyaframına yerleştirebilecek- Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek- Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak.	13:00-13:45	<ul style="list-style-type: none">- Soru cevap- Anlatım- Tartışma GRUP ÇALIŞMASI <ol style="list-style-type: none">1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıçığı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar.2. Probleme İlgili Bilgilerin Toplanması3. İstenen Sonuçların Tanımlanması4. Çözüm Geliştirme5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi6. Bir Karar Verilmesi7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımaları değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.)	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıçığı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu.	<ul style="list-style-type: none">- Soru-cevap- Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler

ARA		13:45-14:00			
4. Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none"> - Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek. - Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıcı diyaframına yerleştirebilecek - Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek - Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak. 	14:00-14:45	<ul style="list-style-type: none"> - Soru cevap - Anlatım - Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar. 2. Probleme İlgili Bilgilerin Toplanması 3. İstenen Sonuçların Tanımlanması 4. Çözüm Geliştirme 5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi 6. Bir Karar Verilmesi 7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımaları değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Data show - Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıcı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap - Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - Esnasındaki gözlemler
Kapanış (Grup çalışmasının sonlandırılması, Görüş ve önerilerin alınması)		14:45-15:00	- Özetleme	- Problem Çözme Formu	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap - Kavram haritası - Yaptırma

Grup Çalışması ile Problem Çözümü

Tarih: 24 -25 / 05 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
5.Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none">- Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek.- Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıcı diyaframına yerleştirebilecek- Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek- Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak.	13:00-13:45	<ul style="list-style-type: none">- Soru cevap- Anlatım- Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar.2. Probleme İlgili Bilgilerin Toplanması3. İstenen Sonuçların Tanımlanması4. Çözüm Geliştirme5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi6. Bir Karar Verilmesi7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımaları değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.)	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıcı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu.	<ul style="list-style-type: none">- Soru-cevap- Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması- esnasındaki gözlemler

ARA		13:45-14:00			
6. Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none"> - Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek. - Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıcı diyaframına yerleştirebilecek - Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek - Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak. 	14:00-14:45	<ul style="list-style-type: none"> - Soru cevap - Anlatım - Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar. 2. Problemlerle İlgili Bilgilerin Toplanması 3. İstenen Sonuçların Tanımlanması 4. Çözüm Geliştirme 5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi 6. Bir Karar Verilmesi 7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımalarını değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Data show - Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıcı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap - Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - Esnasındaki gözlemler
Kapanış (Grup çalışmasının sonlandırılması, Görüş ve önerilerin alınması)		14:45-15:00	<ul style="list-style-type: none"> - Özetleme 	<ul style="list-style-type: none"> - Problem Çözme Formu 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap - Kavram haritası - Yaptırma

Grup Çalışması ile Problem Çözümü

Tarih: 25/05 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
7.Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none">- Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek.- Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıçığı diyaframına yerleştirebilecek- Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek- Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak.	13:00-13:45	<ul style="list-style-type: none">- Soru cevap- Anlatım- Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıçığı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar.2. Probleme İlgili Bilgilerin Toplanması3. İstenen Sonuçların Tanımlanması4. Çözüm Geliştirme5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi6. Bir Karar Verilmesi7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve her bir sorunun çözümünün uygulamaya yansımaları değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.)	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıçığı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu.	<ul style="list-style-type: none">- Soru-cevap- Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler

ARA		13:45-14:00			
8. Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none"> - Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek. - Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıcı diyaframına yerleştirebilecek - Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek - Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak. 	14:00-14:45	<ul style="list-style-type: none"> - Soru cevap - Anlatım - Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar. 2. Problemlerle İlgili Bilgilerin Toplanması 3. İstenen Sonuçların Tanımlanması 4. Çözüm Geliştirme 5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi 6. Bir Karar Verilmesi 7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımalarını değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Data show - Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıcı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap - Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi - Sınıf tartışması - Esnasındaki gözlemler
Kapanış (Grup çalışmasının sonlandırılması, Görüş ve önerilerin alınması)		14:45-15:00	<ul style="list-style-type: none"> - Özetleme 	<ul style="list-style-type: none"> - Problem Çözme Formu 	<ul style="list-style-type: none"> - Soru-cevap - Kavram haritası - Yaptırma

Grup Çalışması ile Problem Çözümü

Tarih: 25 / 05 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
7.Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi	<ul style="list-style-type: none">- Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek.- Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıçığı diyaframına yerleştirebilecek- Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek- Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak.	13:00-13:45	<ul style="list-style-type: none">- Soru cevap- Anlatım- Tartışma <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıçığı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar.2. Probleme İlgili Bilgilerin Toplanması3. İstenen Sonuçların Tanımlanması4. Çözüm Geliştirme5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi6. Bir Karar Verilmesi7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve her bir sorunun çözümünün uygulamaya yansımaları değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.)	<ul style="list-style-type: none">- Data show- Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıçığı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu.	<ul style="list-style-type: none">- Soru-cevap- Problem çözme formundaki yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler

<p>ARA</p> <p>8. Hasta Güvenliğine İlişkin Belirlenen Problemlerin Grup Çalışması ile Çözülmesi</p>	<p>-Servis sorumlu hemşiresi, servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik problemi ifade edebilecek.</p> <p>- Servis sorumlu hemşireleri belirlediği problemin nedenlerini balık kılıçığı diyaframına yerleştirebilecek</p> <p>- Problem çözme basamaklarının kullanarak problemin çözümüne yönelik kararını açıklayabilecek</p> <p>- Servisinde belirlemiş olduğu hasta güvenliği kültürüne ilişkin problemin çözümüne yönelik çalışmasını tamamlayacak.</p>	<p>13:45-14:00</p> <p>14:00-14:45</p>	<p>- Soru cevap - Anlatım - Tartışma</p> <p>GRUP ÇALIŞMASI</p> <p>1. Problemin Tanımlanması: Beyin fırtınası ve balık kılıçığı yöntemi kullanarak problemin nedenlerini ve alt nedenlerini tanımlayacaklar.</p> <p>2. Problemlerle İlgili Bilgilerin Toplanması</p> <p>3. İstenen Sonuçların Tanımlanması</p> <p>4. Çözüm Geliştirme</p> <p>5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi</p> <p>6. Bir Karar Verilmesi</p> <p>7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (bu basamak, grup çalışmalarını takiben gerçekleştirilecek olan ve herbir sorunun çözümünün uygulamaya yansımalarını değerlendiren son oturumda gerçekleştirilecektir. Bu oturumda SSH'lerden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenecektir.)</p>	<p>- Data show - Üzerinde her bir problemin başlığı ve probleme yönelik nedenlerin belirlenebileceği balık kılıçığı diyaframı ve problem çözme basamaklarının bulunduğu yeterli sayıda problem çözme formu.</p>	<p>- Soru-cevap formundaki yazılanların değerlendirilmesi</p> <p>- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler</p>
<p>Kapanış (Grup çalışmasının sonlandırılması, Görüş ve önerilerin alınması)</p>		<p>14:45-15:00</p>	<p>- Özetleme</p>	<p>-Problem Çözme Formu</p>	<p>- Soru-cevap</p> <p>- Kavram haritası yaptırma</p>

Tarih: 11 /06 / 2018

Konu Başlığı	Eğitim Hedefleri	Süre	Öğretim Yöntem ve Teknikleri	Kullanılan Araç gereç	Değerlendirme
7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması	<ul style="list-style-type: none">- Servis sorumlu hemşireleri, problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini grupla paylaşacaklar- Servis sorumlu hemşireleri, problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren değerlendirmelerini grupla paylaşacaklar	14:00-16:00	<ul style="list-style-type: none">- Soru cevap- Anlatım- Tartışma- Grup Çalışması	- Problem çözme formu	<ul style="list-style-type: none">- Soru-cevap- Yazılanların değerlendirilmesi- Sınıf tartışması esnasındaki gözlemler- Deneyim ve değerlendirmelerin grupla paylaşılması

EK-8. Servis Sorumlu Hemşireleri Güçlendirme Eğitim Programı Çalışma Kitabı

İlgili kitap ekteki CD de sunulmuştur.

