T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇALIŞMA ORTAMI ve GÜÇLENDİRMENİN

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

HASAN FEHMİ DİRİK

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2014

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970137

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇALIŞMA ORTAMI ve GÜÇLENDİRMENİN

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASAN FEHMİ DİRİK

Danışman Öğretim Üyesi: Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970137

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans programı öğrencisi Hasan Fehmi DİRİK **'Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi'** konulu Yüksek Lisans tezini 05.12.2014 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
BAŞKAN

Doç.Dr. Hatice MERT
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Özlem BİLİK
ÜYE

Doç.Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
YEDEK ÜYE

Doç.Dr. Murat BEKTAŞ
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ……..…….....i
TABLOLAR DİZİNİ ……...…...…….....iii
ŞEKİLLER DİZİNİ ……...……..……...…….....iv
KISALTMALAR ……..……...….….....v
TEŞEKKÜR ..……...……....…….…...vi
ÖZET……..……..…...1
ABSTRACT ……..…….…..….....2

1. GİRİŞ VE AMAÇ
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi ……..…..……..3
1.2.Araştırmanın Amacı ……..……..……..…..6
1.3.Araştırma Soruları ……6
2. GENEL BİLGİLER
2.1.Hasta Güvenliği …….…….....7
2.1.1.Hasta Güvenliği Kültürü ……..……..…….....9
2.2. Çalışma Ortamı ……..…….……...14
2.2.1. Çalışma Ortamı Özellikleri ……14
2.3.Güçlendirme ……..….....17
2.3.1.Yapısal Güçlendirme ……...……18
2.3.1.1.Yapısal Güçlendirme Unsurları ……18
2.3.2. Psikolojik Güçlendirme …….....22
2.3.2.1.Psikolojik Güçlendirme Unsurları ……22
3. GEREÇ VE YÖNTEM
3.1.Araştırmanın Tipi ……..….....24
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı …….…...24
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi …….……..24
3.4.Veri Toplama Araçları ……..26
3.5.Araştırma Planı ve Takvimi ……..29
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi …….……29
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ……29
3.8.Araştırmanın Etiği …….....……..29

4. BULGULAR ...…….30
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular ……..31
4.2. Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşirelik İş İndeksi-Çalışma Ortamını Değerlendirme ve Yapısal Güçlendirme Ölçek Göstergeleri …….32
4.3. Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik İş İndeksi-Çalışma Ortamını Değerlendirme ve Yapısal Güçlendirme Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ……....35
4.4. Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular ……..……..37
5. TARTIŞMA …….38
5.1. Hasta Güvenliği Kültürü …….....38
5.2. Çalışma Ortamı ……39
5.3. Yapısal Güçlendirme ……40
5.4. Hasta Güvenliği Kültürü ile Çalışma Ortamı ve Yapısal Güçlendirme İlişkisi ……41
5.5. Çalışma Ortamı ve Yapısal Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi ……..43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ……44
7. KAYNAKLAR ……..…….....45
8. EKLER
Ek I. Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Anket Formu ……..57
Ek II. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği …….……..….58
Ek III. Hemşirelik İş-İndeksi - Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği ….....61
Ek IV. Yapısal Güçlendirme Ölçeği (Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi) ..……..63
Ek V. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İzni ……..…….....64
Ek VI. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği İzni 65
Ek VII. Yapısal Güçlendirme Ölçeği (Çalışma Koşulları Etkililiği Anketi) İzni ……66
Ek VIII. Etik Kurul İzin Belgesi ……..…….....67
Ek IX. Uygulama İzni ……..72
Ek X. Araştırmacı Özgeçmişi …….…….....73

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Tabakalı Örnekleme Yöntemine Göre Örneklem Hesaplaması …….25

Tablo 2: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları ……..26

Tablo 3: Hemşirelik İş-İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları ……..27

Tablo 4: Yapısal Güçlendirme Ölçeği (Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi-II) Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları ……..28

Tablo 5: Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Dağılımı …….....31

Tablo 6: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Göstergeleri ……....32

Tablo 7: Hemşirelik İş İndeksi-Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Göstergeleri ……...33

Tablo 8: Yapısal Güçlendirme Ölçeği Göstergeleri …….....34

Tablo 9: Hasta Güvenliği Kültürü Toplam Puanı ile Yapısal Güçlendirme ve Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamı Arasındaki İlişki ……..35

Tablo 10: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Etmenler …….37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Yapısal Güçlendirme Kavramlarının İlişkisi …….....21

Şekil 2: Evren ve Örneklem …….....25

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACSNI: Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations

AONE (American Organization of Nurse Executives): Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği

CWEQ-II (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II): Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi-II

HGKÖ: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Hİ-İ-HÇODÖ: Hemşirelik İş - İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği

ICN (International Counsil of Nursing): Uluslararası Hemşireler Birliği

IOM (Institute of Medicine): Ulusal Tıp Enstitüsü

JCI (Joint Commission International): Uluslararası Birleşik Komisyon

NPSA (National Patient Safety Agency): Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı

NPSF (National Patient Safety Foundation): Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı

PASS: Power Analysis and Sample Size

TTB: Türk Tabipleri Birliği

WHO (World Health Organization): Dünya Sağlık Örgütü

YGÖ: Yapısal Güçlendirme Ölçeği

TEŞEKKÜR

Tez sürecinin her aşamasında yeni şeyler öğrenmeme kaynaklık eden danışmanım Doç.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e; geçen süre zarfındaki desteği, sabrı, bilgi-deneyim paylaşımı ve rehberliği için,

Tezin şekillenmesindeki değerli önerileri için Doç.Dr. Hatice MERT ve Yrd.Doç.Dr. Özlem BİLİK'e,

İstatiksel analizlerdeki katkılarından dolayı Prof.Dr. Reyhan UÇKU ve Doç.Dr. Murat BEKTAŞ'a,

Veri toplama aşamasındaki destekleri için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarına,

Tezim özelinde eğitimim süresince yanımda olan ailem ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ÇALIŞMA ORTAMI VE GÜÇLENDİRMENİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

Hasan Fehmi DİRİK

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı

fehmidirik@gmail.com

Amaç: Bu çalışmanın amacı, çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tasarımda yürütülen araştırmanın örneklemine İzmir'de bulunan bir üniversite hastanesinden toplam 274 hemşire tabakalı örnekleme yöntemi ile alınmıştır. Veriler Ağustos-Ekim 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı/yüzde, aritmetik ortalama, Pearson korelasyon ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin çalışma ortamı, güçlendirme ve hasta güvenliğine ilişkin değerlendirmeleri orta düzeydedir. Hasta güvenliği kültürü ile hemşirelik iş indeksi çalışma ortamı pozitif yönde güçlü, yapısal güçlendirme ile pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur. Yapılan çoklu regresyon analizinde çalışma ortamı ve yapısal güçlendirme alt boyutlarının hasta güvenliği kültürünü %58 açıkladığı saptanmıştır. En önemli değişkenlerin sırasıyla 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü', 'informal güç' ile 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' alt boyutu olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürünü etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda hemşire yöneticilere, hasta güvenliği kültürünün sağlanması ve sürdürülmesine yönelik hemşirelik uygulamaları için gerekli kaynakları sağlamaları, hemşirelerin kararlara katılımlarını cesaretlendirmeleri, ekip iletişimini güçlendirici çalışmalar yapmaları ve hemşirelere ekip ve yönetimle birlikte sorunları çözme fırsatı vermeleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Çalışma ortamı, güçlendirme, hasta güvenliği kültürü

ABSTRACT

IMPACT OF WORK ENVIRONMENT AND EMPOWERMENT ON PATIENT SAFETY CULTURE

Hasan Fehmi DİRİK

Dokuz Eylül University Nursing Faculty

Nursing Management Department

fehmidirik@gmail.com

Purpose: This study aimed to investigate the influence of work environment characteristics and empowerment structures on perceived patient safety culture.

Method: A cross sectional descriptive study was employed. The sample consisted of 274 nurses working in a university hospital located in Izmir with stratified sampling method. The data was collected in between August-October 2014. Descriptive statistics (frequency/percentage, arithmetic mean), Pearson correlation and multiple regression analyses were used in data evaluation.

Results: Nurses reported moderate levels of perceived work environment characteristics, moderate access to structural empowerment and moderate perception for patient safety culture. Both overall work environment characteristics and total empowerment were positively associated with perceptions of patient safety culture (strong; moderate, respectively). A multiple regression analyses revealed that work environment characteristics together with empowerment structures explained 58% of the variance in patient safety culture. 'Nursing foundation for care', 'nursing participation in hospital affairs', 'informal power' and 'collaborative nurse-physician relationships' were the most significant predictors in between the subscales.

Conclusion: It has been determined that nurses' patient safety culture perceptions are affected by combination of both work environment and structural empowerment factors. In this sense, nurse managers / leaders have responsibilities to develop and enhance the culture of patient safety in their organizations. Regarding responsibilities, pivotal recommendations are; providing necessary resources for nursing practice, encouraging nurses' participation in decision making, strengthening communication within the team members and giving opportunities to nurses to compete with challenging work problems to learn and grow.

Key words: Work environment, empowerment, patient safety culture

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization - WHO) her yıl dünyada tahminen on milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusuna dikkat çekmiştir (WHO 2007). Konu ile ilgili araştırmalar Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine - IOM) raporlarının ardından hız kazanarak daha ön plana çıkmıştır. İlgili raporlar, güvenlik kültürünün oluşturulmasında hemşirelik çalışma ortamlarının ekip işbirliği ve açık iletişimi destekleyecek şekilde tasarlanmış olmasının önemini vurgulamaktadır. Raporlarda ayrıca, her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmiş; kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiştir (IOM 2000, IOM 2001; IOM 2004).

Sağlık sisteminde oluşan hatalardan dolayı hastalarda oluşan zarar sadece hastanın sağlığı ile sınırlı kalmayıp sağlık bakım maliyetlerini de artırmakta ve sağlık kurumlarına olan güveni sarsmaktadır. Sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve hataların neden olduğu hasta zararlarının yok edilmesi veya azaltılması hasta güvenliği kültürünün oluşmasına ve süreç içinde hataların raporlanmasına bağlıdır. Çalışma ortamı içerisinde kendilerini rahatça ifade edemeyen sağlık çalışanlarının yapılan hataları raporlamaması hasta güvenliğinin gelişmesinde bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle bireylerin tıbbi hataları ve potansiyel tehlikeleri açıkça tartışabileceği, cezalandırıcı olmayan bir kültür ortamının sağlanması önemlidir (Kim, An, Kim, Yoon 2007). Yöneticilerin çalışma ortamını yeniden yapılandırması ile sağlık hizmetlerinde hata yapma oranı ve tıbbi hataların azalması, hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir adım olarak görülmektedir (IOM 2004; Zakari 2011). Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarı ve sürekliliğinin sağlanması tanı ve tedavi süreçlerinin çıktılarının iyileştirilmesine de katkı sağlayacaktır (Akalın 2004, Akalın 2005; Korkmaz 2012; Dang ve ark. 2002; Kinnaman 2007).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Counsil of Nursing - ICN), temel hemşirelik bakımının önemli bir unsuru olan hasta güvenliğine ilişkin hemşirelerin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin gelişmesine olanak sağlayacak alt yapının oluşturulması gerekliliğine inanmaktadır. ICN

çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesinin hasta güvenliğinin korunması açısından önemli olduğunu belirtmektedir. Bu kapsamda ICN 2006 temasını güvenli ortam-güvenli istihdam, 2007 temasını pozitif uygulama-çalışma ortamı üzerine odaklamıştır (ICN 2006; Baumann 2007).

Hemşirelerin çalışma ortamı, hasta ve çalışan güvenliği açısından ciddi tehditler oluşturabilmektedir. İş yükü fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, hemşire sayısının yetersizliği, hasta sayısının çok olması, mesleki statünün düşük algılanması, ekip içi iletişim sorunları, rol karmaşası, malzeme yetersizliği, yöneticilerden destek alamama vb. nedenler çalışma ortamını olumsuz hale getirmektedir (Parlar 2008; Yılmaz ve Özkan 2006). Hemşire yetersizliğinin çalışma ortamını olumsuz yönde etkilemesi sonucunda kaliteli ve güvenli bakım sunumu da engellenmektedir (Aiken ve ark. 2002, Aiken ve ark. 2008; Manojlovich ve De Cicco 2007).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'da yürütülen bir çalışmada yeterli hemşire iş gücünün ve çalışma ortamının hasta güvenliği kültürü, hasta memnuniyeti, bakım kalitesi ve hemşireleri işte tutmaya ilişkin etkileri incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve kaynakları açısından farklılıklar bulunsa da, ülkelerin tamamında hasta bakım kalitesi ve güvenliği ve çalışan memnuniyeti ile ilgili sorunların yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda nitelikli hemşire gücünü işte tutmada ve hasta bakım sonuçlarının geliştirilmesinde çalışma ortamlarının iyileştirilmesi önerilmiştir. Çalışma ortamlarının iyileştirilmesinin bakım kalitesi, hasta güvenliği ve hasta/çalışan memnuniyetini artıracağı vurgulanmıştır (Aiken ve ark. 2012). Böylece olumlu çalışma ortamı ile hataları önleme davranışları gelişecek ve tıbbi hata oranları azalacaktır (Flynn ve ark. 2012; Manojlovich ve De Cicco 2007).

Çalışma ortamının bileşenlerinden biri de **güçlendirme** boyutudur. Genel olarak 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 (Cook, Hunsaker, Coffey 1997). Kanter (1977) güçlendirmeyi, 'bir bireyin amaçlara ulaşmak için mevcut kaynaklardan yararlanma ve bağımsız şekilde kararlar alma yeteneği' olarak tanımlamıştır.

Güçlendirmenin yapısal boyutunda; çalışma ortamı koşullarının güçlendirme üzerine etkilerini inceleyen yapısal güçlendirme modeli tanımlamış; fırsat, bilgi, destek ve kaynaklara ulaşmanın güçlendirmeyi geliştireceği üzerinde durulmuştur (Kanter 1977). Faulkner ve Laschinger tarafından (2008), bilgi (teknik ve uzmanlık bilgisi), destek (ekip etkileşimi: geribildirim, yardımlaşma), kaynak (gerekli zaman ve malzemeler) ve fırsatlara (gelişim ve ilerleme olanakları) erişim sağlandıkça çalışanların güçlenme (yapısal) ve saygınlık algısının artacağı belirtilmiştir. Yapısal güçlendirmenin temelinde çalışanların yönetime aktif olarak katılmasının, profesyonel uygulama ortamlarını iyileştirilip geliştirilebileceği öne sürülmüştür (Clavelle, O'Grady, Drenkard 2013; Tigert ve Laschinger 2004).

Çalışma ortamlarını güçlendirici olarak hisseden hemşirelerin iş memnuniyetinin artması güvenli ve kaliteli bakım sunumuna ve hasta memnuniyetine de katkı sağlamaktadır (Donahue ve ark. 2008). Güvenlik kültürünün oluşturulması ve yerleştirilmesinde güçsüzlüğe neden olan etmenlerin belirlenmesi ve değiştirilmesi kurum için yol gösterici nitelik taşımaktadır (Laschinger 2008). Uygun koşulların yaratılması, kurum yönetiminin sorumluluğunda olduğundan yöneticiler çalışanlara, bilgi, fırsat, destek ve kaynak sağlayarak yeteneklerini güçlendirmelidir (Laschinger, Finegan, Shamian, Wilk. 2001; Laschinger, Gilbert, Smith, Leslie 2010). Çalışanın güçlendirilmesi, kurumsal ve yönetimsel etkinliğin en temel bileşeni olup, grup veya ekip bilincinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda çalışanın işe katılımını sağlamada, iş zenginleştirmede, bilgi ve yetki yönünden çalışanı donanımlı hale getirmektedir. Güçlendirilmiş çalışanlar, yaptıkları işlerin sorumluluğunu hissetmekte, işiyle ilgili kararları tek başına alabilmektedir. Güçlendirme etkinliklerini benimseyen kurumlarda çalışanlar adil, saygılı ve güvenli bir ortam bulduklarından kurumlarına karşı daha yüksek bağlılık hissetmektedirler (Güven 2001). Bu sonuç, yetişmiş çalışanın o kurumda daha verimli olması anlamına gelmektedir.

ABD'de, erişkin yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşireler arasında yürütülen bir çalışmada, yapısal güçlendirme ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki (yapısal güçlendirme arttıkça hasta güvenliği kültürü algısının da arttığı) saptanmıştır. Çalışma sonucunda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için hemşire liderlere sorumluluklar düştüğü, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında çalışma ortamı ve hemşirelerin güçlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2010). Güçlendirme ve çalışma ortamının hasta güvenliğine etkisi diğer çalışmalarla da desteklenmiş;

hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi sonucunda da tıbbi hataların azaldığı belirtilmiştir (Armstrong ve Laschinger 2006; Armstrong, Laschinger, Wong 2009; Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2010; Pronovost ve ark. 2006).

