T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE GÜÇLENDİRMENİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe BAYIR

İstanbul
Ocak-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE GÜÇLENDİRMENİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe BAYIR

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN

İstanbul
Ocak-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN	(Islak İmza)
Üye	Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK	(Islak İmza)
Üye	Dr. Öğr. Fatma CERİT SOYDAN	(Islak İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım "**Yoğun Bakım Hemşirelerinde Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Ayşe BAYIR

ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan ve yaptığı akademik çalışmalarla büyük başarılara sahip olan, biz öğrencilerinden tüm aşamalarda yardım ve bilgilerini esirgemeyen ve bizden hiçbir durumda vazgeçmeyen, bana kişisel olarak kattıklarını hayatım boyunca sadece hemşirelik alanında değil her alanda kullanacağım değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN'a,

Eğitim alanında verdiği dersler ile bize vizyon katan ve gerek derslerde, gerek diğer alanlarda özellikle de tüm tez aşamasında bizlere destek olan ve yardımlarını esirgemeyen yaptığı akademik çalışmalarla büyük başarılara sahip olan çok değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma sırasında araştırmaya çok yoğun olmalarına rağmen katılmayı kabul eden ve beni hastanede güler yüzle karşılayan hemşire arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe BAYIR

İstanbul-2025

ÖZET

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE GÜÇLENDİRMENİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

Ayşe BAYIR

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN

Ocak, 2025 -161 sayfa

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisini değerlendirme amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak 08 Mayıs-01 Temmuz 2024 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı iki eğitim ve araştırma hastanesi ve bir özel hastanede 350 hemşire ile yapılmıştır. Veriler; "*Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Formu*", "*Güçlendirme Ölçeği*" ve "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 26.0 Programı ve AMOS 24 programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin yaş ortalamalarının 28,53±4,31 olduğu, çoğunluğunun kadın, bekar, lisans mezunu ve 5 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu görülmüştür. Hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeği*" puan ortalamasının 3,12±0,70 ve "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının puan ortalamalarının sırayla 2,98±0,78, 3,21±0,81 ve 3,18±0,80 olduğu hesaplanmıştır. Hemşirelerin "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puan ortalaması 2,76±0,61 ve "*Yönetim ve Liderlik*", "*Çalışan Davranışı*", "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*", "*Çalışanların Eğitimi*" ve "*Bakım Ortamı*" boyutlarının puan ortalamalarının sırasıyla 2,72±0,63, 2,74±0,64. 2,76±0,71, 2,78±0,70 ve 2,78±0,70 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin "Güçlendirme Ölçeği" ve alt boyutlarının puanları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve alt boyutlarının puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiş olup güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne önemli ve pozitif yönlü etkisinin olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Güçlendirme, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşirelik ve Güçlendirme

ABSTRACT

THE EFFECT OF EMPOWERMENT ON PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE CARE NURSES

Ayşe BAYIR

Master's Thesis, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Asist. Prof. Dr. Nihal ALTUN

January 2025 – 161 pages

The study aimed to evaluate the impact of empowerment on the patient safety culture among intensive care nurses. It was conducted as a descriptive, cross-sectional, and correlational research from May 8 to July 1, 2024, involving 350 nurses from two training and research hospitals and one private hospital affiliated with the Istanbul Provincial Health Directorate. Data were collected through face-to-face interviews using the "*Nurses' Socio-Demographic Characteristics Form*", the "*Empowerment Scale*" and the "*Patient Safety Culture Scale*". The data were analyzed using SPSS 26.0 and AMOS 24 software. The results indicated that the mean age of the nurses was 28.53±4.31 years, with a majority being female, single, holding a bachelor's degree, and having five or more years of professional experience. The average score for the "Empowerment Scale" was 3.12±0.70, while the mean scores for the dimensions of "Structural Empowerment," "Behavioral Empowerment," and "Psychological Empowerment" were 2.98±0.78, 3.21±0.81, and 3.18±0.80, respectively. The average score for the "Patient Safety Culture Scale" was 2.76±0.61, with mean scores for the dimensions of "Management and Leadership," "Employee Behavior", "Unexpected Event and Error Reporting," "Employee Training," and "Care Environment" being 2.72±0.63, 2.74±0.64, 2.76±0.71, 2.78±0.70, and 2.78±0.70 respectively. A moderate positive correlation was found between the scores of the "Empowerment Scale" and its sub-dimensions and the scores of the "Patient Safety Culture Scale" and its sub-dimensions, indicating that empowerment has a significant and positive effect on patient safety culture.

Keywords: Empowerment, Patient Safety, Patient Safety Culture, Nursing and Empowerment

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI……i

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ii

ÖN SÖZ..... iii

ÖZET..... iv

ABSTRACT v

TABLOLAR LİSTESİ..... ix

KISALTMALAR xi

BİRİNCİ BÖLÜM..... 1

GİRİŞ……...1

İKİNCİ BÖLÜM 3

GENEL BİLGİLER..... 3

2.1. Güçlendirme 3

2.1.1. Güç Kavramı ve Güç Kaynakları 3

2.1.2. Güçlendirme Kavramı 4

2.1.3. Güçlendirme Kavramının Tarihsel Gelişimi 6

2.1.4. Güçlendirmenin Yararları 6

2.1.5. Güçlendirmenin Boyutları 8

2.1.6. Güçlendirmenin Unsurları..... 12

2.1.7. Güçlendirme ve Hemşirelik 16

2.2. Hasta Güvenliği..... 17

2.2.2. Hasta Güvenliğinin Önemi..... 18

2.2.3 Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi..... 19

2.2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri 21

2.2.5. Hasta Güvenliği Uygulamaları 22

2.2.5.1. Hasta Kimliğinin Doğrulanması..... 23

2.2.5.2. Sağlık Hizmeti Sunumunda İletişim Güvenliğinin Geliştirilmesi 24
2.2.5.3. İlaç Güvenliğinin Sağlanması 25
2.2.5.4. Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyon Güvenliğinin Sağlanması……..26
2.2.5.5. Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması 27
2.2.5.6. Hasta Düşmelerinin Önlenmesi..... 28
2.2.5.7. Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması..... 29
2.2.5.8. Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvence Altına Alınması (Mavi Kod Uygulaması 31
2.2.5.9. Yenidoğan ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (Pembe Kod Uygulaması) 32
2.2.5.10. Hastaların Fiziksel Saldırı, Cinsel Taciz ve Şiddete Maruz Kalmalarına Karşı Gerekli Güvenlik Tedbirlerinin Alınması 33
2.2.5.11. Hastaya Uygulanacak Girişimsel İ.şlemler İçin Hastanın Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması..... 33
2.2.5.12. Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması..... 34
2.2.5.13. Engelli Hastalara Yönelik Düzenlemelerin Yapılması 36
2.2.5.14. İstenmeyen Olayların Bildiriminin Yapılmas 37
2.2.5.15. Güvenli Hasta Transferinin Gerçekleştirilmesi..... 39
2.2.5.16. Hasta Mahremiyetinin Sağlanması..... 40
2.2.5.17. Afetler (Deprem, Yangın, Sel) ve Olağan Dışı Durumlarda Tedbir Alma..... 41
2.2.6. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşumu 43
2.2.7. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği Kültürü..... 45
2.3. Hemşirelikte Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisi..... 47
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 49
GEREÇ VE YÖNTEM 49
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 49
3.2. Araştırma Soruları..... 49
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı..... 49
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 50
3.5. Veri Toplama Araçları 50
3.5.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri 50
3.5.2. Güçlendirme Ölçeği 50

3.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği 51
3.6. Verilerin Toplanması 52
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 52
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 53
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 53
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 54
BULGULAR 54
4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular 55
4.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Güçlendirme Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular 57
4.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile İlgili Bulgular 64
4.5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular 65
4.6. Güçlendirme Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular 76
BEŞİNCİ BÖLÜM 78
TARTIŞMA 78
ALTINCI BÖLÜM 103
SONUÇ VE ÖNERİLER 103
KAYNAKÇA 106
EKLER 141
ÖZGEÇMİŞ 160

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Bireysel ve Kurumsal Güç Kaynakları **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 2.2: İlaç Uygulamasında 8 Doğru 26

Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=350)**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**5

Tablo 4.2: Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=350)**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**6

Tablo 4.3: Hemşirelerin Yaşları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) .....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**7

Tablo 4.4: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)..... 58

Tablo 4.5: Hemşirelerin Medeni Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.6: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.7: Hemşirelerin Mesleki Deneyimleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.8: Hemşirelerin Aylık Gelir Düzeyleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.9: Hemşirelerin Çalıştığı Hastane ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.10: Hemşirelerin Çalıştığı Birimler ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.11: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.12: Hemşirelerin Mesleği Sevme Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.13: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Eğitimi Alma Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.14: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=350)**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.15: Hemşirelerin Yaş Grupları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.16: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Karşılaştırılması (n=350).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.17: Hemşirelerin Medeni Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.18: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.19: Hemşirelerin Mesleki Deneyimleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.20: Hemşirelerin Aylık Gelir Düzeyleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.21: Hemşirelerin Çalıştığı Hastane ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.22: Hemşirelerin Çalıştığı Birimler ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.23: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.24: Hemşirelerin Mesleği Sevme Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Karşılaştırılması (n=350) ..**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.25: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Eğitimi Alma Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.26: Güçlendirme Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Arasındaki İlişki .....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 4.27: Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AIDS : Acquired Immune Deficency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)

AMOS : Analysis of Moment Structures

CPR : Kardiyopulmoner Resüsitasyon

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

Ed : Editör

GRS : Güvenlik Raporlama Sistemi

HUÇEP : Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

ICRP : Uluslararası Radyasyon Koruması Komisyonu

IOM : Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)

JCAHO : Joint Commision on Accireditasyon of Health Organizations (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu)

JCI : Joint Commission International (Ulusal Hasta Güvenliği)

KBRN : Kimyasal Biyolojik Radyolojik Nükleer Tehditler

Nurses ICN : İnternational Council of Nurses (Ulusal Hemşireler Konseyi)

PP : Sayfa Sayısı

Sf : Sayfa

SGHM : Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

SPSS : (Statistic Packets For Social Seciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi

QSEN : Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi

TAMP : Türkiye Afet Müdahale Planı

Vd : Ve Diğerleri

Vol : Volüm

WHO : World Health Organization

YEM : Yapısal Eşitlik Modeli

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Hemşirelerin güçlendirilmesi, mesleki becerilerini ve yetkinliklerini geliştirmek, motivasyonlarını artırmak ve klinik uygulamalarını iyileştirmek için bir dizi stratejiyi içerir. "*Güçlendirme*", bireylerin ve toplulukların kendi potansiyellerini fark etmeleri, yeteneklerini geliştirmeleri, karar alma süreçlerine katılmaları ve kendi yaşamlarını kontrol etmeleri için desteklenmesini ifade eder. Güçlendirme, bireylerin ve grupların kendi kendilerini yönetme ve kendi yaşamlarını etkileme kapasitesini artırma sürecidir. Bununla birlikte, güçlendirme aynı zamanda destekleyici bir çevre ve kaynaklara erişim, karar alma süreçlerine katılım, özgürce düşünme ve ifade etme özgürlüğü gibi unsurları da içerir. Yoğun bakım hemşirelerinde "*güç*" kavramı çalışma ortamının zorluklarından dolayı gerekli olduğu görülmüştür (Özlü ve Türe, 2019; Saleh vd., 2022; Al-Ghwary vd., 2024).

Yoğun bakım hemşirelerinin güçlenmesi için bazı faktörler gereklidir. Bunlar; eğitim ve sürekli gelişme, iş birliği ve takım çalışması, öz-bakıma teşvik etme, güçlü liderlik ve ilerleme fırsatları, iş-yaşam dengesi olanakları sayılabilir (Balık ve Öztürk, 2016). Hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerinin kaliteli, etkili ve beklenen standartlarda sunulabilmesi için, profesyonellerin mesleki konularda kendi kararlarını alabilme yeteneklerinin artırılması, otonomilerinin desteklenmesi ve güçlendirilmesi büyük önem taşıdığı görülmüştür (Er ve Altuntaş, 2014; Zhang vd., 2025).

Hasta güvenliği bakımından kritik unsur olarak hasta güvenliği kültürü, kurum kültürünün bir bileşenidir ve bu bağlamda paylaşılan "*inançlar, tutumlar, değerler, normlar ve davranışlar*" ile tanımlanmaktadır (Manav ve Karademirler, 2018). Hemşireler, hemşirelik hizmeti sunarken, beklenmedik durumlar ve sorunlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabildiklerinde, hasta güvenliğinin sağlanmasında ve hasta güvenliği sonuçlarının iyileşmesinde hayati bir rol taşımaktadır (Farokhzadian vd., 2018; Koç vd., 2019).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na göre, tıbbi hata, "*hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanını neden olduğu ve beklenmeyen sonuç*" şeklinde tanımlanmaktadır (Korkmaz, 2022). Hemşirelik bakım kalitesinin standartları karşılayamadığı durumlarda olumsuz hasta sonuçlarına yol açtığından, optimum kalitenin hasta güvenliğini sağlamada vazgeçilmez bir faktör olduğu belirtilmektedir

(Kim vd., 2018). İletişim, iş birliği ve hata raporlama gibi unsurlar, hataların önlenmesine ve potansiyel risklerin azaltılmasına yardımcı olur. Hemşirelerin güçlendirilmesi, hasta güvenliği protokollerini takip etmelerini ve hataları önceden tespit etmelerini sağlar (Ertürk vd., 2016).

Sürekli iyileştirme ve inovasyonu hayata geçirmek için hemşirelerin güçlendirilmesi gerekmektedir. Hata raporlama, geri bildirim ve sürekli eğitim sayesinde hemşireler, iş süreçlerini iyileştirmek için önerilerde bulunabilir ve yeni yaklaşımlar geliştirebilirler. Bu nedenledir ki, hasta güvenliği kültürü, yoğun bakımda çalışan hemşireler için oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına ve yeniliklerin uygulanmasına katkı sağlar (Al Otaibi vd., 2023; Dirik ve Seren İntepeler, 2023; Al-Ghwary vd., 2024).

Yoğun bakım ünitesinde hemşireler arasında yapısal güçlendirme ile hasta güvenliği kültürünün ilişkisini inceleyen bir çalışmada, yapısal güçlendirmenin düzeyi yükseldikçe, hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki algılarının arttığı tespit edilmiştir (Kurtluk, 2019). Bu bağlamda, hasta güvenliği kültürünü desteklemek için güçlendirici çalışma ortamları oluşturma ve hemşire liderlerinin yapılandırıcı olmaları önerilmektedir (Kurtluk, 2019; Dirik ve Seren İntepeler, 2023).

İKİNCİ BÖLÜM
GENEL BİLGİLER

2.1. Güçlendirme

Güçlendirme, bireylerin veya grupların kendi yaşamlarını kontrol etme ve yönetme yeteneklerini geliştirmelerine yardımcı olan bir süreçtir (Al-Ghwary vd., 2024). Bu süreç, bireylerin becerilerini ve yetkinliklerini geliştirmeyi, karar verme yeteneklerini artırmayı ve çevreleri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlamayı içermektedir (Yeşilbaş ve Kantek, 2021; Skene, 2021). Güçlendirme, bireylerin ve grupların potansiyellerini gerçekleştirmelerine ve daha aktif, sorumlu ve üretken katılımcılar olmalarına yardımcı olabilmektedir (Halvorsen vd., 2020; Al Otaibi vd., 2023).

Güçlendirme modern iş teorilerinde de önemli bir yer tutmaktadır. Örneğin, Hackman ve Oldham'ın İş Karakteristikleri Modeli'nde işin anlamı, kimliği, çeşitliliği, özerkliği ve geribildirim gibi faktörlerin çalışan motivasyonu üzerindeki etkileri incelenmektedir. Bu model, güçlendirme uygulamasını, çalışanların işlerini daha etkili ve tatmin edici bulmalarını nasıl sağlayabileceğinin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır (Raihan, 2017; Altıntaş, 2023).

Güçlendirme, çalışanların işlerine daha fazla katılımını, motivasyonunu ve performansını artırmanın yanı sıra, iş tatminini ve kurumsal bağlılığı da güçlendiren kritik bir yönetim stratejisidir. Bu strateji, iş yerindeki genel verimliliği ve etkinliği artırma potansiyeline sahiptir, çünkü çalışanların sorumluluk almasını ve karar verme süreçlerine aktif olarak katılmasını sağlamaktadır (Büte, 2018; Al Otaibi vd., 2023;).

2.1.1. Güç Kavramı ve Güç Kaynakları

Güç çeşitli bağlamlarda farklı anlamlar taşıyan geniş bir kavramdır. Latincede "*potere*" sözcüğünden başlangıcını alan güç kelimesi; kısa haliyle "*amaçlara ulaşabilme*" şeklinde tanımlanmaktadır (Duygulu ve Başaran Açıl, 2014; Erbay, 2019). Daha uzun olarak belirtilmek istendiğinde güç kavramı "*etki yapabilme, kontrol sağlayabilme, değişiklik yaratabilme veya bir amaca ulaşabilme yeteneği*"dir (Avalino, 2021; Duygulu ve Başaran Açıl., 2023).

Türk Dil Kurumu'na göre ise güç "*fizik, düşünce ve ahlak yönünden bir etki yapabilme veya bir etkiye direnebilme yeteneği; çelim, efor ya da bir olaya yol açan her türlü hareket; kuvvet, fer*" anlamına gelmektedir (TDK, 2024). İnsan ilişkilerinden fiziksel dünyaya kadar birçok alanda kullanılmaktadır (Gottlieb vd., 2021). Literatürde aktarıldığına göre Rahim, gücü "*insanların tutumlarını, görüşlerini, hedeflerini, gereksinimlerini, değerlerini etkileme ve değiştirme becerisi ve değişime neden olma ya da engelleme yeteneği*" şeklinde ifade edilmektedir (Açıkgöz ve Esen, 2024).

2.1.1.1. Güç Kaynakları

Bilim insanları güç kavramını ve gücün nereden geldiğine dair çalışmalar yapmıştır. Bunlardan birisi olan Yukl ve Falbe'nin yaptığı ayrımda güç iki kısımda incelenmektedir. Bunlar bireysel güç kaynakları ve kurumsal güç kaynaklarıdır (Yukl ve Falbe, 1991; Duygulu ve Açıl., 2023).