EK-9. Teorik Eğitim Programı

Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmeye Dayalı Güçlendirme Eğitimi Programı

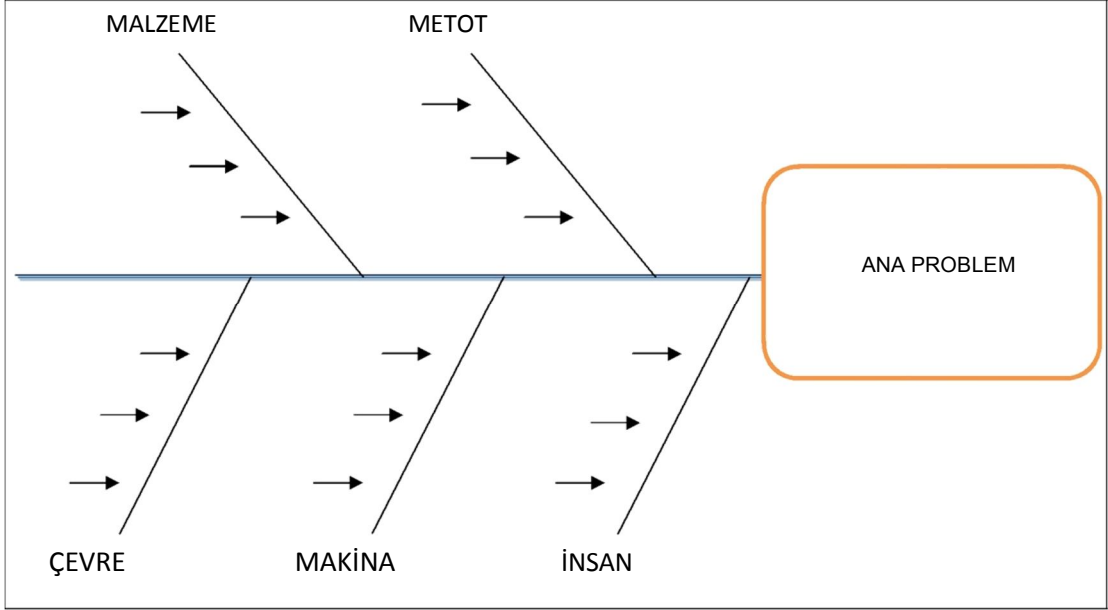
Konu Başlığı	Süre	Konuyu Anlatan
9 Nisan Pazartesi 2018		
AÇILIŞ	12:30 - 12:40	
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ	12:40 – 14:10	Uzm. Hem. Ayşegül YILMAZ
ARA	14:10 – 14:20	
HEMŞİRELİKTE GÜÇ VE GÜÇLENDİRME (PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME)	14:20 – 16:00	Yrd. Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ
10 Nisan Salı 2018		
HEMŞİRELİKTE GÜÇ VE GÜÇLENDİRME (YAPISAL GÜÇLENDİRME, GÜÇ KAYNAKLARI)	12:30 – 14:20	Dr. Seher Başaran AÇIL
ARA	14:20 - 14:30	
KRİTİK DÜŞÜNME - PROBLEM ÇÖZME - KARAR VERME	14:30 - 16:15	Doç. Dr. Sergül DUYGULU
11 Nisan Çarşamba 2018		
HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÜZERİNDE KONTROL	10:00 – 12:00	Arş. Gör. Öznur İSPİR
YEMEK	12:00-13:00	
HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	13:00 - 16:30	Uzm. Hem. Ayşegül YILMAZ

EK-10. Eğitim Sürecini Değerlendirme Formu

SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ GÜÇLENDİRME PROGRAMI		EĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU		
Sayın katılımcı; Aşağıda yer alan Anket Formu, SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ GÜÇLENDİRME PROGRAMI kapsamında verilen eğitimlerin etkinliğinin ölçülmesi amacıyla uygulanmaktadır. Anket formunda seçenekler "1 ile 3" arasında olup, en uygun olduğu düşünülen seçeneğin işaretlenmesi gerekmektedir. Ankete katılımınız için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.				
Tarih: 09-10-11.04.2018	1- Evet	2- Kısmen	3- Hayır	
Eğitimin içeriği eğitime uygun ve yeterli miydi?				
Eğitim yöntemi ve tekniği, konunun anlaşılabilirliği açısından uygun muydu?				
Eğitim materyalleri (araç/gereç/dokümanlar) yeterli miydi?				
Eğitim ortamı eğitime uygun muydu?				
Eğitimcinin teorik bilgisi ve konuya hakimiyeti tam mıydı?				
Eğitimci zamanı etkin ve verimli şekilde kullandı mı?				
Eğitimci konuları açık, anlaşılır ve seviyenize uygun işledi mi?				
Eğitimci tüm katılımcıların eğitimine aktif katılımını sağlayabildi mi?				
Eğitimci sunumlarda görsel ve işitsel araçları etkin kullanıyor mu?				
Eğitimci sorulan sorulara açıklayıcı ve tatmin edici cevaplar verebiliyor mu?				
Eğitim, mesleki gelişiminize olumlu katkılar sağladı mı?				
Eğitim, kişisel gelişiminize olumlu katkı sağladı mı?				
Eğitim, yeni bilgi ve beceriler kazandırdı mı?				
Eğitim, motivasyonunuzu artırdı mı?				
Eğitim, kurumumda uygulayabileceğim yeni bilgi ve beceriler kazandırdı mı?				
Eğitim, meslektaşlarınızla paylaşabileceğiniz yeni mesleki bilgi ve beceriler kazandırdı mı?				
Eğitim, konuya olan ilginizi arttırdı mı?				
Eğitimi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? Çok İyi İyi Orta Kötü Çok Kötü				
Görüş ve Önerileriniz:				

KATILIMINIZ, GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK-11. Problem Çözme Formu



1. Problemin Tanımlanması (Problemin ayrıntılı bir şekilde ortaya konulması aşamasıdır.)
2. Problemle İlgili Bilgilerin Toplanması (Problemle ilgili bütün veriler doğru bir şekilde toplanarak elde edilmelidir. Daha sonra verilerden elde edilen bilgiler, analiz edilmeli, gruplandırılmalı, gereksiz bilgiler ayıklanmalıdır.)
3. İstenen Sonuçların Tanımlanması (Problem belirlendikten sonra, neler yapılacak, hangi eylemlerde bulunulacak ve eylemler sonucunda hangi örgütsel ya da bireysel çıktılar elde edilecek bunun belirlenmesi.)
4. Çözüm Geliştirme (Beyin fırtınası, delphi tekniği, nominal grup tekniği, kök neden analizi vb. kullanılabilir. Birden fazla çözüm seçeneği belirlenebilir, uygulama sonrasında başarısız olunursa diğer çözüm yollarından “B planı veya yedek plan” uygulanmasına geçilebilir.)
5. Sonuçların Gözden Geçirilmesi (Çözüm seçeneğinin sonuçları listelenmeli ve sonrasında kritik düşünme stratejisi kullanılmalıdır.)
6. Bir Karar Verilmesi (Seçenekler arasında puanlama yaparak en yüksek puan alan seçenek karar olarak uygulanabilir.)
7. Çözümün Değerlendirilmesi ve Uygulanması (Haziran ayı ilk haftası ve Eylül ayı ilk haftası)

EK-12. Güçlendirme Programı Grup Çalışmaları Raporu

Hasta güvenliği kültürü geliştirmeye yönelik gerçekleştirilen grup çalışmaları; hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili gerçekte yaşadığı problemlere çözüm getirilmesi, bu esnada problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ile servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirilmesi, hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrollerinin artırılması ve dolayısıyla servis sorumlu hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili kültür algılarında ve yönetim becerilerinde gelişme olması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Yine bu programın uygulanmasından sonra güçlenmiş servis sorumlu hemşireleriyle birlikte çalışan servis hemşirelerinin de hasta güvenliği kültürü algılarında artma beklenmektedir.