Özetle, hemşirelerin kaliteli hemşirelik hizmeti sunabilmeleri, çalışma ortamlarının uygun niteliklere sahip olması ile mümkün olabilmektedir. Hemşirelere profesyonel standartlara dayalı uygulamaları yürütmede bilgi, destek ve kaynağın sunulması; çalışma ortamının iyileştirilmesinde ve hemşirelerin kendilerini daha saygın ve değerli hissetmesinde yarar sağlayacaktır. Yönetime ve ekibe olan güvenin artmasıyla beraber hata raporlama sayısı da artacak; böylece yapılan hata sayısı azalacaktır. Dolayısıyla hastalara daha iyi bakım verilerek hasta bakım sonuçları da olumlu yönde etkilenecektir. Yönetici hemşireler açısından hemşireleri güçlendirme ve olumlu çalışma ortamı yaratma ile hasta ve hemşire sonuçlarının iyileştirilmesi yönünde veri sağlanacaktır. Yapılan çalışmalarda daha çok hasta güvenliği kültürüne ilişkin çalışma ortamı ve yapısal güçlendirmenin ayrı ayrı etkileri araştırılmış; birlikte etkisine küçük örneklem gruplarında yürütülen çok az çalışmada rastlanmıştır. Ülkemizde benzer bir araştırma bulunmadığından, bu çalışma ile çalışma ortamı ve yapısal güçlendirmenin hasta güvenliği kültürünü birlikte nasıl etkilediği incelenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

Çalışma ile aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algıları nasıldır?
2. Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı (bilgi, fırsat, destek ve kaynaklara erişim) nasıldır?
3. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları nasıldır?
4. Hasta güvenliği kültürü ile çalışma ortamı ve yapısal güçlendirme arasında ilişki var mıdır?
5. Hemşirelerin çalışma ortamı ve güçlendirme algılarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın tüm ülkeleri etkileyen küresel bir sorundur. Sorunun büyüklüğüne ilişkin tahminler yetersiz olmakla birlikte özellikle gelişmekte olan ve geçiş sürecindeki ülkelerde, güvenli olmayan tıbbi bakım nedeniyle milyonlarca hasta yaralanma veya ölüme maruz kalmaktadır. Nozokomiyal enfeksiyonlar, yanlış tanı, tedavide gecikmeler, yetersiz tıbbi cihaz kullanımı, ilaç hataları, kan ürünleri, özellikli grupların (gebe, yeni doğan ve yaşlı) bakımına ilişkin hatalar, düşme nedeniyle yaralanmalar, cerrahi ve anestezi kaynaklı yaşanan olumsuz olaylar önlenebilir hataların en yaygın nedenleri arasında gösterilmektedir (WHO 2009).

Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hata ve hataların neden olduğu hasta zararlarının önlenmesi veya azaltılması olarak tanımlanmakta; sağlık süreçlerinden kaynaklanan istenmeyen olay/yaralanmalara ilişkin önlem alma ve iyileştirilme çalışmalarını kapsamaktadır. Bu nedenle ‘kaza’, ‘hata’, ‘neredeyse hata’, ‘sapma’ ‘tehlikeli durum’ kavramları ele alınmaktadır (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı - National Patient Safety Foundation NPSF 2000; WHO 2014).

Hasta güvenliğinin amacı süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek yeni tasarımlar yapmak, hatalar hastaya ulaşmadan önce belirlenmesi ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (NPSF 2000; WHO 2014).

Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata) hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız olarak meydana gelen bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine bağlı hatalar; işleme bağlı (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı (doğru işlemi yanlış uygulama) olabilmektedir. Hasta güvenliğine ilişkin temel sorunlar ve altta yatan nedenler ise şöyle sıralanmaktadır (NPSF 2000):

Sorunlar:

-İlaç hataları ve yaygınlığı

-Yanlış taraf cerrahisi

-Anestezi, radyasyon tedavisi vb. tehlikeli işlemlerden kaynaklanan hatalar

-Yanlış tanı ve tedavi

-Nozokomiyal enfeksiyonlar

Altta Yatan Nedenler:

-Organizasyon yapısı ve süreçlerine ilişkin yetersizlikler

-Güvenlik ve suçlama kültürü

-Sistemdeki güvenlik açıklarını öğrenme: olay raporlama ve diğer mekanizmalar

-Kurumsal öğrenme süreçleri ve bariyerler

-Performansı temel alan uygulamalara ilişkin faktörler, baskı

-Stres, yorgunluk, uyku problemleri

-Cihazların ve sistemlerin tasarımı

-Birimler ve çalışanlar arası işbirliği ve koordinasyon

-Eğitim süreçleri

-Yetersiz kaynaklar

Ulusal Tıp Enstitüsü'nün yayımladığı raporlara göre tıbbi hataların büyük bir kısmı kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. Sistemdeki iyileştirmelerin, hataların en aza indirilmesini sağlayacağı ve tıbbi hataların çoğunun planlama aşamasında giderilebileceği vurgulanmaktadır. İyi bir sağlık sistemi tasarımında sağlık bakımının yüksek kaliteli ve güvenli biçimde hizmet alanlara ulaştırılması gerekmektedir (IOM 2000, IOM 2001).

Hasta güvenliği hedeflerinin amacı, uluslararası düzeyde hasta güvenliği alanlarında iyileştirmelerin artırılmasıdır. Ulusal Tıp Enstitüsü 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır (IOM 2001):

Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi

Hasta odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına katılımı ile sunulan sağlık hizmeti

Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)

Sağlık hizmetinin verimli sunulması: İsrafın önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu

Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması

Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma

2.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Dünya Sağlık Örgütü, her yıl Dünya'da tahminen on milyon insanın (yalnızca Avrupa'da ortalama her on hastadan birinin) önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusuna dikkat çekmiştir (WHO 2007). Hasta güvenliği ihlalleri/tıbbi hataların sonuçları; mortalite ve morbiditede artış, hastanede yatış süresinde uzama, hasta ve hasta yakınlarına verilen rahatsızlık ve hukuksal sorunlar olarak öne çıkmaktadır (Pronovost ve ark. 2005). Sağlık sisteminde oluşan hatalardan dolayı hastalarda oluşan zarar sadece hastanın sağlığı ile sınırlı kalmayıp sağlık bakım maliyetlerini de artırmakta ve sağlık kurumlarına olan güveni sarsmaktadır. Sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi, verilen zararların ortadan kaldırılması veya azaltılması hasta güvenliği kültürünün oluşmasına ve süreç içinde hataların raporlanmasına bağlıdır. Çalışma ortamı içerisinde kendilerini rahatça ifade edemeyen sağlık çalışanlarının hataları raporlamaması, hasta güvenliği kültürü yönünden engel oluşturmaktadır. Bu nedenle, tıbbi hata ve potansiyel tehlikelerin açıkça tartışıldığı bir kültür ortamının sağlanması önem kazanmaktadır (Kim, An, Kim, Yoon 2007).

Nükleer Santral Güvenliği Danışma Komitesi (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations - ACSNI) tanımına göre güvenlik kültürü; kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine ve uygulamadaki sürekliliğine karar veren birey ve grupların değer, algı, tutum, düşünce alışkanlıkları, yetkinlik ve davranış örüntüleri olarak ifade edilmektedir (ACSNI 1993). Geniş bir yelpazade belirlenen hasta güvenliği kültürü özellikleri kapsamlı olarak incelenmiş ve yedi başlık altında toplanmıştır. Ana başlıklar 'liderlik', 'ekip işbirliği', 'iletişim', 'kanıt temelli hasta bakım uygulamaları', 'hatalardan öğrenme', 'suçlama kültürü', 'hasta odaklılık' olarak belirlenmiştir (Sammer ve ark. 2010).

Liderlik: Çalışma ortamını yüksek riskli alan olarak kabul ederek liderin misyon/vizyon doğrultusunda eldeki kaynakları ve işgücü kapasitesini entegre etmesi

Ekip işbirliği: Yönetici, ekip üyeleri ve destek personeli arasında çalışma uyumu ve işbirliği ruhu; ilişkilerde açıklık, saygı, güven ve esneklik olması

İletişim: Sağlık çalışanının mesleği/görevi her ne olursa olsun hasta savunuculuğunu üstlenmesi

Kanıt temelli uygulamalar: Hasta bakım uygulamalarının kanıtlara dayanması ve standardizasyonu, süreçlerin yüksek güvenilirlik sağlamak üzere tasarlanması

Hatalardan öğrenme: Sağlık profesyonelleri de dahil olmak üzere tüm çalışanların hatalardan öğrenmenin önemini kavraması, içselleştirmesi ve iyileştirme çalışmaları için yenilikleri izlemesi

Suçlama kültürü: Kişilere değil sisteme -hataların altta yatan nedenlerine- odaklanılması, suçlayıcı kültürden uzaklaşılması

Hasta odaklılık: Bakımın hasta ve hasta yakını merkezli olması, hastanın hastane ve toplum arasında bir köprü görevi göreceğinin farkında olunması

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve kalıcı olabilmesi için yönetici liderliği öncelik taşımaktadır. Yöneticilerin çalışma ortamını yeniden yapılandırması ile tıbbi hataların azalması, hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir adım olarak görülmektedir (IOM 2004; Zakari 2011). Yöneticiler, hasta güvenliği kültürünün ne kadar önemli olduğunu önce kendisi kabul etmeli, daha sonra tüm kurumda hasta güvenliği kültürünün gereğini ve yararlarını açık bir şekilde anlatmalı ve paylaşmalıdır (Pronovost ve ark. 2004). Bu kapsamda sistem analizine odaklanılması ve kurumun öncelikleri doğrultusunda risk azaltma stratejileri belirlenmesi/geliştirilmesi gerekmektedir. Yeterli ve yetkin insan gücünün stratejilerin uygulanıp yürütülmesinde etkin rol alması sağlanmalıdır. Bilgiler sürekli olarak tüm çalışanlarla paylaşılmalı, iletişim ağları oluşturulmalı ve izlenmelidir. Bir diğer konu sağlık personeli ile hastalar arasında açık ve sürekli iletişimin cesaretlendirilmesidir. Hataların analiz edilmesi, hata raporlarının güvenlik altına alınması ve cezalandırıcı olmayan bir raporlama sistemi kullanılması da hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesinde önem taşımaktadır. Hataların bildirimi gerçekleştiğinde sorunların ortaya çıkış süreci izlenerek hataların nasıl oluştuğu ve bu hatalardaki insan faktörünün yeri saptanabilecektir. Böylelikle, sistemde hatalara yol açan durumlar ortadan kaldırılarak hataların tekrarı engellenebilecektir. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarı ve sürekliliğinin sağlanması tanı ve tedavi sonuçlarının iyileştirilmesine de katkı sağlayacaktır (Akalın 2004, Akalın 2005; Dang ve ark. 2002; Hellings, Schrooten, Klazinga, Vleugels 2007; Hwang ve Hwang 2011; Kinnaman 2007; Korkmaz 2012; Mercurio 2009; Pronovost ve ark. 2004; WHO 2004; WHO 2006).

Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi gerektirdiğinden belli bir süreci gerekli kılmaktadır. Hasta güvenliği kültürünün geçiş aşamalarını, Fleming ve Wentzell (2008) patolojik, reaktif, analitik, pro-aktif, üretken olmak üzere beş seviyeden oluşan bir model kullanarak açıklamıştır. **Patolojik** seviyede kurumlar güvenliği bir problem olarak görmekte, ancak bilgiler gizlendiği için güvenliğin

sağlanmasında bireylerin sorumluluğu üzerine odaklanılmaktadır. **Reaktif** seviyede, güvenlik önemli olmakla beraber, zarar ortaya çıktıktan sonra sorumluluk söz konusudur. **Analitik** seviyede ise kurumlar, kurallara ve pozisyonlara oldukça bağlıdırlar. Başarısızlıkların açıklanmasında derinlemesine bir inceleme olmadan karar verme yoluna gidilir. **Pro-aktif** seviyede, zararlar ortaya çıkmadan önce tüm çalışanlarca hasta güvenliğiyle ilgili geniş çaplı bir katılım söz konusudur. Son aşama olan **üretken** aşamada ise, kurumlar güvenli ve güvensiz davranışlar hakkında bilgi sağlamak için aktif bir araştırma sürecinde yer almaktadır.

Olumlu güvenlik kültürüne sahip kurumlarda; karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemine ilişkin ortak algı ve önleyici uygulamaların yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır. Bir kurumda güvenlik kültürünün yerleşebilmesi için kurum çalışanlarının tamamının güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması, uygulamalarda aktif rol alması ve ekip çalışması içinde sorumluluklarını sürdürmesi gerekmektedir. Bu kapsamda NPSF'nin önerdiği temel strateji; **eğitim, araştırma** ve **destek hizmetleri** ile **güvenlik kültürüne** ilişkin eylem planları ve yol haritalarının oluşturulmasıdır (NPSF 2003).

Eğitim:

-Hasta ve sağlık profesyonellerinin bir araya getirilmesi hedeflenerek interaktif, disiplinler arası eğitim programlarının oluşturulması

-Eğitim yoluyla tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda bilinçlendirme ve farkındalık yaratılması

Araştırma:

-Hasta ve sağlık çalışanları arasında işbirliği ve iletişim için etkili yöntemlerin belirlenmesi, belirlenen yöntemler ve etkilerine ilişkin bilgilendirme yapılması

-Mevcut hasta güvenliği bilgileri ile hasta ve ailelerine sunulan kaynakların etkinliğinin/yeterliğinin incelenmesi

Destek Hizmetleri:

-Hata ve hata kaynaklı zararların önlenmesi

-Oluşan hataların etkilerinin azaltılması

Güvenlik kültürü:

-Hasta, aileler ve sağlık çalışanları ile birlikte güvenlik kültürü süreci; etkili iletişim becerilerinin öğretilmesi, hasta güvenliği savunuculuğunun üstlenilmesi, ilgili birimlerin kurularak faaliyete geçirilmesini kapsamaktadır.

Sağlık ile ilgili disiplinlerin/çalışanların eğitim yoluyla bilinçlendirilmesiyle hasta güvenliğine ilişkin değişimin yaygınlaştırılmasında önemli oranda yol kat edilecektir (NPSF 2003).

Hasta güvenliği kültürünü yaygınlaştırmada geliştirilecek planın ana hatları ise, Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği ve Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı önerilerine göre şöyledir (AONE 2011; NPSA 2004):

- Açık ve hatalardan ders alınabilen bir hasta güvenliği kültürünün sürekliliğinin sağlanması
- Hasta güvenliğinin kurumun liderleri için öncelik olduğunun ve bu amaçla ekip çalışmasının en üst düzeye çıkarıldığının gösterilmesi
- Klinik uygulamalar, işlemler, süreçler ve çalışma koşullarının risk değerlendirilmesinin yapılması/güvenli tasarımı
- Güvenliğin geliştirilmesine yönelik önerilerden yola çıkarak tasarlanan araştırılmaların yürütülmesi/desteklenmesi
- Çalışanların klinik yetkinliğinin ve hasta güvenliği rollerinin pekiştirilmesine odaklanan eğitimler planlanması
- Hasta ve hasta yakınlarının kendi güvenliklerini koruma ve geri bildirimde bulunmaları yönünde özendirilmesi ve eğitilmesi
- Hasta güvenliği raporları ve uygulamalarının düzenli olarak duyurulması; bildirim ve güvenliği arttırıcı karar verme mekanizmalarının geliştirilmesi ve kullanımının artırılması
- Ortaya çıkan durumların sistematik olarak değerlendirilmesi ve sistemlerin iyileştirilmesi
- Alınacak önlemlerin hatırlamaya dayalı ve cezalandırıcı olmamasına özen gösterilmesi
- Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International - JCI) hedeflerinin duyurulması ve uygulanmasına yönelik adımlar atılması

Ayrıca, kurumlarda gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamalarının etkinliğinin düzenli olarak değerlendirilmesi hasta güvenliği kültürünün kalıcı olmasında kilit rol üstlenmektedir (Türk Tabipleri Birliği - TTB 2011).

Hasta güvenliğinin tüm çalışanlar tarafından sahiplenilerek kurum kültürü haline gelmesinde; lider, çalışan ve hastalar arasında açık iletişimin sağlanması, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk verilmesi

önerilmektedir (IOM 2004). Hasta güvenliğine yönelik kurumda yapılan uygulama ve çalışmalar hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik yaklaşım ve bakış açılarına olumlu katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda kurumda yapılan tüm çalışmalarda hemşirelerin aktif olarak yer alması çalışmaların etkinliği açısından önemlidir. Sağlık sistemi içinde hemşireler hastayla en çok birlikte ve iletişim halinde bulunan sağlık profesyonelleri olduğundan, hasta güvenliği kültürünün tutum ve davranışa dönüştürülmesinde önemli bir potansiyele sahiptir. Hemşirelik hizmetleri yönetiminin; hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve hemşirelik hizmetlerinin sunumuna yansıtılması için geliştirebileceği stratejiler ise şu şekilde sıralanmaktadır (TTB 2011):

- ✓ Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliğinin sağlanmasında liderlik
- ✓ Hasta güvenliği odaklı süreç tasarımlarının yapılması ve güvenirliğin geliştirilmesi
- ✓ Hasta güvenliği bilgilerinin paylaşılması ve farkındalık yaratılması
- ✓ Raporlama sistemi ile ilgili çalışanların desteklenmesi
- ✓ Disiplinler arası iletişim, işbirliği
- ✓ Hemşirelik bakım süreçlerinin rutin izlenmesi

2.2. ÇALIŞMA ORTAMI

Lake tarafından 2002'de hastane çalışma ortamının beş anahtar özelliği; 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü', 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', 'yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri', 'insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği', 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' olarak belirlenmiş ve tanımlanmıştır. Bu özellikler profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen koşulları yansıtmaktadır.

Hastane çalışma ortamına ilişkin çalışanlara aktif katılım olanağı tanınması, profesyonel çalışma ortamlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Clavelle, O'Grady, Drenkard 2013). Disiplinler arası iyi iletişim ve işbirliği, yeterli çalışan sayısı ve niteliği, kararlara katılım, eğitim, gelişim fırsatları, kalite iyileştirme çalışmaları, kaynaklara erişim gibi destekleyici kurumsal faktörler profesyonel hemşirelik uygulamaları ile pozitif hasta bakım sonuçlarını destekleyen bir çalışma ortam sunulmasına olanak sağlamaktadır. Destekleyici çalışma ortamı ile hemşirelerin hataları önleme davranışları gelişmekte ve böylece yapılan hatalar azalmaktadır (Flynn ve ark. 2012; Hwang ve Hwang 2011; Kazanjian, Green, Wong, Reid 2005).