Tablo 2. 1: Bireysel ve Kuruksal Güç Kaynakları

Kurumsal Güç Kaynakları	**Bireysel Güç Kaynakları**
• Ödüllendirme Gücü • Ceza Gücü • Yasal Güç • Bilgi Gücü • Kaynak Gücü	• Karizmatik Güç • Özdeşlik Gücü • İkna Gücü • Uzmanlık Gücü

Kaynak: Yukl, G., & Falbe, C. M. (1991). Importance of different power sources in downward and lateral relations. *Journal of Applied Psychology*, *76*(3), 416-423. Doi:10.1037/0021-9010.76.3.416

2.1.2. Güçlendirme Kavramı

Asıl kökeni "*empowerment*" kelimesi olan ve İngilizce'den Türkçe'ye gelen güçlendirme "*güçsüzlük ve bağımlılık durumundan; karar verme, kendi kaderini tayin etme ve kendi sorumluluk alanına geçme*yi" şeklinde tanımlanmaktadır (Bag, 2020; AL-Ghwary vd., 2024). Kanter güçlendirmeden "*örgütsel gücün paylaşılması veya gücün işi yapanlara verilmesi*" şeklinde dile getirmiştir (Saleh vd., 2022; Duygulu ve Açıl., 2023).

Güçlendirme kavramı, çeşitli araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlandığı için kavramsal olarak net bir fikir birliği bulunmamaktadır (Arslan vd., 2020). Birçok yazara göre güçlendirme kavram, süreç ve sonuç şeklinde tanımlanmaktadır (Halvorsen vd., 2020).

Sosyal hizmet bağlamında güçlendirme terimini ilk kullananlardan biri olan Freire, bu kavramı Latin Amerika'daki baskıya bir yanıt olarak net bir şekilde ifade etmiştir. Onun anlayışında güçlendirme, karşılıklı destek ve ekonomik koşulların iyileştirilmesi yoluyla daha fazla siyasi ve sosyal eşitliğin sağlanması anlamına gelmektedir (Skene, 2022). Güçlendirme, çalışanların iş yerindeki zorluklarla başa çıkma ve gerektiğinde doğru kararlar alma yeteneklerini geliştirmelerine olanak tanıyan, örgütsel davranış araştırmalarında önemli bir konu olmuştur (Cindiloğlu Demirer, 2020).

Güçlendirme, "*bir bireyin yeteneği*"dir (Çınar ve Kutlu, 2021). Bacharach ve Lawler tarafından iş görenlerin önemli kararlar alabilmelerine izin verilmesi ve bu kararların sonuçlarının sorumluluğunu üstlenebilecek bilince sahip olmaları olarak tanımlanan güçlendirme kavramı, çalışanların algıladığı yönüyle literatürde psikolojik güçlendirme olarak yer bulmuş ve dört alt boyutta ele alınmıştır: Anlam, yetenek, özerklik ve etki (Bıyıkbeyi ve Taşlayan, 2020; Dirik ve Seren İntepeler, 2023).

Spreitzer, psikolojik güçlendirmeyi "*içsel görev motivasyonu*"nu temel alarak; yeterlilik, kendi kaderini tayin etme hakkı, anlam ve etki unsurlarını içeren bir "motivasyonel yapı" halinde tanımlamıştır (Yurdakoş ve Ercan, 2023). Başka bir yayında da çalışanların güçlendirilmesi, çalışanların işlerine ve kuruluşlarına karşı memnuniyet duygusunu teşvik eden bir motivasyon stratejisi olarak belirtilmektedir (Vu, 2020).

Güçlendirme kavramı, Robert Kanter tarafından 1970'lerde ortaya atılan ve iş yerinde güç yapılarını analiz eden teorilere dayanmaktadır. Kanter, güçlendirme sürecinin, çalışanların erişebileceği kaynakların genişletilmesiyle doğrudan ilişkili olduğunu belirtmiştir. Özellikle yapısal gücün üç kurumsal kaynaktan; bilgi, destek ve kaynaklardan geldiğini belirtmiştir (Seçtim, Erkul, 2021; Lundin vd., 2022). Güçlendirme ile çalışanların performansları arasında da olumlu bir ilişki bulunmaktadır. Çalışanlar kendilerini güçlendirilmiş hissettiklerinde, işleri ile ilgili sorumluluk alabilme, umduklarını bulabilmek için kendilerini zorlama ve organizasyonun başarısına katkı sağlama ihtimalleri daha fazladır (Alshemmari, 2023; Zhang vd., 2025).

2.1.3. Güçlendirme Kavramının Tarihsel Gelişimi

Güçlendirme, bakmak anlamına gelen Fransızca ve Latince "*en*" edatından ve "*güç*" kelimesinden gelmektedir. Güçlendirme, eylemleri gerçekleştirme yetkisi veya gücüdür ve ilk olarak 15. yüzyılda kullanılmıştır. Kelimenin yirminci yüzyılda kullanımı 1960'lardaki insan hakları çatışmaları sırasında başlamış ve daha değerli bir konuma gelmiştir (Ulupınar, 2011; Doherty vd., 2020). 1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından uygulamaya konulan Ottawa Tüzüğü'ndeki yeni halk sağlığı hedefleri; gücün yeniden dağıtımı, katılım, sağlık hizmeti olarak üç ana başlıkta toplanmıştır (Halvorsen vd., 2020; Enebeli vd., 2024).

1990'larda güçlendirmenin giderek önemi artmış ve o tarihlerde kişinin kendi kendini güçlendirdiği ile ilgili inancının ve davranışının örgüt için yarar sağlaması olarak hedeflenmiştir (Akgül, 2020). 2000 yıllarda ise farklı anlayış hâkim olmuş ve insanın hizmet ettiği alanlarda sanallaşma, dijitalleşme, teknoloji ve yapay zekanın yardımıyla makineler, robotlar kullanılmaya başlamıştır. Çalışanlar yaptıkları işin gereklerini kullanacakları bilgi gücünü kullanarak alışkanlıklarını değiştirmezlerse, o kurumun insan kaynakları yönetimi açısından sorun haline gelmeye aday olabilmektedirler. O nedenle güçlendirme kavramı her zamankinden daha önemli bir yönetim konusu kabul edilmektedir (Avcı ve Yarar, 2022).

Son zamanlarda pek çok kurum, çalışanı güçlendirmek için; güvene dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi uygulamaları ile çalışanların motivasyonunu artırmayı amaçlama, çalışanlara özerklik sunarak işyerinde esneklik sağlama, bilgiye erişim imkânı verme ve iletişim teknolojilerini kullanma gibi hedefleri desteklemektedir (Coun vd., 2022).

2.1.4. Güçlendirmenin Yararları

Klasik yönetim anlayışı ile ardından insan ilişkilerinin önem kazandığı neoklasik yönetim anlayışının ve bunu takip eden çağdaş ve çağdaş sonrası yönetim yaklaşımlarıyla insan faktörünün kurumlarda önemi giderek artmıştır (Şen ve İrge, 2021; Bueno ve Salapa, 2021; Siadari vd., 2024). Buna ilave olarak globalleşmenin etkisiyle rekabetin arttığı ve personelden beklentilerin de arttığı örgüt yapısına kadar değişimler gerçekleşmiştir. Değişim sayesinde çalışanların uyumu ve dönüşüm yetenekleri ile aynı anda güçlendirilmiş olmalarının başarının temeli olduğu görülmüştür (Arslan vd., 2020). Güçlendirmenin amacı, kararın yapılacak eyleme en

yakın olan ve karar alınması beklenen konu ile ilgili bilgisi olan çalışan tarafından verilmesinin sağlanmasıdır (Bıyıkbeyi ve Taşlayan, 2020).

Güçlendirme, çalışanları belirli konularda uzmanlaştırarak, eğitim uygulamalarıyla daha fazla gelişmelerine ve çalışanların yönetime katılmasına olanak tanıyarak sorumluluk almalarına katkı sağladığı görülmüştür (Durusoy, 2022). Bununla birlikte güçlendirme çalışanların daha bilinçli karar almalarını sağlamaktadır. Çalışanların hem işlerine hem de kişisel hayatlarına dair olumlu düşünceler beslemelerini teşvik etmektedir. Böylelikle, çalışanlar yalnızca zorunluluk nedeniyle işte olmamakta, aynı zamanda tüm yetenek ve becerilerini işlerini geliştirmek amacıyla kullanma arzusu taşımaktadırlar. Bunun neticesinde de güçlendirme, çalışanlarda aidiyet ve bağlılık duygusu yaratmaktadır (Cerit Soydan, 2022; Al-Ghwary vd., 2024).

Güçlendirme, çalışanları daha yetkin ve özgüvenli bireyler haline getirirken, aynı zamanda onlara kendilerine ait çevre şartlarının oluşturmalarına fırsat vererek, ilişkilerini pozitif ve yapıcı bir şekilde geliştirmesine olanak tanımaktadır (Arslan vd., 2020). Yetkilendirilmiş çalışanlar, iş yerindeki fikirlerini paylaşarak, yeni fikirleri keşfetme ve teşvik etme davranışları sergilemektedirler. Başka bir deyişle, bu çalışanlar yenilikçi fikirler üretmekte ve bu fikirlerin hayata geçirilmesine destek olmaktadırlar (Muktar ve Kassie, 2022).

Çalışanlar, işlerine ve organizasyonlarına dair inançlarını, düşüncelerini ve tutumlarını değiştirerek olumlu bir tutum gösterebilmektedirler. Görevlerini başarılı bir şekilde yerine getirebilecek yetenek ve yeterliliğe sahip olduklarına inanırlarsa, iş sonuçlarını etkileme ve kontrol etme gücüne sahip olduklarını düşünmektedirler. Bu sayede, önemli kariyer hedeflerinin peşinden gitmekte kararlı olup kendilerine şeffaf davranılacağına inanarak motive olacaklardır (Jafari vd., 2021).

Güçlendirmenin çalışan için yararlarını özetlemek gerekirse;

- Memnuniyeti ve motivasyonu arttırır.
- Çalışanların düşünmesini olumlu yönde etkiler.
- Çalışanların gelişimini sağlar.
- Kuruma aidiyetini ve bağlılığını arttırır.
- Çalışanın işinin sahibi olduğunu anlamasına yardım eder.
- Çalışanın üzerindeki denetim mekanizmalarını (supervisor kontrolü gibi) azaltır (Cerit Soydan, 2022; Durusoy, 2022; Saleh vd., 2022).

2.1.5. Güçlendirmenin Boyutları

Güçlendirme, çalışanların kendilerini daha güçlü hissedebilmeleri için onlara yetki ve sorumluluk vererek yeteneklerini keşfetmelerine, karar alma süreçlerine katılmalarına ve üstlendikleri görevin anlamlı olduğunu, işletmenin genel sonuçları üzerinde de etkileri olduğunu hissettiren bir sistemdir (Bıyıkbeyi ve Taşlıyan, 2020). Personele değer ve önem verdikçe, iş hayatında verimli olarak çalışabilmeleri aynı zamanda da yaptıkları işten keyif almaları bireysel veya kurumsal amaç ve hedefler için gerekli olabilmektedir (Karavardar, 2017; Al-Ghwary vd., 2024).

Çalışanların önemi, örgütteki diğer tüm değişkenlerden daha ön plandadır. Bu nedenle, çalışanların potansiyellerini geliştirip yetenekleri doğrultusunda başarı gösterebilmeleri için uygun ortam sağlanmalıdır (Demir, 2023; Al-Ghwary vd., 2024). Çalışanların işine ve örgütüne karşı olumlu bir tutuma sahip olabilmesi için inanç, düşünce ve tutumlarının değişmesi gerekmektedir (Jafari vd., 2021). Hastane organizasyonunda yönetici hemşireler, liderlik uygulamalarının geliştirilmesi, çatışma yönetimi, personel sayısı, kaynak sağlanması ve tahmini gibi bakım ve hemşirelik hizmetlerinin yönetiminden sorumludurlar. Bu eylemlerin doğru bir şekilde gerçekleştirilmesi, hemşirelerin güçlenmesini artıran politikaları benimseyerek kurumda uygulanabilecek model ve yönetim yaklaşımları ortaya konulmalıdır (Moura vd., 2020; Zhang vd., 2025).

Güçlendirme "*yapısal"* veya "*psikolojik*" olabilir (Jafari vd., 2021; Duygulu ve Başaran Açıl, 2023). "*Yapısal güçlendirme, optimum iş performansını teşvik eden ve çalışanlara bilgi, destek, kaynaklar, öğrenme ve büyüme fırsatlarına erişim sağlayan işyeri koşullarıdır*". Yapısal güçlendirme hem iş stresi hem de memnuniyet üzerinde etkisi olan psikolojik güçlendirmeyi içermektedir (Gottlieb vd., 2021; Saleh vd., 2022) Psikolojik güçlendirme, yetki ve sorumluluğun gerçek geçişiyle ilgili olmaktan çok ve çalışanların güçlendirme algıları veya bilişsel durumlarıyla ilgilidir (Echebiri, 2021). Bireye odaklanan psikolojik güçlendirme Spreitzer tarafından geliştirilmiş olup, örgüte odaklanan yapısal güçlendirme ise Kanter tarafından ortaya konmuştur (Tekin ve Akgemci, 2019; Jafari vd., 2021; Borrego vd., 2023). Psikolojik güçlendirme ile yapısal güçlendirme birbirinden farklıdır. Yapısal güçlendirme, yaptırımı temel alan gücün ve sorumluluğun dağıtımını esas alarak işin organizasyon süreciyle ilgilenir, psikolojik güçlendirme ise, personelin bu süreçle ilgili algıları ve düşünsel süreçleri üzerinde durmaktadır (Cindiloğlu Demirer, 2020).

Güçlendirme üzerine litetatürde pek çok çalışma yapılmasına rağmen, çoğunlukla yönetici hemşirelerin yapısal ve psikolojik güçlendirilmesine odaklanılmıştır (Trus vd., 2018; Dirik ve Seren İntepeler, 2023; Rollins, 2025).

2.1.5.1. Yapısal Güçlendirme

Bu kavram ilk kez Kanter tarafından ortaya atılmıştır. Kanter, "*işleri yapmak için kaynakları seferber etme, harekete geçirme yeteneği ve bir bireyin ulaşmak istediği amaçları için ihtiyaç duyduğu kaynakları kullanabilmesi ve bağımsız bir şekilde karar alabilmesi*" şeklinde tanımlamıştır (Cindiloğlu Demirer, 2020; Saleh vd., 2022). Başka bir ifadeyle bazı durumların, çalışanların kendilerini güçlendirilmiş hissedecekleri şekilde düzenlendiğinde, işlerinden daha fazla memnun olmaları ve yüksek kaliteli sonuçlar elde etme olasılıklarının daha fazla olacağını belirtmiştir (Suhermin, 2019).

Kanter'e göre yapısal güçlendirme hem biçimsel hem de biçimsel olmayan güç kaynaklarını içermektedir. Bilgiye erişim, büyüme desteği ve kaynaklar için fırsat, çalışanların güçlenmesini teşvik ederek işten memnuniyet duymaları, çalışanın stresini ve tükenmişliğini azaltma gibi olumlu çıktılara katkı sağlayabilmektedir. Buna yönelik uygulamalar yapısal güçlendirmeye örnek teşkil etmektedir (Valdez vd., 2019; Moura vd., 2020; Monje Amor vd., 2020; Cindiloğlu Demirer, 2020).

Kanter'in yapısal güçlendirme modelinin boyutları, fırsat, bilgi, kaynak, destek, resmi güç ve gayrı resmi güç olarak belirlenmiştir. Fırsat, örgütteki gelişim fırsatlarını; bilgi, çalışanın gerekli bilgilere erişim düzeyini; kaynak, ihtiyaç duyduğu zaman ve ekipmanı; destek, iş çevresinden alınan geri bildirimlerin yeterliliğini; resmi güç, çalışanın pozisyonuna dayalı formal esneklik ve inisiyatifi; gayrı resmi güç ise, iş arkadaşları ve yöneticilerle kurulan informal ilişkilerden kaynaklanan yetkileri içermektedir (Batuk Turan, 2018; Çepni, 2022).

Yapısal güçlendirme, personelin bilişsel ve duyuşsal olarak güçlenmelerini sağlamayı amaçlar. Böylece, karşılaştıkları sorunlarda hızlı ve pratik çözümler üretebilir, işlerine daha fazla sahip çıkarak anlamlı bulur ve daha fazla çaba gösterebilirler (Monje Amor vd., 2020; Seçtim ve Erkul, 2021).

Türkiye haricinde dünyada, yapısal güçlendirme kavramının özellikle hemşireler ile ilgili yoğun olarak çalışıldığı ve Kanter'in "*Yapısal Güçlendirme Teorisi*"nin kuramsal çerçeve olarak çok fazla çalışmada incelendiği, evrensel olarak zengin bir veri kaynağının oluşturulduğu ifade edilmektedir (Kurtluk, 2019; Heng vd., 2021). Garcia-

Sierra ve Fernandez-Castro'nun (2018) hemşirelerle yaptıkları çalışmada, transformasyonel liderliğin yapısal güçlendirmeyi olumlu bir şekilde etkilediğini ve çalışan katılımı üzerindeki etkisinde aracılık işlevi üstlendiğini ortaya koymuştur. Öte yandan, Ayala Calvo ve Garcia (2018) orta düzey yöneticilerle gerçekleştirdikleri çalışmada, yapısal güçlendirmenin tükenmişlik üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu bulmuşlardır.

2.1.5.2. Psikolojik Güçlendirme

Thomas ve Velthouse ile Olshfski ve Cunningham, bilişsel güçlendirme modelini geliştirmişlerdir. Buna ilave olarak Spreitzer konu üzerine yoğunlaşmış ve psikolojik güçlendirme kavramını ortaya atmıştır (Spreitzer, 1995; Karavardar, 2017). Psikolojik güçlendirme yaklaşımı, personelin işlerini sahiplenmelerini ve işleri ile ilgili hissettikleri sorumluluk duygularını arttırmayı amaçlamaktadır (Demir, 2023; Zhang vd., 2025).

Spreitzer, psikolojik güçlendirmeyi "*anlamlılık, yetkinlik (yeterlilik), otonomi (özerklik) ve etki olmak üzere dört bileşenden meydana gelen motivasyonel bir yapı*" şeklinde tanımlamıştır (Karavardar, 2017; Monje-Amor vd., 2020). Başka bir ifadeyle psikolojik güçlendirme "*bireylerin iş rollerine yönelimlerini ve bu rolün iş gerekliliklerine uyumunu yansıtan dört boyutta ortaya çıkan içsel bir motivasyon biçimi*"dir (Pacheco ve Coello-Montecel, 2023).