Grup çalışmalarında; 9 oturumda 9 tane problem çözümü yapılmıştır. Her bir oturum 1-1.5 saat sürmüştür. Her bir oturumda bir problem irdelenerek çözüm seçenekleri üretilmiştir. Grup çalışmaları esnasında servis sorumlu hemşireleri, problem irdeleme ve çözümde beyin fırtınası ve balık kılıcı yöntemi kullanmışlardır. Grup çalışmaları, problem çözme basamakları doğrultusunda araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Problem çözme sürecinin son basamağı olan “kararın uygulanması ve uygulama sonucunun değerlendirilmesi” ise grup çalışmalarını takiben 11.06.2018 ve 02.10.2018 tarihlerinde gerçekleştirilecektir. Bu oturumlarda SSH’lerinden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupta paylaşmaları istenecektir.

I. OTURUM

Tarih: 24.05.2018 **saat:**10:00-11:15

Problem: Sürekli olarak tıbbi ve sarf malzeme eksiliğinin yaşanması

Grup Üyeleri:

- Bebek Ünitesi
- Dahiliye Servisi
- Yenidoğan YB 2C
- KBB+ Ortopedi

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Grup lideri, satın alma biriminden sorumlu idari hizmetler başkan yardımcısı, başhekim yardımcısı, satın alma birim sorumlusu ve grup üyeleri ile birlikte bir toplantı düzenleyecektir. Toplantıda aşağıdaki maddeler görüşülecektir:
 - İhale komisyonunun kurulması ve bu komisyonda en az bir hemşire yöneticisinin bulunması, komisyonun etkin çalışması
 - Ana depoda kritik seviyeler yeniden belirlenmesi ve bu seviye dikkate alınarak ihaleye çıkılması,
 - Şartnameyi servis sorumlu hemşirelerinin imzalamaması ile ilgili gerekli çalışmaların yapılması,
 - Acil durumlarda kullanılan malzemelerin kliniklerde fazla sayıda bulunması, gibi maddeler görüşülecek.

II. OTURUM

Tarih: 24.05.2018 **saat:**11:15-12:30

Problem: Hemşire eksikliği

Grup Üyeleri:

- Psikiyatri
- Kemoterapi
- Kadın Doğum Cerrahisi
- Çocuk YB 2B
- Onkoloji

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Hastane içi hemşire sirkülasyonunun önlenmesi için
 - İşe yeni başlayan hemşirelerin çalışma yılı, daha önceki çalıştığı kliniği, deneyimi göz önüne alınmalı
 - Özellikle olmayan fakat iş yükü ağır birimlerde (örn: onkoloji gb.) döner sermayeden %20 pay verilmesi için bakım hizmetleri müdürü ve yardımcıları ile bir toplantı düzenlenecek ve çözümler yazılı olarak görüşülecek.

- Bütün servis sorumlu hemşireleri yeni gelen hemşirelere klinik oryantasyon programı hazırlayacak ve uygulayacak,
- Çalışma listeleri hazırlanırken her bir vardiyada bir lisans, bir lise ve bir destek personeli olmasına özen gösterilecek,

III. OTURUM

Tarih: 24.05.2018 **saat:**13:00-14:15

Problem: Temizlik ve destek personellerinin yetersiz, eğitimsiz olması ve bu personellerin sık sık değişmesi.

Grup Üyeleri:

- Genel Cerrahi
- Vip
- Göğüs+Göz
- Kardiyoloji+KVC
- Plastik Cerr.+Göğüs Cerr.+Beyin Cerr.

Problemın özümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Özel birim sorumlusu, idari hizmetler müdürü, bakım hizmetleri müdürü ve bütün sorumlularla birlikte bir toplantı düzenlenecek,
- Toplantıda problemler yazılı olarak bildirilecek ve aşağıdaki konular görüşülecek,
 - İşe alınan temizlik ve destek personellerine ayrı ayrı yapacakları işle uyumlu olarak sürekli eğitim verilmesi,
 - Her bir birime ayrı ayrı bir destek ve bir temizlik elemanının sağlanması için yeniden personel planlamasının yapılması,
 - Birimler arasında personellerin değiştirilmemesi, personeller sabit bir klinikte sürekli olarak alışması,
 - Yoğun ve kritik birimlerde 24 saat sürekli temizlik ve destek personellerinin bulunması

Servis sorumlu hemşireleri personel eksikliğinden dolayı oluşan problemlerde yazılı tutanak tutarak özel birim sorumlusuna ya da bir üst yöneticisine verecektir.

IV. OTURUM

Tarih: 24.05.2018 **saat:**14:30-16:00

Problem: Hataların raporlanmasında ve bildirilmesindeki eksiklikler

Grup Üyeleri:

- KVC YB
- Yenidoğan YB 3C
- Çocuk YB 3B
- Nöroloji
- Çocuk Acil

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Hata bildirimlerindeki sorunların çözümü ve karar birliği için kalite birimi, eğitim birimi, bakım hizmetleri müdür ve yardımcıları ve grup üyeleri ile birlikte bir toplantı düzenlenecek,
- Bu toplantıda aşağıdaki konular yazılı olarak görüşülecektir:
 - Kalite biriminin hata bildirimleriyle ilgili olarak kliniklere geri bildirim yapmaması,
 - Kalitenin konuya yeterli özeni göstermesi ve konunun önemini bütün hastane çalışanlarına bildirmesi,
 - Çalışan algılarının değiştirilmesi ve konuyu yeteri kadar önemsemeleri için, hastane genelinde bir eğitim düzenlenmesi,
 - Bu eğitimlerde; hata bildirimlerinin önemi, sistemin tanıtılması, hata bildirimlerinin gizliliği ve bildirim yapan kişinin gizli kalacağı ve cezalandırılmayacağı aksine ödüllendirileceği vurgulanacak
 - 6 aylık dönemlerde en çok bildirim yapan kliniğe döner sermayeden %20 fazla verilerek ödüllendirme yapılması,
 - Kliniklere yeni başlayan hemşirelere genel ve klinik uyum eğitimlerinde mutlaka hata bildirim sistemi ve hata bildirimleri ile ilgili eğitim verilmesi,

- Her bir servis sorumlu hemşiresi hata bildirimlerini önemseyecek ve hata bildirimi olduğunda kalite birimimi ile iletişime geçerek düzeltici faaliyette bulunacak.

V. OTURUM

Tarih: 25.05.2018 **saat:**09:00-10:15

Problem: Yoğun bakımlarda hastaları gözlemlenmedeki zorluklar ve hasta düşmelerinin yaşanması

Grup Üyeleri:

- Reaminasyon YB T1
- Reaminasyon YB T2
- Göğüs YB
- Nöroloji YB

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- İki odanın arasında koridora açılan cam duvar önündeki ara bilgisayar ve monitör sayılarının artırılması için ilgili birimlerle görüşülmesi
- Yoğun bakımlarda hastaların sürekli olarak yakından izlenebilmesi için hemşireler 8'er saatlik şiflerde çalışmalı. Bunun için çalışma saatlerinin ayarlanabilmesi için sorumlu hemşireler ön çalışma yapacaklardır. (Kaç hemşire gerekli, gece 24 de çıkan hemşirenin evine ulaşımı vs.).
- Yatak başlarının yükseklikleri yeterli değil bu nedenle hasta düşmeleri de çok olmakta o nedenle hasta yatak kenarlıklarının daha da yükselecek şekilde yeniden yapılması. Bunun için öncelikle bakım hizmetleri müdürleri ile görüşülmesi ve daha sonra diğer birimlerle görüşülmesi ve yeni yatak başlıklarının yapılması.

VI. OTURUM

Tarih: 25.05.2018 **saat:**10:30-12:00

Problem: Eczaneden ilaçların güvenli bir şekilde gelmemesi (miadı dolmuş, ilaçların hastalara özel gelmemesi, tablet isim ve tarihlerinin okunmaması).