2.2.1. Çalışma Ortamı Özellikleri

Hemşirelerin çalışma ortamı, hasta güvenliği açısından ciddi tehditler oluşturabilmektedir. İş yükü fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, hemşire sayısının az hasta sayısının çok olması, mesleki statünün düşük algılanması, ekip içi iletişim sorunları, rol karmaşası, malzeme ve ekipman yetersizliği, yöneticilerden destek alamama ve iş ortamında çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalma gibi etmenler çalışma ortamını olumsuz hale getirmektedir (Parlar 2008; Yılmaz ve Özkan 2006). Çalışma ortamına yönelik sağlık ve güvenlik önlemleri alınmadığı durumda, tıbbi süreçler, kullanılan teknoloji, iletişim gibi pek çok faktöre bağlı olarak tıbbi hatalar oluşmakta; bu durumdan hem sağlık çalışanları hem de hastalar zarar görmektedir (Meraviglia ve ark. 2009; Baumann 2007). Yöneticinin hemşirelere sağladığı olumlu çalışma ortamı sayesinde hata yapma risklerinin azalacağı öngörülmektedir (Zakari 2011; Hwang ve Hwang 2011).

IOM 2004 yılında yayımladığı 'Hasta güvenliğini sağlama: Hemşirelerin çalışma ortamlarını düzenleme' (Keeping Patient Safety: Transforming the Work Environment of Nurses) isimli raporda, hemşirelerin hasta güvenliğinde oynadığı anahtar role odaklanmış, hasta güvenliğini geliştirmek için hemşirelik çalışma ortamında yapılması gereken değişikliklere dikkat çekmiştir. Hemşirelik çalışma ortamında hasta güvenliğini tehdit eden hataları besleyen

pek çok süreç olduğuna işaret eden raporda, hasta güvenliğini arttırmak için çalışma ortamında değişikliği sağlayacak dört bileşene yönelik önerilerde bulunulmuştur. Dikkat çekilen dört ana bileşen şunlardır:

Yönetim: Kanıta dayalı yönetim ve liderlik uygulamaları

İş gücü: İş gücü kapasitesinin artırılması

İş süreçleri: İş ve iş alanının hataları azaltmak üzere tasarlanması

Kurum kültürü: Güvenlik kültürünün oluşturulması ve sürdürülmesi

Hastanelerde, hasta güvenliğini sağlamak için hasta güvenliği kültürü oluşturmak kadar; hastayla en çok zaman geçiren, hasta bakımında önemli rol üstlenen hemşirelerin fiziksel ve ruhsal açıdan da desteklenmeleri gerekmektedir. Nitelikli hemşirelik hizmeti sunumu ancak çalışma ortamının destekleyici özelliklerle donatılması ile mümkün olabilmektedir. Üstün performansı destekleyen, hemşireleri mesleğe çekme/bağlama gücü olan çalışma ortamları sağlıklı çalışma ortamı olarak nitelendirilmekte ve hemşirelerin sağlığını, refahını, kaliteli hasta bakımı sonuçlarını, kurumsal performansı ve toplumsal sonuçları en istendik düzeye çıkarmak için yapılan uygulamaları kapsamaktadır (ICN 2006; Baumann 2007).

ICN, çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesinin; çalışanın sağlığını, güvenliğini, sosyal yaşamını ve iş verimini olumlu yönde etkileyerek sürekliliğini sağlaması kadar, hasta güvenliğinin korunması yönünden de çok önemli olduğunu belirtmektedir. Bu kapsamda 2006 temasını güvenli ortam-güvenli istihdam üzerine oluşturmuş ve 2007 temasını da pozitif uygulama-çalışma ortamı üzerine odaklamıştır (ICN 2006; Baumann 2007). IOM'un 2000 yılı raporunda da çalışma ortamının dürüst ve açık iletişimi, ekip işbirliği ve takım çalışmasını destekleyecek şekilde tasarlamanın önemine değinilmiştir.

Çalışma ortamı özelliklerinin hemşire ve hastalardan elde edilen sonuçlara ilişkin etkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Aiken ve arkadaşlarının (2001) 43.000'i aşan hemşire üzerinden yürüttükleri çalışmada hemşire yetersizliğinin kaliteli ve güvenli sağlık bakım sunumunu engellediği belirlenmiştir. Kritik bakım alanlarında (yoğun bakım, acil servis) yapılan bir diğer araştırmada, çalışma ortamının yetersiz algılanmasının hasta bakım sonuçlarını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Aynı çalışmada hekim-hemşire iletişiminin olumlu yönde değerlendirilmesiyle hataların azaldığı/önlendiği sonucuna ulaşılmıştır (Manojlovich ve De Cicco 2007).

ABD ve Avrupa'da yürütülen çalışmada, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve kaynakları açısından farklılıklar bulunsa da, ülkelerin tamamında hasta bakım

kalitesi ve güvenliği ve çalışan memnuniyeti ile ilgili sorunların yaygın olduğu belirlenmiştir. Nitelikli hemşire gücünü işte tutmada ve hasta bakım sonuçlarının geliştirilmesinde çalışma ortamlarının iyileştirilmesi önerilmiştir. Çalışma ortamlarının iyileştirilmesinin bakım kalitesi, hasta güvenliği ve hasta/çalışan memnuniyetini artıracağı vurgulanmıştır (Aiken ve ark. 2012).

Sağlık sistemi içinde hemşirelik işgücü güvenli hasta bakımı sağlamada önemli faktörlerden biri olduğundan, özellikle artan hasta sayısı ve yaşlanan nüfus taleplerini karşılamada çalışma ortamlarının iyileştirilmesi önemlidir. Hemşirelerin kaliteli hemşirelik hizmeti sunabilmeleri, çalışma ortamlarının onları destekleyecek niteliklere sahip olmaları ile mümkün olabilmektedir.

Olumlu çalışma ortamlarının özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır (Baumann 2007):

- Mesleki kimlik ve profesyonellik gelişimi sağlama
- İş sağlığı ve güvenli bir çalışma ortamı
- Yönetim ve liderlik tarzlarının gelişimi (işe alma ve işte tutma üzerine odaklanan yenilikçi politikalar, yeterli donanım ve malzeme)
- Öğrenme atmosferi
- İş doyumu (çalışanların emeğinin karşılığını alması)
- Uygun ekip çalışması
- Otonomi, kararlara katılım

Uygulama ortamlarının hemşire ve hasta sonuçları üzerine etkilerinin analizi sonucu, çalışma ortamının iş memnuniyeti ile bakım sürecini olumlu etkilediği, mortaliteye ilişkin riskleri ise azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Kaliteli ve güvenli bakım için eğitim desteğinin yanısıra hemşire sayı yeterliğinin sağlanması ve beraberinde çalışma ortamı bileşenlerinin de değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Aiken ve ark. 2008).

2.3.GÜÇLENDİRME

Genel olarak güçlendirme, çalışanların kendilerini 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 (Cook, Hunsaker, Coffey 1997). Kanter (1977) güçlendirmeyi, 'bir bireyin amaçlara ulaşmak için mevcut kaynaklardan yararlanma ve bağımsız şekilde kararlar alma yeteneği' olarak tanımlamıştır.

Güçlendirmenin başarılmasında gereken koşullar ve uygulamalar şu şekilde belirtilmektedir (Caudron 1995; Koçel 2013):

- Güçlendirme uygulamalarının en önemli başarı koşulu ekip işbirliği ve bilgi paylaşımına fırsat tanıyan bir bilgi sisteminin tasarımı ve uygulamasıdır. Bu anlamda tüm çalışanlar arasında tam bir iletişimin kurulması gerekmektedir.
- Güçlendirmenin başarılı olabilmesi için, güçlendirilmek istenen çalışanlara, kendilerini geliştirmelerini sağlayacak eğitim olanakları ve ortamı sunulmalıdır. Kişinin işi yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olması hem işin sonuca ulaşacak tarzda yapılması hem de çalışanın kendine olan güveninin artması açısından önemlidir.
- Çalışana kullanması gereken kaynakların verilmesidir. Özellikle para, araç ve gereç anlamındaki bu kaynakların bulunması ile çalışanın, dolayısıyla da güçlendirmenin başarılı olma olasılığı artacaktır.
- Güçlendirmede performans değerlendirme yapılmalıdır. Kendi amaçlarını belirleyip uygulama kararları veren ve belirli sonuçlar elde eden çalışanların performanslarının misyon ve vizyon açısından uygunluğu değerlendirilmeli ve kendilerine geri bildirim olarak aktarılmalıdır.

Çalışanın güçlendirilmesi, kurumsal ve yönetimsel etkinliğin en temel bileşeni olup ekip bilincinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. Çalışanı güçlendirme, çalışanın işe katılımını sağlamakta, işini zenginleştirmekte, bilgi ve yetki yönünden çalışanı daha donanımlı hale getirmektedir. Güçlendirilmiş çalışanlar, yaptıkları işlerin sorumluluğunu hissetmekte ve bunun bir sonucu olarak kurumsal etkinlikleri artmaktadır. Ayrıca, işleriyle ilgili kararları tek başlarına alabildiklerinden kurumların kazanımları artmaktadır. Sonuç olarak, güçlendirme etkinliklerini benimseyen kurumlarda çalışanlar adil, saygılı ve güvenli bir ortam bulduklarından kurumlarına karşı daha yüksek

bağlılık ve iş doyumu hissetmektedir (Güven 2001). Bu sonuç, yetişmiş çalışanın o kurumda daha verimli olması anlamına gelmektedir.

Güçlendirme, **yapısal** ve **psikolojik** güçlendirme olarak iki ana boyutta incelenmektedir (Kanter 1977; Spreitzer 1995).

2.3.1.Yapısal Güçlendirme

Güçlendirmenin yapısal boyutunda; çalışma ortamı koşullarının güçlendirme üzerine etkilerini inceleyen yapısal güçlendirme modeli tanımlanmış; fırsat, bilgi, destek ve kaynaklara ulaşmanın güçlendirmeyi geliştireceği üzerinde durulmuştur (Kanter 1977). Faulkner ve Laschinger tarafından (2008), bilgi (teknik ve uzmanlık bilgisi), destek (ekip etkileşimi: geribildirim, yardımlaşma), kaynak (gerekli zaman ve malzemeler) ve fırsatlara (gelişim ve ilerleme olanakları) erişim sağlandıkça çalışanların güçlenme (yapısal) ve saygınlık algısının artacağı belirtilmiştir. Yapısal güçlendirmenin temelinde çalışanların yönetime aktif olarak katılmasının profesyonel uygulama ortamlarını iyileştirilip geliştirilebileceği öne sürülmüştür (Clavelle, O'Grady, Drenkard 2013; Tigert ve Laschinger 2004).

2.3.1.1.Yapısal Güçlendirme Unsurları

Güç, bireyin organizasyondaki destek, bilgi, kaynak ve fırsatlara erişme, bunları harekete geçirebilmesinden elde edilmektedir. Kanter'e (1977) göre **fırsatlar, bilgi, kaynaklar, destek, biçimsel ve biçimsel olmayan güç** yapısal güçlendirmenin **altı unsurunu** oluşturmaktadır. Bu kapsamda, yapısal güçlendirme 'bir kurumun, çalışanlarına bilgiye, kaynaklara, desteğe ve fırsatlara ulaşma olanağı sunma yeteneği' olarak tanımlanmıştır.

Bireyin organizasyonda sahip olduğu biçimsel ve biçimsel olmayan güç ise bireyin bu yapılara erişimini etkilemektedir. **Biçimsel güç;** organizasyonel süreçlerle ilgili esneklik, görünürlük veren bir mesleğe sahip olma ile gelişmektedir. Organizasyon içinde ve dışındaki arkadaşlıklar, başkasının emrindeki diğer kişiler ile bireyin ağ ve anlaşmaları **biçimsel olmayan gücü** desteklemektedir (Laschinger ve Havens 1996).

Laschinger, Finegan, Shamion ve Wilk (2001), Kanter'in teorisinden faydalanarak çalışma ortamını güçlü kılan dört temel unsurdan bahsetmektedir:

Fırsat: Bilgi ve yeteneklerdeki artışı sağlayan durumlar, kurumda gelişimi ve canlanmayı sağlayan fırsatlardır. Çalışanlar kendilerinden beklenen işler için eğitilmelidir.

Hizmet içi eğitim fırsatları sağlanmalı ve çalışma ortamında her istediklerinde bilgiye ulaşacakları sistemler kurulmalıdır.

Bilgi: Kurumsal amaç ve değişikliklere ilişkin çalışanlara bilgi verilmelidir. Yönetici, kurumun amacının ve hedefinin ne olduğunu, kurumun çalışanlardan neler beklediğini açıklamalı ve çalışanları yönlendirmelidir.

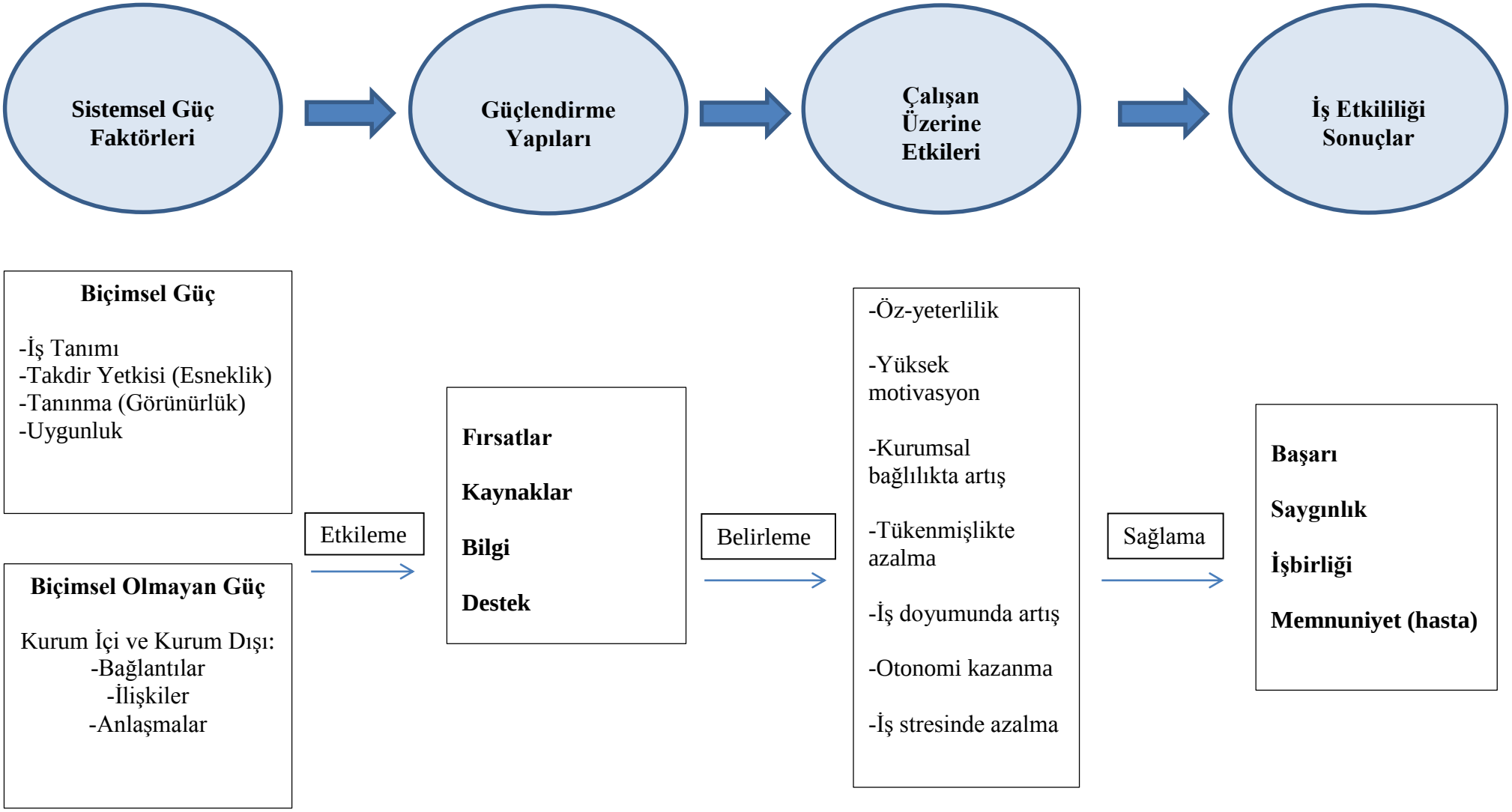
Destek: Otonomik karar verme ve risk almaya uygun ortam yaratılmalıdır. Ekip üyelerinin ihtiyaç duyduğu destek kendilerine sağlanmalıdır. Çalışanların soru sorma, cevap alabilme, onaylanma, danışmanlık alma, geribildirim alma, cesaretlendirilme ve isteklendirme gibi ihtiyaçları yeterli ölçüde karşılanmalıdır.

Kaynaklar: Çalışanlar işi yapmak için gerekli olan kaynaklara rahat ulaşabilmeli, gerek duydukları kaynaklar için kime, nasıl başvuracaklarını bilmelidir. Planlanan işler için ayrılan zaman, para ve eleman gibi kaynaklar yeterli olmalıdır.

Yapısal güçlendirmenin bireysel ve kurumsal çıktılar üzerine doğrudan ve dolaylı etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda, işten ayrılma niyeti (Cai ve Zhou 2009; Laschinger, Finegan, Wilk 2009), işgücü devri (Hauck, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2011; Smith, Capitulo, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2012), emek-ödül dengesizliği (Kluska, Laschinger, Kerr 2004), iş stresi (Lautizi, Laschinger, Ravazzolo 2009) ve tükenmişliği (Gilbert, Laschinger, Leiter 2010; Greco P, Laschinger HKS, Wong 2006; O'Brien 2011) azalttığı ortaya konmuştur. Ayrıca, iş doyumunu artırdığı sonucundan yola çıkılarak güçlendirmenin hemşireleri işte tutmadaki önemine değinilmiştir (Cai ve Zhou 2009; Cicolini, Comparcini, Simonetti 2014; Ning, Zhong, Libo, Qiujie 2009; Wagner ve ark. 2010). Yapılan diğer çalışmalarda da, güçlendirmeye ilişkin iyileştirmelerin iş etkiliği ile kuruma/işe bağlılığı olumlu etkileyeceği rapor edilmiştir. Yapılan iyileştirmelerle, hemşirelerin fiziksel/ruhsal sağlığının iyiliğinin yanı sıra hasta bakım sonuçlarının da gelişeceği öne sürülmüştür (De Cicco, Laschinger, Kerr 2006; Eo, Kim, Lee 2014; Ibrahem, Elhoseeny, Mahmoud 2013; Laschinger ve Finegan 2005; Laschinger, Read, Wilk, Finegan 2014; Purdy ve ark. 2010; Yang, Liu, Chen, Pan 2013; Yang, Liu, Huang, Zhu 2013). ABD'de erişkin yoğun bakım birimlerinde yürütülen çalışmada da, yapısal güçlendirme yapılarına ulaştıkça hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının olumlu yönde arttığı saptanmıştır. Güçlendirilmiş ortam/hemşire ve hasta güvenliği kültürünün, kaliteli bakım sunumunun olmazsa olmaz bileşenleri olduğunun altı çizilmiştir (Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2010).