<u>Psikolojik güçlendirmenin bileşenleri:</u>

Anlam: Bireyin yaptığı işin önemini algılamasıdır. Bu değerlendirme, kişinin kendi idealleri veya standartları göz önünde bulundurularak görev amacının veya hedeflerinin değerine ilişkin ayrıntıları içerir (Thomas ve Velthouse, 1990; Karavardar, 2017). Düşük anlamlılık derecelerinin ilgisizliğe, kopukluğa ve önemli olaylara değer vermemeye yol açtığına inanılmaktadır (Thomas ve Velthouse, 1990).

Yetkinlik* (*Yeterlilik): Yeterlilik, "*çalışanların kendi işlerini etkin bir şekilde yerine getireceklerine olan inançları*" şeklinde tanımlanmıştır. Eğer çalışan, yeterliliği hakkında şüpheler taşıyorsa ya da özgüveni düşükse, yeteneklerini sergilemesi gereken durumlardan uzak duracaktır (Thomas ve Velthouse, 1990; Tekin ve Akgemici, 2019).

Özerklik (Otonomi): *Özerklik;* ***"****çalışanın işini nasıl yerine getireceği konusunda özgürlük veya özerklik hissine sahip olması ya da yaptığı işinde kontrole sahip*

olduğunu hissetme duygusudur" (Thomas ve Velthouse, 1990; Gottlieb vd., 2021; Çepni, 2022). Dolayısıyla özerklik, "*çalışanların görevlerini nasıl başlatacakları ve yürütecekleri konusunda özgür olduklarını nasıl algıladıklarıyla*" ilgilidir (Echebiri, 2021). Yetkinliğin bulunduğu durumlarda, bireyin egemen davranışlar sergilemesi mümkün olmaktadır. Bu çerçevede özerklik, çalışanın eylemlerini başlatma, düzenleme ve kontrol etme konusunda kendi tercihlerini yapabilme hissini ifade etmektedir. Özerklik, işlerin başlatılması ve sürdürülmesi aşamasında çalışana özgür hareket etme imkânı tanımaktadırr (Spreitzer, 1995; Turhan ve Helvacı, 2020).

Etki: Bir kişinin hedeflerine ulaşmaya çalışırken bir davranışın diğerlerinden ne kadar farklılaştığını ifade eder ve belirli bir aktivitede mükemmel davranışla istenen etkiyi elde etme eylemi olarak anlaşılabilir. Bireylerin çabalarının örgütsel sonuçlarını ne derece etkileyebileceğine dair inançlarını yansıtmaktadır (Zhai vd., 2023; Llorente-Alonso vd., 2024).

Bu dört boyut bir araya gelerek bir bütünü oluşturmaktadır. Ancak, bu dört boyuttan birinin eksikliği, psikolojik güçlendirilme duygusunu tamamen ortadan kaldırmaz; yalnızca bu duygunun hissedilme derecesini azaltmaktadır (Spreitzer, 1995; Cindiloğlu Demirer, 2020). Psikolojik güçlendirme, içsel motivasyon kaynağıdır. Bu sayede çalışanlar daha dayanıklı hale gelmekte ve zekalarının yanı sıra sıkı çalışmalarının, kuruluşun zorlu durumları aşmasına yardımcı olabileceğine ve nihayetinde bireysel ve kurumsal başarıya yol açacağına inanmaktadırlar (Moura vd., 2020; Zhai vd., 2023). Anlamlı bir işte çalışan, örgütsel desteği hisseden ve psikolojik olarak güçlendirilmiş bireyler, işlerinden daha fazla tatmin duygusu elde etmektedirler (Seçtim ve Erkul, 2021; Jafari vd., 2021).

Hemşirelikte yapısal güçlendirmenin yanında, psikolojik güçlendirmenin etkileri çeşitli araştırmalarda başka şekillerde incelenmiştir. Örneğin, Çinli hemşirelerle yapılan çalışmada, psikolojik güçlendirme ve örgütsel bağlılık arasında pozitif yönde ilişki rapor edilmiştir (Ouyang vd., 2015).

2.1.5.3. Davranışsal *Güçlendirme*

Davranışsal güçlendirme literatürde aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır (Eskibina, 2019);

"Davranışsal yaklaşımı esas alan güçlendirme uygulamaları, kendi kendini takımlar kurma, güçlendirilmiş bir işgücünün var olmasında önemli katkılar

sağlamaktadır ve bu ekiplerin kendi performans standartları belirlemesine, ekibi izlemesine, iş programları hazırlamasına, disiplin kararlarına katılmasına, ekibe yeni elaman alımına karar vermeye vb. gibi uygulamaları gerçekleştirmesine izin verme şeklinde gerçekleşen uygulamalar, güçlendirmeyi önemli ölçüde destekleyen uygulamalar olarak kabul edilmektedir."

Son teorik çalışmalar, yönetim uygulamalarını güçlendirmenin, güçlendirilmiş davranışlara yol açacak belirli bir psikolojik zihniyeti teşvik etmesi gerektiğini ileri sürmektedir (Boudrias vd., 2009; Dirik ve Seren İntepeler, 2023; Zhang vd., 2025). Davranışsal güçlendirme ile ilgili unsurları ölçebilmek için de Irvine vd. leri 1999 yılında bu alanda çalışmalar yaparak bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir. Bu araçla, güçlendirmenin, örgütsel vatandaşlık davranışını ve kalite iyileştirmeyle ilgili iş davranışlarını yordadığını ileri sürmüşlerdir (Irvine vd., 1999; Cerit Soydan 2022). Yenilikçi davranış sergileyen çalışanlar, işin önemini artırmaya ve bu tür davranışların performansları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve hedeflere başarıyla ulaştığı duygusunu geliştirmeye eğilimlidirler (Ali vd., 2020).

Davranışsal güçlendirmeyi uygulayabilmek adına yöneticiler tarafından çalışanlara bazı imkânların sağlanması gerekmektedir. Bunlar:

- Kaynakların ve bilgilerin paylaşılması,
- Yetki ve sorumluluk denkliğinin olması,
- Katılımın sağlanması,
- Çalışanlara güven verilerek desteklenmesi,
- İş zenginleştirme faaliyetlerinin benimsenerek uygulanması,
- Çalışanların motive edilmesi,
- Sağlıklı bir iletişimin tesis edilmesi,
- Takım çalışmasının uygulanması
- Çalışanlara eğitim verilerek öğrenmelerinin gerçekleştirilmesi,
- Bireylerin performansları doğrultusunda ödüllendirilmesi ve gerekli durumlarda geri bildirim verilmesidir (Büte, 2024).

2.1.6. Güçlendirmenin Unsurları

Güçlendirmenin oluşabilmesi içi üç ana unsurun varlığı gerekmektedir. Bu unsurlar; organizasyon, yönetici ve güçlendirilecek personeldir (Kurtluk, 2019; Cerit Soydan, 2022).

2.1.6.1. Organizasyon

1900'lerin yarısına kadar organizasyonlar, insan faktörünü göz ardı ederek sadece üretime ve sonuçlara odaklanmaktaydı. Ancak günümüzde *"sosyal insan"* kavramının etkisiyle de işletmelerde *"birey"* kavramı daha fazla önem kazanmıştır (Turan Batuk, 2018). Son yıllarda rekabet ortamında çalışanların ihtiyaçları ve istekleri öncelikli olarak ele alınmakta ve çalışanları elde tutmak organizasyonlar için daha avantajlı bir hale gelmektedir (Li vd., 2022).

Çalışanı güçlendirmenin başarılı olabilmesi için, çalışanlara yeterli organizasyonel kaynakların sağlanması ve onların daha fazlasını başarmaları için uygun eğitim ortamlarının oluşturulması gerekmektedir (Aslan, 2022; Zhang vd., 2025). Literatür, örgütsel davranış kavramlarının çeşitli bakış açılarıyla ele alındığını ve farklı sektörlerde hem mikro hem de makro düzeydeki verilerle incelendiğini ortaya koymaktadır (Tepe Küçükoğlu, 2016).

Çalışana verilen örgütsel destek, "*bir kişinin örgütle etkileşiminden etkilenmesi ve bunun sonucunda kişiye örgüt tarafından övgü, destek ve onay vermek*" anlamına gelmektedir (Utomo vd., 2023). Yapılan çalışmalarda organizasyonel desteğin; örgütsel davranış ile tutumlar arasındaki ilişkiyi ve çalışanların işlerine yönelik tutum ve davranışlarını incelendiği görülmektedir (Ridwan vd., 2020; Heng vd., 2021; Al-Ghwary vd., 2024).

Güçlendirmenin sağlanabilmesi, yalnızca bu durumu destekleyen organizasyonlarda mümkündür. Bu da organizasyonel yapı ve kültürün, bir örgütteki güçlendirme düzeyinin en önemli belirleyicileri olduğunu göstermektedir (Turan Batuk, 2018). Organizasyonun stratejik kaynaklarının etkin bir şekilde geliştirilmesi, doğru bir biçimde kullanılması ve kontrol edilmesi, organizasyon yapısının dikkatlice tasarlanması ve uygun süreçlerin bu yapı içine entegre edilmesiyle sağlanmaktadır (Çubukcu, 2018; Zhang vd., 2025). Güçlendirmenin uygulandığı örgütlerde, çalışanların zaman ve bireysel uğraşlarının örgüt ile aynı amaca yönelik olmasının, örgütün başarılı olma olasılığını arttırmaktadır (Aslan ve Pekerşen, 2021).

Modern örgütlerde, çalışanlardan kurumlarına karşı sevgi, sadakat ve bağlılık beklenilmekte, ayrıca bireysel kimlikleriyle organizasyonlarını benimsemeleri talep edilmekte olup, kurumun iç ve dış çevresinde olan değişimlerin çalışanların motivasyonunu ve iş tatminini, kuruma bağlılığını etkilediği belirtilmektedir

(Kocakaya ve İrge, 2024). Çalışan-örgüt ilişkisi bağlamında incelendiğinde; kurumun, çalışanın sosyal ve duygusal gereksinimlerini dikkate alarak karşılamasını, çalışanın da kurumun amaç ve hedeflerine ulaşması için performans gösterecek şekilde çalışmasını ve kuruma karşı olumlu davranışlar sergilemesini sağlamak gerekmektedir (Kese ve Karabey, 2017). Bir organizasyon, çalışanına faydalı şekilde davrandığında, çalışan da benzer bir şekilde karşılık verme yükümlülüğü olduğunu kabul etmektedir. Bu durum, çalışanların organizasyonel hedeflere ulaşmak için daha fazla özveri ve bağlılık göstermesine yol açmaktadır (Koçyiğit, 2023).

Sağlık sistemi içinde hemşirelerin, kurumsal başarıyı sağlamada hayati önemi bulunmaktadır. Bu nedenle işte başarılı olmak yalnızca çalışma biçimlerini desteklemekle, devamsızlığı azaltmakla ve refahı iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda iyileştirilmiş çalışma koşulları, bakım kalitesi ve hasta güvenliğine dikkat ederek bakım verdikleri hastaları da olumlu etkilemektedir (Moloney vd., 2020; Jafari vd., 2021). Hemşirelik mesleği yüksek riskli ve stresli bir meslek olmakla birlikte, ailelerden, hastalardan ve toplumdan daha çok desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Hemşireler örgütün desteğini algılarsa ve örgüt tarafından kabul edildiklerini hissederlerse, kendilerini işlerine adamaya ve kuruluşun gelişimini önemsemeye motive olurlar (Koçyiğit, 2023).

2.1.6.2. Yönetici

Yönetici, bir kurum veya kuruluşun liderliğini üstlenen ve çalışanları yönlendiren, onlara emir veren kişidir. Karar alma yetkisine sahiptir ve yönetim faaliyetlerini bizzat ya da yardımcıları aracılığıyla yürüten kişidir (Duffield ve Read, 2020; Hayta ve İnsafoğlu, 2021; Harmancı Seren ve Çelebi Çakıroğlu, 2023; Taner, 2024). Başka bir ifadeyle, kurumun yönetim sorumluluğunu üstlenen, kurumun amaçlarını ve hedeflerini, politikalarını tanımlayan, organizasyonla ilgili kararları alan ve çalışanların iş birliği ile uyumlu çalışmalarını sağlayan kişi, o kurumun yöneticisi ve resmi lideri olarak nitelendirilmektedir (Pelenk. 2020). Liderlik ise, "*diğerlerini örgütsel hedeflere ulaşma yönünde istekli bir şekilde hareket etmeleri konusunda motive etmek, güçlendirmek ve ilham vermek için örgütsel misyon ve vizyonu harekete geçirme, etkileme ve iletme yeteneği*" şeklinde tanımlanmaktadır (Mohamed vd., 2023; Cummings vd., 2021). Lider yöneticilik, liderlik ve yöneticilik özelliklerini bir arada olduğu dinamik bir süreç olup bu özellikleri taşıyan kişi de lider yöneticidir ve en ideal yönetici olarak benimsenmektedir (Hayta ve İnsafoğlu, 2021; Taner, 2024).

Liderlik dinamik bir yapıya sahip olup zamana, örgüte ve hedeflere bağlı olarak farklı tarzlarda ortaya çıkmakta ve sergilenmektedir (Korkutan vd., 2021; Taşer vd., 2022). Liderler, etkileme becerileri sayesinde organizasyonlarının çeşitliliğini ve kültürel yetkinliğini artırırken, aynı zamanda kendi yönetim tarzlarına rastgele bir şekilde karar vermeyerek, çalışanların güç mesafesi gibi faktörleri dikkate almaktadırlar (Çağatay ve Kızılkaya, 2021). Sağlık hizmetlerinde yönetici ve hemşire ilişkisi, çalışma ortamının yönetilmesinde, hemşirelerin katılımının sağlanmasında, olumsuz olayların ortaya çıkmasının azaltılmasında, kalite önlemlerinin ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde son derece önemlidir (Fowler vd., 2021; Al-Ghwary vd., 2024).

2.1.6.3. Güçlendirilecek Personel

Çalışanı güçlendirme, "*bir işgörenin işini etkin bir şekilde yapma yeteneğinin artırılarak, şimdiki ve gelecekteki performanslarının iyileştirilmesi yönündeki girişimler ya da eylemler"* şeklinde tanımı yapılmaktadır (Kansoy, 2021). Personel güçlendirme, bir yönetim uygulaması olarak çalışanın katılımıyla aynı seviyede değerlendirilmektedir; ancak yetki ve kaynak paylaşımının ötesinde, çalışanın öz-yeterlilik hissini geliştirmeyi amaçlayan motivasyonel bir kavram olarak görülmektedir (Çetiner ve Özdemir, 2022). Personel güçlendirme aynı zamanda, rekabet ve değişimle birlikte gelişen bir yönetim yaklaşımıdır (Salha ve Ulema vd., 2020).

Personeli güçlendirmede iki bakış açısı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, yetki paylaşımı olan alt kademe ve üst kademe arasında ilişkisel bakış açısı, ikincisi personeli hedefe yönlendiren motivasyonel bakış açısıdır (Şen ve İrge, 2022). Güçlendirilmiş çalışanlar, kurumlarında değişim yaratmak için harekete geçme potansiyelini ve yeteneğini elde ederler ve böylece kurumlarına önemli katkılarda bulunurlar (Er ve Altuntaş, 2014; Balık ve Öztürk, 2016). Ayrıca, çalışanların güçlendirilmesi, örgütsel bağlılığı artırmakta ve işten ayrılma niyetini düşürerek daha sürdürülebilir bir iş gücünün oluşması sağlanmaktadır (Rekha vd., 2022). Güçlendirme tek taraflı olmayıp çalışanın da yönetici kadar istekli olmasını gerekli kılmaktadır. Çalışan kendini geliştirmeli, kendine güvenmeli ve harekete geçmeye istekli olmalıdır (Cerit Soydan, 2022, Korkmaz vd., 2024).

Sağlık alanında, farklı sektörlerde olduğu gibi yaşanan rekabet, globalleşme ve hizmet verme beklentilerdeki değişiklikler, günümüz koşullarının hızla evrilmesine neden

olmuştur. Bu durum, hemşirelik hizmetlerinin daha etkili olabilmesi için *"personel güçlendirme*" konusuna verilen önemin artmasına yol açmıştır. Hemşirelik hizmetlerinin istenen kalitede, etkili ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için hemşirelerin otonomilerinin artırılması, kendi mesleki konularında karar alma yetkilerinin güçlendirilmesi gerekmektedir (Kurt vd., 2018; Küçüksarı, 2019).

Güçlendirme, hemşirelerin sağlık sisteminde etkin bir şekilde yer almalarını sağlamak için kritik bir süreçtir (Çiçek Korkmaz vd., 2024). Fakat hemşireliğe dair bazı araştırmalar, hemşirelerin sağlık grubunun en kalabalık kısmını oluşturduğunu, buna rağmen yeterince güçlendirilmediklerini ortaya koymaktadır (Balık ve Öztürk, 2016; Al-Ghwary vd., 2024). Güçlendirilmiş bir çalışma ortamı, hemşirelik uygulamalarında; kurumsal bağlılığın oluşup güçlenmesinde, iş eyleminde ve performansın artırılmasında, işten ayrılma ve istifaların düşürülmesinde ve hasta bakımının en etkili bir şekilde yapılmasında oldukça fayda sağlamaktadır (Er ve Altuntaş, 2014; Çiçek Korkmaz vd., 2024).

2.1.7. Güçlendirme ve Hemşirelik

Dünyada ve Türkiye'de sunulan sağlık hizmetinin yönetimi çerçevesinde *"hemşirelikte güçlendirme*" ile "*personel güçlendirme*" konularında birçok araştırma yapılmış olmasına rağmen hala en iyi uygulamaları bulma çabaları sürmektedir (Kurtluk, 2019). Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkin bir şekilde gerçekleşmesi için hemşirelerin mesleki konularda kendi kararlarını alabilmeleri, otonomilerini artırmaları ve yeterince desteklenmeleri önemlidir. Bu süreç, hemşirelerin kendilerini değerli hissetmelerine yardımcı olurken iş tatmini, motivasyon, yetkinlik, özerklik, mesleki refah ve güven duygularını da artırır. Böylece, hemşireler daha az iş stresi yaşar, kendilerini güçlü hisseder ve risk ile sorumluluk almaktan kaçınmadan sorunları daha hızlı çözebilirler (Er ve Altuntaş, 2014; Seren İntepeler ve Oksay Şahin, 2023). Güçlendirme, hemşirelerin karar verme yetkisine sahip olmalarını ve ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşmalarını sağlayarak işlerinde daha yetkin hissetmelerine katkıda bulunur (Yeşilbaş ve Kantek, 2021).