Grup Üyeleri:

- Palyatif
- Çocuk Endokrin
- Çocuk Cerrahisi
- Fizik Tedavi
- LDRP Doğum Salonu

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Bu problemlerin çözümüyle ilgili olarak hastane yönetimi bir komisyon oluşturmuş. Bu komisyonda fizik tedavi sorumlu hemşiresi de bulunmaktadır. Komisyondan çıkan kararlar aşağıdaki gibidir:
 - Eczanenin bölünerek her bir kuleye bir eczane olacak şekilde toplamda 4 tane eczane kurulması,
 - Tabletlere etiketleme cihazının alınması,
 - Eczane teknikeri istenmesi,
 - İlaçların geri iadesi için bilgisayar sisteminin yeniden gözden geçirilmesi,
 - Doktor orderlarının direkt eczane sistemine düşmesi,
- Komisyon tarafından alınan kararlar grup tarafından takip edilecek
- İlaç hataları mutlaka hata bildirim sistemine girilecek
- İlaç hataları servis sorumlu hemşiresi ve kalite birimi ile incelenip çalışanlara geri bildirim verilecek,

VII. OTURUM

Tarih: 25.05.2018 **saat:**12:30-13:45

Problem: Hekim ve hemşire görevlerinde karışıklık. (Hemşirelerin Dr. Orderı yazması, tetkik istemesi, shealth çekmesi).

Grup Üyeleri:

- Koroner YB.
- Jinokoloji Onkoloji
- Anjiyo
- Dahiliye Yoğun Bakım

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Bütün sorumlu hemşireler ve servis hemşireleri kesinlikle doktor orderı yazmayacak. Bununla ilgili bütün kliniklere bakım hizmetleri müdürlüğü tarafından resmi yazı gönderilmesi için görüşülecek,
- Kan istemi, narkotik ilaç istemini sistemden hekim yapacak, hemşire hekimin şifresiyle sisteme giriş yapmayacak,
- Hastane yönetim şeması yönetimden istenecek ve şema bütün kliniklere servis sorumlu hemşireleri tarafından asılacak,
- Servis sorumlu hemşireleri kendi klinikleri ile ilgili 2010 hemşirelik yönetmeliğindeki görev tanımlarını yazılı olarak panoya asacaklar,
- Eğitim birimi ile görüşülerek, görev tanımları ve yasal mevzuatla ilgili eğitim düzenlenecek,

VIII. OTURUM

Tarih: 25.05.2018 **saat:**14:00-15:00

Problem: Gereğinden fazla sayıda hasta kabul edilmesi

Grup Üyeleri:

- Günübirlik Anjiyo

- Yetişkin Acil
- Poliklinik T1
- Poliklinik T2

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Kaliteli ve güvenli bir bakım için polikliniklerde muayene edilen günlük hasta sayısının sınırlandırılması için grup üyeleri bir rapor hazırlayacak ve yönetime sunacaklar,

VIV. OTURUM

Tarih: 24.05.2018 **saat:**15:10-16:15

Problem: Ameliyat listelerinin önceden belirlenmemesi

Grup Üyeleri:

- Genel Ameliyathane 1
- Genel Ameliyathane 2
- KVC Ameliyathane
- Kadın Doğum Ameliyathane

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Yaşanılan sorunlar hekimlere yazılı olarak gerekçeleri ve sonuçları ile birlikte yazılı rapor olarak sunulacak,
- Bu nedenle oluşan tıbbi hatalar mutlaka sistem üzerinden bildirilecek,
- Hataların nedenine yönelik düzeltme faaliyetleri mutlaka kalite birimi ile takip edilecek,
- Bilgisayar sistemi üzerinden ameliyat yapılacak hastaların isimleri görülecek şekilde yeniden bir düzenleme yapılması için bilgi işleme görüşülecek,

EK-13. Birinci Değerlendirme Toplantı Tutanağı

24-25.05.2018 tarihlerinde yapılan grup çalışmaları sonucunda problemlerin çözümüne ilişkin kararın/kararların uygulanması ve uygulama sonucunun birinci değerlendirilmesi 11.06.2018 tarihinde yapılmıştır. Bu oturumda SSH'lerinden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenmiştir.

1.Problem: Sürekli olarak tıbbi ve sarf malzeme eksiliğinin yaşanması

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Grup üyeleri öğle yemeğinde bir araya gelerek hastane genelinde konu ile ilgili yaşanan problemler neler, yaşanan sıkıntıların nedenleri neler ve bu problemlerin hastalar, hemşireler ve kuruma ne gibi zararları var, hasta güvenliğini nasıl tehdit ediyor ve bunun için neler yapılabilir ile ilgili bir sunum hazırlamayı kararlaştırmışlardır. Temmuz ortalarında sunumun hazırlanıp tamamlanması ve 20-25 temmuz tarihleri arasında satın alma biriminden sorumlu idari hizmetler başkan yardımcısı, başhekim yardımcısı, satın alma birim sorumlusu ve grup üyeleri ile birlikte bir toplantı için randevu alınacaktır.

2.Problem: Hemşire eksikliği

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Hastane hemşirelik hizmetleri yönetiminde çalışan kişilerin yoğunluğu ve bazılarının izinli olması nedeniyle toplantı tarihinin belirlenmesi için görüşme bayram tatili sonuna kalmıştır.
- Bütün servis sorumlu hemşirelerinin klinik oryantasyon programı hazırlaması için gruptan duyuru yapılmıştır. Bunun için bütün sorumlu hemşireler eğitim biriminden yardım alacaktır.
- Çalışma listeleri ile ilgili çalışma ağustos ayı içinde yapılacaktır.

3.Problem: Temizlik ve destek personellerinin yetersiz, eğitimsiz olması ve bu personellerin sık sık değişmesi.

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Toplantı için görüşölmek üzere ilgili birimler aranmıştır. Fakat özel Özel birim sorumlusunun değışikliği nedeniyle toplantı tarihinin belirlenmesi bayram sonuna kalmıştır.
- Toplantıda yazılı olarak bildirilecek “problemlerin nedenleri, gerekçeleri sonuçları, bu problemin giderilmesi için neler yapılmalıdır” başlıklarında bir sunum hazırlanıp toplantıda sunulacak. Bu sunumun oluşturulmasıyla ilgili grup üyeleri bayram sonu bir araya geleceklerdir.

4.Problem: Hataların raporlanmasında ve bildirilmesindeki eksiklikler

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Hata bildirimlerindeki sorunların nedenlerine yönelik grup üyeleri tarafından bir çalışma yapılarak 2019 Sağlık Bakanlığı Kalite Kongresine gönderilmesi ile ilgili bu çalışmada eğitim ya da Ar-Ge birimi ya da araştırmacı olacak mı? Bu çalışmada kim hangi görevi üstlenecek bayram sonu hep birlikte görüşülecek.
- Toplantı öncesi toplantıda sunulmak üzere 10 Temmuz kadar grup üyeleri ile birlikte bir sunum hazırlanması kararlaştırılmıştır.
- Hata bildirimlerindeki sorunların çözümü ve karar birliği için kalite birimi, eğitim birimi, bakım hizmetleri müdür ve yardımcıları ve grup üyeleri ile birlikte bir toplantı düzenlenecekti bu toplantının tarihi belirlenemedi. Toplantının 15 temmuz gibi yapılması düşünölmüyor. Toplantıya katılım için izinli olan kişilerin yerine o birimden görevlendirilen bir kişilerin katılımı, mümkün olduğunca bütün ilgili birimlerin olduğu bir tarihte toplantı ayarlanması kararlaştırılmıştır.

5. Problem: Yoğun bakımlarda hastaları gözlelemedeki zorluklar ve hasta düşmelerinin yaşanması

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Gruptaki bazı sorumlu hemşirelerin izinli olması nedeniyle hemşirelik hizmetleri yönetimi ile ilgili görüşmeler bayram sonuna kalmıştır. Hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün onayı alındıktan sonra diğer girişimlerde bulunulacaktır.

6. Problem: Eczaneden ilaçların güvenli bir şekilde gelmemesi (miadı dolmuş, ilaçların hastalara özel gelmemesi, tablet isim ve tarihlerinin okunmaması).

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Grup üyeleri hastane yönetimi tarafından oluşturulan eczane komisyonu ile görüşme yapmıştır. Bu komisyonun aldığı kararların uygulanması bayram sonunda yapılacaktır.