Yapısal güçlendirme profesyonel hemşirelik davranışları oluşturmada ve hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Güçlendirme yapılarına erişimin sağlandığı çalışma ortamlarında otonomi, bilgi gelişimi, bilgi dağılımı ve araştırmaların sürekliliği desteklenmektedir (Donahue ve ark. 2008; Laschinger 2008). Uygun koşulların yaratılması, kurum yönetiminin sorumluluğunda olduğundan yönetici hemşirelerin bilgi, fırsat, destek ve kaynak sağlaması güçlendirmenin başarılmasını kolaylaştıracaktır (Laschinger, Finegan, Shamian, Wilk. 2001; Laschinger, Gilbert, Smith, Leslie 2010). Bu kapsamda yönetici hemşireler tarafından yapılabilecek uygulamalar ise şöyledir (Laschinger, Wong, McMahon, Kaufmann 1999; Nedd 2006):

- Hemşireleri karar verme aşamasına ve performans değerleme sürecine dâhil etmek
- Bilgi paylaşımını sağlamak
- Gelişim ve eğitim fırsatları yaratmak
- Kaynaklara ulaşmada yardımcı olmak
- Yetki devretmek, sorumluluk vermek ve otonomi kazanmalarını desteklemek



Şekil 1: Yapısal Güçlendirme Kavramlarının İlişkisi (Kanter 1979; Lashcinger 2012)

2.3.2.Psikolojik Güçlendirme

Kurumsal/yönetsel açıdan güçlendirme, gücün liderler tarafından çalışanlarla paylaşılması sürecini kapsamaktadır. Sosyal-psikolojik kuramlar güçlendirmeyi iç motivasyonel yapı olarak ele almaktadır. Bu bağlamda, psikolojik güçlendirme bir kuruluşta çalışanların rolleri ve sorumlulukları hakkında sahip oldukları kişisel inançları yansıtmaktadır. Psikolojik güçlendirme ile yapısal güçlendirme ilişkisi incelendiğinde; yapısal güçlendirme teorisinin odak noktası çalışma ortamındaki güçlendirici koşulların varlığı ya da yokluğuna ilişkin çalışanların algılamalarını kapsarken, pikolojik güçlendirme çalışanların yapısal güçlendirme koşullarını psikolojik olarak nasıl yorumladıklarını ve anlamlandırdıklarına odaklanmaktadır (Kanter 1977; Laschinger, Finegan, Shamian, Wilk 2004). Yapısal ve psikolojik güçlendirme arasındaki bu bağlantıya Spreitzer (1995) dikkat çekmiştir.

2.3.2.1.Psikolojik Güçlendirme Unsurları

Spreitzer'e (1995) göre psikolojik güçlendirme, kurumdaki güçlendirme müdahalelerinin başarılı olması için çalışanlar tarafından deneyimlenmesi gereken psikolojik bir durum olarak tanımlanmakta; anlam, yeterlilik, özerklik ve etki olmak üzere dört boyutta incelenmektedir.

Anlamlılık: Bir görevin yapılış amacının iş gören için taşıdığı değer olan anlamlılık; çalışanların yaptıkları işi önemseme ve işlerinin önemli olduğunu düşünme düzeyleriyle ilgilidir.

Yeterlilik: Çalışanların işlerini iyi yapabilmeleri konusunda kendilerine ve yetenekleri ne duydukları güven düzeyiyle ilgilidir.

Özerklik: Çalışanların işlerini nasıl yapacakları konusunda karar verme özgürlüklerini ve işleri üzerinde kontrol sahibi olmalarını ifade eder.

Etki: Çalışanların (stratejik, yönetsel ya da operasyonel) kurumsal sonuçlar üzerinde herhangi bir etkisi olup olmadığını hissetmesiyle ilgilidir. Başka bir deyişle etki boyutu; çalışanların işyerlerinde bir iz bırakabilme ve kurumun onların fikirlerini ciddiye alma düzeyini gösterir.

Psikolojik güçlendirmenin sorunları tanımada, fikir üretmede ve grup desteğiyle beraber üretilen fikirleri uygulamaya aktarmada olumlu katkı sağladığı belirtilmektedir (Knol ve Van Linge 2009). Güçlendirici koşullara erişebilen hemşirelerin psikolojik olarak daha da güçlenmiş hissedeceği, güçlenmenin pekiştirilmesi ve özümsenmesiyle davranışa yansıyacağı

öngörülmektedir (Laschinger ve ark. 2010). Bu yapı ve koşullar, çalışanların bir işi iyi yapmaktan dolayı doyum almasına, daha başarılı olmak için motive olmasına, işine ve kurumuna daha çok bağlanmasına yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte, güçlendirici çalışma ortamı ve koşullarının hemşirelere özerklik ve güven kazandırdığı, yapılan işin anlamlandırılmasında ve organizasyon içinde bir etkiye sahip olduğu hissinin yaratılmasında fayda sağladığı çalışma sonuçlarında gösterilmiştir (Kluska, Laschinger, Kerr 2004; Stewart, McNulty, Griffin, Fitzpatrick 2010; Wang ve Liu 2013). Güçlendirici çalışma ortamını geliştirmede ekip etkileşiminin yöneticilerce desteklenmesiyle hasta ve hemşire sonuçlarının daha da iyileşeceği öne sürülmüştür (Purdy ve ark. 2010). Bu bağlamda, psikolojik güçlendirme ile kurumsal bağlılığının iş doyumunu etkilediği belirlenmiştir (Cicolini, Comparcini, Simonetti 2014; Zhou, Ouyang, Qu 2014). İş doyumunun artırılması ve hemşirelerin işte tutulmasına ilişkin işgücünün üretken ve yenilikçi olması yönünde güçlendirmenin yapılması (yapısal ve psikolojik) gerektiği vurgulanmıştır (Wagner ve ark. 2010). Güçlenme yapılarına erişen hemşirelerin psikolojik olarak da güçlenmiş hissedeceği ve bunun sonucunda da hastaların güçlendirilmesine yönelik stratejiler geliştireceği belirtilmiştir (Laschinger, Gilbert, Smith, Leslie 2010). Hasta güvenliğine de yansıyacak olan bu stratejilerin uygulanmasında liderliğin altı çizilerek önemine değinilmiş (Laschinger, Finegan, Wilk 2009) ve psikolojik güçlendirmenin liderlik becerilerinin/özelliklerinin geliştirilmesindeki etkilerine odaklanılması önerilmiştir (Havaei, Dahinten, MacPhee 2014).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel tasarımda bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Ağustos-Aralık 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma için bu hastanenin seçilme nedeni, 55 Ana Bilim Dalı ile bölge nüfusunun büyük bir bölümüne hizmet sunması, yatak kapasitesinin (1816) ve dolayısıyla hemşire sayısının (1249) fazla olmasıdır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmuştur (S=1249). Araştırmaya katılmayı kabul eden (raporlu ve izinli hemşireler hariç), ameliyathane, poliklinikler, göz, kalp damar cerrahisi ve organ nakli klinikleri dışında en az altı aydır kurumda çalışan tüm hemşireler örnekleme alınmıştır. Güvenlik kültürüne ilişkin algının oluşması ve ölçek sorularının güvenilir olarak yanıtlanabilmesi için ilgili kurumda en az altı ay çalışılması ve aynı zamanda uyum ve oryantasyon sürecinin 6 ay - 2 yıl arasında tamamlanmış olması dikkate alınmıştır. Ameliyathane ve polikliniklerin kapsam dışı tutulma nedeni, ölçekte yer alan hasta bakımına ilişkin soruların yanıtlanmasının güçlük yaratmasıdır. Göz, kalp damar cerrahisi ve organ nakli kliniklerinin örneklem dışında yer almasının nedeni ise, birim yöneticilerinin yoğunluk nedeniyle araştırmanın yürütülmesine izin vermemesidir (S=864).

Türkmen, Baykal, İntepeler, Altuntaş'ın 2013 yılında yaptığı araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü orta düzey, ölçek puan ortalaması 3,03(SS=0,47) olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın verileri esas alınarak araştırmaya alınması gereken en az örneklem büyüklüğü PASS 2002 programı kullanılarak %95 güç ve %95 güven aralığında 217 olarak hesaplanmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemine göre dahili ve cerrahi birimler, yoğun bakımlar ve acil servisler için ayrı ayrı örnekleme alınan hemşire sayıları belirlenmiş ve 10'ar yedek alınarak 257 hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir.

Veri toplama sürecinde 864 anket dağıtılmış, 359 anket geri alınmış; (189 hemşirenin izinli ve raporlu olması, 316 hemşirenin doldurmak istememesi nedeniyle) ancak 85 anket de geçersiz doldurulduğundan (eksik ya da ölçek sorularının tümü aynı işaretlenmiş) 274 veri değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma sonucunda yapılan güç analizine göre, %95 güven aralığında %100 güç elde edilmiştir.

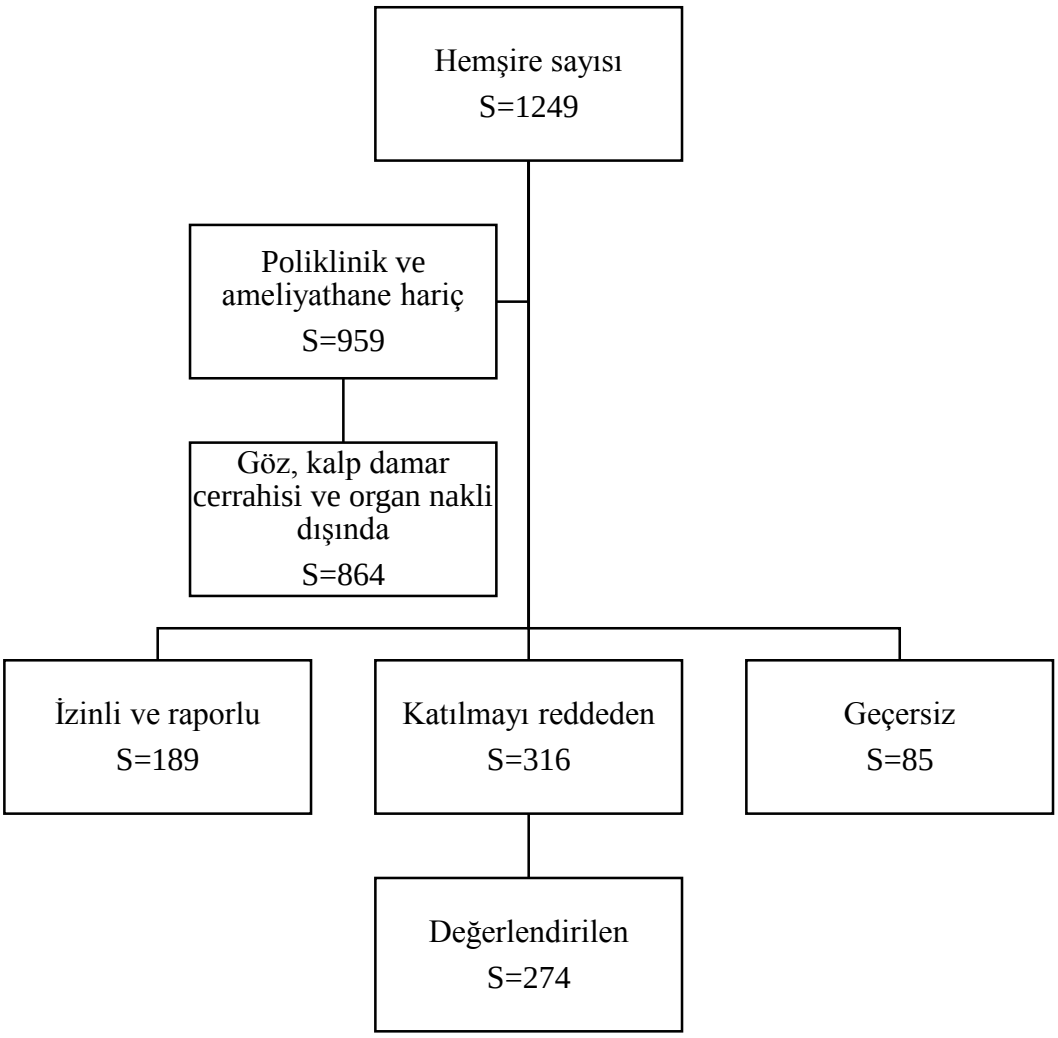
Birim sınıflandırmaları, tabaka ağırlıkları ve örnekleme alınan hemşire sayıları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Tabakalı Örnekleme Yöntemine Göre Örneklem Hesaplaması

Tabaka No	Birimler*	Hemşire Sayısı (n=864)	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Alınan Hemşire Sayısı	
				Hedeflenen	Elde edilen
1	Dahili Birimler	322	322/864=0,37	0,37×217=81	100
2	Cerrahi Birimler	152	152/864=0,18	0,18×217=38	45
3	Yoğun Bakımlar	322	322/864=0,37	0,37×217=81	94
4	Acil Servisler	68	68/864=0,08	0,08×217=17	35
Toplam		864	1,00	217	274

* Birim bazında tüm kliniklerden tabaka ağırlığı dahilinde örneklem sayısına (öncelikle en az olması gereken) ulaşılmıştır.

Evren ve örneklem Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2: Evren ve Örneklem

3.4.Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla 'Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Anket Formu', 'Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği', 'Hemşirelik İş - İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği' ve 'Yapısal Güçlendirme Ölçeği' kullanılmıştır.

Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Anket Formu (Ek I)

Araştırmacılar tarafından oluşturulan Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Anket Formu; yaş, cinsiyet, eğitim, meslekte çalışma yılı, çalışılan birim ve haftalık çalışma saati sorularını içermektedir.

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (Ek II)

Türkmen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilen toplam 51 maddeden oluşan ölçek; 'yönetim ve liderlik', 'çalışan davranışı', 'beklenmedik olay ve hata raporlama', 'çalışanların eğitimi' ve 'bakım ortamı' olmak üzere beş alt boyutta tasarlanmıştır.

Ölçek, dörtlü likert tipindedir; (1) tamamen katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) katılıyorum ve (4) tamamen katılıyorum ile puanlanmaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5'e bölünerek 1-4 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1'e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	**Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)**	
	Türkmen ve ark. (2011)	Dirik (2014)
Yönetim ve liderlik (17 madde)	0,92	**0,88**
Çalışan davranışı (14 madde)	0,91	**0,86**
Beklenmedik olay ve hata raporlama (5 madde)	0,83	**0,75**
Çalışanların eğitimi (7 madde)	0,91	**0,85**
Bakım ortamı (8 madde)	0,86	**0,82**
Ölçek toplam (51 madde)	0,97	**0,95**

Hemşirelik İş - İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Hİ-İ-HÇODÖ) (Ek III)

Lake (2002) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçeği Türkçeye Türkmen ve arkadaşları (2011) uyarlamıştır. Ölçek 31 maddeden oluşmaktadır ve dörtlü likert tipindedir; maddeler (4) kesinlikle katılmıyorum, (3) katılmıyorum; (2) katılıyorum ve (1) kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Ölçek beş alt boyuttan ('hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü', 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', 'yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri', 'insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği', 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi') oluşmaktadır. Ölçek puanları değerlendirilirken kodlanan sayılar 5'ten çıkarılarak dönüştürme işlemi yapılmaktadır. Bunun için tüm maddelerin puanı "1=4", "2=3", "3=2", ve "4=1" şeklinde tersine çevrilmekte ve daha sonra alt boyut puanları hesaplanmaktadır. Bunun için alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanır, elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünür ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında ise beş alt boyutun ortalama puanı toplanır ve beşe bölünerek 1-4 arasında ölçek puanı elde edilir. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça iş ortamına yönelik tutumları da olumlu yönde artmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Hemşirelik İş-İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	**Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)**		
	Lake (2002)	Türkmen ve ark. (2011)	Dirik (2014)
Hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü (9 madde)	0,83	0,87	**0,76**
Kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları (10 madde)	0,80	0,86	**0,76**
Yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri (5 madde)	0,84	0,80	**0,79**
İnsan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği (4 madde)	0,80	0,80	**0,69**
Hekim-hemşire-meslektaş iletişimi (3 madde)	0,71	0,84	**0,74**
Ölçek toplam (31 madde)	0,82	0,94	**0,89**

Yapısal Güçlendirme Ölçeği (Ek IV)

Yapısal güçlendirmeyi ölçmede Laschinger, Finegan, Shamian ve Casier (2000) ve Laschinger, Finegan, Shamian ve Wilk (2001) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları

yapılan Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi-II (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II, CWEQ-II) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Sürgevil, Tolay ve Topoyan (2013) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlama sürecinde orijinal ölçekte yer alan 'hekim dışı meslek üyelerinden (fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, diyetisyen vb.) fikir alma' maddesi örneklem grubuna (devlet üniversitelerinde çalışan araştırma görevlileri) uygun olmayacağı düşünülerek çıkarılmıştır. İlgili madde, bu çalışmanın hemşirelere uygulanması sebebiyle ölçek kapsamına eklenmiştir.