Hemşirelerin davranışları ile ilgili liderlik stilleri ve yapısal güçlendirme ilişkili bulunmuştur. Örneğin, yapısal güçlendirmesi iyi olan kurumlarda görev yapan hemşirenin, ilişki odaklı liderlik stilleri altında yüksek düzeyde performans sergilediği görülmektedir (Niinihuhta vd., 2022). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin, hemşirelik

hizmetleri yönetimi tarafından sunulan ödüller, motivasyonu artıran bir ortamın oluşturulması ve yeterli sayıda hemşire ile çalışma konularında yeterince güçlendirilmediklerini hissettikleri belirlenmiştir. Ayrıca, "*görev dışı işlerin hemşirelere yüklenmesi, personel sayısının yetersizliği ve hasta-hemşire oranının dengesizliği*" gibi faktörlerin güçlenmelerini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir (Balık ve Öztürk, 2016).

2.2. Hasta Güvenliği

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği geçmişte ve şimdilerde bakım kalitesini en iyi hale getirmek için önemli ve güncel meseleler arasında yer almaktadır. (Amiri vd., 2018). Sağlık hizmetlerinin güvenliğini artırmak, küresel düzeyde bir önceliktir. Bu güvenlik, esasen insan davranışları ve performansıyla yakından ilişkilidir. Teknolojik gelişmelere rağmen, modern sağlık hizmeti sunumu hala insan etkileşimlerine dayanmaktadır (Janes vd., 2021; WHO, 2019). Bahsi geçen dijitalleşmenin yaygınlaşmasıyla birlikte, tıbbi hataların ve istenmeyen olayların önlenebilmesini sağlamaya yönelik hasta güvenliği ile ilgili zorluklar halen devam etmektedir (Classen, 2023; Rusdi vd., 2024).

Hasta güvenliği "*birçok durumda hasta bakımının yanı sıra sistem arızaları, zayıf organizasyon süreçleri ve hatalı yönetim gibi temel zorluklardan biri*" şeklinde vurgulanmaktadır (Lima Carcia vd., 2019). Hasta güvenliği ile ilgili pek çok tanım olduğu literatürde görülmektedir (Çevik, 2018). Hasta güvenliği, "*hastalara sağlık hizmeti sunarken hata ve olumsuz etki önleme eylemidir"* şeklinde tanımlanmakta olup hastalara zarar gelmesini önlemeyi amaçlamaktadır (Sani vd., 2024). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, hasta güvenliği "*hastalara sağlık bakımıyla ilişkili hataların ve olumsuz etkilerin önlenmesi*" ve "*hastalara zarar vermemek*" şeklinde tanımlanmaktadır **(**Lawati vd., 2018).

Çiçek Korkmaz'ın aktardığına göre Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN-International Council of Nurses) ise hasta güvenliğini, daha geniş bir perspektifte:

"*Profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlar ile mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik*

gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi" şeklinde belirtmiştir (Çiçek Korkmaz, 2018).

ABD'de 1999 yılında tıbbi hatalarla ilgili raporu yayınlayan Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM-Institute of Medicine) tarafından hasta güvenliği kavramı "*hastalara gelecek zararın önlenmesi*" şeklinde tanımlanmıştır (Korkmaz, 2022). 21. yüzyılda sağlık sisteminin iyileştirilmesini hedefleyen hasta güvenliğinin "*Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma*" şeklinde deklare edildiği görülmektedir (Ulaş Karaahmetoğlu ve Kaş, 2021). Literatürde ABD'de Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın (NPSF-The National Patient Safety Foundation) hasta güvenliğini; "*olumsuz bir olayı; istenmeyen olay, terapötik yanlış yapılandırma, iatrojenik yaralanma veya doğrudan sağlanan bakım veya hizmetlerle ilişkili potansiyel zararın oluşumu*" şeklinde tanımladığı belirtilmiştir (Koç vd., 2020).

Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından hazırlanan "*Hata yapmak insan işidir*" ve "*daha güvenli sağlık sistemi tesis etmek*" ve İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "*Hafızalı bir organizasyon*" sloganlarıyla konunun önemini vurgulamışlardır. Söz konusu raporlar, hasta güvenliğini güçlendirmek için gereken temel stratejilerin bir parçası olarak organizasyon kültürünün vazgeçilmezliğini ortaya koymaktadır (Seljemo vd., 2020). Sağlık hizmetlerini sunarken, istenmeyen bazı sorunlar yaşanabilmektedir (Lima Carcia vd., 2019; Oksay vd., 2019). Bu nedenle hizmet verilen hastaların herhangi bir hata ile karşılaşmaması için sağlık çalışanlarının gerekli önlemleri almaları beklenmektedir (Oksay vd., 2019).

Ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik faaliyetler, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Kalite Akreditasyonu ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından kurulan Türk Sağlık Kalite Sistemi çatısı altında yürütülmektedir (Özdemir ve Malatyalı, 2024; (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı, 2025).

2.2.2. Hasta Güvenliğinin Önemi

Hasta güvenliği, sağlık kuruluşlarında küçük hataların veya yanlışlıkların yaşanması neticesinde hastaların zarar görmelerini engellemek amacıyla alınan tedbirlerin tümüdür. Bu istenmeyen olaylardan sağlık personelinin ve hastaların etkilenmemesi için; ortaya çıkmadan önce tespit edilmesi, raporlandırılması ve gerekli olduğu üzere düzeltilmesi gerekmektedir (Lawati vd., 2018; Arslanoğlu, 2019; Yılmaz, 2024).

DSÖ'ye göre hasta güvenliği, "*sağlık hizmetlerinde riskleri sürekli ve sürdürülebilir bir şekilde azaltan, önlenebilir zararların oluşumunu azaltan, hatayı daha az olası hale getiren ve meydana geldiğinde zararın etkisini azaltan kültürler, süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar yaratan organize faaliyetler çerçevesi*" şeklinde tanımlanmıştır (Lawati vd., 2018; Söyler, 2025; WHO, 2023).

Hasta güvenliği, yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir faktördür. Her yıl hasta güvenliği ile ilgili yaklaşık olarak 400.000 ölümün önlenebilir zararlarla ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (Amiri vd., 2018; Rainbow vd., 2019; Lima Carcia vd., 2019; Koç vd., 2020). Norveç'te yürütülen bir çalışmada, hastanelerde ölen hastaların yedi kat daha fazla ciddi olumsuz olay yaşadığı belirlenmiştir (Haukland vd., 2019). Hasta güvenliği sağlık hizmeti alan bireylere güvenli bir ortam sağlamak, onları risk ve tehlikelerden korumak amacını taşımaktadır (Oksay vd., 2019). Söz konusu risklerin sağlık alanında yüksek oranda olmasına rağmen, son on yılda daha fazla dikkat çeken bir kavramdır (Çiçek Korkmaz, 2018).

Hasta bakımının güvenliği ve kalitesi, dünya çapındaki sağlık kuruluşları için temel bir mesele olarak kabul edilmektedir. Ancak, Kuzey Amerika ve Avrupa'da yapılan kapsamlı araştırmalar, sağlık sistemlerinin hatalara karşı duyarlı olduğunu ve olumsuz olay riskinin önemli ölçüde var olduğunu ortaya koymaktadır. (Boamah vd., 2017). ABD'de Elektronik Sağlık Kayıtları (EHR) yapay zekanın yardımıyla hastanelerde ve sağlık kurumlarında kullanılmasına rağmen, hala tıbbi hataların olduğu görülmektedir (Classen vd., 2023; Chen, 2024). Bu tıbbi hataların önlenmesi amacıyla ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliğine yönelik geliştirilen Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS), ilk kez 2016 yılında hayata geçirilmiştir. Günümüzde ise İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi olarak yenilenmiş versiyonu kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020; Eraslan vd., 2022).

Hasta güvenliği sağlık hizmeti sağlayıcılarının temel önceliği olmalı; tıbbi hataları daha iyi tespit etmek, müdahale etmek, düzeltmek ve hastaları korumak için hasta güvenliği konusunda daha yüksek düzeyde bilgiye sahip olmalıdırlar (Biresaw vd., 2020).

2.2.3 Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği, dünya genelinde önem atfedilen ve bakım kalitesinin temelini oluşturan, aynı zamanda sağlık profesyonelleri için kritik olan bir konu olmuştur

(Souza vd., 2018). Tarihi çok eski dönemlere dayanmaktadır. Örneğin, Milatta Önce 1700'lerde Hammurabi Yasaları'nda "*Hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması durumunda, her iki elinin kesileceği*" hükmü tarihe geçmiştir. Daha sonraki yıllarda, Hipokrat, "*Primum non nocere"* (önce zarar verme) ilkesini ortaya koymuştur (Eroğlu ve Eşer, 2021; Boymuradov vd., 2025; Setiabudy, 2025). 1883 yılında İngiltere'de *"tıbbi ihmal*" kavramı yasal hale gelmiş, Florence Nightingale ise "*Bir hastanenin hastaya öncelikle zarar vermemeye çalışması gerekir*" ve "*Bir hastanenin yapmaması gereken en önemli şey mikrop yaymaktır"* olarak enfeksiyon açısından hasta güvenliğinin önemini vurgulamıştır (Karacif, 2021; Eroğlu ve Eşer, 2021).

Hasta güvenliği, 1990'ların sonlarına kadar ABD Tıp Enstitüsü'nün "*Err Is Human*" adlı raporunun yayımlanmasına dek ulusal düzeyde dikkat çekmemiştir. Bu raporda ABD'de hastanelerde yıllık olarak 44.000-98.000 arasında hastanın önlenebilir nedenlere bağlı olarak ölümlerinin gerçekleştiği belirtilmektedir (Lark vd., 2018; Bates ve Sing, 2018; Miura vd., 2025). Ayrıca tıbbı hatalar, ülkedeki ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada gelmektedir (Söyler, 2025). Japonya Tıbbi Güvenlik Araştırma Örgütü'ne göre, 2022 mali yılında Japonya'da advers olaylar nedeniyle ölenlerin sayısı 300'dür (Miura vd., 2025). Tıp Enstitüsü, 2001 yılında ikinci bir rapor olarak *"Crossing the Quality Chasm (Kalite Uçurumlarını Geçmek)"* yayınlamıştır. Raporda sağlık hizmetinin hasta odaklı, güvenli ve etkili bir şekilde verilmesinin gereklilinğinden bahsedilmektedir (Korkmaz, 2022).

Tıbbi hatalarla ilgili Institute of Medicine (IOM) raporunun ardından Avrupa ve ABD'de tıbbi hataları önlemede aşağıda belirtilen konuların vazgeçilmez olduğu ve hemen gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir:

1. Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi'nin kurulması, bu merkezin konuya ilişkin çalışmaların hedeflerini belirlemesi, liderlik yapması ve araştırma planlaması

2. İsteğe bağlı veya zorunlu bir tıbbi hata bildirim sisteminin hayata geçirilmesi

3.Sağlık hizmetlerini ödeyen kurumların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanıması

4.Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda *"hasta güvenliği*" kültürünün yaratılmasıdır (Çevik, 2018).

2003 yılında "*Uluslararası Birleşik Komisyon"* tarafından bir komisyon toplanmış, IOM *"Ulusal Eylem İçin Öncelikli Alanlar"* isimli bir "*rapor*" yayınlamış, "*Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme Yasası"* oluşturulmuştur (Çiçek Korkmaz, 2018; Pereira vd., 2023). Küresel hasta güvenliği sorununun ölçeğinin farkında olan DSÖ, 2004 yılında sağlık sistemlerindeki riskleri ve olumsuz olayları azaltmak için kılavuzlar ve öneriler geliştirirken kavramlar oluşturmak amacıyla Dünya Hasta Güvenliği İttifakı'nı (World Alliance for Patient Safety) kurmuştur (Korkmaz, 2022; Pereira vd., 2023). Bu İttifakın yayınladığı raporun neticesinde *"Speak Up*" programı tanımlanmıştır. Programda hasta ve yakınlarının tüm süreçlere aktif olarak katılmalarının önemli olduğunun ve bilinçli hasta kavramının altı çizilmiştir (WHO, 2004; Korkmaz, 2022; Park vd., 2025). 2020 yılında Dünya Sağlık Örgütü, hasta güvenliği ile profesyonel uygulama ortamları arasında bağlantı kurulması ihtiyacını da vurgulamış ve o yıl Dünya Hasta Güvenliği Günü'nde "*Güvenli sağlık çalışanları, güvenli hastalar"* temasını belirlemiştir (Pereira vd., 2023). Hasta güvenliği kazalarını azaltmak için DSÖ, sağlık hizmetlerindeki riskleri ortadan kaldırmaya yönelik yedi stratejik plandan oluşan Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı 2030 programını önermektedir (Rachmawaty vd., 2025).

2.2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Sağlık hizmeti sunan hastaneler ve diğer kurumlarda hataların azaltılmasını hedeflemek amacıyla, JCAHO tarafından hasta güvenliği hedefleri 2002'de ABD'de ilan edilmiştir. Bu hedefler 2008 yılından itibaren uluslararası hasta güvenliği hedefleri olarak kabul edilmiştir (Korkmaz, 2022; Baksh vd., 2025). Sağlık profesyonellerinden oluşan uzman danışma grubu oluşturulmuş ve hasta güvenliği konularından yüksek önceliğe sahip olanları Joint Commission ile iş birliği yaparak belirlemişlerdir (Huang vd., 2022).

2007 yılında yayınlamış ve 2014 yılında tekrar güncelleştirilen Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri:

- **Hedef 1.** Hasta Kimliğinin Doğrulanması
- **Hedef 2.** Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması
- **Hedef 3.** Yüksek riskli ilaçların kullanımında güvenliğin sağlanması
- **Hedef 4.** Kurumda hasta güvenliği ile ilgili alarm sistemlerinin iyileştirilmesi
- **Hedef 5.** Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması

- **Hedef 6.** Hasta güvenliği ile ilgili risklerin tanımlanması ve önlenmesi (düşme, intihar vb.)
- **Hedef 7.** Doğru- taraf, Doğru- prosedür ve Doğru- hasta cerrahisinin sağlanması (Manav ve Kandemirler, 2018; Çiçek Korkmaz, 2018; Korkmaz, 2022).

2022 yılında Bakanlık "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" olarak belirlediği hedefleri yayınlamıştır ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" web sitesi aracılığıyla duyurulmakta ve gerektiğinde güncellenmektedir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı, 2025).

2.2.5. Hasta Güvenliği Uygulamaları

Hasta güvenliği, tek kişilik bakıma odaklanmış son yirmi yılda dünyada sağlık hizmeti veren kurumların odak noktası haline gelmiştir (Mihdawi vd., 2020). Buradan hareketle kurumların tamamının hasta güvenliği ile ilgili güvenlik standartlarını belirlemesi gerekmektedir. Yeni alınan personel işe başladığı andan itibaren oryantasyon eğitimi verilerek konunun önemi kavratılmalı ve hasta güvenliği kültürünün tüm çalışanlar arasında oluşması sağlanmalıdır (Korkutan ve Kurt, 2021).

Uygulama hatalarının hastalar, hasta yakınları ve sağlık sistemi üzerindeki yükü, önleyici ve kalite iyileştirme stratejilerine dayalı hasta güvenliği ilkelerinin uygulanması yoluyla azaltılabilir. Bu uygulamalara örnek olarak literatürde Vincent ve diğerlerinin Reason'ın örgütsel kazalar modeline dayanan, hastaların güvenliğinin korunması ve zararlarının önlenmesine yönelik bireysel sorumluluğu vurgulayan "*kişi merkezli*" yaklaşımlarla, hasta güvenliğini tehlikeye atan örgütsel faktörleri ele alan "sistem merkezli" yaklaşımları birleştiren bir model tasarladıkları belirtilmiştir (Vaismoradi vd., 2020).

Hasta güvenliğinde riskleri daha oluşmadan tespit etmek ve raporlamak son derece önemlidir. Hataya ramak kala durumlar ve oluşan tıbbi hatalar sonucunda hasta yaralanmasının önlenmesi için etkin raporlama sistemleri oluşturulmalı; bu sistemler aracılığıyla istenmeyen olaylardan ve hatalardan ders alınmalıdır (Tuncel ve Sökmen, 2021). Önlenebilir hatalar arasında "*sisteme bağlı hatalar ve hastane enfeksiyonları*", "*cerrahi hatalar*" "*ilaç hataları"*, "*kimlik doğrulama hataları*", "*yanlış tanılar*", "*kan*

ürünlerine ilişkin hatalar", *"düşmeler*" ve *"tedavideki gecikmeler*" öne çıkmaktadır (Çınar ve Karadakovan, 2016; Arslan vd., 2020).

Hasta güvenliği uygulamaları, 29 Nisan 2009 yılında yayınlanan *Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ'*de Madde 6'da 13 ana başlık bulunmaktadır (Resmî Gazete, 2009; Korkutan ve Kurt, 2021; Datpınar ve Torun, 2023; Söyler, 2025):

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması
- Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması
- Hasta düşmelerinin önlenmesi
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi
- Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması
- Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması)
- Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması)
- Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması
- Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması

2.2.5.1. Hasta Kimliğinin Doğrulanması

Hasta kimliğinin doğrulanması, hasta güvenliğinin sağlanmasında ve hataların önlenmesi en önemli uygulamalardan biri olarak görülmektedir (Göçmen Avcı, 2021; Altun ve Ötün, 2024). Biyometrik kimlik doğrulama (Yüz tanıma, parmak izi, iris, avuç içi izi, el bileği damar biyometrisi) ve bileklik (kol bandı) yöntemleri ile kimlik doğrulaması yapılmaktadır (Altun ve Ötün, 2024; Çamlıca vd., 2024). Sağlık kurumlarında kullanılacak olan bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında Hasta Bakım Standartları içerisinde "*SHB15 Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.*" Çekirdek standardı ve ölçütleri ile Türkiye'de tüm hastanelerde (devlet, özel ve üniversite hastanesi) hastaların kimlik doğrulamasının yapılması gerekmektedir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). Hasta, sağlık kurumuna kabul edildiği andan itibaren hastaneden ayrılıncaya kadar doğru hastaya doğru işlemlerin yapılabilmesi amacıyla kimlik tanılama süreci başlamaktadır (Bat Tonkuş ve İpek, 2020; Wang vd., 2022). Buna göre herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç, kan ve kan bileşeni uygulamadan önce, hasta transferi gibi durumlarda hasta kimliği, kimlik tanımlama yöntemleri ile doğrulanmalıdır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). Kimlik doğrulama işlemi eksik veya hatalı yapıldığında, bu durum hastanın zarar görmesine, uygulanacak tedavi ve işlemlerin aksamasına ve uzamasına yol açabilecek çeşitli tıbbi hataların meydana gelmesine neden olabilir (Bat Tonkuş ve İpek, 2020).