7. Problem: Hekim ve hemşire görevlerinde karışıklık.(hemşirenin Dr. Orderı yazması, tetkik istemesi, shealth çekmesi).

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararın Uygulanması

- Bütün sorumlu hemşireler ve servis hemşireleri kesinlikle doktor orderı yazmayacak. Bununla ilgili bütün kliniklere bakım hizmetleri müdürlüğü tarafından resmi yazı gönderilmesi için bayram sonu görüşülecektir.
- Hastane yönetim şeması yönetimden istenmiştir fakat yönetim grup üyelerini kalite birimine yönlendirmiştir. Kalite birimi de üzerinde çalıştıklarını daha sonra gelmelerini iletilmiştir.
- Servis sorumlu hemşireleri kendi klinikleri ile ilgili 2010 hemşirelik yönetmeliğindeki görev tanımlarını çıkartıp panolarına asmışlardır (izinli olanlar hariç),
- Eğitim birimi ile bayram sonu görüşülecektir.

8. Problem: Gereğinden fazla sayıda hasta kabul edilmesi

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Kaliteli ve güvenli bir bakım için polikliniklerde muayene edilen günlük hasta sayısının sınırlandırılması için grup üyeleri bir rapor taslağını oluşturmuşlardır. Rapor 15 Temmuz gibi tamamlanacak ve yönetime sunulacaktır.

9. Problem: Ameliyat listelerinin önceden belirlenmemesi

Problemın Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Kalite birimiyle görüşülüp ameliyathaneden hata bildiri yapılmış mı? Öğrenildi. Yaşanılan sorunların hekimlere yazılı olarak gerekçeleri ve sonuçları ile birlikte rapor taslağı oluşturulacaktır. Bilgisayar sistemi üzerinden ameliyat yapılacak hastaların isimleri görülecek şekilde yeniden bir düzenleme yapılması için bilgi işleme bayram sonu görüşülecektir.

EK-14. İkinci Değerlendirme Toplantı Tutanağı

24-25.05.2018 tarihlerinde yapılan grup çalışmaları sonucunda problemlerin çözümüne ilişkin kararın/kararların uygulanması ve uygulama sonucunun ikinci değerlendirilmesi 02.10.2018 tarihinde yapılmıştır. Bu oturumda SSH'lerinden problemin çözümlerini uygulamaya koymalarını içeren deneyimlerini ve değerlendirmelerini grupla paylaşmaları istenmiştir.

1.Problem: Sürekli olarak tıbbi ve sarf malzeme eksiliğinin yaşanması

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Temmuz ortalarında sunumun hazırlanıp tamamlanması ve 20-25 temmuz tarihleri arasında planlanan toplantı 03 eylülde yapılmıştır. Toplantıya satın alma biriminden sorumlu idari hizmetler başkan yardımcısı, satın alma birim sorumlusu ve grup üyeleri katılmıştır. Toplantıya başhekim yardımcısının katılması planlanmış ancak katılmamıştır. Toplantı sonunda, sarf malzeme takibi için bilgi işlemle görüşülerek stok alarmları oluşturulması ve mutlaka sarf malzeme isteminin bilgisayar ile sistem üzerinden yapılması kararı alınmıştır.

2.Problem: Hemşire eksikliği

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Hastane hemşirelik hizmetleri yönetimi ile birlikte konu ile ilgili bir toplantı düzenlenmiştir.
- Bütün servis sorumlu hemşirelerinin klinik oryantasyon programı hazırlaması için gruptan duyuru yapılmıştır. Bunun için bütün sorumlu hemşireler eğitim biriminden yardım alarak kendi kliniklerinin oryantasyon programını gözden geçirerek yenilemişlerdir.
- Çalışma listeleri ile ilgili çalışma yapılmıştır.

3.Problem: Temizlik ve destek personellerinin yetersiz, eğitimsiz olması ve bu personellerin sık sık değişmesi.

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Özel birim sorumlusu ile birlikte bir toplantı düzenlenmiştir.

- Toplantıda yazılı olarak “problemlerin nedenleri, gerekçeleri sonuçları, bu problemin giderilmesi için neler yapılmalıdır” başlıklarında bir sunum hazırlandı ve toplantıda sunulmuştur.

4.Problem: Hataların raporlanmasında ve bildirilmesindeki eksiklikler

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Hata bildirimlerindeki sorunların nedenlerine yönelik grup üyeleri tarafından bir çalışma yapılmış ve grup üyeleri birlikte bir sunum hazırlamışlardır.
- Hata bildirimlerindeki sorunların çözümü ve karar birliği için kalite birimi, eğitim birimi, bakım hizmetleri müdür ve yardımcıları ve grup üyeleri ile birlikte toplantı düzenlenmiştir. Bu toplantıda hazırlanan sunum sunulmuş ve bu sorunların çözümüne yönelik kararlar alınmıştır. Hastane geneline konu ile ilgili eğitim verilmiş ve eğitimlere Sağlık Bakım Hizmetleri müdür ve yardımcıları da katılmıştır.

5. Problem: Yoğun bakımlarda hastaları gözlemedeki zorluklar ve hasta düşmelerinin yaşanması

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Gruptaki servis sorumlu hemşireleri izinden döndükten sonra hemşirelik hizmetleri yönetimi ile toplantı düzenlemişlerdir. Hemşirelik hizmetleri müdürlüğü ara bölmelere hasta takibi için bilgisayar koyduracağını ve yatak başlarının yükseltilmesi ile ilgili yoğun bakımlardan sorumlu hekim ile görüşülüp onayı alındıktan sonra daha yüksek yatak korumalığının yapılacağını bildirmiştir.

6. Problem: Eczaneden ilaçların güvenli bir şekilde gelmemesi (miadı dolmuş, ilaçların hastalara özel gelmemesi, tablet isim ve tarihlerinin okunmaması).

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararların Uygulanması

- Grup üyeleri hastane yönetimi tarafından oluşturulan eczane komisyonu ile görüşme yapmıştır. Bu komisyonun aldığı kararların bir kısmı uygulanmıştır. Eczane 3 kısma bölünerek eczane teknisyeni alımı yapılmıştır. Tablet barkodu basma makinası alınmıştır. Fakat yine de zaman zaman aksaklıklar yaşanmaktadır.

7. Problem: Hekim ve hemşire görevlerinde karışıklık.(hemşirenin Dr. Orderı yazması, tetkik istemesi, shealth çekmesi).

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararın Uygulanması

- Bütün servis sorumlu hemşireleri ve servis hemşireleri tarafından kesinlikle doktor orderı yazılmayacak kararı alınıp uygulandı fakat 3-4 serviste hekimlerin tepkisi ile karşılaşıldı. Bununla ilgili bütün kliniklere bakım hizmetleri müdürlüğü tarafından resmi yazı gönderildi fakat bazı hekimler kendi iş yüklerinin çok olması nedeniyle hala hemşirelerin order yazmasını istiyor. Bu nedenden dolayı bir servis sorumlu hemşiresi sorumluluk görevinden istifa etmiştir.
- Hastane yönetim şeması yönetimden istenmişti. Kalite birimi tarafından yönetim şeması hastane sitesinde yayımlanmıştır.
- Servis sorumlu hemşireleri kendi klinikleri ile ilgili 2010 hemşirelik yönetmeliğindeki görev tanımlarını çıkartıp panolarına asmışlardır (izinli olanlar hariç),
- Eğitim birimi ile görüşülüp hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları ile ilgili eğitim online olarak bütün hemşirelere verilmiştir.

8. Problem: Gereğinden fazla sayıda hasta kabul edilmesi

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Kaliteli ve güvenli bir bakım için polikliniklerde muayene edilen günlük hasta sayısının sınırlandırılması için grup üyeleri bir rapor oluşturup yönetime sunmuştur.

9. Problem: Ameliyat listelerinin önceden belirlenmemesi

Problemin Çözümüne Yönelik Verilen Karar//Kararlar

- Kalite birimiyle görüşülüp ameliyathaneden hata bildirim yapılmış mı? Öğrenildi. Yaşanılan sorunların hekimlere yazılı olarak gerekçeleri ve sonuçları ile birlikte rapor edildi.
- Hekimler acil olmayan vakaların haricindeki diğer vakaları bir gün öncesinden ameliyathane sorumlu hemşiresine verecektir.
- Bilgisayar sistemi üzerinden ameliyat yapılacak hastaların isimleri görülecek şekilde yeniden bir düzenleme yapılması için bilgi işlemle görüşüldü.
- Sistemde hem cerrahi servisinde hem de ameliyathanede görülecek şekilde sistem düzenlendi.