CWEQ-II, Kanter tarafından tanımlanan yapısal güçlendirmenin altı alt boyutunu ölçmeye yönelik 19 ifade ile yapısal geçerliliği test etmek amacıyla kullanılan iki ifadeli genel güçlendirme ölçeğinden oluşan bir ölçme aracıdır. İlk dört alt boyut, Kanter'in dörtlü güçlendirme yapısından oluşan fırsat, bilgi, destek ve kaynaklara ulaşmadır. Sonraki iki alt boyut ise Kanter'in biçimsel güç ve biçimsel olmayan güç kavramlarını ölçmektedir. Genel Güçlendirmeye ilişkin son iki madde ise sadece yapısal geçerlilik için kullanılmakta ve toplam güçlendirme puanına dahil edilmemektedir.

CWEQ-II, beşli likert tipindedir; (1)'den (5)'e doğru ('Hiç`ten 'Çok`a kadar) puanlamaya göre değerlendirilmektedir. Ölçeğin her alt boyut puanı ayrı ayrı hesaplanmakta (1-5 arasında) ve tek bir toplam puanla birleştirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 6-13 arasındaki toplam puan düşük düzey, 14-22 arasındaki toplam puan orta düzey ve 23-30 arasındaki toplam puan yüksek düzeydeki güçlendirmeyi tanımlamaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4: Yapısal Güçlendirme Ölçeği (Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi-II) Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	**Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)**		
	Laschinger ve ark. (2000)	Sürgevil, Tolay, Topoyan (2013)	Dirik (2014)
Fırsat (3 madde)	0,81	0,78	**0,85**
Bilgi (3 madde)	0,80	0,92	**0,88**
Destek (3 madde)	0,89	0,91	**0,82**
Kaynak (3 madde)	0,84	0,76	**0,83**
Biçimsel Güç (3 madde)	0,69	0,77	**0,87**
Biçimsel Olmayan Güç (4 madde)	0,67	0,80	**0,72**
Ölçek toplam (19 madde)	0,89	-	**0,89**

Veri toplama sürecinde hemşire çalışma listeleri takip edilerek üç ay boyunca (Ağustos-Ekim 2014) her gün kliniklere gidilmiştir. Araştırmacı tarafından her bir birime elden kapalı zarf ile dağıtılan formlar, aynı gün ya da birkaç gün içinde gece/gündüz vardiyalarında geri alınmıştır. Veri kayıplarını önlemek amacıyla birim bazında 10'ar form fazladan dağıtılmıştır.

3.5. Araştırma Planı ve Takvimi

- Literatür Tarama-Tez Önerisi Hazırlama (Haziran 2013-Temmuz 2014)
- Etik Kurul İzni-Kurum İzni (Temmuz 2014-Ağustos 2014)
- Veri Toplama ve Veri Analizi (Ağustos 2014-Ekim 2014)
- Rapor Yazımı ve Tez Bitirme Sınavı (Aralık 2014)

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın bağımlı değişkeni hasta güvenliği kültürü, bağımsız değişkenleri çalışma ortamı ve yapısal güçlendirmedir. Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma özelliklerine ilişkin anket verileri ile ölçek toplam ve alt boyutları sayı, yüzde ve aritmetik ortalama olarak tanımlayıcı istatistikler kapsamında değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği kültürü, güçlendirme ve çalışma ortamı algıları arasında korelasyon; çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisini belirlemek amacıyla da çoklu regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sadece bir üniversite hastanesinde yürütülmesi sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılık olarak gösterilebilir.

3.8. Araştırmanın Etiği

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile Hemşirelik İş İndeksi - Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği için Yrd.Doç.Dr. Emine TÜRKMEN'den, Yapısal Güçlendirme Ölçeği için Doç.Dr. Olca SÜRGEVİL'den ölçek izinleri (Ek V-VII), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden uygulama izni (Ek VIII) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan izin alınmıştır (Ek IX-Karar Tarihi: 10.07.2014, Karar No: 2014/24-26).

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında incelenmiştir:

4.1. Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşirelik İş İndeksi-Çalışma Ortamını Değerlendirme ve Yapısal Güçlendirme Ölçek göstergeleri

4.3. Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik İş İndeksi-Çalışma Ortamını Değerlendirme ve Yapısal Güçlendirme Ölçekleri arasındaki ilişkiye ait bulgular

4.4. Hasta güvenliği kültürünü etkileyen etmenlere ilişkin bulgular

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 5: Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Dağılımı (S=274)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	17	6,2
Kadın	**257**	**93,8**
Yaş $\overline{X}$ =30,25(SS=6,42)		
30 yaş ve altı	**168**	**61,3**
31-40 yaş	78	28,5
41 yaş ve üzeri	28	10,2
Eğitim Durumu		
Lise ve Ön Lisans	9	3,3
Lisans	**245**	**89,4**
Lisansüstü	20	7,3
Çalışılan Birim		
Dahili Birimler	**100**	**36,5**
Cerrahi Birimler	45	16,4
Yoğun Bakımlar	94	34,3
Acil Servisler	35	12,8
Çalışma Yılı $\overline{X}$ =7,25(SS=6,95)		
10 yıl ve altı	**215**	**78,5**
11-20 yıl	42	15,3
21 yıl ve üzeri	17	6,2
Haftalık Çalışma Saati $\overline{X}$ =43,67(SS=4,67)		
40 saat ve altı	134	48,9
41 saat ve üzeri	**140**	**51,1**
Toplam	**274**	**100**

Tanıtıcı özellikler incelendiğinde, çalışmaya %93,8'i kadın olmak üzere toplam 274 hemşirenin katıldığı görülmektedir. Hemşirelerin yaş ortalaması 30,25 (SS=6,42) olup; %61,3'ü 30 yaş ve altındadır. Eğitim durumuna göre hemşirelerin %89,4'ü lisans mezunudur. Çalışma özellikleri değerlendirildiğinde, katılımcıların %36,5'i dahili birimlerde, %34,3'ü yoğun bakımlarda çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma süresi ortalaması 7,25 (SS=6,95) yıldır ve %78,5'i 1-10 yıl arası klinik deneyime sahiptir. Haftalık çalışma saati ortalaması 43,67 (SS=4,67)'dir ve %51,1'i 41 saat ve üzerinde çalışmaktadır (Tablo 5).

4.2. Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşirelik İş İndeksi-Çalışma Ortamını Değerlendirme ve Yapısal Güçlendirme Ölçek Göstergeleri

Tablo 6: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Göstergeleri (S=274)

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	En Düşük	En Yüksek
Yönetim ve Liderlik	2,49	0,42	2,53	1,00	3,59
Çalışan Davranışı	**2,59**	0,43	2,64	1,00	3,79
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	**2,45**	0,50	2,40	1,00	4,00
Çalışanların Eğitimi	2,50	0,52	2,57	1,00	4,00
Bakım Ortamı	2,53	0,54	2,50	1,13	4,00
Toplam	**2,52**	**0,39**	**2,57**	**1,18**	**3,51**

Hasta güvenliği kültürü puan ortalaması 2,52 (SS=0,39) olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları tüm alt boyutlar için 2,45 ile 2,59 arasında değerler almıştır. Ölçek alt boyutlarında en düşük puan ‘beklenmedik olay ve hata raporlama’ 2,45 (SS=0,50), en yüksek ‘çalışan davranışı’ 2,59 (SS=0,43) alt boyutundan alınmıştır (Tablo 6). Bu sonuçlara göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları orta düzeydedir.

Tablo 7: Hemşirelik İş İndeksi-Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Göstergeleri (S=274)

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	En Düşük	En Yüksek
Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü	2,09	0,43	2,11	1,00	3,89
Kaliteli Bakım İçin Gerekli Hemşirelik Kaynakları	2,42	0,42	2,40	1,00	3,50
Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri	2,15	0,56	2,20	1,00	3,60
İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği	**1,66**	0,47	1,63	1,00	3,50
Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi	**2,56**	0,54	2,67	1,00	4,00
Toplam	**2,19**	**0,36**	**2,19**	**1,06**	**3,45**

Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı puan ortalaması 2,19 (SS=0,36)'dur. Alt boyutlar puan ortalamaları 1,66 ile 2,56 arasında değerler almıştır. Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı ölçek alt boyutlarından en düşük puan 1,66 (SS=0,47) 'insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği'; en yüksek 2,56 (SS=0,54) 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' alt boyutunda saptanmıştır (Tablo 7). Bulgular kapsamında, hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algıları orta düzey olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 8: Yapısal Güçlendirme Ölçeği Göstergeleri (S=274)

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	En Düşük	En Yüksek
Fırsat	**3,33**	0,98	3,33	1,00	5,00
Bilgi	2,13	0,91	2,00	1,00	5,00
Destek	2,21	0,90	2,00	1,00	4,67
Kaynak	2,25	0,83	2,33	1,00	5,00
Biçimsel Güç (Formal)	**1,82**	0,79	1,67	1,00	5,00
Biçimsel Olmayan Güç (İnformal)	**2,70**	0,78	2,75	1,00	4,75
Toplam	**14,44**	**3,54**	**14,33**	**6,00**	**25,25**

Tüm alt boyut ortalamalarının toplamından elde edilen yapısal güçlendirme puanı 14,44 (SS=3,54)'tür. Ölçek alt boyut puan ortalamaları 1,82 (SS=0,79) ile 3,33 (SS=0,98) arasında değişmektedir. En düşük puan 'formal güç', en yüksek de 'fırsat' ile 'informal güç' alt boyutunda saptanmıştır (Tablo 8). Hemşirelerin güçlendirme yapılarına erişim algısı orta düzeydedir.

4.3. Hasta Güvenliği Kültürü ile Çalışma Ortamı ve Yapısal Güçlendirme İlişkisi

Tablo 9: Hasta Güvenliği Kültürü Toplam Puanı ile Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamı ve Yapısal Güçlendirme Arasındaki İlişki

	HGKÖ	**HİİÇODÖ**	İGDY	HHMİ	YHTLÖ	KBİGHK	HYKTG	**YGÖ**	Fırsat	Bilgi	Destek	Kaynak	Formal	İnformal
HGKÖ	1													
HİİÇODÖ	**,721**	1												
İGDY	,373	,641	1											
HHMİ	,385	,477	,302	1										
YHTLÖ	,464	,771	,473	,225	1									
KBİGHK	**,704**	,843	,388	,297	,502	1								
HYKTG	**,616**	,871	,452	,312	,607	,644	1							
YGÖ	**,511**	**,620**	,338	,428	,449	**,512**	**,547**	1						
Fırsat	,190	,184	,064	,319	,047	,196	,114	,575	1					
Bilgi	,268	,332	,142	,134	,198	,302	,351	,569	,157	1				
Destek	,460	**,553**	,278	,321	,463	,438	**,500**	,788	,319	,280	1			
Kaynak	,360	,472	,365	,261	,344	,391	,386	,716	,319	,322	,495	1		
Formal	,357	,498	,235	,213	,420	,392	,490	,674	,144	,352	,549	,344	1	
İnformal	,467	**,530**	,318	,475	,402	,400	,436	,789	,348	,255	,606	,505	,469	1

HGKÖ: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

HİİÇODÖ: Hemşirelik İş İndeksi Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği

İGDY: İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği

HHMİ: Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi

YHTLÖ: Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri

KBİGHK: Kaliteli Bakım İçin Gerekli Hemşirelik Kaynakları

HYKTG: Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü

YGÖ: Yapısal Güçlendirme Ölçeği

Hasta güvenliği kültürü ile hemşirelik iş indeksi çalışma ortamı arasında pozitif yönde güçlü ilişki saptanmıştır (r=,721). Çalışma ortamı alt boyutlarından 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', hasta güvenliği kültürü ile pozitif yönde güçlü (r=,704); 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü' alt boyutu da orta derecede (r=,616) ilişkili bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürünün yapısal güçlendirme ile ilişkisi incelendiğinde ise, pozitif yönde orta derecede bir ilişki olduğu görülmektedir (r=,511).

Çalışma ortamı ile yapısal güçlendirme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; pozitif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır (r=,620). Çalışma ortamı, yapısal güçlendirme alt boyutları 'destek' ve 'informal güç' ile sırasıyla (r=,553; r=,530); yapısal güçlendirme de çalışma ortamı alt boyutları 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü' ve 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları' ile sırasıyla (r=547; r=,512) pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur. 'Destek' ile 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü' alt boyutlarının da pozitif yönde orta derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir (r=,500) (Tablo 9).

4.4. Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Etmenler

Tablo 10: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Etmenler

Değişken	B	Standart Hata	Standart Beta (β)	t	p
Sabit	,670	,112		5,967	**,000**
Kaliteli Bakım İçin Gerekli Hemşirelik Kaynakları	,440	,051	**,475**	8,612	**,000**
Hemşirelerin Yönetime Katılması ve Temsil Gücü	,184	,057	**,201**	3,224	**,001**
İnformal Güç	,058	,029	**,116**	2,002	**,046**
Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi	,082	,035	**,113**	2,367	**,019**
Destek	,031	,025	,073	1,239	,216
Formal Güç	-,025	,026	-,052	-,990	,323
Kaynak	-,010	,024	-,021	-,400	,689
İnsan Gücü ve Diğer Kaynakların Yeterliliği	,014	,041	,017	,345	,730
Yönetici Hemşirelerin Tutumu ve Liderlik Özellikleri	,012	,038	,017	,315	,753
Fırsat	-,006	,018	-,015	-,330	,742
Bilgi	,004	,019	,011	,234	,815
R= ,760 R^2 = ,578 F= 32,601 p= ,000 Durbin Watson: 1,967 (1,5-2,5)					

Çalışma ortamı ve yapısal güçlendirme alt boyutlarının hasta güvenliği kültürüne etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Korelasyon analizi ile modele girecek değişkenler belirlenmiştir. Model bir bütün olarak her düzeyde anlamlı (p=,000) bulunduğundan alt boyutların tamamı kapsama dahil edilmiştir. Belirlenen değişkenlerin hasta güvenliği kültürünü %58 açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. En önemli değişkenler 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü', informal güç' ve 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' alt boyutlarıdır. İlgili alt boyutlar ile hasta güvenliği kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 10).

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisi incelenmiştir.

5.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü genel ve alt boyut puan ortalaması orta düzeyde saptanmıştır (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Armstrong ve Laschinger 2006; Armstrong, Laschinger, Wong 2009; Ausserhofer ve ark. 2012; Göz ve Kayahan 2011; Gündoğdu ve Bahçecik 2012; Raeisi, Nazari, Bahmanziari 2013; Wilson 2012). Bununla birlikte orta düzeyden yüksek (Aboshaiqah ve Baker 2013; Ballangrud, Hedelin, Hall-Lord 2012; Karaca ve Arslan 2014; Turkmen, Baykal, Intepeler, Altuntas 2013) ve orta düzeyden düşük (Abdi ve ark. 2013; Bahrami, Chalak, Montazeralfaraj, Dehghani Tafti 2014; Hellings, Schrooten, Klazinga, Vleugels 2007; Lambrou, Papastavrou, Merkouris, Middleton 2014; Liu ve ark. 2014) sonuçların elde edildiği çalışmalar da bulunmaktadır. Ayrıca, hasta güvenliği kültürününün 'mükemmel','çok iyi', 'kabul edilebilir', 'zayıf' ve 'başarısız' olarak beş kategoride değerlendirildiği çalışmalarda; en yüksek yüzdelik dilimlerin genellikle 'çok iyi' ve 'kabul edilebilir' kategorilerinde görüldüğü belirlenmiştir. Söz konusu iki kategorinin toplamı, hasta güvenliği kültürünün orta düzeyden yüksek algılandığını göstermektedir (Alahmadi 2010; Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2010; Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter, Lindqvist 2014; Ünsal Atan, Dönmez, Duran Emel 2013; Yardımcı ve ark. 2014). Uluslararası ve ülkemiz literatür bulguları ile; hasta güvenliği kültürünün kurumlarda tam olarak yerleşmediği sonucuna gidilebilir. Güvenlik kültürünün benimsenip davranışa dönüşmesinde yöneticilerin sorumluluklarını yeterli düzeyde yerine getirememesi, hasta güvenliğine özgü etkin ve etkili eğitimlerin yetersizliği, değişimin başlatılması, yaygınlaştırılması ve sürdürülmesinde dirençle karşılaşılması ve akreditasyon sürecinin tamamlanmamış olması yetersiz sonuçların nedenleri olarak öne sürülebilir.

Bu kapsamda, hasta güvenliği kültürünün öncelikli konu olarak ele alınması ve yönetsel girişimlerle geliştirilmesi gerekmektedir. Yönetici sorumluluğunun hasta güvenliği kültürüne ilişkin önemi çalışmalarda gösterilmiştir (Disch ve ark. 2011; Feng ve ark. 2011; Hughes, Chang, Mark 2009).

Alt boyutlar kapsamında; yapılan çalışmalarda hata raporlama korkusu ve cezalandırılma endişesiyle suçlayıcı güvenlik kültürü rapor edilmiştir (Alahmadi 2010; Ballangrud, Hedelin, Hall-Lord 2012; Bagenal, Sahnan, Shantikumar; Gu ve Itoh 2011; Liu, Kalisch, Zhang, Xu 2009). Bununla birlikte, hasta güvenliği kültürü algısının orta ve/veya

yüksek düzeyde saptandığı çalışmalarda raporlama oranlarının ve raporlamaya ilişkin alt boyut puan ortalamalarının düşük bulunması dikkat çekicidir (Alahmadi 2010; Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2010; Göz ve Kayahan 2011; Gündoğdu ve Bahçecik 2012; Ünsal Atan, Dönmez, Duran Emel 2013; Yardımcı ve ark. 2014). Hasta güvenliği ve raporlama ile ilgili eğitimlerin yetersizliği de bir başka önemli bulgudur (Bagenal, Sahnan, Shantikumar 2014). Bu bağlamda; Wagner, Harkness, Hebert, Gallagher'in (2012) çalışmasında katılımcıların yarısından fazlası bildirim konusunda eğitim almak istediğini belirtmiştir. Çalışanlara hasta güvenliği konularına ilişkin eğitim fırsatlarının sunulmasının önemi ve hasta güvenliği kültürünün yerleşmesinde etkisi çalışmalarda gösterilmiştir (Kuosmanen ve ark. 2013; Milligan 2007). Elde edilen sonuçlar, korku kültürü hâkimiyetine ve bildirim sistemi yapılanmasındaki eksikliklere işaret etmektedir. Aynı zamanda, hasta güvenliğine ilişkin farkındalık ve raporlamada yetersizlikler olduğu görülmektedir. Yöneticilerin kurumlarda korku kültürünün oluşmasına katkıda bulundukları, çalışanların da bu kültürel ortamda raporlamaları daha az yaptıkları, raporlama tutumlarının yeterli olmadığı söylenebilir. Ayrıca, çalışanların hangi durum ve olayları nasıl raporlayacaklarını bilmemeleri de raporlama oranlarında yetersizliklere yol açmaktadır. Hasta güvenliği ve raporlamalar konusunda eğitimlerinde de yetersizlikler bulunmaktadır. Tüm bunların kaliteli ve güvenli bakımın sağlanmasında olumsuz rol oynadığı belirtilebilir.