2.2.5.2. Sağlık Hizmeti Sunumunda İletişim Güvenliğinin Geliştirilmesi

Latince'de "Communis" ve İngilizce'de "Communication" kelimesinden gelen iletişim, "*kişilerin duygularını, düşüncelerini, ihtiyaçlarını ve bilgilerini paylaşması sonucunda birbirini anlaması ve etkileşmesi süreci*" şeklinde tanımlanmaktadır (Gemlik vd., 2022). Kişilerarası ya da kitlesel iletişim faaliyeti olan sağlık iletişimi bireyin ve halkın sağlığını daha iyi hale getirmeye odaklanmaktadır (Yılmaz ve Günay, 2022). Amerikan Hemşireler Birliği tarafından da hemşirelerin hastalar ile terapötik iletişimi sürekli kulanmaları tavsiye edilmektedir (Xue ve Heffernan, 2021). Sağlık kurumlarının yüz yüze iletişimi zorunlu kılması da hastalar ile etkili iletişimi önemli hale getirmektedir (Yılmaz ve Günay, 2022). Hastaya ait bilgilerin gerekli itina ile saklanması ve herkese açıklanmaması başka bir deyişle mahremiyetin sağlanması iletişim güvenliğinin geliştirilmesinde önemli bir husustur. Bu amaçla hastanelerde bilgi yönetim sistemleri kurulmaktadır (Varol vd., 2016).

İletişim, hasta bakımının temel bir bileşeni olarak düşünülmelidir (Xue ve Heffernan, 2021). Ülkemizde Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında Hasta Bakımı'nda "*Hastane çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.*" standardında iletişime vurgu yapılmıştır. Buna göre; sağlık çalışanları, hastaya veya hasta yakınına kendini tanıtmalı, terapötik iletişim kurmak amacıyla, ses tonunun ve beden dilinin optimumu düzeyde olmasına, mesleki terminolojiden uzak kelimeler seçerek anlaşılır

bir dil kullanmasına özen göstermelidirler (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Korkutan ve Kurt, 2021).

Sağlık çalışanlarından hastalarla istenilen düzeyde iletişim kurabildiği ölçüde yöneticiler ve diğer ekip üyeleriyle de optimum iletişim kurmaları beklenmektedir (Xue ve Heffernan, 2021; Gemlik vd., 2022). Buna rağmen sağlık ekibinin içinde oluşan iletişim hataları büyük sorunlara yol açabildiğinden, ekip olarak sağlık hizmeti sunarken etkili iletişim kültürü yaratılmalıdır (Aydın Berktaş, 2024).

2.2.5.3. İlaç Güvenliğinin Sağlanması

İlacın kullanılması, hekimin reçete etmesiyle başlayan, eczacının ilaçları gözden geçirerek temininin sağlanmasıyla devam eden, hemşirenin ilacı hazırlayarak hastasına uygulaması ile gerçekleşen süreçtir (Eraydın vd., 2019; Almış, 2020).

Öncelikle hastanın ilaçları kayıt altına alınmalı ve doktora bilgi verilmelidir. Hastanın sistemine ilacın dozu, uygulanma şekli ve zamanı eksiksiz doldurulmalıdır. Hastanın evden getirdiği ilaçlar sürekli olarak doktor ve hastanenin eczanesi tarafından kontrol edilmelidir (Eraydın vd., 2019; Korkutan ve Kurt, 2021). İlaç hataları önlenebilmesine karşın, ilaç hatalarını önlemek için birden fazla müdahalenin yapılması ve gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Baran ve Akın, 2023).

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında İlaç Yönetimi'nde sağlık kurumunda ilaçla ilgili olan süreçlerin tümünde ilaç yönetimini sağlama ve hasta ya da sağlık çalışanı açısından maruz kalabilecekleri riskleri en az seviyeye indirgemenin amaçlandığı görülmektedir. Buna göre, standart ve değerlendirme kriterleri belirlenmiş ve Türkiye'de sağlık hizmeti veren tüm hastanelerde uygulanması istenmiştir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).Hemşirelerin istemi yapılan ilaçları uygularken dikkat etmesi gerekenler Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2: İlaç Uygulamasında 8 Doğru

1	Doğru hasta
2	Doğru ilaç
3	Doğru etki
4	Doğru doz
5	Doğru yol
6	Doğru ilaç formu
7	Doğru zaman
8	Doğru kayıt

Kaynak: Çevik, G. (2018). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi. Isparta

İlaçların uygulanmasından kaynaklanan hatalarının nedenlerinin bilinmesi ve bu süreçten önce, süreç sırasında ve sonrasında güvenlik stratejilerinin uygulanması, hasta bakımının kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (Cancino vd., 2016).

2.2.5.4. Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyon Güvenliğinin Sağlanması

Rutin klinik uygulamalarında hayat kurtarıcı yapılan müdahalelerden bir tanesi de kan transfüzyonudur (Bediako vd., 2020). Kan transfüzyonları hayat kurtarıcı bir tedavi olsa da her transfüzyon önemli bir olumsuz reaksiyon riski taşımaktadır (Ackfeld vd., 2022). Kan transfüzyonu; cerrahi girişimler, tıbbi olay ve tedaviler nedeniyle vücuttan kaybedilen kan veya kan ürünlerinin tekrar vücuda takviye edilmesidir (Kaya vd., 2024). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl yaklaşık olarak 112 milyon kan bağışı olmakta ve 14 milyon kan transfüzyonu yapılmaktadır (Kaya vd., 2024; Bölükbaş ve Koç, 2023).

Sağlık sistemi tarafından kan ve kan ürünlerinin transfüzyonuna ihtiyaç duyulduğunda temin edilmeli ve transfüzyon gerçekleşirken de süreç uygun şekilde yönetilmelidir (Bediako vd., 2020). Sağlık çalışanlarının transfüzyonu doğru bir şekilde uygulamaları gerekmekte olup, süreç prosedürünü, riskleri ve komplikasyonları bilmeleri zorunludur (Ackfeld vd., 2022). Sağlık Bakanlığı tarafından güvenli kan transfüzyonu için 2016 yılında Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi yayınlanmıştır (Kaya vd., 2024). Rehberde yer alan transfüzyon le ilgili önlemler: Kan bağışçısı adayının bilgilendirilmesi, "*Kan Bağışçısı Kayıt Formu*"

ile "*Kan Bağışçısı Sorgulama Formu*"nun bağışçı adayı tarafından yazılması, adayın kimliğinin tespit edilmesi ve kayıt işlemlerinin yapılması, adayın hekim tarafından muayene edilmesi, adayın antropometrik özelliklerinin ve vitallerinin ölçülerek kaydedilmesi takiben bağışın gerçekleşmesi şeklinde yer almaktadır (Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi, 2016).

Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon süreci, hastaya transfüzyon yapılmasına karar verilmesiyle başlar. İlk adımda, hastanın kan grubu tespit edilir. Daha sonra, hastaya kan ürünü ya da uygun miktarda kan seçilir. Transfüzyona başlamadan önce, çapraz karşılaştırma yapılır ve kan uygunluk testi formunun kontrol edilir. Bu formda, hastanın kimlik bilgileri, seri numarası, kan grubu, testin uygunluğu ve testin yapıldığı yer ile kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler bulunur (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Korkutan ve Kurt, 2021; Göray ve Peker, 2022).

Kan transfüzyonuna başlamadan önce hastanın vital bulguları alınır. Normal ise transfüzyona başlanır ve ilk 15 dakika hemşire tarafından herhangi bir reaksiyon olup olmadığı bakımından hasta gözlenir. Beklenmeyen bir durum geliştiğinde transfüzyon durdurularak hekime haber verilir ve hastaya sağlık ekibinin müdahale etmesi sağlanır (Göray ve Peker, 2022).

2.2.5.5.Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından "*hastaların hastanelerde tıbbi veya cerrahi tedavi sırasında veya diğer tesislerde sağlık hizmeti alırken (örneğin, uzun süreli bakım, aile hekimliği klinikleri, evde bakım ve ayakta tedavi) edindikleri ve kabul sırasında belirgin olmayan veya kuluçka döneminde olmayan enfeksiyonlar*" şeklinde tanımlanmaktadır (Radaelli vd., 2024). Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar dünyada hasta güvenliğini etkileyen, morbidite ve mortaliteye neden olan sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Geçit ve Özbayır, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her 100 hastadan 14'ünde hastane enfeksiyonu görülmekte ve bu durum, bakım kalitesinde düşüşe neden olmakla birlikte sağlık hizmetleri harcamalarında %20-40 oranında bir artışa yol açmaktadır (Çınar ve Karadakovan, 2016). Hijyen önlemleri, kişisel koruyucu ekipmanları ve hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki çapraz enfeksiyon riskini azaltmak için kullanılan

izolasyon önlemleri gibi kurallara uyulmasına rağmen enfeksiyonlar hala yaygın bir sorundur (Nourozi vd., 2023).

Enfeksiyon risklerini azaltmak amacıyla, 11 Ağustos 2005 tarih ve 25903 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak enfeksiyonların kontrolü ve önlemesi ile ilgili program geliştirilmiş olup halen uygulanmaktadır (Resmî Gazete, 2009). Hastanelerde bu yönetmelik gereği, Enfeksiyon Kontrol Komiteleri kurulmakta ve enfeksiyonların komite tarafından kontrol edilmektedir (Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, 2005; SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). SKS kapsamında Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü'nde "*ulusal ve uluslararası kanıta dayalı bilimsel yayınlar ile güncel mevzuat çerçevesinde; hasta ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları önlemek, tespit etmek ve kontrol altına alma*nın" amaçlandığı görülmektedir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

Önlemler, tüm sağlık çalışanlarının enfeksiyonlarla ilgili doğru ve eksiksiz bilgi almasını sağlamakta, bilgileri kullanarak uygun davranış sergilemelerine teşvik etmektedir (Çevik, 2018). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemek amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik izolasyon önlemleri hakkında eğitim programlarının uygulanmasını ve bilgi ile uygulamaların değerlendirilmesini önermektedir (Siegel vd., 2019; Geçit ve Özbayır, 2020).

2.2.5.6. Hasta Düşmelerinin Önlenmesi

Düşmeler, hastanelerde en sık meydana gelen ve hemşirelerin bildirmesi gereken en önemli hasta güvenliği konularından biridir (Kakemam vd., 2021; Demirtaş, 2024). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre düşme, "*bir kişinin yanlışlıkla yere, zemine veya daha düşük bir seviyeye gelmesine neden olan olay*" şeklinde tanımlamıştır. Düşmenin, kaza nedeniyle veya savunmasız yaralanmalarından kaynaklı ölümlerin ikinci nedeni olduğunu belirtilmektedir (Aslan ve Tarım, 2022; Alsaad vd., 2024).

JCAHO, Şubat 2018'de hasta güvenliği ve hemşirelik bakımını içeren programda "*düşme riskinin belirlenmesi*" ön planda tutulmaktadır (Tezcan ve Gülseven Karabacak, 2021). Bu program kapsamında kurumun belirlediği şekilde düşme riskinin tanılanması, ayaktan hastalarda ve yatan hastalarda değerlendirme yapmak

için düşme riski değerlendirme ölçeğinin kullanılması gerekmektedir. Düşme riski için kullanılan ölçekler:

- İtaki Düşme Riski Ölçeği; yetişkinler için kullanılmaktadır.
- Harizmi Düşme Riski Ölçeği: çocuklar için kullanılmaktadır
- Hendrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği
- Morse Düşme Riski Tanılama Ölçeği
- BUÇH Düşme Riskini Tanılama Ölçeği
- Peninsula Health Fall Risk Assessment Tool
- St Thomas's Risk Assessment Tool (Tezcan ve Gülseven Karabacak, 2021; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023; Demirtaş, 2024).

Düşmeler hem hasta hem de sağlık hizmeti açısından; ciddi yaralanma, fonksiyonel kapasite kaybı, harekete geçme konusunda güven ve motivasyonun azalması, hastanede kalış süresinin artması, hastanede kalış süresinin artması ve ölümcül olabilen bir dizi olumsuz sonuca yol açabilir (Sullivan vd., 2022; Aslan ve Tarım, 2022). Düşmeler çoğunlukla kazara ve istem dışı olarak kişinin kendisi veya başkaları tarafından meydana gelmektedir (Alsaad vd., 2024).

Hastane içerisindeki riskli alanlar belirlenerek tedbirlerin alınması gerekmektedir (Resmi Gazete, 2009). Hemşireler, kanıtlanmış önleyici tedbirlerde hastaların düşme riskine karşı önemli rol oynarlar (Alsaad vd., 2024). Düşme riski olan hastalar, çoğu zaman sağlık çalışanına yakın ve daha kolay ulaşabilecek odada yatırılmaktadır. Hastaların "*düşme riski"* taşıyan bölgelerde (örneğin kaygan zeminlerde) uyarı levhaları yerleştirilerek, o alanlardan geçen kişilerin dikkatli olmaları sağlanır. Ayrıca, hastaların güvenliğini artırmak amacıyla ilgili personelin bu konuyla ilgili eğitim fırsatları sunulmaktadır (Resmi Gazete, 2009; Korkutan ve Kurt, 2021; Alsaad vd., 2024).

2.2.5.7. Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması

Sağlıkta öncelik hastaya zarar vermemektir ve bunun ilk adımlarından birini güvenli cerrahi oluşturmaktadır. Dünya Hasta Güvenliği İttifakı tarafından Dünya Sağlık Örgütü'nün dünyada cerrahi güvenliğinin sağlanmasına yönelik cerrahiden kaynaklanan ölümleri azaltmak amacıyla "*Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır*" oluşumu kurulmuştur (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Ergen ve Yıldırım Tank, 2023; Ilorah vd., 2024).). Kanıtlar, tüm cerrahi komplikasyonların yarısından

fazlasının önlenebilir olduğunu ve birçok önlenebilir zararın insan hatasından kaynaklandığını vurgulamaktadır (Gormley vd., 2018; Paterson vd., 2024).

Güvenli cerrahi, "*hastanın sağlık kuruluşuna kabulünden taburcu sürecine kadar olan tüm süreçte, ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası aşamalar dahil olmak üzere, potansiyel tedavi risklerine uygun olarak hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi zararın en aza indirilmesi*" şeklinde tanımlanmaktadır (Berke Akar ve Yakar, 2023). Literatürde farklı bir tanım olarak, "*asla olmayacak olaylar, tutulan yabancı cisim, yanlış yer cerrahisi, yanlış hasta cerrahisi, yanlış prosedür, yanlış vücut bölümünde gerçekleştirilen cerrahi müdahaleler veya cerrahi yangınları*" şeklinde tanımlanmaktadır (Ilorah vd., 2024). Perioperatif ortamlarda yetersiz hasta güvenliği uygulamalarına yanıt olarak, Dünya Sağlık Örgütü 2008 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ni yayınlamıştır (WHO, 2009; Paterson vd., 2024). Cerrahi güvenlik kontrol listelerinin kullanılması, potansiyel güvenlik tehlikelerinin daha fazla tespit edilmesi, cerrahi komplikasyonların azaltılması ve ameliyathane personeli arasında iletişimin iyileştirilmesiyle sonuçlanmıştır (Ilorah vd., 2024). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta güvenliği sorumluluğunu, sadece bir kişinin değerlendirmesine dayandırmayan tüm ekibin katılımını sağlayarak hiyerarşik düzenden uzak bir sistemi oluşturmaktadır (Berke Akar ve Yakar, 2023). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin sağlık kurumlarında doğru bir biçimde kullanılmasıyla birlikte, tıbbi hataların önlenebileceği ve yıllık bazda **500.000 hastanın korunacağı** öngörülmektedir (Ergen ve Yıldırım Tank, 2023).

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, Türkiye'de dört ana başlıktan oluşmakta ve hasta bakımında güvenli cerrahiyi amaçlamaktadır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Tuna ve Karaaslan, 2024). Servis hemşiresi listenin "*Klinikten ayrılmadan önce*" bölümünü detaylı bir şekilde sorgular ve doldurur, hastayı ameliyathaneye teslim eder. Ameliyathanede ise cerrahi ekip tarafından, listenin "*Ameliyathanede anestezi uygulanmadan önce*", "*Kesiden önce*" ve "*Ameliyathaneden ayrılmadan önce*" bölümlerinin kontrolünü tamamlar (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Berke Akar ve Yakar, 2023). Bu liste Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyesinde üç bölüm olarak yer almaktadır (WHO, 2009).

- ***Klinikten Ayrılmadan Önce:*** Hastanın kimlik doğrulamasının yapıldığı, hastanın girişim yerinin doğru seçildiği, üzerinde yabancı cisim olup olmadığı, ameliyat bölgesinin temizlendiği bölümdür (Sağlık Hizmetleri

Genel Müdürlüğü, 2015; Berke Akar ve Yakar, 2023; Ergen ve Yıldırım Tank, 2023)

- ***Anestezi Verilmeden Önceki Dönem:*** Cerrahi ekibin hasta ile beraber kimlik doğrulaması yaptığı ve alerjik durumun incelendiği kısımdır. Bununla beraber, ameliyat bölgesinde işaretleme, Anestezi Güvenlik Kontrol Listesini tamamlama, hastanın oksijen satürasyonunun ve kan kaybı riskinin kontrolü ile ilgili sorulardan oluşmaktadır *(*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Berke Akar ve Yakar, 2023; Ergen ve Yıldırım Tank, 2023).
- ***Cerrahi İnsizyondan Önceki Dönem:*** Doğru hasta- Doğru yer- doğru ameliyat gerçekleştiğine dair cerrahi ekibin sesli olarak biribirlerini kontrol etmesidir. Daha sonraki aşama ise hastaya uygulanan ilaçlar, hastanın vital bulguları ve kan değerlerinin kontrolünü içermektedir *(*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Berke Akar ve Yakar, 2023; Ergen ve Yıldırım Tank, 2023).
- ***Ameliyattan Ayrılmadan Önceki Dönem:*** Ameliyatta kullanılan malzemeleri sayımının yapıldığı, hastadan alınan numunelerin patoloji laboratuvarına gönderildiği, ameliyat sırasında bozulan aletlerin tespiti ve sorun çıkan durumları tespit etme gibi uygulamalardan oluşur *(*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Berke Akar ve Yakar, 2023; Ergen ve Yıldırım Tank, 2023).