EK-15. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1052

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2017/17
Proje No : GO 17/573 (Değerlendirme Tarihi: 04.07.2017)
Karar No : GO 17/573- 11

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sergül DUYGULU' nun sorumlu araştırmacı olduğu ve Uzm. Hem. Ayşegül YILMAZ' ın doktora tezi olan, GO 17/573 kayıt numaralı, "*Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Hemşirelerin Güçlendirme ve Hasta Güvenliği Kültürü Algularına Etkisi*" başlıklı proje önerisi araştırmamızın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAĞLAM (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | İZİNLİ |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| İZİNLİ | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-16. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Çalışmanın Uygulanması İçin Kurum Değişikliği Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 703

Konu :

17.04.2018

Doç. Dr. Sergül DUYGULU
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Doç. Dr. DUYGULU,

Kurulumuzun 12.07.2017 tarihli toplantısında Etik Kurul onayı almış olan GO 17/573 kayıt numaralı "*Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Hemşirelerin Güçlendirme ve Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına Etkisi*" başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 06.04.2018 tarihli dilekçeniz Kurulumuzun 17.04.2018 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve araştırmanın yapılacağı yerin Mersin Şehir Hastanesi olarak değiştirilmesi uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Nurten AKARSU
Başkan

EK _____ :
Toplantı Katılım Tutanağı

EK-17. Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu İzin Yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Mersin İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :

KONU: Araştırma İzin İnceleme Komisyonu

BİLİMSEL ARAŞTIRMA/TEZ/ PROJESİ İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Komisı	Servis Sıramla Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Hemşirelerin Güçlendirme ve Hasta Güvenliği Kültürü Algısına Etkisi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasının Yapılacağı Hastane ve Klinik/bölümün adı	Mersin Şehir Hastanesi
Araştırma/Tezin/Projenin verildiği eğitim kurumu	Hacettepe Üniversitesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasını yapan/yürüten Öğrenci/Yürütücü	Ayşegül YILMAZ
Danışman Öğretim Üyesi	Doç. Dr. Sergül DUYGULU Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

KARAR

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönerge gereği, T.C.Sağlık Bakanlığı Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08/01/2018 tarihli ve 65355327-604.01.02-E.40 sayılı Makam Onayı ile görevlendirilen Komisyon üyeleri, Sağlık Müdürlüğümüze intikal eden Tez Çalışmasını değerlendirmek üzere 16/03/2018 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda; başvuru yapılan Tez Çalışmasının Müdürlüğümüze Bağlı Tüm Sağlık Tesislerinde yapılmasına karar verilmiştir.

Üye
Uzm. Dr. Serkan MİLİNC
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Üye
Gültekin ARSOY
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yrd

Üye
Uzm. Dr. Abdülkadir SERİN
Mersin Şehir Hastanesi Başhekim Yardımcısı

Üye
Meral ÖZGÜL BASAR
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

ONAY

.../03/2018

Komisyon Başkanı

Dr. SİBİR BAHCACI

Evetken elektronik imzalı yazıdır <http://e-belge.gov.tr> sayılı yasa ile değiştirilen 03/2012-4746-4493-900-9009DA009 kodu ile onaylanmıştır.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-18. Hemşirelik İşyeri Güçlendirme II Ölçeği'nin Kullanımı İçin Orjinal Yazardan Alınan İzin Yazısı

Re: CWEQ

Daryl William Harrison Stephenson (dstephe@uwo.ca) [Kişi ekle](#)

Kime: Aysegul Yilmaz;

Permission is hereby granted to Aysegul Yilmaz to copy and use the Conditions of Work Effectiveness Questionnaire.

Date: May 29th, 2017

Permission granted through Daryl Stephenson, former research assistant to Heather Laschinger.

Daryl W. H. Stephenson
dstephe@uwo.ca

From: Aysegul Yilmaz <yaysegul78@gmail.com>

Sent: May 29, 2017 2:21:00 PM

To: Daryl William Harrison Stephenson

Subject: Re: CWEQ

Could I kindly ask you to write your permission to use CWEQ.

2017-05-29 16:34 GMT+03:00 Daryl William Harrison Stephenson <dstephe@uwo.ca>:

EK-19. Hemşirelik İşyeri Güçlendirme II Ölçeği'nin Kullanımı İçin Türkçe Geçerlik Güvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı

Re: Yapısal güçlendirme ölçeği

omur.ozmen (omur.ozmen@deu.edu.tr) Kişi ekle

30.05.2017 19:01

Kime: Aysegül Yılmaz;

Merhaba Ayşegül,

Memnun olunuz. İyi çalışmalar,

ÖMÜR

29 Mayıs 2017 11:29 tarihinde Aysegül Yılmaz <aysegul78@gmail.com> yazdı:

Sayın Ömür N. Özmen,

Ben Ayşegül Yılmaz, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencisiyim. 2005 yılında Kadriye Mortaş ile birlikte Türkçe'ye uyarlamasını yaptığınız Laschinger'in **Hemşirelik İşyeri Güçlendirme Ölçeği'**ni eğer izniniz olursa doktora tez çalışmamda kullanmak isterim. Saygılarımla.

EK-20. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği'nin Kullanımı İçin Orjinal Yazardan Alınan İzin Yazısı

Im very happy.Thank you very much.see you

11 Nis 2017 15:30 tarihinde "Gretchen Spreitzer" <spreitze@umich.edu> yazdı:
Hello, what interesting work. Please share your findings so that I can learn from you! Best wishes.

On Mon, Apr 10, 2017 at 2:14 PM, Aysegül Yılmaz <yaysegu78@gmail.com> wrote:

Dear **Gretchen M. Spreitzer**

My name is Ayşegül Yılmaz. I am from Turkey. I am a doctoral student in Hacettepe University in Nursing Department.

In my thesis, I will study the effect of the empowerment program in on the culture of patient safety and Control of Over Nursing Practices, in unit charge nurses. If you have permission, I would like to use the **PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT scale** developed by you. Best regards

--

Gretchen Spreitzer
Keith E. and Valerie J. Alessi Professor of Business Administration
Faculty Director, Center for Positive Organizations
Professor of Management and Organizations
Ross School of Business
Ann Arbor, MI 48109-1234
(734) 836.2835
<http://webuser.bus.umich.edu/spreitze/>

EK-21. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği'nin Kullanımı İçin Türkçe Geçerlik Gvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı

Sevgili Aysegül,
alışmamıza gsterdiğin ilgiye teşekkr ederim.
Doktora tez alışmada kolaylıklar diliyorum.
Tamamlanınca bizimle paylaşırsan mutlu oluruz
Saygılarımla
Sarp ner

On 04/25/17 10:59 PM, **Aysegul Yilmaz** <yaysegul78@gmail.com> wrote:

Sayın Sarp ner,
Ben Aysegül Yilmaz, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencisiyim. Doktora tez çalışmamda Spitzer tarafından geliştirilen Sevgi Turan ve tarafınızdan Türkçeye uyarlanan Psikolojik Güçlendirme lğini eğer izniniz olursa kullanmak isterim. Saygılarımla.

EK-22. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği'nin Kullanımı İçin Orjinal Yazardan Alınan İzin Yazısı

Please contact the authors of the translated Control Over Practice Scale. They really are the ones that need to give you permission to use their translation. I initially gave them permission to translate and use the scale. I would appreciate a copy of the final research using the scale and do wish you the best of luck with your research

Joyce Verran

From: Aysegül Yılmaz [mailto:yaysegul78@gmail.com]
Sent: Thursday, April 13, 2017 12:15 PM
To: Verran, Joyce
Subject: Fwd: Control Over Nursing Practice Scale

----- Yönlendirilen ileti -----
Gönderen: "Aysegül Yılmaz" <yaysegul78@gmail.com>
Tarih: 12 Nis 2017 20:31
Konu: Control Over Nursing Practice Scale
Akıcı: <verran@email.arizona.edu>
Cc:

Dear Joyce Verran
My name is Ayşegül Yılmaz I am from Turkey. I am a doctoral student in Nursing Department in Hacettepe University.