5.2. Çalışma Ortamı

Yürütülen çalışmada çalışma ortamı puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 7). Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı ölçeğinin kullanıldığı çalışmaların değerlendirildiği sistematik derlemede de, incelenen çalışmaların çalışma ortamı değerlendirmeleri çoğunlukla orta düzeyde belirlenmiştir (Warshawsky ve Havens 2011).

Ölçek alt boyutlarında, en düşük puanlar 'insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği' ile 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü'; en yüksek puanlar 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' ile 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları' alt boyutlarında saptanmıştır (Tablo 7). Alt boyut puan ortalamaları, en düşük ve en yüksek puanların görüldüğü alt boyutlar literatür ile paralellik göstermektedir (Pérez-Campos, Sánchez-García, Pancorbo-Hidalgo 2013; Warshawsky ve Havens 2011). Ancak, diğer çalışmalardan farklı olarak Armstrong ve Laschinger'in 2006'da yürüttükleri çalışmada, hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı ölçek toplam puan ortalaması orta düzey saptanmasına karşın alt boyut ortalaması en düşük 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' alanında elde edilmiştir. Çalışmanın

yürütüldüğü kurumun üniversite hastanesi olması karmaşık yapı ve işleyiş zincirini de beraberinde getirmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulması, tedavi yükü ve bakımı ağır hastaların da çoğunlukta olması anlamına gelmektedir. Bu nedenle, tedavi ve bakım yönetiminde iyi bir ekip iletişimi ve işbirliğini de gerekli kılmaktadır. Çalışma sonucunda 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' alt boyutunun yüksek puanlanması bu kapsamda açıklanabilir.

Kaliteli hemşirelik bakımı sunumunda, meslekler arası iyi iletişimin yanı sıra yeterli personel sayısı ve niteliği, kaynaklara erişim ve hemşirelerin bakım yönetiminde bağımsız kararlar alabilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter, Lindqvist 2014). Bu kapsamda, yaşanan insangücü yetersizliği ve işten ayrılma niyetinin yüksekliğine ilişkin hemşireleri işte tutmaya yönelik iş doyumunu artırıcı ve çalışma ortamını iyileştirici önlemler alınması gerektiği belirtilmektedir. Sağlıklı iş ortamı ve hemşire kaynağının yeterliliğinin sağlanmasıyla hasta güvenliğinin de olumlu etkileneceğinin altı çizilmektedir (Aiken ve ark. 2008; Anzai, Douglas, Bonner 2014; Blake ve ark. 2013; Cortelyou-Ward, Unruh, Fottler 2010; Duffield, Roche, Blay, Stasa 2011; Lee ve ark. 2014; Ogata, Nagano, Fukuda, Hashimoto 2011; Twigg ve McCullough 2014; Van Bogaert ve ark. 2009). Literatür bulguları ile gösterildiği üzere insangücü yeterliliği, çalışma ortamı ve hasta güvenliği ilişkisi ortaya konmuştur. Yapılan çalışmada hemşirelerin 'insangücü ve diğer kaynakların yeterliliği' alt boyutuna düşük puan vermeleri, bir yandan küresel bir sorun olan işgücü yetersizliğinin bu kurumda da yaşandığını gösterirken bir yandan da yetersizlik algısını pekiştiren çalışma ortamındaki sağlıksız yapılara ve iş doyumunun düşüklüğüne işaret etmektedir.

5.3. Yapısal Güçlendirme

Hemşirelerin yapısal güçlendirme ölçek puanı bu çalışmada orta düzeyde saptanmıştır (Tablo 8). Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin yapısal güçlendirmeleri benzer şekilde orta düzeyde belirtilmiştir (Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2010; Armstrong, Laschinger, Wong 2009; Laschinger 2008; Cai C ve Zhou 2009; Faulkner ve Laschinger 2008; Laschinger, Finegan, Wilk 2009; Laschinger, Read, Wilk, Finegan 2014; Lautizi, Laschinger, Ravazzolo 2009; Ning, Zhong, Libo, Qiujie 2009; O'Brien 2011; Purdy ve ark. 2010; Smith, Capitulo, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2012; Tigert ve Laschinger 2004).

Ölçek alt boyutlarından en düşük puan ortalaması 'formal güç'; en yüksek 'fırsat' ile 'informal güç' alt boyutlarında görülmüştür (Tablo 8). Çalışma sonuçları literatür bulguları ile

uyumludur (Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2010; Armstrong, Laschinger, Wong 2009; Faulkner ve Laschinger 2008; Laschinger 2008; Laschinger ve Finegan 2005; Matthews, Laschinger, Johnstone 2006; O'Brien 2011;Smith, Capitulo, Quinn Griffin, Fitzpatrick 2012; Tigert ve Laschinger 2004). İtalya'da yapılan bir çalışmada farklı olarak en yüksek puanların elde edildiği 'fırsat' alt boyut puan ortalaması düşük saptanmıştır. Hemşirelerin işlerini 'zorlayıcı ama geliştirici' olarak görmediği ve çok azının bilgi ve uzmanlığını kullanabildiği belirtilmiştir (Lautizi, Laschinger, Ravazzolo 2009). Çin'de yapısal güçlendirme yapılarına erişimin değerlendirildiği çalışmada da en düşük puan ortalamaları 'fırsat', 'kaynak' ve 'informal güç' alt boyutlarında elde edilmiştir (Ning, Zhong, Libo, Qiujie 2009). En yüksek puan ortalamasının öğrenme ve gelişim sürecini kapsayan 'fırsat' alt boyutunda saptanması; araştırmanın yürütüldüğü kurumda hemşirelere yeni bilgi ve becerileri öğrenme fırsatlarının sağlanması ve de bakım gereksinimi fazla hastaların sorumluluklarının verilmesi ile açıklanabilir. Öte yandan kurum özellikleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin yaptığı işlerin görünür olmaması, yapılan işlerin sonucunda ödül sisteminin bulunmaması ve esnekliğin olmayışına bağlı olarak hemşirelerin 'formal güç'lerinde yetersizlik olduğu düşünülebilir.

Yapısal güçlendirmenin liderlik becerileri ile birlikte kararlara katılım, işbirliği ve işgücü yeterliliği algısını olumlu etkilediği saptanmıştır (Laschinger 2008). Artan güçlendirme algısı ile hemşirelerin saygı gördüklerine ilişkin algılarının da arttığı belirlenmiştir (Faulkner ve Laschinger 2008). Kurum içinde yürütülen her türlü faaliyete katılımın da güçlendirmeyi pekiştirdiği ortaya konmuştur (Clavelle, O'Grady, Drenkard 2013). Literatür bilgileri ile paralel olarak disiplinlerarası işbirliğinin olması ve sorunların çözümüne ilişkin fikir alış verişinde bulunulması, yapılan çalışma sonucunda elde edilen yüksek 'informal güç' puanını açıklayabilir.

5.4. Hasta Güvenliği Kültürü ile Çalışma Ortamı ve Yapısal Güçlendirme İlişkisi

Yürütülen çalışmada hasta güvenliği kültürü ile çalışma ortamı arasında pozitif yönde güçlü ilişki saptanmıştır. Çalışma ortamı alt boyutlarından 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', hasta güvenliği kültürü ile pozitif yönde güçlü; 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü' alt boyutu da orta derecede ilişkili bulunmuştur (Tablo 9). Armstrong, Laschinger, Wong'un (2009) çalışmasında da çalışma ortamı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkilerde benzer sonuçlar alınmıştır. Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter, Lindqvist'in (2014) çalışmasında ise hemşirelik çalışma ortamı özellikleri ile hemşirelerin hasta güvenliği değerlendirmeleri arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki belirtilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ile yapısal güçlendirme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise, pozitif yönde orta derecede ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 9). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde yapısal güçlendirme ile hasta güvenliği arasında orta derecede ilişki olduğu gösterilmiştir (Armstrong ve Laschinger 2006; Armstrong, Laschinger, Wong 2009).

Çalışma ortamı ile yapısal güçlendirme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; pozitif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır (Tablo 9). Benzer tasarımlarla 2006 ve 2009'da Kanada'da yürütülen iki çalışmada da değişkenler arasında orta derecede ilişki bulunmuştur (Armstrong ve Laschinger 2006; Armstrong, Laschinger, Wong 2009). Çalışma ortamı ve yapısal güçlendirmenin ilişkisinin incelendiği diğer çalışmalarda, pozitif yönde zayıf-orta derecede sonuçlar elde edilmiştir (Clavelle, O'Grady, Drenkard 2013; Tigert ve Laschinger 2004). Krebs, Madigan, Tullai-McGuinness'ın 2008'de yürüttükleri çalışmada ise pozitif yönde güçlü ilişki belirtilmiştir. Çalışma ortamında güçlendirme yapılarına erişimde farklılıklar olsa da, çoğunlukla orta düzey ve orta düzeye yakın algının hakimiyeti ortaya konmuştur. Sonuçlar, çalışma ortamı ve güçlendirmeye yönelik iyileştirmelere gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma ortamı, yapısal güçlendirme alt boyutlarından 'destek' ve 'informal güç' ile; yapısal güçlendirme de çalışma ortamı alt boyutları 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü' ve 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları' ile pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur. 'Destek' ile 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü' alt boyutlarının da pozitif yönde orta derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (Armstrong ve Laschinger 2006; Armstrong, Laschinger, Wong 2009; Krebs, Madigan, Tullai-McGuinness 2008). Ancak diğer sonuçlardan farklı olarak, alt boyutlar kapsamında çalışma ortamı ile informal güç ilişkisi yapılan çalışmada orta derecede belirlenmişken; Armstrong ve Laschinger'in (2006) çalışmasında zayıf derecede belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, güçlendirmenin çalışma ortamına ilişkin önemi literatür ile paralel olarak yeniden gösterilmiştir. Paylaşımlı yönetim, kararlara katılım ve hemşirelerin çeşitli alanlarda temsil edilmesinin güçlendirmedeki önemi bu kapsamda vurgulanabilir. İnformal güç algısının yüksek saptanması ise, hemşirelerin disiplinlerarası etkileşime ilişkin olumlu algılarına dayandırılarak açıklanabilir.

5.5. Çalışma Ortamı ve Yapısal Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi

Çalışma ortamı ve güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisi incelendiğinde değişkenlerin hasta güvenliği kültürünü %58 açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. %42'si ise, bu çalışma sonuçları ile açıklanamamıştır. En önemli değişkenler; 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü', 'informal güç' ile 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' olarak sıralanmıştır (Tablo 10). Yapılan diğer çalışmalarda toplam ölçek puanlarının hasta güvenliği kültürüne birlikte etkisi değerlendirilmiş ve bileşik etkinin varyansı sırasıyla %46 ve %50 açıkladığı saptanmıştır (Armstrong ve Laschinger 2006; Armstrong, Laschinger, Wong 2009).

Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter, Lindqvist'in (2014) çalışmasında, çalışma ortamının üç alt boyutunun hasta güvenliği kültürüne etkisi araştırılmış ve değişkenler arası önem sırası; 'insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği', 'yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri' ve 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' olarak belirlenmiştir. Armellino, Quinn Griffin, Fitzpatrick'in (2010) çalışmasında, yapısal güçlendirme alt boyutlarından en çok 'informal güç' alt boyutunun hasta güvenliği kültürünü etkilediği rapor edilmiştir. Hasta güvenliğini etkileyen değişkenlerin önemine değinen diğer çalışmalarda, çalışma ortamı ve informal yapı ile paralellik gösteren özelliklerden disiplinler arası etkili iletişim ve işbirliğinin yanı sıra hemşirelerin karar verme becerilerinin geliştirilmesi, desteklenmesi ve alınan kararlara katılımı ele alınması gereken öncelikli konular olarak belirtilmiştir (Heath, Johanson, Blake 2004; Weller, Boyd, Cumin 2014).

Sonuçlar kapsamında, ekip işbirliği ve etkileşiminin (fikir alış verişi, sorunlara birlikte çözüm arama, yönetici desteği), profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen bir çalışma ortamında kaliteli bakım sunumu için gerekli kaynakların sağlanmasının ve alınan kararlarda hemşirelerin görüşlerinin alınmasının hasta güvenliği kültürünü olumlu etkilediği düşünülebilir. Bu noktada, çalışma ortamı ve güçlendirme yapılarının hasta güvenliğinin kalbi olduğu ve iyileştirme stratejileri oluşturmada göz önünde bulundurulabileceği söylenebilir. Çalışma ortamına ilişkin iyileştirmeler ve güçlendirme yapılarına erişimin sağlanmasıyla bakım hizmetinin daha kaliteli ve güvenli olacağı öne sürülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda hemşirelerin çalışma ortamı, güçlendirme ve hasta güvenliğine ilişkin algıları orta düzeyde saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ile hemşirelik iş indeksi çalışma ortamı pozitif yönde güçlü, yapısal güçlendirme ile pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur. Çalışma ortamı ve yapısal güçlendirme alt boyutlarının hasta güvenliği kültürüne etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizinde değişkenlerin hasta güvenliği kültürünü %58 açıkladığı belirlenmiştir. En önemli değişkenler 'kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları', 'hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü', informal güç' ve 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' olarak sıralanmıştır.

Bu kapsamda, hemşire yöneticilere ve kurumlara hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde çalışma ortamı ve güçlendirmeye yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur:

-Kaliteli ve güvenli bakımı sağlamak üzere yeterli kaynak ayrılması (eczane, cihazlar, sarf malzeme, vb.)

-Hasta güvenliği, raporlama, kalite geliştirme yöntemleri, vb. konuları kapsayan eğitimlerin planlanması

-İhtiyaç ve isteklere ilişkin yöneticilerin çalışanlarla etkileşiminin artırılması, çalışanların sıkıntı ve endişelerini gidermeye yönelik somut adımlar atılması

-Çalışanlara gelişim olanağı tanınması ve yapılanların görünürlüğüne ilişkin geribildirim verilmesi (iş zenginleştirme, iş geliştirme, yeni bilgi/beceri kazandırma ve uygulamaya aktarmasına yardımcı olma ve gelişimi izleme)

-Öncelikle birim bazında olmak üzere birimler arası ve de kurum çapında alınacak kararlara katılımın sağlanması

-Çalışanlar arası etkileşim ve işbirliğini korumaya/artırmaya yönelik açık iletişimin cesaretlendirilmesi, var olan sorun/anlaşmazlık/çatışma/karşıtlık/uyuşmazlıkların giderilmesi

-Ayıplayıcı/suçlayıcı kültür ortamından uzaklaşılması, çalışanların kendilerini ifade etmelerine olanak tanınması

-Raporlamanın artırılmasına yönelik anonim/gönüllü sistemlerin oluşturularak hatalardan öğrenmenin davranışa dönüşmesi için çaba sarf edilmesi

Araştırmacılara sunulabilecek öneriler:

-Çalışmanın diğer kamu hastaneleri ve özel hastanelerde tekrarlanması

-Güçlendirme ana bileşenlerinden psikolojik güçlendirme ve çalışma ortamının hasta güvenliğine etkisinin incelenmesi

-Çalışmadaki değişkenler ile hasta güvenliği kültürünün %58'i açıklandığından, bu çalışmada ele alınan değişkenler dışındaki değişkenlere ilişkin araştırmaların yürütülmesi

7. KAYNAKLAR

Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M ve ark. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. J Nurs Manag. 2013:1-13.

Aboshaiqah AE, Baker OG. Assessment of nurses' perceptions of patient safety culture in a Saudi Arabia hospital. J Nurs Care Qual. 2013;28(3):272-280.

Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI). Health and Safety Commission. Human Factors Study Group Third Report: Organising for Safety. 1993.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA ve ark. Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Aff (Millwood). 2001;20(3):43-53.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J ve ark. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association. 2002;288(16):1987–1993.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET ve ark. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. J Nurs Adm. 2008;38(5):223-229.

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM ve ark. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012;344:e1717.

Akalın EH. Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi. 2004;18(2):12-13.

Akalın EH. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 2005;5(3):141-146.

Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. Qual Saf Health Care. 2010;19(5):e17.

Anzai E, Douglas C, Bonner A. Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. Nurs Health Sci. 2014 Jun;16(2):171-178.

Armellino D, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Structural Empowerment and Patient Safety Culture Among Registered Nurses Working in Adult Critical Care Units. J Nurs Manag. 2010;18(7):796-803.

Armstrong K, Laschinger H. Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture. Making the Link. J Nurs Care Qual 2006;21(2):124-132.

Armstrong K, Laschinger H, Wong C. Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics as Predictors of Patient Safety Climate. Journal of Nursing Care Quality. 2009;24(1):55–62.

American Organization of Nurse Executives (AONE). The AONE Nurse Executive Competencies. 2011. Erişimtarihi: 19.11.2014 http://www.aone.org/resources/leadership%20tools/nursecomp.shtml

Ausserhofer D, Schubert M, Engberg S, Blegen M ve ark. Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. Swiss Med Wkly. 2012;142:w13501.

Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Dehghani Tafti A. Iranian nurses' perception of patient safety culture. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(4):e11894.