Literatürde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin uygulanmadığı durumlarda hastalarda komplikasyon gelişme oranının yüksek bulunduğu belirtilmektedir (Ergen ve Yıldırım Tank, 2023).

2.2.5.8. Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvence Altına Alınması (Mavi Kod Uygulaması)

Kardiyopulmoner arrest sonrası hastanın sağ kalması ve iyi bir nörolojik bulgulara sahip olması ancak doğru zamanda yapılacak doğru uygulamalarla gerçekleşebilir (Cavadova vd., 2024). Amerika Birleşik Devletleri'nde, hastane içinde kalp durması yılda ortalama 200 bin olduğu tespit edilmiştir (Keleş vd., 2021; Cavadova vd., 2024). Hastanede tıbbi durumu kötüleşen veya kalp krizi geçiren hastalar, kardiyopulmuner arrest gibi durumlarla baş edebilmek için hastane yönetimleri tarafından dünyada, özel müdahale ekipleri oluşturulmuş olup ABD'de "*rapidresponse*", Avustralya'da "*medical emergency team*", İngiltere'de "*outreach service*" ve genelde "*Code Blue*

(Mavi Kod)" olarak adlandırılmış aynı renkteki tek koddur (İncesu, 2018; Sagun vd., 2021; Özçelik ve Uzuner, 2022).

Hastanelerin kendi mavi kod süreçlerini oluşturması büyük önem taşımaktadır. Mavi kod uygulaması, etkili bir takım çalışmasına örnek teşkil etmektedir (İncesu, 2018). Sağlık Bakanlığı'nın, geliştirdiği ve alanlarda uygulamanın yaygın olması nedeni ile yaşam desteğini daha fazla güvene alma veya süreci daha iyi yönetmek için tüm ulusun hâkim olacağı bir terim olarak "*2222*" numaralarından oluşan telefon ve çağrı sistemi üzerinden kullanılabilmesi istenmiştir (Kaçar vd., 2022; Özçelik ve Uzuner, 2022). Mavi kod ekibinin olay yerine hızla ulaşarak gerekli müdahaleyi yapabilmesi, bu sürecin iyi bir şekilde planlanmasına bağlıdır. Ekipte CPR (Kardiyopulmoner Resüsitasyon) eğitim almış hekim, hemşire ve sağlık personeli olmalıdır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Kaçar vd., 2022).

Mavi kod uygulama süreci, olay yerinin bildirilmesini sağlayan bir çağrı sistemini, gerekli ekipmanın mevcut olmasını, profesyonel ekibin her zaman hazır bulunmasını, ulaşım sürelerini, etkili müdahale gerçekleştirilmesini ve müdahale sonrası yönetim ile kayıt sürecini içermektedir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Özçelik ve Uzuner, 2022).

2.2.5.9. Yenidoğan ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (Pembe Kod Uygulaması)

Sağlık hizmeti veren her kurum kendi çerçevesine uygun çocuk ve bebek kaçırılması durumunda acil bir durum geliştirmesi gerekmektedir. Bu nedenle, Türkiye'de sağlıkta kalite kapsamında 2009 yılında pembe kod uygulaması başlatılmıştır (Erbaş, 2023). Sağlık kurumları bebeklerin ve çocukların güvenliğini tam olarak sağlamaları gerektiğinden Pembe kodu eksiksiz olarak uygulamalıdırlar (Korkutan ve Kurt, 2021). Pembe Kod, "*sağlık kurumlarında yeni doğan bebek servisi ya da çocuk servisinde, hırsızlık, kaçırma gibi durumların aciliyetinde diğer çalışanları uyarmak için kullanılan koddur*" (Orhan vd., 2021). Pembe kodda hastane yönetiminde en az bir kişi bulunmalı ve sorumlular kodun sürekliliğini, sistematiğini ve etkililiğini sağlayacak ortamları belirlemelidir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

Ülkemizde pembe kod çağrısı için 3333 numaralı dahili telefonlar kullanılmaktadır (Şenoğlu vd., 2020). Pembe kod uygulamaları ile ilgili en az yılda bir kere tatbikat

yapılmalı, sağlık çalışanlarına eğitim verilmeli ve tutulan kayıtlar kalite birimlerine bilgilendirme yapılmalıdır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

2.2.5.10. Hastaların Fiziksel Saldırı, Cinsel Taciz ve Şiddete Maruz Kalmalarına Karşı Gerekli Güvenlik Tedbirlerinin Alınması

Hastaların cinsel taciz, fiziksel saldırı ve şiddete maruz kalmalarını önlemek için gerekli tedbirler alınmalı ve alınan tedbirlerden sonra alanlarda 24 saat görev yapacak bir ekip oluşturulmalıdır (Gül, 2010). Sağlık kurumlarında, fiziksel saldırılara karşı prensiplerin ve önlemlerin alınması gerekir (Resmî Gazete, 2009; Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, 2018).

2.2.5.11. Hastaya Uygulanacak Girişimsel İşlemler İçin Hastanın Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması

Klinikte yapılan tüm tedaviler için bilgilendirilmiş onam formu kişi bazlı olarak uygulanan etik ve yasal bir belgedir (Balcota vd., 2024). Aydınlatılmış onam, "*bireyin dışarıdan herhangi bir baskı olmaksızın kendi özgür iradesiyle belirli bir müdahaleyi kabul etmesi veya reddetmesi*" şeklinde tanımlanmaktadır (Akyüz vd., 2019; Oruç vd., 2022). Bilgilendirilmiş onamın amaçları, doktor tarafından sunulan kişinin sağlığına faydalı tedavi ve prosedürler hakkında geniş bir bilgi almasını sağlamaktır (Akyüz vd., 2019)

Sağlık Bakanlığının tanımına göre "Rıza Belgesi" (Aydınlatılmış Onam Formu) ise "*uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş doküman*" dır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Barosu'nca 1994 yılında Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) adıyla yayımlanan bildirgede; hastalar ile ilgili tüm işlerde onların seviyesine uygun bir dil ile işlemlerin anlatılması gerektiğini belirterek onam formunun öneminden bahsetmiştir (Oruç vd., 2022; Kurt, 2022). Aydınlatılmış onamın temel amaçlarından biri, bireylerin sağlık hizmeti kararlarını iyileştirmek için önerilen bir işlem veya tedavinin seyri hakkında bilgi sağlamaktır (Akyüz vd., 2019).

Cerrahi veya girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve işleme özel rızası alınmalıdır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Oruç vd., 2022).

Hastanın yapılacak olan işlem için bilgilendirilmesine için oluşturulan rıza belgesinde bulunması gerekenler:

- Yapılacak olan işlemin yararları
- Yapılacak olan işlem yapılmaz ise neler olabileceği
- İşlemin alternatifleri (varsa)
- İşlemin riskleri-komplikasyonları
- İşlemin ortalama süresi
- İlaçların etkileri ve nasıl kullanılması gerektiği
- Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat edeceği durumlar
- İşlemi uygulayacak kişinin unvanı, imzası, adı, soyadı ve tarih bilgisi
- Hastanın unvanı, imzası, adı, soyadı ve tarih bilgisi (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

2.2.5.12. Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması

Sağlık hizmetlerinin tamamında iş sağlığı ve güvenliği önemli bir noktadadır. DSÖ ve Uluslararası Çalışma Örgütü, sağlıklı iş ortamı oluşturmak, iş kazalarını önlemek ve çalışanın sağlığının geliştirilmesi ve korunması amacıyla iş sağlığı ve güvenliğinin tanımını yapmışlar ve hastanelerdeki kimyasal, biyolojik, ergonomik ve pisikososyal risklere dikkat çekmişlerdir (Kahraman vd., 2016; Temelli, 2020). İş sağlığı ve güvenliğinin sadece çalışanlar için değil aynı zamanda hastalar için de yerine getirilmesi gereken uygulamalardır. Radyasyon, "*bir ortamda elektromanyetik dalga veya parçacık şeklinde hareket eden enerjiyi*" ifade etmektedir (Gökharman vd., 2016; Dökmeci ve Deniz, 2023; AFAD, 2025). Radyasyon kaynakları, doğada olan radyasyon ve insanların kullanımı sonucunda oluşan radyasyon olarak bilinmektedir. Doğada olan radyasyon; kozmik ışınlar, radyoaktivite, gama ışınları, radon elementi ve türevleridir. İnsanların kullanımı sonucunda oluşan radyasyon ise tıbbi nedenlerle alınan, televizyonun, bilgisayarın, nükleer kaza ya da olayların neden olduğu radyasyondur (Dökmeci ve Deniz, 2023; AFAD, 2025).

Radyasyonun hastane veya sağlık kuruluşlarında kullanılmasıyla, radyoloji, radyoterapi ve nükleer tıp birimleri, yüksek risk taşıyan alanlar olarak

nitelendirilmektedir (Kahraman vd., 2016; Benolli vd., 2021). Radyasyon ile ilgili istenmeyen tıbbi olayların çoğu, alınan radyasyon dozunun yüksek miktarlarda olması sonucunda gerçekleşmekte olup özellikle insan vücudunda kanserin oluşmasına yol açabilmektedir. Alınan küçük dozların bireyin sağlığına etkisi belirgin düzeyde görülmeyebilmektedir (Marengo vd., 2022).

Radyasyon, Kimyasal, Biyolojik, Radyasyon ve Nükleer (KBRN) tehditler arasında yer almaktadır (Örün vd., 2022; Dökmeci ve Deniz, 2023; AFAD, 2025). KBRN, "*insanlar ve çevre için tehlikeli ve zararlı durumlara yol açan ve yerel tesisler tarafından ele alınamayan, kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer malzemelerle meydana gelen ve uzun veya kısa sürelerde meydana gelen doğal veya insan yapımı bir afet*" tir (Orun vd., 2022; Dökmeci ve Deniz, 2023).

Yaşanabilecek KBRN olayları için hastanelerde gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Radyasyondan korunmak için ICRP'nin (Uluslararası Radyasyondan Korunma Komisyonu) belirlediği 3 temel prensip vardır. Bunlar:

- **Gerekçelendirme ("Justification")** için, radyasyon uygulaması yapılması gerekli ise, zararlı etkilerine dikkat çekilerek, uygulamanın endikasyon dahilinde olup olmadığı kontrol edilir, uygulama sonunda çıkabilecek advers etkilerin olabileceği akılda tutularak fayda ile zarar kıyaslanır. Gerçekten yapılması zorunlu ise uygulanır.
- **Optimizasyon (ALARA "As Low As Reasonably Achievable", makul olarak gerçekleştirilebilecek ölçüde düşük)** prensibine göre, bedel-fayda kıyaslamasının sonucu olarak gerekli olduğu onaylanmış radyasyon uygulanırken en düşük dozun hastaya verilmesi sağlanır.
- **Doz Sınırlamaları ("Limitations")** göre, kişilerin maruz kaldıkları eşdeğer doz miktarı belirli doz sınırlarını aşmamalıdır. Başka bir ifadeyle, bir insanın alacağı dozun maksimum seviyeyi geçmemesi anlamına gelmektedir (Gökharman vd., 2016; AFAD, 2025).

Türkiye'de 2013 yılında radyasyon güvenliği ile ilgili Türkiye Atom Enerjisi Kurumu tarafından ALARA (As Low As Reasonably Achievable) önlemleri kurulmuştur (Kahraman vd., 2016). Radyasyon güvenliği teşhis ve tedavi hizmetlerinde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyona maruz kalma durumlarını azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını amaçlamayı sağlamaktır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). Hastanelerde veya diğer sağlık

kuruluşlarında maruz kalınan doz yıllık dozun 1 mSv değerini geçme olasılığı var ise radyasyon alanı olarak kabul edilmektedir (Gökharman vd., 2016; Lumniczky VD., 2021). Radyasyon güvenliği için; yasaların oluşturulması, aşırı doz durumunda önlemlerin alınması, uygun cihazların kullanılması ve çalışan eğitiminin düzenlenmesi gerekmektedir (Gökharman vd., 2016; SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). Söz konusu önlemleri uygulamak için sağlık kuruluşlarında bir komite kurulmalı ve radyasyon alanlarını belirlemelidir. Alanlarda radyasyon güvenliğini sağlamak için ise;

- Radyasyon olan ve etrafa yayan cihazların lisans belgesinin olması
- Radyasyon alanında kapıların kapalı olması
- Radyasyon uyarı işaretlerinin hasta ve çalışanların rahatlıkla görebileceği alanlarda bulundurulması
- Radyasyon bulunan ortamda havalandırma koşullarının uygun olması
- Hastanın beklediği alanın radyasyondan uzak olması
- Radyasyon alanına geçişlerin kontrollü olarak yapılması gerekmektedir (Gökharman vd., 2016; SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

2.2.5.13. Engelli Hastalara Yönelik Düzenlemelerin Yapılması

Sağlığın tanımı gibi engelliliğin tanımı da tarihsel süreçlerden geçmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından engellilik, "*herhangi bir birey için normal olan eylemlerde bulunma kabiliyetinin başka bir bireyde bulunmaması durumu*" şeklinde belirtilmiştir (Ertaş ve Bahçe, 2023). Literatür karşımıza fiziksel, zihinsel, duygusal, görme, işitme vb. gibi farklı engellilik biçimleri çıkmaktadır (Apaydın, 2020; Sarkodie, 2023).

Engelli bireyler engelli olmaya gönüllü olarak karar vermedikleri gibi, bu durum onların hatası ya da kasıtlı eylemlerinin doğrudan bir sonucu da olmamaktadır (Kılıç, 2018; Sarkodie, 2023). Engellilik sorunları insanların yaşam standartlarını etkileyen DSÖ'ye göre bir milyar nüfusun %15'ini etkileyen bir durumdur (Kaur, 2021; Engelli Kişilerin Hakları Beyannamesi ile engelli bireylerin sağlıkla ilgili her durumda eşit ve cinsiyete duyarlı şekilde tedavi görmesinin gerekliliği ifade edilmektedir (Sarkodie, 2023; Altun, 2024). Gana'da yapılan bir çalışmada daha yaşlı, erkek, eğitimsiz ve kırsal bölgelerde yaşayan kişilerin engelli olma olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur (Sarkodie, 2023).

Engelli bireyin/ailesinin sağlığını geliştirilmesi ve korunmasında, sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (Ertaş ve Bahçe, 2023). Sağlık kurumlarının ise engelli hasta sayısına göre, yeterli sayıda ve nitelikli sedye ve sandalyeleri bulundurmaları gerekmektedir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

Engellilerin hastane içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için alınan önlemler;

- Braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tutunma barları, asansörler, tekerlekli sandalye, çıkış rampaları, yardımcı personel vb. olması
- Görme engelli hastaların yön bulmaları için sağlık kurumlarında ulaşımı sağlamak için düzenlemelerin yapılması
- Hasta muayene sırasında engelli hastalara öncelik verilmesi (Altun, 2024; SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

2.2.5.14. İstenmeyen Olayların Bildiriminin Yapılması

Sağlık çalışanın ve hastanın güvenliğinin sağlanması kalitenin yapı taşıdır (Arslanoğlu ve Aslan Kabadayı, 2023; Şahin vd., 2024). Ulusal ve uluslararası alanda hasta güvenliği önemi gittikçe artan bir ivme gösterirken, tıbbi hataların önlenmesi veya en aza indirilmesi de öncelikli olarak ele alınan kriterlerden birisidir (Kahriman ve Öztürk, 2018). Bu nedenle sağlıkta kalite yönetim sistemi oluşturulmuş ve sağlık hizmetini etkili, verimli ve hatasız sunmak amaçlanmıştır (Arslanoğlu ve Aslan Kabadayı, 2023).

Tıbbi hatalar, "*sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık profesyonelinin uygun ve etik olmayan davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ih*malkâr *davranması sonucu hastanın zarar görmesi*" şeklinde ifade edilmektedir (Yılmaz Güven ve Şener Özalp, 2022). Tıbbi hatalar; cerrahi hatalar, sistem eksikliğinden kaynaklanan hatalar, ilaç hataları, teşhis koymada yapılan hatalar ve diğer hatalar olarak hata tipine göre beşe ayrılmıştır (Ülkü ve Türk, 2019; Baran ve Akın, 2023). Literatürde acil servis, yoğun bakım üniteleri ve ameliyathanelerin tıbbi hataların gerçekleşemesi açısından yüksek riskli alanlar olduğu rapor edilmektedir (Yılmaz Güven ve Şener Özalp, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ilaç hataları, sağlık kurumlarında en çok karşılaşılan hatalardır. JCI tarafından 2018 yılı içerisinde akredite edilen kuruluşların ilaç

hatalarını en fazla hata bildirimi olarak yaptıkları tespit edilmiştir (Aslan, 2020). Amerika Ulusal İlaç Hata Raporlama ve Önleme Koordinasyon Konseyi ilaç güvenliği hatalarını; "*ilacın sağlık bakım profesyoneli, hasta veya tüketicinin kontrolünde iken uygunsuz kullanımına veya hastaya zarar vermesine sebep olabilecek önlenebilir bir olay*" şeklinde ifade etmişlerdir (Aygin vd., 2020). Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya ve Hollanda'da kesitsel olarak yapılan bir çalışmada; kliniklerde istenmeyen ilaç olaylarının erişkin hastalarda %6,5 ve ayaktan tedavi gören erişkin hastalarda ise %27,4 olduğu saptanmıştır (Eraydın vd., 2018).

Sağlıkta çalışma koşullarını düzenlemek ve sağlık çalışanını olası tehlikelerden korumak hastayı korumak demek anlamına gelmektedir (Özdemir ve Malatyalı, 2024). Hasta ve sağlık çalışanını korumanın şartı ise çalışma ortamında güvenlik kültürü oluşturmak ve etkin bir bildirim sistemi kurmaktır (Scot vd., 2021; Arslanoğlu ve Aslan Kabadayı, 2023). DSÖ'nün "*Daha güvenli primer bakım*" stratejisi; hasta katılımı, eğitim ve öğretim, insan faktörleri, idari hatalar, tanı hataları, ilaç hataları, çoklu hastalık, bakım geçişleri ve elektronik raporlama sistemi olmak üzere dokuz iyileştirme alanına odaklanmaktadır (Bjerkan vd., 2021).