Control Over Nursing Practice Scale was translated into Turkish by İspir and Duygulu (2016). I would like to use this questionnaire in my PhD graduation thesis which will be carried out under Associate Professor Sergül Duygulu consultancy. We plan to look at the impact of the empowerment program on unit charge nurses in the study on the culture of patient safety in all nurses.

This research was planned to determine the effect of the problem solving based empowerment program on unit charge nurses and the nurses (observer nurses) on the perception of control over practices and patient safety culture. The research was planned to be done with a total of 1000 nurses at the Health Sciences University Konya Training and Research Hospital in Turkey.

In this study, aimed to develop an empowerment program that focuses on solving the real problems that unit charge nurses are experiencing to create patient safe cultures. It is expected that this program will solve the problems in practice, empowerment the charge nurses, increase the control of the nurses who are responsible for the problem solving, and therefore develop unit charge nurses' perceptions about the patient safety. After the implementation of this program, clinical nurses working in conjunction with the empowerment unit charge nurses are expected to be empowerment, increasing patient safety culture, and increasing control perceptions on the applications. Unit charge nurse is the key to providing quality and safe health care. For this reason, it is planned that this study should be done because it is thought that there is no empowerment and patient safety studies for unit charge nurse in Turkey and that the study can provide many probing solutions in clinical practice environments and the literature will contribute.

If you have permission, I would like to use **Control Over Nursing Practice Scale** in the planned doctoral thesis. The results of this thesis work will surely be shared with you. With my love and respect.

EK-23. Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol Ölçeği'nin Kullanımı İçin Türkçe Geçerlik Güvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı



Aysegul Yilmaz <yaysegu78@gmail.com>

HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÜZERİNDE KONTROL ÖLÇEĞİ

öznu İspir <oznurspr15@gmail.com>
Alıcı: Aysegul Yilmaz <yaysegu78@gmail.com>

29 Mart 2017 00:45

Sevgili Aysegül Yılmaz,
Ölçeği tez çalışmada kullanabilirsiniz.
Ekte orijinal adı CONP-S olan ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Türkçe versiyonu yer almaktadır.
Başarılar dilerim.

29 Mart 2017 00:00 tarihinde Aysegul Yilmaz <yaysegu78@gmail.com> yazdı:
Öznurcuğum iyi geceler. HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÜZERİNDE KONTROL ÖLÇEĞİ word dosyası var sa gönderebilir misin? Gönderirsen çok sevinirim. Çizsem çok vaktimi alacak. Bı de sadece senden izin almam yeterli olur herhalde dimi. Sana da kolaylıklar diliyorum.

--
Aş. Gör. Öznur İspir
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
İstanbul, TÜRKİYE

.....
Öznur İspir, RN, Res. Assist.
İstanbul University
Florence Nightingale Faculty of Nursing
Nursing Administration Department
İstanbul, TURKEY

EK-24. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi'nin Kullanımı İçin Orjinal Yazardan Alınan İzin Yazısı

Dear Aysegul Yilmaz,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™. We in the Patient Safety Culture Surveys Support Group at Westat (SafetyCultureSurveys@westat.com) have been authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Ms. Randie Siegel, Associate Director, Office of Communications and Knowledge Transfer, Publishing and Electronic Dissemination. Our group, as the Safety Culture Surveys support contractor, handles the majority of permissions for these tools and their related documents in English, notifies AHRQ of requests for permission to translate these documents, and maintains an electronic community for International users.

Based on your description of your project, AHRQ grants you permission to use the Hospital Survey on Patient Safety Culture in English, or the Turkish translation already approved by AHRQ, for your research at [Health Sciences University Konya Training and Research Hospital in Turkey. AHRQ requests that you note on the survey forms that the form is "reprinted/translated with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services), Rockville, Maryland USA." In any publication of the results of the survey, such as a thesis, internal report to the hospital, or professional journal article, please include a proper source citation.

The AHRQ Web site for the patient safety culture surveys is <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>. The survey form and related materials can be found at this site. Be sure to read the Survey User's Guide for the appropriate survey, especially the sections on modifying or translating the survey. For technical questions, please contact us. We can also put you in touch with other non-U.S. users of the survey (go to "International Users of the Surveys on Patient Safety Culture" for more information).

If you have questions about permissions issues, or if you are interested in permissions to use or translate other AHRQ tools or documents, please feel free to contact Ms. Siegel or David Lewin, Manager of Copyrights & Permissions, Office of Communications and Knowledge Transfer.

Sincerely,
Kristi Meadows

Kristi Meadows | AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ Technical Assistance
Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850
phone: 1-888-324-9749 | fax: 1-888-852-8277 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Sign up for SOPS updates, news, and events and select "Surveys on Patient Safety Culture" under Quality and Safety topics: <https://public.govdelivery.com/accounts/USAHRQ/subscriber/new?>

EK-25. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi'nin Kullanımı İçin Tùrke Geçerlik Güvenirliğini Yapan Yazardan Alınan İzin Yazısı



Aysegul Yilmaz <yaysegul78@gmail.com>

İt: Hasta Güvenliği Kùltürü Anketi

aysegul yilmaz <aysegul_imran@hotmail.com>
Alıcı: "yaysegul78@gmail.com" <yaysegul78@gmail.com>

28 Mart 2019 23:01

Gönderen: emel filiz <efiliz2@hotmail.com>
Gönderildi: 24 Nisan 2017 Pazartesi 10:07
Kime: aysegul yilmaz
Konu: Ynt: Hasta Güvenliği Kùltürü Anketi

Merhaba Aysegul hanım, bu anket herkesin kullanımına açıktır, alışmalarnızda kullanabilirsiniz, Sorularnız olursa memnuniyetle yanıtlanm,

Sevgiler,
EFiliz

Emel Filiz, PhD
Selcuk University Faculty of Health Sciences,
42000, Selcuklu, KonyaTURKEY
Office phone: +90 332 2233539
Fax: +90 332 240 0056
Email: efiliz2@hotmail.com

Gönderen: aysegul yilmaz <aysegul_imran@hotmail.com>
Gönderildi: 21 Nisan 2017 Cuma 13:20
Kime: emel filiz
Konu: Hasta Güvenliği Kùltürü Anketi

Sayın hocam merhaba. Ben Aysegul Yilmaz. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakùltesinde doktora öğrencisiyim. . Bodur ve siz tarafından tùrkeye uyarlanan Hasta Güvenliği Kùltürü anketini 2014 yılında danışman hocam sayın Doç. Dr. Sergül Duygulu ile birlikte yapmış olduğumuz bir araştırma için sizden izin alarak kullanmıştık. Eğer izniniz olursa doktora tez çalışmam için de aynı anketi kullanmak isterim. Saygılarımla.

EK-26. Aydınlatılmış Onam Formu (SSH'leri İçin)

Değerli Meslektaşımız;

“Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Hemşirelerin Güçlendirme ve Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına Etkisi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı tarafından doktora tezi kapsamında yapılmaktadır. Bu çalışmada servis sorumlu hemşirelerine (SSH) uygulanan güçlendirme programının, servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirme, uygulamalar üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algıları üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda güçlendirme programının servis sorumlu hemşirelerinin çalıştığı klinik ortama nasıl yansıdığını değerlendirmek için de, servis sorumlu hemşireleri ile birlikte çalışan servis hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla, hastanelerde hasta güvenliğine ilişkin uygulamaların geliştirilmesi, hemşirelerin güçlendirme algılarının geliştirilmesine yönelik güçlendirme programlarının oluşturulması planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (bilimsel amaçlar için) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 5 bölümden oluşmaktadır. 115 soruluk, 20-25 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığımız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Yardımcı Araştırmacı

İletişim:

Uzm. Hem. Ayşegül YILMAZ

Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Sıhhiye/Ankara

Tel: 0 312 305 15 80 / 125

E-posta: yaysegul.78@gmail.com

Sorumlu Araştırmacı

İletişim:

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Sıhhiye/Ankara

Tel: 0 312 305 15 80 / 170

E-posta: sduygulu@hacettepe.edu.tr

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

EK-27. Aydınlatılmış Onam Formu (Servis Hemşireleri İçin)

Değerli Meslektaşımız;

“Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Hemşirelerin Güçlendirme ve Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına Etkisi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı tarafından doktora tezi kapsamında yapılmaktadır. Bu çalışmada servis sorumlu hemşirelerine (SSH) uygulanan güçlendirme programının, servis sorumlu hemşirelerinin güçlendirme, uygulamalar üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürü algıları üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda güçlendirme programının servis sorumlu hemşirelerinin çalıştığı klinik ortama nasıl yansıdığını değerlendirmek için de, servis sorumlu hemşireleri ile birlikte çalışan servis hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla, hastanelerde hasta güvenliğine ilişkin uygulamaların geliştirilmesi, hemşirelerin güçlendirme algılarının geliştirilmesine yönelik güçlendirme programlarının oluşturulması planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (bilimsel amaçlar için) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 2 bölümden oluşmaktadır. 61 soruluk, 8-10 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Yardımcı Araştırmacı

İletişim:

Uzm. Hem. Ayşegül YILMAZ

Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Sıhhiye/Ankara

Tel: 0 312 305 15 80 / 125

E-posta: yaysegul.78@gmail.com

Sorumlu Araştırmacı

İletişim:

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Sıhhiye/Ankara

Tel: 0 312 305 15 80 / 170

E-posta: sduygulu@hacettepe.edu.tr

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

EK-28. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Ayşegül Yılmaz
Ödev başlığı: SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİN ...
Gönderi Başlığı: SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİN ...
Dosya adı: tez_15mayıs2019.docx
Dosya boyutu: 5.54M
Sayfa sayısı: 203
Kelime sayısı: 42,256
Karakter sayısı: 297,527
Gönderim Tarihi: 23-May-2019 11:58AM(UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1134807472



EK-29. Orjinallik Ekran Çıktısı

SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNE UYGULANAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ GÜÇLENDİRME HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÜZERİNDE KONTROL VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 4	% 3	% 3	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% 1
2	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	% 1
4	www.scribd.com İnternet Kaynağı	% 1
5	tampub.uta.fi İnternet Kaynağı	% 1

Alıntıları çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< %1

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde

EK Tablo 1. Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre HGK Toplam Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Çalışma Pozisyonu	n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Servis sorumlu hemşiresi	38	70.30±15.57	5.802	.000
Servis hemşiresi	174	52.72±22.08		
Toplam	212	55.87±22.09		

*Bağımsız gruplarda t testi, sd: 210.

EK Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre HGK Hastane Anketi Hasta Güvenliği Derecesi ve Raporlanan Olay Sayısının Karşılaştırılması.

Değişkenler	Servis Sorumlu Hemşiresi		Servis Hemşiresi		χ^2	p
	n	%	n	%		
Hasta Güvenliği Derecesi (E)						
Mükemmel/Çok iyi	23	60.5	88	50.6	1.873 (sd: 2)	.392
Kabul edilebilir	13	34.2	66	37.9		
Zayıf/ Başarısız	2	5.3	20	11.5		
Raporlanan Olay Sayısı (G)						
Hiç	4	10.5	123	70.7	59.650 (sd:3)	.000
1-2 olay	17	44.7	38	21.8		
3-5 olay	10	26.3	11	6.3		
≥ 6 olay	7	18.4	2	1.1		

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

EK Tablo 3. SSH'lerinin Sorumlu Hemşire Olarak Çalışma Süresi ve Yöneticilikle İlgili Kurs/Seminere Katılımına Göre HGK Toplam Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Dağılımı.

Özellikler	n	$\bar{x} \pm SS$	U	p
Servis sorumlu hemşiresi olarak çalışma süresi (n: 38)				
≤ 2 yıl	26	71.34±14.87	U: 139.5	.603
≥ 5 yıl (3-4 yıl çalışan yok)	12	68.06±17.45		
Liderlik/yöneticilikle ilgili kurs/seminere katılma (s: 38)				
Evet	13	69.96±18.81	U: 150.5	.711
Hayır	25	70.48±14.02		

U : MannWhitney U testi

EK Tablo 4. SSH ile Birlikte Çalışma Süresine Göre Servis Hemşirelerinin HGK Toplam Pozitif Cevap Yüzde Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	n	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Servis sorumlu hemşiresi ile birlikte çalışma süresi (n: 174)				
≤ 1 yıl (6-12 ay)	116	51.23±21.98	1.262	.209
> 1 yıl (13-144 ay)	58	55.71±22.18		

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 172

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Ayşegül Yılmaz
Doğum Yeri ve Tarihi	Konya/10.06.1978
Yazışma Adresi	Kosava Mah. Seher Sok. Şehri Şahane Sit. B. blok. 19/7 Selçuklu Konya
Tel No	05053596428
Faks	
E-Posta:	aysegul_imran@hotmail.com

2. Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Süleyman Demirel Üniversitesi –Sağlık Yüksekokulu- Hemşirelik	1996-2000
Yüksek Lisans	Tıp Fakültesi Halk Sağlığı	Konya Selçuk Üniversitesi – Meram Tıp Fakültesi	2004-2007
Tümleşik Doktora	Hemşirelik Esasları ve Yönetimi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2012-2019
Yabancı Dil Puanı	ÜDS 73.750		

3. Mesleki Deneyim

Temmuz 2000-Temmuz 2002(2 Yıl)	Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi, : Acil Servis, Diyaliz Hemşire
Temmuz 2002-Ocak 2002 (7 AY)	Konya Özel Akademi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
Ocak 2004-2012 (8 yıl)	Sağlık Bakanlığı Konya Bozkır Devlet Hastanesi, Eğitim Hemşiresi-Enfeksiyon Hemşireliği-Servis hemşireliği-Acil hemşireliği- Acil Sorumlu Hemşireliği
Ocak 2013- Şubat 2015 (3 yıl) 2015- İstifa (çocuk ve doktora eğitimi nedeniyle)	Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Eğitim Birimi, Konya İli Eğitim Koordinatörü

4. Ulusal Sözel Bildiri ve Posterler

Yazar/Yazarlar	Yılı	Bildiri/Poster Adı	Bilimsel Etkinlik
Yılmaz A., Duygulu S.,	2018	Structured Academic-Clinical Collaboration; Experiences of the Implementing Empowerment Program for Unit Charge Nurse	7th International Nursing Management Conference, October 25-27th 2018, Bodrum / Turkey
Yılmaz A., Duygulu S.,	2017	Perception Of Safety Culture Among Nurses And Transformational Leadership Practices Of Unit Charge Nurses/Sözel Sunum	44th Biennial Convention USA
Yılmaz A., Duygulu S.,	2015	Perception Of Safety Culture Among Nurses And Transformational Leadership Practices Of Unit Charge Nurses/Poster	ENDA&WANS Congress 2015 14-17 October 2015 in Hannover, Germany
Yılmaz A.,	2014	Osmanlı İmparatorluğunda Hemşirelik/poster	1.Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi(Uluslararası Katılımlı) 21-24 Haziran İzmir
Gündem A.,	2007	Bozkırda çalışan sağlık görevlilerinin sağlık eğitimi hakkında bilgi tutum ve davranışları	Yüksek Lisans Tezi
Şahin KT., Gündem A.,	2006	Bozkırda görülen ishal vakalarının nedenleri /poster sunumu	Halk Sağlığı Kongresi

6. Alınan Sertifika ve Kurslar

Bilimsel Etkinliğin Adı	Yılı	Yeri
Etili İletişim. Zaman Yönetimi, Liderlik	2014	Konya Genel Sekreterlik

7. Katılınan Bilimsel Etkinlikler

Bilimsel Etkinliğin Adı	Yılı	Yeri
Eğitim Hemşireleri Eğitici Eğitimi(Düzenleyici+Eğitici)	23-24-25 Eylül 2013	Konya
1.Psikiyatri Hemşireliği Günleri (Düzenleyici)	7-8 Eylül 2014	Konya
Hemşirelik Tarihi Kongresi (Poster)	21-24 Haziran 2014	İzmir
ENDA&WANS Hemşirelik Yönetim Kongresi (Poster)	14-17 Ekim 2015	Almanya
44th Biennial Convention (Sözel Sunum)	28 Oc.-1 Nov.	USA
7th International Nursing Management Conference,(Sözel sunum tam metin)	October 25-27th 2018	Bodrum