Ballangrud R, Hedelin B, Hall-Lord ML. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs. 2012;28(6):344-354.

Bagenal J, Sahnan K, Shantikumar S. Comparing the attitudes and knowledge toward incident reporting in junior physicians and nurses in a district general hospital. J Patient Saf. 2014;1-3.

Baumann A. International Council of Nurses (ICN). Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and action tool kit. 2007. Erişim tarihi: 04.07.2014 http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf

Blake N, Leach LS, Robbins W, Pike N ve ark. Healthy work environments and staff nurse retention: the relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. Nurs Adm Q. 2013;37(4):356-370.

Cai C, Zhou Z. Structural empowerment, job satisfaction, and turnover intention of Chinese clinical nurses. Nurs Health Sci. 2009;11(4):397-403.

Caudron S. Create an Empowering Environment. 1995. Erişim tarihi: 24.07.2014 http://www.workforce.com/articles/create-an-empowering-environment

Cicolini G, Comparcini D, Simonetti V. Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. J Nurs Manag. 2014 Oct;22(7):855-871.

Clavelle JT, O'Grady TP, Drenkard K. Structural empowerment and the nursing practice environment in Magnet® organizations. J Nurs Adm. 2013;43(11):566-573.

Cook CW, Hunsaker PL, Coffey RE. Management and Organizational Behavior. Columbus/ U.S.A: McGraw-Hill Inc. 1997.

Cortelyou-Ward KH, Unruh L, Fottler MD. The effect of work environment on intent to leave the nursing profession: a case study of bedside registered nurses in rural Florida. Health Serv Manage Res. 2010;23(4):185-192.

Dang D, Johantgen ME, Pronovost PJ, Jenckes MW ve ark. Postoperative complications: does intensive care unit staff nursing make a difference. The Journal of Acute and Critical Care 2002;31(3):219-228.

De Cicco J, Laschinger HKS, Kerr M. Perceptions of empowerment and respect: effect on nurses' organizational commitment in nursing homes. J Gerontol Nurs. 2006;32(5):49-56.

Donahue MO, Piazza IM, Griffin MQ, Dykes PC ve ark. The relationship between nurses' perceptions of empowerment and patient satisfaction. Appl Nurs Res. 2008;21(1):2-7.

Disch J, Dreher M, Davidson P, Sinioris M ve ark. The role of the chief nurse officer in ensuring patient safety and quality. J Nurs Adm. 2011;41(4):179-185.

Duffield CM, Roche MA, Blay N, Stasa H. Nursing unit managers, staff retention and the work environment. J Clin Nurs. 2011;20(1-2):23-33.

Eo YS, Kim YH, Lee NY. Path analysis of empowerment and work effectiveness among staff nurses. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2014;8(1):42-48.

Faulkner J, Laschinger H. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. Journal of Nursing Management. 2008;16(2), 214–221.

Feng XQ, Acord L, Cheng YJ, Zeng JH ve ark. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. Int Nurs Rev. 2011;58(2):249-254.

Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. Healthc Q. 2008;11(special issue):10-15.

Flynn L, Liang Y, Dickson GL, Xie M ve ark. Nurses' practice environments, error interception practices, and inpatient medication errors. J Nurs Scholarsh. 2012;44(2):180-186.

Gilbert S, Laschinger HKS, Leiter M. The mediating effect of burnout on the relationship between structural empowerment and organizational citizenship behaviours. J Nurs Manag. 2010;18(3):339-348.

Göz F, Kayahan M. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2011;8(2):44-50.

Greco P, Laschinger HKS, Wong C. Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2006;19(4):41-56.

Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):119-128.

Gu X, Itoh K. A pilot study on safety climate in Chinese hospital. J Patient Saf. 2011;7(4):204-212.

Güven M. Çağdaş bir yönetim yaklaşımı: personel güçlendirme. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2001;4(16):113-126.

Hauck A, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses. J Nurs Manag. 2011;19(2):269-276.

Havaei F, Dahinten VS, MacPhee M. Psychological competence: the key to leader empowering behaviors. J Nurs Adm. 2014;44(5):276-283.

Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. Int J Health Care Qual Assur. 2007;20(7):620-632.

Hughes LC, Chang Y, Mark BA. Quality and strength of patient safety climate on medical-surgical units. Health Care Manage Rev. 2009;34(1):19-28.

Hwang JI, Hwang EJ. Individual and work environment characteristics associated with error occurrences in Korean public hospitals. J Clin Nurs. 2011;20(21-22):3256-3266.

Ibrahem SZ, Elhoseeny T, Mahmoud RA. Workplace empowerment and organizational commitment among nurses working at the Main University Hospital, Alexandria, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. 2013;88(2):90-96.

Institute of Medicine (IOM). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC. National Academies Press. 2000. Erişim tarihi: 04.07.2014 http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371&page=26.

Institute of Medicine (IOM). Shaping the future for health. Crossıng the quality chasm: a new health system for the 21st century. 2001. Erişim tarihi: 04.07.2014 http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf

Institute of Medicine (IOM). Patient safety: Achieving a new standard for care. The National Academies Press. 2004. Erişim tarihi: 25.07.2014. http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309090776

International Council of Nurses (ICN). Safe staffing saves lives. Information and action tool kit. 2006. Erişim tarihi: 04.07.2014 http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf

Kanter RM. Men and Women of the Corporation. New York: Basic Books. 1977. Erişim tarihi: 04.07.2014 http://glmw.info/organizations/files/Kanter_document.PDF

Kanter RM. Power failure in management circuits. Harv Bus Rev. 1979;57(4):65-75.

Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014;1(1):9-18.

Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the Hospital Nursing Environment on Patient Mortality: A Systematic Review. J Health Serv Res Policy. 2005;10(2):111-117.

Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. West J Nurs Res. 2007;29(7):827-844.

Kinnaman K. Patient safety and quality ımprovement act of 2005. N Ass Ortho Nurs 2007;26(1):14-16.

Kluska KM, Laschinger HKS, Kerr MS. Staff nurse empowerment and effort-reward imbalance. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2004;17(1):112-128.

Knol J, Van Linge R. Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(2):359–370.

Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 14. Baskı. Beta Basım Yayım. İstanbul. 2013.

Korkmaz O. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012;14(4):91-112.

Krebs JP, Madigan EA, Tullai-McGuinness S. The rural nurse work environment and structural empowerment. Policy Polit Nurs Pract. 2008;9(1):28-39.

Kuosmanen A, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Eronen M ve ark. Patient safety culture in two Finnish state-run forensic psychiatric hospitals. J Forensic Nurs. 2013;9(4):207-216.

Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. Res Nurs Health. 2002;25(3):176-188.

Lambrou P, Papastavrou E, Merkouris A, Middleton N. Professional environment and patient safety in emergency departments. Int Emerg Nurs.2014. pii: S1755-599X(14)00254-7.

Laschinger HKS, Havens DS. Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice, Conditions for work effectiveness. J Nurs Adm. 1996;26(9):27-35.

Laschinger HKS, Wong C, McMahon L, Kaufmann C. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. J Nurs Adm. 1999;29(5):28-39.

Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Casier S. Organizational trust and empowerment in restructured healthcare setting: Effects on staff nurse commitment. Journal of Nursing Administration. 2000; 30(9):413-425.

Laschinger HKS, Finegan J, 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(5):260-272.

Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. Journal of Organizational Behavior. 2004;25:527-545.

Laschinger HKS, Finegan J. Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. J Nurs Adm. 2005;35(10):439-449.

Laschinger HKS. Effect of Empowerment on Professional Practice Environments, Work Satisfaction, and Patient Care Quality: Further Testing the Nursing Worklife Model. Journal of Nursing Care Quality. 2008;23(4):322–330.

Laschinger HKS, Finegan J, Wilk P. Context matters: the impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment J Nurs Adm. 2009;39(5):228-235.

Laschinger HKS, Gilbert S, Smith LM, Leslie K. Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. Nurs Manag. 2010;18(1):4-13

Laschinger HKS. Conditions for Work Effectiveness Questionnaire I and II. User manual. 2012.

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. 2014;44(6):347-352.

Lautizi M, Laschinger HKS, Ravazzolo S. Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study. J Nurs Manag. 2009;17(4):446-452.

Lee SY, Kim CW, Kang JH, Yoon TH ve ark. Influence of the nursing practice environment on job satisfaction and turnover intention. J Prev Med Public Health. 2014;47(5):258-465.

Liu Y, Kalisch BJ, Zhang L, Xu J. Perception of safety culture by nurses in hospitals in china. J Nurs Care Qual. 2009;24(1):63-68.

Liu C, Liu W, Wang Y, Zhang Z ve ark. Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. BMJ Qual Saf. 2014;23(7):556-564.

Manojlovich M, De Cicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients outcomes. American Journal of Critical Care. 2007;16 (9): 536–543.

Matthews S, Spence Laschinger HK, Johnstone L. Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. J Nurs Adm. 2006;36(11):526-533.

Meraviglia M, Grobe SJ, Tabone S, Wainwright M ve ark. Creating a positive work environment: implementation of the nurse-friendly hospital criteria. J Nurs Adm. 2009;39(2):64-70.

Mercurio Patti. Measuring perception of safety culture along the path of patient flow. Northern Kentucky University, Investigative Project 2009. Erişim tarihi: 23.07.2014 http://search.proquest.com/docview/305157341?accountid=10527

Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety - the role of education. Nurse Educ Today. 2007;27(2):95-102.

Ning S, Zhong H, Libo W, Qiujie L. The impact of nurse empowerment on job satisfaction. J Adv Nurs. 2009;65(12):2642-2648.

National Patient Safety Agency (NPSA). National Health Service. The seven steps to patient safety. 2004. Erişim tarihi: 25.07.2014. http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787

National Patient Safety Foundation (NPSF). Agenda for Research and Development in Patient Safety. 2000. Erişim tarihi: 04.11.2014 http://www.npsf.org/?page=whitepapers

National Patient Safety Foundation (NPSF). National Agenda for Action: Patients and Families in Patient Safety—Nothing About Me Without Me. 2003. Erişim tarihi: 07.08.2014 http://www.npsf.org/wp-content/uploads/2011/10/Nothing_About_Me.pdf

Nedd N. Perceptions of empowerment and intent to stay. Nurs Econ. 2006;24(1):13-18.

O'Brien JL. Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers. Nephrol Nurs J. 2011;38(6):475-481.

Ogata Y, Nagano M, Fukuda T, Hashimoto M. Job retention and nursing practice environment of hospital nurses in Japan applying the Japanese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2011;58(6):409-419.

Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. TAF Prev Med Bull 2008;7(6):547-554.

Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Assessment of the professional practice environment by Spanish nurses who participate in Internet forums. Enferm Clin. 2013;23(6):271-278.

Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L ve ark. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. Jt Comm J Qual Saf. 2004;30(2):59-68.

Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH ve ark. Defining and measuring patient safety. Crit Care Clin. 2005;21(1):1-19.

Pronovost PJ, King J, Holzmueller CG, Sawyer M ve ark. A web-based tool for the comprehensive unit-based safety program. Journal on Quality and Patient Safety. 2006;32(3):119–129.

Purdy N, Spence Laschinger HKS, Finegan J, Kerr M ve ark. Effects of work environments on nurse and patient outcomes. J Nurs Manag. 2010;18(8):901-913.

Raeisi AR, Nazari M, Bahmanziari N. Assessment of safety culture in isfahan hospitals. Mater Sociomed. 2013;25(1):44-47.

Smeds Alenius L, Tishelman C, Runesdotter S, Lindqvist R. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. BMJ Qual Saf. 2014;23(3):242-249.

Smith T, Capitulo KL, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Structural empowerment and anticipated turnover among behavioural health nurses. J Nurs Manag. 2012;20(5):679-684.

Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. Academy of Management Journal. 1995;38(5):1442-1465.

Stewart JG, McNulty R, Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract. 2010;22(1):27-34.

Sürgevil O, Tolay E, Topoyan M. Yapısal Güçlendirme ve Psikolojik Güçlendirme Ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri. Journal of Yaşar University. 2013;8(31): 5371-5391.

Tigert JA, Laschinger HK. Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospital traits and mental health. Dynamics. 2004;15(4):19-23.

Turkmen E, Baykal U, Intepeler SS, Altuntas S. Nurses' perceptions of and factors promoting patient safety culture in Turkey. J Nurs Care Qual. 2013;28(4):360-367.

Türkmen E, Badır A, Balcı S, Topcu S. Hemşirelik Iş Indeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011;2:5-20.

Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011;14(4):38-46.

Türk Tabipler Birliği Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları - Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. 2011. Erişim tarihi: 21.07.2014 http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf

Twigg D, McCullough K. Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. Int J Nurs Stud. 2014;51(1):85-92.

Ünsal Atan Ş, Dönmez S, Duran Emel T. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. F.N. Hem. Derg 2013;21(3):172-180.

Van Bogaert P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H ve ark. Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary

validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. Int J Nurs Stud. 2009;46(1):54-64.

Wagner JI, Cummings G, Smith DL, Olson J ve ark. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review. J Nurs Manag. 2010;18(4):448-62.

Wagner LM, Harkness K, Hébert PC, Gallagher TH. Nurses' perceptions of error reporting and disclosure in nursing homes. J Nurs Care Qual. 2012;27(1):63-69.

Wang S, Liu Y. Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. J Nurs Manag. 2013.

Warshawsky NE, Havens DS. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Nurs Res. 2011;60(1):17-31.

Wilson DS. Registered nurses' collective safety organising behaviours: the association with perceptions of patient safety culture. Journal of Research in Nursing. 2012;18(4):320–333.

World Health Organization (WHO). Patient safety. 2014. Erişim tarihi: 07.08.2014 http://www.who.int/patientsafety/about/en/

World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety forward programme. 2004. Erişim tarihi: 21.07.2014 http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety forward programme. 2006. Erişim tarihi: 21.07.2014 http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf

World Health Organization (WHO). Call for more research on patient safety. 2007. Erişim tarihi: 04.07.2014 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/

World Health Organization (WHO). Global priorities for patient safety research. Better knowledge for safer care. 2009. Erişim tarihi 10.08.2014 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf?ua=1

Yang J, Liu Y, Chen Y, Pan X. The effect of structural empowerment and organizational commitment on Chinese nurses' job satisfaction. Appl Nurs Res. 2014;27(3):186-191.

Yang J, Liu Y, Huang C, Zhu L. Impact of empowerment on professional practice environments and organizational commitment among nurses: a structural equation approach. Int J Nurs Pract. 2013;19 Suppl 1:44-55.

Yardımcı F, Başbakkal Z, Beytut D, Muslu G ve ark. Bir devlet hastanesinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısının incelenmesi. Anatol J Clin Investig 2014;8(4):173-179.

Yılmaz E, Özkan S. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(3):81-99.

Zakari NMA. Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. Life Science Journal. 2011;8(3):230-237.

Zhou WB, Ouyang YQ, Qu H. The impact of psychological empowerment and organizational commitment on Chines nurses' job satisfaction. Contemp Nurse. 2014;(10):4336-4367.

Ek I. Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Anket Formu

Değerli meslektaşım,

Bu çalışma yüksek lisans tezim ‘Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi’ kapsamında planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgileriniz sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Gerçeği yansıtan sonuçlar elde edilmesi için soruların içtenlikle cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Arş.Gör. Hasan Fehmi DİRİK
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı

1. Yaşınız: …….
2. Cinsiyetiniz:

( ) Erkek ( ) Kadın

3. Eğitim durumunuz:

( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( ) Doktora

4. Mesleki çalışma yılınız:……
5. Çalıştığınız birim: ……
6. Haftalık ortalama çalışma saatiniz: ……

Ek II. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

		Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
2.	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
3.	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
4.	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.				
5.	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.				
6.	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
7.	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.				
8.	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.				
9.	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.				
10.	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
11.	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
12.	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.				
13.	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
14.	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.				
15.	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				

16.	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
17.	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
18.	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
19.	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
20.	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir				
21.	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				
22.	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.				
23.	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				
24.	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				
25.	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.				
26.	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
27.	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
28.	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır				
29.	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
30.	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
31.	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				
32.	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
33.	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
34.	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				

35.	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
36.	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
37.	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
38.	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
39.	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
40.	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
41.	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
42.	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
43.	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.				
44.	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.				
45.	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.				
46.	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.				
47.	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.				
48.	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.				
49.	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.				
50.	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.				
51.	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.				