Sağlık profesyonelleri tarafından hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen olayların raporlanması, uluslararası alanda birçok sağlık sisteminde yerleşik bir süreçtir (Scot vd., 2021). İstenmeyen olay, "*Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluşta bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylar*" şeklinde tanımlanmaktadır. Ramak kala olay ise, "*hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olayları*" şeklinde tanımlanmaktadır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). İstenmeyen olaylara, "*yanlış tanı, yanlış klinik karar, yanlış veya eksik tedaviler, yanlış müdahaleler, yanlış ilaç dozu, kullanıma uygun olmayan ürünler nedeniyle ortaya çıkan zararlar, insan veya sistem hataları*" şeklinde tanımlama da yapılmaktadır (Ülkü ve Türk, 2019; Tarhan ve Yıldırım, 2021).

Türkiye'de istenmeyen ve ramak kala olayların bildirilmesi için, sağlık çalışanlarının ulaşabileceği, hataları bildireceği güvenlik raporlama sistemi 2016 yılında oluşturulmuştur. Güvenli Raporlama Sistemi zamanla geliştirilmiş, Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı'nın sitesinde Türkiye Hasta

Güvenliği Bildirim Sistemi ve Türkiye Sağlıkta Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi olmak üzere iki ulusal veritabanı olarak kullanıcıların bildirimlerine açıktır. Bu sistem dört başlıktan oluşmaktadır. Laboratuvar Güvenliği Olay Bildirimi, İlaç Güvenliği Olay Bildirimi, Diğer Hasta Güvenliği Olay Bildirimleri, Cerrahi Güvenlik Olay Bildirimi (Şahin vd., 2024; Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi, 2025).

Türkiye genelindeki Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi ve Türkiye Sağlıkta Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi'ne ek olarak, Sağlıkta Kalite Standartları gereği istenmeyen olayların bildirimi için hastanelerde sistem kurulması gerekmekte olup; sistemin web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılması zorunludur (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

Hastanede kurulan sistemde istenmeyen olayların bildiriminde;

- Bildirim için kullanılan formlar, metinsel, kutucuklu veya her iki yöntemde içermektedir.
- Ana modüllerin hemen altında kesici delici alet yaralanmaları gibi alt modüller bulunmaktaır.
- Analiz, bildirim ve raporlamaya ilişkin süreçler ve basamakları bulunmaktadır.
- Analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.
- Kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.
- Olayın gelişim süreci, Olayın konusu, Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler bildirim yaparken bulunmalıdır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

"Olayın Gelişim Süreci" başlığı bildirim yapan kişinin olayı kendi cümleleri ile anlatmasına izin verilmeli, "*Olayın Konusu*" başlığı için bildirim yapan kişinin ise hata sınıflandırma sistemini kullanarak (olay HSS'de tanımlanmış ise) kodlama yapması gerekmektedir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

2.2.5.15. Güvenli Hasta Transferinin Gerçekleştirilmesi

Yatan hastaların tanı, tedavi ve bakım işlemleri için "*Hastane içindeki fiziksel bir konumdan diğerine hareketi*" anlamına gelen hastane içi transfer sıklıkla gerçekleştirilmektedir (Lin vd., 2020; Söyler Er ve Okgün Alcan, 2022). Güvenli hasta transferi ise, "*hastanın, hastaneye getirilmesi sırasında, hastane içinde ve başka bir*

hastaneye transferi boyunca güvenli, zamanında ve eksiksiz olarak transfer sürecinin tamamlanması" şeklinde ifade edilmektedir (Köstekli vd., 2019).

Hemşireler, transfer ekibinin temelini oluşturan üyelerden biridir ve transfer sürecinde hasta güvenliğini sağlamak için anahtar role sahiptirler. Transfer esnasında gerekli olan bilgi, beceri ve deneyimleri ile risk yaratacak durumları belirleyerek bunlara hızlı bir şekilde müdahale edebilmektedirler (Sakshi vd., 2021; Hashemian vd., 2023).

Başarılı bir hasta transferinin sağlanması için, hastanın fizyolojik durumunun iyi bilinmesi gerekmektedir (Çağlar vd., 2022). Özellikle hastaların değişen bakım ortamına taşınması, fizyolojik parametrelerin bozulması, ekipman ve tesislerin arızalanması, tüp ve hatların yer değiştirmesi ve arızalanması gibi olumsuz olayların yaşanma riskini taşıdığından bu durum özellikle zorlayıcıdır (Lin vd., 2020).

Hastanın transfer sırasında oluşacak risk ve komlikasyonlar hastayı transfer etmeden önce planlanmalı ve hasta transfer edilecekse uygun planlar hemşire ve hekim tarafından yapılmalıdır (Güneş ve Özkan, 2020). Suudi Arabistan'da kritik hastaların hastane içi transferinde yaşanan olumsuz olayların incelendiği çalışmada, kalite iyileştirme girişimlerinin, hastaların yoğun bakım ünitesine ve yoğun bakım ünitesinden kliniklere transfer etmede hasta güvenliğini artırabileceği ve bununla ilişkili olumsuz olayları en aza indirebileceği belirtilmiştir (Temsah vd., 2021).

Beklenen hastanın kurum içinde güvenli bir şekilde transferini sağlamak ve komplikasyonları önlenmek amacıyla izlenecek adımlar;

- Transport küvöz, tekerlekli sandalye, yenidoğan arabası temin edilmeli ve kullanılmalıdır.
- Kullanılan araçların düzenli olarak bakımları yapılmalıdır.
- Hastanın transferi, sağlık kurumunda çalışanlarla yapılmalıdır.
- Transfer sırasında hastaya ait gerekli bilgiler ve bakım sürecine ilişkin her şey sağlık çalışanları tarafından eksiksiz ve doğru bir şekilde iletilmelidir.
- Sağlık çalışanlara doğru transfer hakkında eğitim verilmelidir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Güneş ve Özkan, 2020).

2.5.1.16. Hasta Mahremiyetinin Sağlanması

Ulusal ve uluslararası yasalarda sıklıkla sağlık kurumlarında hastaların mahremiyet hakkının bulunduğuna vurgu yapılmaktadır (Atalay vd., 2020; Sepehrirad vd., 2021).

Hasta kayıtlarının güvenliğini ve gizliliğini koruma süreci tıbbi mahremiyet veya sağlık mahremiyeti olarak bilinmektedir (Khalid vd., 2023). Mahremiyet, "*bireylerin yalnız başına kaldıklarında istediklerini düşündükleri, istedikleri şekilde davranabildikleri ve diğerleriyle nasıl ilişki kuracaklarına kendilerinin karar verdikleri bir alan ve insan hakkı*" şeklinde ifade edilmektedir (Karabey vd., 2023).
Mahremiyet hem tıbbi kayıtların güvenliğini hem de sağlık çalışanları arasındaki görüşmelerin gizliliğini içermektedir (Sepehrirad vd., 2021; Khalid vd., 2023). Sağlık Bakanlığı'na göre mahremiyet; "*hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki tüm diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etme*" şeklinde tanımlanmıştır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Güneş ve Özkan, 2020). Bununla birlikte mahremiyet, hastaların sağlık kurumundayken, diğer hastalardan ve onlara hizmet verenlerden fiziksel mahremiyetine de atıfta bulunmaktadır (Khalid vd., 2023). Başka bir ifadeyle sağlık çalışanları fiziksel ve bilişsel mahremiyetini hastalara sunmakla yükümlüdürler. Özellikle obstetri gibi alanlarda mahremiyete özel ilgi gösterilmelidir (Şenoğlu vd., 2020).
Hastaya sağlık hizmeti sunumu sırasında yanında eğer onayı varsa yakını ve sağlık çalışanı dışında kimse olmamalıdır. Hastayı muayene ederken perde, paravan vb gibi araçların kullanımına dikkat edilmelidir. Hastanın bilgi mahremiyeti sağlanmalıdır (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020; Şenoğlu 2020). Hasta mahremiyeti kavramı, hemşirelik etik kurallarından olsa dahi, etik kuralları bazen yetersiz kalabilir ve etik davranabilmek için yeterince duyarlı olunması gerekmektedir (Sepehrirad vd., 2021).

2.2.5.17. Afetler (Deprem, Yangın, Sel) ve Olağan Dışı Durumlarda Tedbir Alınması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) afeti; "*İnsanlar için can ve mal kayıplarına neden olan toplumu fiziksel, psikolojik ve ekonomik yönleriyle etkileyen ve yerel imkânlar ile baş edilemeyen her türlü doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar*" şeklinde tanımlamıştır (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2020; Elbaih ve Alnasser, 2020; Şimşek ve Gündüz, 2021).

Afetlerin anlık ve uzun vadeli etkileri son derece şiddetli ve benzeri görülmemiş olabilmekte, insanların hayatını ve geçim kaynaklarını tehlikeye atmaktadır. Halkın

tamamı veya belli kesimi için fiziksel, sosyal kayıplar ve ekonomik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Şahin, 2019**;** Daud vd., 2022; Sahadev vd., 2023).

Afetler, insan kaynaklı afetler ve doğal afetler olarak sınıflandırılmaktadır. Doğal afetler; insanların etkisinin olmadığı ve oluştuktan sonra insanlar tarafından önlenemeyen deprem, volkanik patlamalar, tsunami, kuraklık, hortum, kasırga, tayfun, sel, heyelan gibi felaketlerdir (Tel, 2016; Elbaih ve Alnasser, 2020; Daud vd., 2022). Tarihsel süreçte doğal afetler oluşumu sebebiyle diğer afetlerden daha kötü sonuçlar doğurmuştur (Elbaih ve Alnasser, 2020). İnsan kaynaklı afetler; insanın müdahalesi ile gelişen savaşlar, terör saldırıları, maden kazaları, göçler, nükleer madde kazaları, kimyasal ve endüstriyel kazalar, uçak kazaları, demir yolu ve gemi kazaları gibi ulaşım kazalarıdır (Tel, 2016; İytemur ve Yeşil, 2020; Daud vd., 2022).

Dünyada ve ülkemizde afet ve acil durumlar önemli bir toplum sağlığı problemi olarak görülürken sağlık alanı en fazla etkilenenlerden birisidir (İytemur ve Yeşil, 2020). Bu nedenle sağlık çalışanlarının afetlerin farkında olmaları, afet yönetimi döngüsünü bilerek afet öncesi, sırası ve sonrasında uygulamaları yapabilmeleri sayesinde, afetlerin kişiler üzerindeki etkisini azaltmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2020).

Afet yönetimi (döngüsü); riski değerlendirme (zarar azaltma), hazırlık, müdahale ve iyileşme aşamalarından oluşmaktadır (Şahin, 2019; Şimşek ve Gündüz, 2021). Sağlık Bakanlığı afetlerde, hastanede karşılaşılabilecek ilkyardım, tahliye, olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren olayların gelişmesi durumunda etkileri en aza indirmek amacıyla hizmet sunumunun yapılmasını ortaya koymuştur (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

Türkiye'de 2009 yılında Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun kabul edilmiş olup, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kurulmuştur (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2020). Bu çerçevede afetler ile ilgili önlemlerin afet olmadan önce alınması, afetler olduğunda uygulanacak müdahalelerin planlanması, başka kurumlar ile iş birliği yapılarak onların harekete geçirilmesi, afet yönetimine ilişkin projelerin ve politikaların geliştirilerek uygulanması tek bir kurum tarafından yürütülmesi sağlanmıştır (TAMP, 2014; AFAD, 2025).

Afetlerde müdahale edebilmek için Türkiye Afet Müdahale Planında ve Sağlıkta Kalite Standartlarında belirtilen uygulamalar yapılmaktadır:

- Sağlık kuruluşu, afet planı hazırlamalıdır.
- Afet planının tatbikatları, yılda en az bir kez yapılmalı; 1. derece deprem bölgesinde bulunan kurumlar ise yılda en az iki kez deprem tatbikatı gerçekleştirmelidir.
- Afet planında, insanların toplanacağı alanlar belirlenmeli ve tatbikatlar toplanma alanlarında gerçekleştirilmelidir.
- Toplanma alanında, o gün kurumda yatan hastaların ve görevdeki tüm çalışanların listesi kontrol edilmeli, kişilerin bulundukları yerden tahliyesi sağlanmalıdır.
- Engelli ve yatan hastaların tahliyesi için gerekli araçlar hastanede hazır olarak bulundurulmalıdır.
- Yangın söndürme araçları daima kullanıma hazır olmalıdır.
- Personelin tamamı, yangın söndürme cihazları ve teknikleri ile ilgili eğitim almalıdır.
- Yangın söndürme tesisatının, her beş yıllık sürede genel kontrolünün yapılması gerekmektedir. (Resmî Gazete, 2009; TAMP, 2014; SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020).

2.2.6. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşumu

Dünya genelinde, sağlık sisteminin her alanında kamuoyunu endişelendiren sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir bileşeni hasta güvenliğidir. Sağlık profesyonelleri arasındaki güvenlik kültürü ise hasta güvenliğini artırmanın temel unsurlarından biridir (Sani vd., 2024; Amiri vd., 2018). Güvenlik kültürünü değerlendirme, güvenlik kültürünün tanımlanmasına, geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesine, zaman içinde ilerlemenin izlenmesine, sağlık hizmeti kalitesinin artırılması için iç ve dış karşılaştırmaların yapılmasına ve değişim süreçlerinin uygulanmasına imkân tanımaktadır (Rusdi vd., 2024).

Hasta güvenliği kültürü her geçen gün gelişmeye devam etmektedir (Er, 2024). Çözüme odaklanan, güvenlik kültürüne aykırı davranışların nadir olduğu, hataların meydana geldiğinde ise bu hataların bildirildiği, yöneticilerin hataları içtenlikle

tartıştığı ve liderlik özelliklerini ön plana çıkaran kurumlar, güvenlik kültürünü geliştirebilen yöneticilere sahip olan kuruluşlardır (Ree ve Wiig, 2019).

Hasta güvenliği kültürü, "*bir kuruluşun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığı ve bu yönetimin tarzını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yeterliliklerinin ve davranış kalıplarının ürünü*" şeklinde tanımlanabilir (Ree ve Wigg, 2019). Hasta güvenliği kültürü, "*bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını, yetkinliğini ve verdiği sözleri belirleyen, bireylere ya da gruba ait değerler, algılar, tutumlar, beceriler ve davranış biçimlerinin ürünüdür*" (Manav ve Karademirler, 2018).

Hasta güvenliği kültürü ve liderliği, 2011 yılında Norveç'te başlatılan "*7/24 Güvenli Ellerde*" hasta güvenliği programında önemli bir şekilde vurgulanmıştır. Bu programı, Norveç Hükümeti tarafından Ocak 2017'de hayata geçirilen yeni düzenlemeler takip etmiş ve liderlerin zararları önleme amacı doğrultusunda güçlü bir hasta güvenliği kültürü oluşturma sorumluluğunu vurgulamıştır (Ree ve Wigg, 2019; Seljemo vd., 2020).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı, 2015 yılında hasta güvenliği kültürünü*;*

"Sağlık profesyonellerinin ve liderlerinin profesyonel olmayan davranışlar ve insan hataları nedeniyle cezalandırılmadığı, hataların hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği, hataların tekrarını önlemek için güçlü geri bildirim döngüleriyle personelin önceki hatalardan öğrenmesine olanak tanındığı ve gerektiğinde bakım ile ilgili değişikliklerin yapıldığı" şeklinde tanımlamıştır (Yılmaz, 2020).

Hasta güvenliği kültürü, "*hasta ve hasta yakınlarının bedenen ve ruhen olumlu bir ortam sağlayıp olası sağlık durumunu bozucu etmenlerden uzak tutulmasıdır"* şeklinde bilinmektedir (Er, 2024). Hasta güvenliği açısından kritik bir unsur olan hasta güvenliği kültürü, organizasyon kültürünün bir bileşenidir ve bu bağlamda paylaşılan "*inançlar, tutumlar, değerler, normlar ve davranışlar*" ile tanımlanmaktadır (Lawati vd., 2018; Teleş ve Kaya, 2019; Yılmaz, 2020; Eraslan vd., 2022).

Güvenlik kültürü kavramı, ilk defa 1986'daki Çernobil nükleer santralindeki kazadan sonra hazırlanan bir raporda "*zayıf güvenlik kültürü*" "*(poor safety culture)"* şeklinde yayınlandığı görülmektedir (Dursun vd., 2010; Yılmaz, 2020).

Hasta güvenliği ve güvenlik kültürü, birbirleri ile bağlantılı kavramlardır. Güvenlik kültürünün sağlığın yönetimi alanındaki etkilerini inceleyen çalışmalarda, öğrenmenin, sürekli iyileştirmenin ve hataların yapılması durumunda ceza verilmeyen bir yaklaşımın önemi vurgulanmış ve bunların güvenli bakımın geliştirilerek kalitesinin artmasının gerekliliği belirtilmiştir (Bulut vd., 2023).

Kalite yönetim sisteminin etkin bir şekilde çalışabilmesi için, sağlık çalışanlarının kaliteyi doğru bir şekilde anlaması ve hasta güvenliğini destekleyen bir çalışma kültürünün oluşturulması şarttır. Bu sistemin kurulması ve hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi için üst yönetimin liderlik yapması, çalışanların katılımının sağlanması, eğitim verilmesi, farkındalığın yaratılması ve motivasyonun artırılması gerekmektedir (Esendemir ve Erkan, 2024).

Sağlık kurumlarında pozitif bir hasta güvenliği kültürünün gerçekleşebilmesi için hataları ve yüksek riskli durumları belirlemek gerekmektedir (Manav ve Karademirler, 2018; Tosun Öztürkçi ve Filiz, 2023). Kurumun primer olarak hasta güvenliği kültürünü değerlendirip, bu konu ile ilgili güçlü ve geliştirilmesi gereken yönleri tespit etmesi gerekmektedir (Teleş ve Kaya, 2019; Söyler, 2025). Tıbbi hataların dile getirmenin kolay olduğu ve hastane çalışanlarının ceza almadığı iletişime dayalı ortamlar yaratılmalıdır (Manav ve Karademirler, 2018; Bektemür, 2018; Yılmaz ve Duygulu, 2021).