Ek III. HEMŞİRELİK İŞ-İNDEKSİ ÇALIŞMA ORTAMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

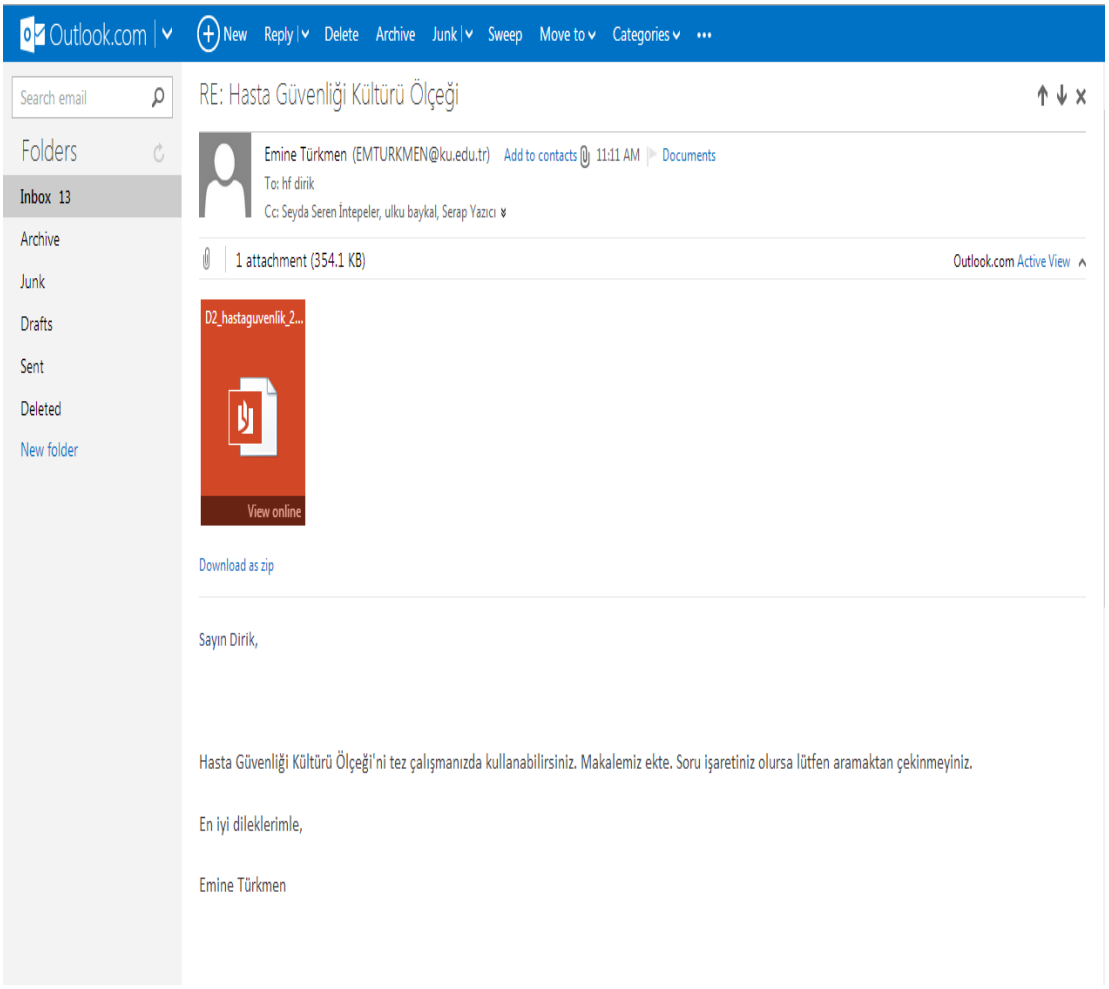
		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Hastanedeki destek hizmetlerinin yeterliliği sayesinde hastalarıma yeterli zaman ayırabiliyorum.				
2.	Hastanemizde hekim ve hemşireler arasında iş ilişkileri iyidir.				
3.	Yönetici hemşireler, hemşirelere destek oluyorlar.				
4.	Hemşireler için aktif personel geliştirme ve sürekli eğitim programları vardır.				
5.	Kurumumuzda, kariyer geliştirme ve klinik alanda ilerleme için olanak vardır.				
6.	Hemşireler, hastane politikaları belirlenirken alınan kararlara katılırlar.				
7.	Yönetici hemşireler, yapılan hataları, eleştiri sebebi olarak değil öğrenme fırsatı olarak değerlendirirler.				
8.	Hemşirelerin, hastalarının bakımı ile ilgili sorunlarını gereksinimlerini diğer hemşirelerle tartışmak için yeterli zamanı ve olanakları vardır.				
9.	Kaliteli hasta bakımı için hemşire sayısı yeterlidir.				
10.	Yönetici hemşirem iyi bir yönetici ve liderdir.				
11.	Hemşirelik hizmetleri müdürü her an göz önündedir ve gereken her durumda kendisine kolaylıkla ulaşılabilir.				
12.	İşlerin tamamlanması için hemşire sayısı yeterlidir.				
13.	Başarı ile tamamlanan işler/görevler için hemşireler takdir edilir ve ödüllendirilir.				
14.	Yöneticiler tarafından, hemşirelerden yüksek standartlarda ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesi beklenir.				
15.	Hemşirelik hizmetleri müdürü, hastanedeki diğer tepe yöneticileri (genel müdür, başhekim gibi) ile aynı düzeyde otorite ve güce sahiptir).				

16.	Hemşireler ve hekimler pek çok alanda ekip olarak çalışırlar.				
17.	Hemşirelerin, mesleki alanda yükselme olanakları vardır.				
18.	Kurumumuzun, hasta bakımı ile ilgili açık ve net bir hemşirelik felsefesi vardır.				
19.	Kurumumuzda, nitelikli hemşirelerle çalışırız.				
20.	Yönetici hemşire, kurumda yaşanan anlaşmazlıklar ile ilgili karar verirken hemşirelerin arkasında yer alır (anlaşmazlık bir hekim ile olsa bile).				
21.	Yönetici hemşireler, çalışanların görüşlerini ve kaygılarını dinler ve dikkate alır.				
22.	Kurumumuzda, aktif bir kalite geliştirme programı vardır.				
23.	Hemşireler, hastanedeki komitelerde görev alarak yönetime katılırlar (etik komite, enfeksiyon kontrol, kalite geliştirme vb).				
24.	Kurumumuzda, hemşireler ve hekimler arasında ortak çalışma ve işbirliği vardır.				
25.	Yeni işe alınmış hemşireler için klinik rehber hemşirelik (preseptörlük) programı vardır.				
26.	Kurumumuzda, hemşirelik bakımı tıbbi modelden çok hemşirelik modellerine dayalıdır (bütüncül bakım, hemşirelik süreci, hemşirelik tanıları gibi).				
27.	Kurumumuzda, yatak başında çalışan hemşireler de hastane ve hemşirelik komitelerinde yer alır.				
28.	Yönetici hemşireler, hemşirelik hizmetleri ile ilgili uygulamalar ve sorunlarda hemşirelerin de fikrini alırlar.				
29.	Kurumumuzda, tüm hastalar için yazılı ve sürekli güncellenen hemşirelik bakım planları kullanılır.				
30.	Kurumumuzda, bakımın devamlılığını gözeten bir görev dağılımı vardır (Hemşirenin art arda iki gün aynı hastaya bakım vermesi gibi).				
31.	Kurumumuzda, bakımın planlanmasında hemşirelik tanıları kullanılır.				

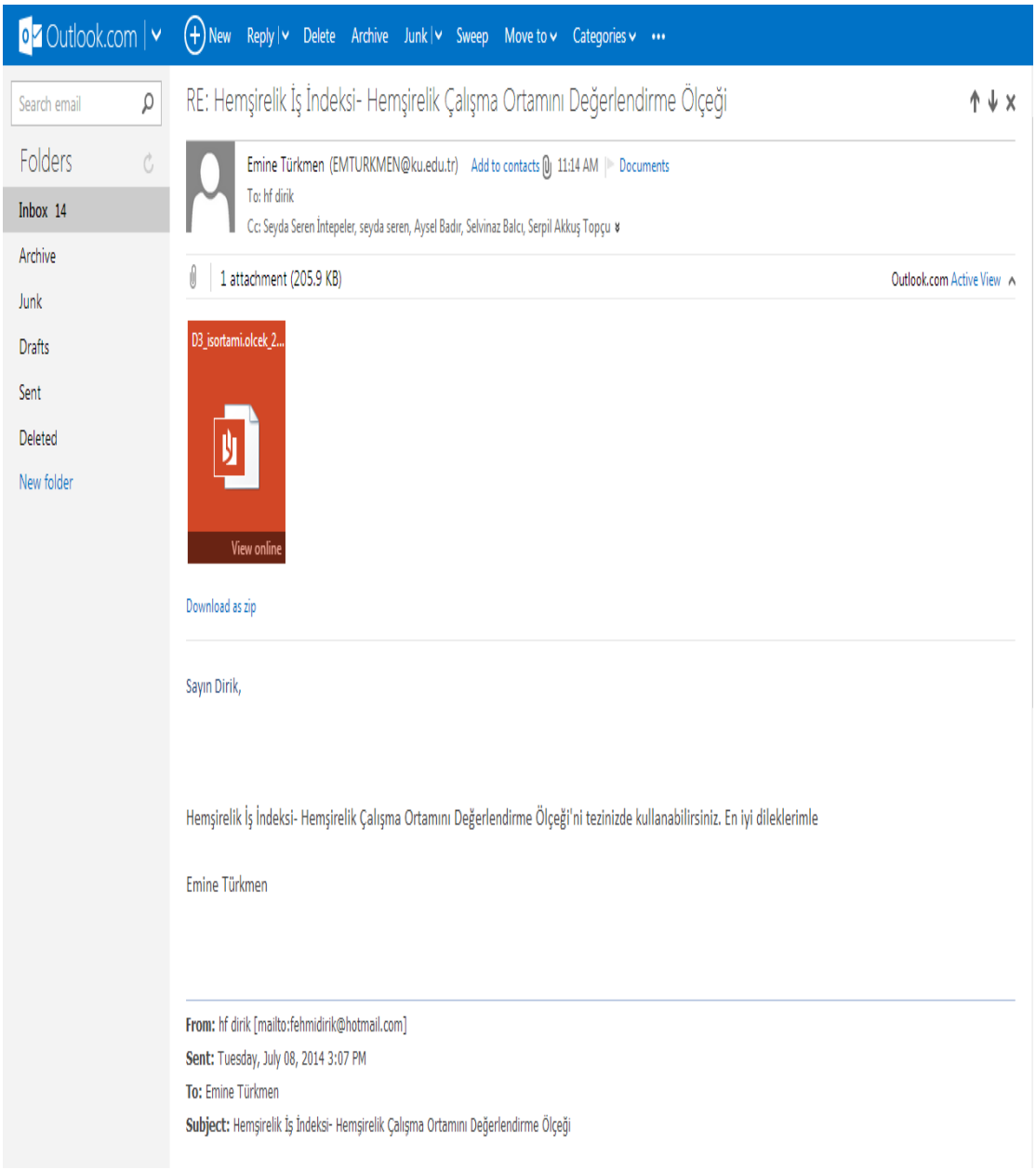
Ek IV. YAPISAL GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

1=Hiç 5=Çok anlamına gelmektedir. 1 ile 5 arası puanlama yapınız.		**(1)**	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**
	FIRSAT: Mevcut işinizde aşağıdaki fırsatlara ne düzeyde sahipsiniz?					
1.	Zorlayıcı ama size katkı sağlayan iş					
2.	Yeni bilgi ve beceriler edinme şansı					
3.	Bilgi ve becerilerinizi kullanabileceğiniz görevler					
	BİLGİ: Mevcut işinizde aşağıdaki konularda bilgiye ne kadar ulaşabiliyorsunuz?					
1.	Hastanenin mevcut durumu hakkında bilgi					
2.	Üst yönetimin değerleri hakkında bilgi					
3.	Üst yönetimin amaçları hakkında bilgi					
	DESTEK: Mevcut işinizde aşağıdakilerle ilgili ne kadar destekle karşılaşıyorsunuz?					
1.	İyi yaptığınız şeylerle ilgili geri bildirim					
2.	Geliştirebileceğiniz şeyler hakkında açıklayıcı bilgiler					
3.	Yararlı ipuçları veya sorun çözme önerileri					
	KAYNAK: Mevcut işinizde aşağıdaki kaynaklara ne kadar ulaşabiliyorsunuz?					
1.	Gerekli evrak işlerini yapmak için zaman					
2.	İşin gereklerini yerine getirmek için zaman					
3.	İhtiyaç duyduğunuz anlarda yardım					
	BİÇİMSEL GÜÇ (FORMAL): Mevcut işinizde aşağıdaki faktörlere ne düzeyde sahipsiniz?					
1.	İşinize kattığınız yenilikler için aldığınız ödül veya teşvikler					
2.	İşinizdeki esneklik düzeyi					
3.	İşle ilgili faaliyetlerinizin kurum içindeki görünürlüğü					
	BİÇİMSEL OLMAYAN GÜÇ (İNFORMAL): Mevcut işinizde aşağıdaki faaliyetleri yerine getirme fırsatına ne kadar sahipsiniz?					
1.	Hasta bakımına ilişkin hekim ile işbirliği yapma					
2.	Çalışma arkadaşları ile birlikte sorunlara çözüm arama					
3.	Yöneticilerle birlikte sorunlara çözüm arama					
4.	Hekim dışı meslek üyelerinden (fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, diyetisyen vb.) fikir alma					

Ek V. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İzin Yazısı



Ek VI. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı



Ek VII. Yapısal Güçlendirme Ölçeği (Çalışma Koşulları Etkililiği Anketi) İzin Yazısı

› Date: Thu, 3 Jul 2014 23:42:49 +0300
› Subject: Re: YAPISAL GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ
› From: olca.surgevil@deu.edu.tr
› To: fehmidirik@hotmail.com
›
› Merhaba
› Ölçeği kullanabilirsiniz. Makalede ölçekle ilgili tüm bilgiler mevcut.
› yine de ihtiyacınız olan başka birşey olursa olca.surgevil@gmail.com
› adresine gelecek hafta bir hatırlatma mailli yazarsanız yardımcı olurum.
› sevgiler ve iyi çalışmalar dileklerimle
› Olca
›
› >
› >
› > Sayın Olca SÜRGEVİL Hocam;
› >
› > Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim
› Ana
› > Bilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Eğer izniniz olursa
› uyarlamış
› > olduğunuz yapısal güçlendirme ölçeğini
› tez
› > çalışmamda uygulamak istiyorum.
› >
› > Arş.Gör. Hasan Fehmi DİRİK Dokuz Eylül ÜniversitesiHemşirelikte
› Yönetim
› > Ana Bilim Dalı
›

Ek VIII: Etik Kurul İzin Belgesi

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1617-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Şeyda Seren İntepeler	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

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

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/24-26	Tarih: 10.07.2014
	Doç.Dr.Şeyda Seren İntepeler'in sorumlusu olduğu **"Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden izin belgesi alınması koşuluyla**, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☒	H ☐	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK-KURULU

Konu: Karar No - 669 26.09.2014

Sayın Doç.Dr.Şeyda Seren İnlepeler,

Kurulumuz tarafından 25.09.2014 tarih ve 1617-GOA protokol numaralı 2014/29-29 karar numarası ile görüşülen "Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin **Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1617-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU:		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI:	Doç.Dr.Sayda Seven İntepeler	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	**Belge Adı**	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
	Araştırıcı Dökümanı	08.09.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/30-29	Tarih: 25.09.2014
	Doç.Dr.Şeyda Seren İntepeler'in sorumlusu olduğu "Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 08.09.2014 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVERAT (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece HÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BAŞKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım) B.D.	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Ayhan ÖZKİTİK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.İşıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KİRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☒	H ☐	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Orhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.Ü Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER çalışma gözetildiğden toplantıda bulunmamıştır.

Ek IX: Uygulama İzni

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 - [illegible] -18476 ../../2014
KONU: Tez Çalışması Hk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 1819 sayılı ve 11.07.2014 tarihli yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim yüksek lisans öğrencisi Fehmi DİRİK'in "Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" konulu tez çalışmasını Temmuz 2014 – Aralık 2014 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalında, Aile Planlaması Kısırlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalında, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalında, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalında, Acil Tıp Anabilim Dalında, , Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Gastroenteroloji Bilim Dalında, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında, Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalında, Genel Cerrahi Anabilim Dalında, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında, Kardiyoloji Anabilim Dalında, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalında, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalında, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Çocuk Onkoloji Bilim Dalında, Nöroloji Anabilim Dalında, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Nükleer Tıp Anabilim Dalında, Üroloji Anabilim Dalında çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapabilmeleri ve araştırma sonuçlarının Başhekimliğimize bildirilmesini, ayrıca Ege Üniversitesi Hastanesi isminin kullanılması halinde izin alınması koşulu ile uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Alper TÜNGER
Başhekim V.

Ek X. Araştırmacı Özgeçmişi

ADI SOYADI: Hasan Fehmi DİRİK

TC Kimlik No / Pasaport No:	42901723312
Doğum Yılı:	1983
Yazışma Adresi :	Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İZMİR
Telefon :	0232 412 47 97
Faks :	0232 412 47 98
e-posta :	fehmidirik@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
T.C.	Ege	İASYO	Hemşirelik	1	2011
T.C.	Dokuz Eylül	Hemşirelik	Hemşirelikte Yönetim		2014

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Ege Üniversitesi	T.C.	İzmir	Dahiliye	Hemşire	2011-2012
Dokuz Eylül Üniversitesi	T.C.	İzmir	Hemşirelikte Yönetim	Araştırma Görevlisi	2012-

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı			
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		**Tamamlanan**	**Devam Eden**
	Yüksek Lisans		
	Doktora		
	Uzmanlık		

Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)	1. '6.Uluslararası Hemşirelikte Yönetim Kongresi', Bodrum, Ekim 2014 (Tebliğ / Bildiri Sunma (Poster, Sözlü v.b.)) 2. `8.Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi', Antalya, Nisan 2014 (Tebliğ /Bildiri Sunma (Poster, Sözlü v.b.)) 3. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, Çanakkale, Nisan 2014 (İzlenimci - Katılımcı Olarak) 4. İstanbul Memorıal Hastanesinde Düzenlenen Hemşirelikte Yönetim II Dersi Kapsamında Yapılan Uygulamada Araştırma ve İnceleme Yapmak Üzere., İstanbul, Ocak 2014(Diğer) 5. 1.Ulusal Hemşirelikte Yönetim Sempozyumuna Katılmak Üzere., İstanbul, Aralık 2013(İzlenimci - Katılımcı Olarak) 6. II. Uluslararası Sağlıkta Bilişim Zirvesi Adlı Kongreye İzlenimci Olarak Katılmak Üzere, İstanbul, Mart 2013(Diğer)

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
☐			

YAYINLARI
SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Şeyda Seren İntepeler, Menevşe Samur, Hasan Fehmi Dirik. "Kalite Geliştirme Araçlarının Risk Yönetiminde Kullanımı: İlaç Hatası Örneği", Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1/1/67-73/2014, 2014, Ulusal Hakemli

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Şeyda Seren İntepeler, Hasan Fehmi Dirik, Menevşe Samur,"Evaluation of Nurses' Medication Errors Identification and Reporting",6th International Nursing Management Conference, BODRUM, Ekim 2014, Uluslararası organizasyon
İntepeler Seren Şeyda, Samur Menevşe, Dirik Hasan Fehmi,"Using Quality Improvment Tools in Risk Management: Medication Error Example",8th International Congress on Quality in Healthcare, Accreditation and Patient Safety, ANTALYA, Nisan 2014, Uluslararası organizasyon