Hasta güvenliği kültürünü en iyi dereceye getirecek etmen insandır ve bu kültürün oluşmasını, gelişmesini ve ilerlemesini sağlayacaklar ise hastane yöneticileri ve sağlık çalışanlarıdır (Bektemür, 2018). Ayrıca, hasta güvenliği ile ilgili kaynakların tam olması gerekmektedir (Manav ve Karademirler, 2018; Bektemür, 2018). Kalite ve hasta güvenliği üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, genellikle hemşireler, hekimler ve teknikerler gibi belli meslek grupları üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir (Bektemür, 2018; Teleş ve Kaya, 2019; Tosun Öztürkçi ve Filiz, 2023; Rusdi vd., 2024; Esendemir ve Erkan, 2024; Söyler, 2025). Oysaki kalite ve hasta güvenliği, sağlık kurumundaki tüm süreçleri ve meslek gruplarını içeren, bölüm ve süreç ayrımının mümkün olmadığı bir bütünsel sistemdir (Esendemir ve Erkan, 2024).

2.2.7. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği Kültürü

Her yıl yaklaşık her on hastadan biri sağlık hizmeti sunulan ortamlarda zarar görmekte, bu da güvenli olmayan bakım nedeniyle dünya çapında üç milyondan fazla ölümle

sonuçlanmaktadır (Çınar ve Karadakovan, 2016; Arslan vd., 2020; Yılmaz ve Duygulu, 2021; DSÖ, 2023; Park vd., 2025). Sağlık kurumlarında yapılan hataların önüne geçmek ve hataların sonucunda hastaların zarar görmelerini önlemek için sağlık kurumlarının hasta güvenliği kültürü oluşturması gerekmektedir (Söyler, 2025). Hasta güvenliği kültürü oluşturmada karşılaşılan en büyük zorluk, sağlık hizmeti organizasyonlarında olumlu bir hasta güvenliği kültürü oluşturmak ve sürdürmektir (Setiowati, 2019; Esendemir ve Erkan, 2024). Hasta güvenliğini sağlama ve sağlık bakımında kaliteyi artırmada hemşirelerin anahtar bir rolü bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumlarında çalışan yönetici hemşirelerin, kurumun güvenlik kültürünün oluşturulması, geliştirilmesi ve uygulanması için eş zamanlı titiz bir şekilde çalışmaları gerekmektedir (Manav ve Karademirler, 2018; Yılmaz ve Duygulu, 2021).

Güvenli sağlık hizmeti sunmak, kalitenin sağlık alanındaki ana amacıdır (Esendemir ve Erkan, 2024). Sağlık sistemleri zorluklarla karşılaştığında, hemşireler hastaların güvenliğini koruma veya güvenli olmayan uygulamalarla onlara zarar verme açısından kritik bir konumdadır (Farokhzadian vd., 2018). Richardson ve Storr'un aktardığına göre Bargagliotti ve Lancaster, hemşirelik mesleğini güçlü ve güvenli bir ağ şeklinde tanımlamışlardır (Richardson ve Storr, 2010). Hemşirelerin rolü hem kısa hem de uzun vadeli bakım ortamlarında bakım sağlanması sırasında hasta güvenliğini korumak ve oluşabilecek zararı önlemektir (Vaismoradi vd., 2020). Hasta güvenliğini ve verilen bakımın kalitesini en iyi şekle getirmek amacı ile Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü 2003 yılında sağlık mesleği eğitiminde bir reform sunmuştur. Buna göre, hasta güvenliği ve hemşirelerin verdikleri bakımı iyi halae getirmek amacıyla Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi (QSEN) projesi başlatılmıştır (Amiri vd., 2018; Wong vd., 2020; Arslan ve Basit, 2021; Esendemir ve Erkan, 2024).

Hemşirelerin güvenli, kaliteli hemşirelik hizmetlerinin ve bakımının sunulmasına yönelik tutum, bilgi ve davranışlarını lisans eğitimleri sırasında geliştirilmesi gerekmektedir (Arslan ve Basit, 2021). Türkiye'de de 2014 yılında "Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı" (HUÇEP) kalite ve hasta güvenliğine ilişkin dersler yer almış, dersin konuları hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi olarak belirlenmiştir (Arslan ve Basit, 2021; HUÇEP, 2022).

Hemşirelerin hasta güvenliği ilkelerine uyumunu etkileyen kurumsal sistemik faktörler arasında kurumsal hasta güvenliği iklimi, iş yükü, zaman baskısı, liderler ve meslektaşlar tarafından sağlanan teşvik, koğuş performans düzeyi, bilgi ve becerilerin

geliştirilmesine yönelik eğitim, kurumsal prosedürler veya protokoller ile sağlık personeli ile hastalar arasındaki iletişim yer almaktadır. Ayrıca, kişisel motivasyon, değişime direnç, özerklik duygusu, yeniliğe karşı tutum ve yetkilendirme gibi bireysel faktörler de hemşirelerin hasta güvenliği ilkelerine uyumunu etkileyen önemli unsurlar arasında bulunmaktadır (Jun, 2016; Farokhzadian vd., 2018; Vaismoradi vd., 2020). Bu nedenle hem hastaların hem de hemşirelerin korunması, güvenli bir ortamın sağlanması ve güvenlik olaylarının neden olduğu olumsuz etkilerin azaltılması önemlidir (Farokhzadian vd., 2018). Hastaların zarar görmesini önlemeye ve güvenliği artırmaya yönelik sistem temelli kritik yaklaşımlardan biri, sağlık çalışanları arasında etkili iletişimi teşvik etmektir (Park vd., 2025). Güvenliğin, iletişimin sadakatinin ve şeffaflığının önemine ilişkin paylaşılan sağlık hizmeti sağlayıcısı bakış açıları ve önleyici tedbirlerin etkinliğine ilişkin paylaşılan güvenle karakterize edilen bir hasta güvenliği kültürü, bazı iyileştirilmiş hasta sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Hessels vd., 2019).

2.3. Hemşirelikte Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisi

Sağlık kurumlarında ve çalışanlarda hasta güvenliği kültürü, hastaları korumaya yönelik bir strateji olarak kabul edilmektedir (Agbar vd., 2023). Sağlık kuruluşlarında yaşanan kazalar, hasta güvenliğinin ne kadar hayati bir öneme sahip olduğunu göstermektedir (Arslanoğlu, 2019). Sammer vd. 2010 yılında sağlık çalışanlarının kullanabileceği "*Hasta Güvenliği Kültürü*" ile ilgili bir model geliştirmişlerdir. Geliştirdikleri bu modelde yedi tane hasta güvenliği kültürü alt boyutundan bahsetmişlerdir. Bunlar; "*liderlik*", "*ekip çalışması",* "*kanıta dayalı uygulama iletişim*", *"öğrenme*", "*adalet*" ve "*hasta merkezli bakım*" şeklinde belirlenmiştir (Dirik, 2014; Yılmaz, 2019; Hafezi vd., 2022). Hasta güvenliği için alınan tüm tedbirlerin gelişmesi için sağlık çalışanlarının güçlenmesi gerekmektedir (Arslanoğlu, 2019). Hemşirelik bakım hizmetleri, bakım verirken zararları önleme ve güvenli bakım konularının tümünü içerdiği için hasta güvenliği için iyi bir konumdadır (Tosun Öztürkci ve Filiz, 2023).

Amiri vd. leri hasta güvenliği üzerinde yenilikçi bir güçlendirme programı geliştirmişlerdir. Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bu programda güçlendirmenin hasta güvenliği üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur (Amiri vd., 2018; Arslanoğlu, 2019). Dirik ve Seren İntepeler yaptıkları çalışmada çalışma ortamının iyileştirilmesi ve güçlendirme yapılarına erişim sağlanması, sağlık hizmeti

kuruluşlarının hasta güvenliği kültürünü iyileştirmesine yardımcı olabileceği sonucuna ulaşmışlardır (Dirik ve Seren İntepeler, 2017). Kurtluk'un aktardığına göre, hemşirelikte hasta güvenliği kültürü ve yapısal güçlendirme arasında pozitif yönde orta derecede ilişkili bulunmuştur (Kurtluk 2019). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin düzeylerine bağlı örgüte bağlılık düzeyleri de arttığı bulunmuştur (Tosun Öztürkçi ve Filiz, 2023). Güçlendirmenin hasta güvenliğine olumlu yönde etkilemesi için etkili bir kültür oluşturmak ve çalışanların eğitim almasını sağlamak gereklidir (Arslanoğlu, 2019).

Literatürde hemşireler ile güçlendirme ve hasta güvenliği kültürü çalışmalarının ayrı olarak yapıldığı (Amiri vd., 2018; Arslanoğlu, 2019; Tosun Öztürkçi ve Filiz, 2023) ancak güçlendirmenin kültüre etkisini ölçen sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü etkisini değerlendirebilmek için araştırmamıza gereksinim duyulmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisini değerlendirme amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin güçlendirme düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile güçlendirme düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeyleri nedir?
4. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile hasta güvenliği kültürü düzeyleri arasında fark var mıdır?
5. Hemşirelerin güçlendirme düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
6. Hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin hasta güvenliği kültürüne etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı iki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve bir özel hastanenin yoğun bakım ünitelerinde 08 Mayıs- 01 Temmuz 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde iki eğitim ve araştırma hastanesi ve bir özel hastanede yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanelerde toplam (n=2700) hemşire bulunmaktadır. Araştırmada evreni oluşturan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşirelerin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir.

Dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- Araştırmanın yapılacağı yoğun bakım ünitelerinde en az bir aydır hemşire olarak çalışıyor olma,
- Araştırmanın yapıldığı sürede izinli olmamadır.

Araştırmanın örneklem yeterliliğinin belirlenmesinde; evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi ile hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklem yeterliliğinin belirlenmesinde G*Power 3.1.9.7 programı ile güç analizi yapılmıştır. Elde edilen analiz sonuçlarına göre %80 güç düzeyinde 0,20 etki büyüklüğünde 337.3 hemşirenin yeterli olacağı hesaplanmış olup (Cohen, 1992; Arslan ve Demir, 2022) kayıplar dikkate alınarak 350 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; Hemşirelerin Sosyo-Demogrofik Özellikleri Formu (Ek-1), Güçlendirme Ölçeği (Ek-2), Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Literatür doğrultusunda hazırlanan (Cerit Soydan, 2022; Moura vd., 2020; Balık ve Öztürk, 2016; Türkmen vd., 2011; Arslanoğlu, 2019; Amiri vd., 2018) formda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyimi, aylık gelir düzeyi, çalıştığı hastane ve birim, haftalık çalışma saati, mesleği sevme durumu ve hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumu ile ilgili 11 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Güçlendirme Ölçeği

Hemşirelerin güçlendirme ile ilgili algılarını doğru ve tutarlı bir şekilde ölçmek için Cerit Soydan (2022) tarafından "*Güçlendirme Ölçeği*" geliştirilmiştir. Yapı, kapsam geçerliliği yapılmış ve literatüre kazandırılmıştır. Ölçeğin puanlaması "Kesinlikle

Katılmıyorum (1)" ile "Katılmıyorum (2)" ile "Kararsızım (3)" ile "Katılıyorum (4)" ile "Tamamen Katılıyorum (5)" arasında değişmektedir. Toplam puan arttıkça güçlendirme düzeyinin arttığı öngörülmüş olup, ayrıca buna uygun şekilde maddeler içerisinde güçlendirmeyi tersten ölçen madde yapılarına da yer verilmiştir. Ölçek Yapısal Güçlendirme (49 madde), Davranışsal Güçlendirme (28 madde) ve Psikolojik Güçlendirme (26 madde) olarak üç farklı boyuttan ve 103 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısını gösteren Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı 0,98 ve ölçeğin boyutlarının Cronbach alfa katsayıları Yapısal Güçlendirme Boyutu 0.98, Davranışsal Güçlendirme Boyutu 0,96 ve Psikolojik Güçlendirme Boyutu 0,91 olarak bulunmuştur (Soydan 2022). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0, 981 ve ölçeğin boyutlarının Cronbach alfa katsayıları Yapısal Güçlendirme Boyutu 0.972, Davranışsal Güçlendirme Boyutu 0,958 ve Psikolojik Güçlendirme Boyutu 0,944 olarak bulunmuştur. Ölçek ve faktörlerinin güvenirliklerinin yeterli olduğu görülmüştür. Ölçekte 12 adet ters madde vardır. (Madde 69, madde 82, madde 83, madde 84, madde 85, madde 86, madde 87, madde 88, madde 89, madde 90, madde 92, madde 93). Puanların artması ilgili alt boyutta ve toplam puanda güçlendirme algısının yükselmesi şeklinde yorumlanmaktadır. Ancak bu çalışmada ölçek puanı ile ilgili tanımlayıcı bir şekilde düşük, orta, yüksek gibi sınıflamalar için norm çalışması yapılmamıştır. Ölçek puan aralığı esas alınarak yapılan değerlendirmede puan aralığı üç eşit kısma bölünmüştür. Bu aralıkta puan ortalaması; $\bar{x}$=2,33 puandan daha az olanlar "düşük"; $\bar{x}$=2,33-3,66 puanları arasında olanlar "orta"; $\bar{x}$=3,66 puan ve üstü "yüksek" olarak değerlendirilmesi önerilmiştir (Cerit Soydan, 2022).

3.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Ölçek, hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek için Türkmen vd. (2011) tarafından geliştirilmiştir. Toplamda 51 maddeden oluşan ölçek, beş alt boyutta tasarlanmıştır: Yönetim ve Liderlik (17 madde), Çalışan Davranışı (14 madde), Beklenmedik Olay ve Hasta Raporlama (5 madde), Çalışanların Eğitimi (7 madde) ve Bakım Ortamı (8 madde). Ölçek puanının hesaplanmasında, her alt boyuttaki madde puanları toplanarak elde edilen toplam madde sayısına bölünerek 1 ila 4 arasında ortalama puan elde edilir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında ise beş alt boyutun ortalama puanları toplanır ve 5'e bölünerek 1-4 arasında bir ölçek puanı elde edilir. Ölçek puanının yorumlanmasında, puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünün

varlığını göstermektedir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin toplam Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0,97 ve ölçeğin boyutlarının Cronbach alfa katsayıları Yönetim ve Liderlik Boyutu 0,920, Çalışan Davranışı Boyutu 0,91, Beklenmedik Olay ve Hasta Raporlama Boyutu 0,83, Çalışanların Eğitim Boyutu 0,83 ve Bakım Ortamı Boyutu 0,86 olarak bulunmuştur (Türkmen vd., 2011). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,974 ve ölçeğin boyutlarının Cronbach alfa katsayıları Yönetim ve Liderlik Boyutu 0,930, Çalışan Davranışı Boyutu 0,918, Beklenmedik Olay ve Hasta Raporlama Boyutu 0,828, Çalışanların Eğitim Boyutu 0,875 ve Bakım Ortamı Boyutu 0,890 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın verileri, araştırma hakkında hemşirelere bilgilendirme yapıldıktan sonra, "*Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Formu*", "*Güçlendirme Ölçeği*" ve "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*", yüz yüze uygulanarak ortalama 20-25 dakikada toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 programı ve AMOS 24 programı ile analiz edilmiştir. Hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde olarak verilmiştir. "*Güçlendirme Ölçeği*" ve "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarına ait puanlar aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiş, sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmış ve her iki ölçek ile tüm boyutlarının normal dağılım kurallarına uyduğu tespit edilmiştir. Alınan referans değer ±1.96 arasındadır (Kalaycı, 2005). Hemşirelerin cinsiyet gibi iki gruplu değişkenleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Independent Sample T testi, üç veya daha fazla grup değişkenin karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığın nereden kaynaklı olduğunu bulmak için Post Hoc testleri uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemede ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı; 0,00-0,30 arası düşük, 0,30-0,70 arası orta ve 0,70-1,00 arası ise yüksek düzeyde bir ilişki olarak kabul edilmiştir (Büyüköztürk, 2020). Hemşirelerinin güçlendirme puanları hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisi YEM analizi ile

incelenmiş olup test edilmesinde AMOS 24 programı kullanılmıştır. İstatistiki açıdan önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulundan (Ek-4) ve iki Eğitim Araştırma Hastanesinde araştırmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden ve özel hastaneden yazılı izinler alınmıştır (Ek-5; Ek-6). Çalışma öncesi hemşireler bilgilendirilerek onamları alınmıştır (Ek-7). Güçlendirme Ölçeğinin ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin uygulanabilmesi için yazılı izinler alınmıştır (Ek-7; Ek-8).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul'da iki eğitim ve araştırma hastanesinde ve bir özel hastanede yapıldığı için araştırmaya katılan hemşirelerin sonuçları ile sınırlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisini değerlendirme amacıyla İstanbul'da iki eğitim ve araştırma hastanesi ve bir özel hastanede yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 350 hemşirenin katılımıyla gerçekleşmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular altı başlık altında sunulmuştur. Bunlar:

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.2. Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

4.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Güçlendirme Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

4.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile İlgili Bulgular

4.5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

4.6. Güçlendirme Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin sosyo-demografik ile ilgili bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=350)

Sosyo-Demografik Özellikler		**n**	**%**
Yaş	21-25 Yaş	87	24.9
	26-29 Yaş	145	41.4
	30 Yaş ve Üzeri	118	33.7
	Ort. ±S.S. (Min.-Max.)	28.53±4.31 (21-50)	
Cinsiyet	Kadın	193	55.1
	Erkek	157	44.9
Medeni Durum	Evli	147	42.0
	Bekar	203	58.0
Eğitim Durumu	Lise ve Ön Lisans	45	12.8
	Lisans	261	74.6
	Lisans üstü	44	12.6
Mesleki Deneyim	0-1 Yıl	22	6.3
	2-5 Yıl	124	35.4
	5 Yıl Üzeri	204	58.3
Aylık Gelir Düzeyi	Düşük Gelir	79	22.6
	Orta Gelir	139	39.7
	Yüksek Gelir	132	37.7
Çalıştığı Hastane	Devlet Hastanesi	301	86.0
	Özel Hastane	49	14.0
Çalıştığı Birim	Genel Yoğun Bakım	174	49.7
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım	51	14.6
	Koroner Yoğun Bakım	67	19.1
	Pediatri Yoğun Bakım	31	8.9
	Yenidoğan Yoğun Bakım	27	7.7
Haftalık Çalışma Saati	45 Saat Altı	133	38.0
	45 Saat Üstü	217	62.0
Mesleği Sevme Durumu	Evet	232	66.3
	Hayır	118	33.7
Hasta Güvenliği Kültürü Eğitimi Alma	Evet	235	67.1
	Hayır	115	32.9
	Toplam	**350**	**100**

Araştırmamızda hemşirelerin %41,4'ünün (n=145) 26-29 yaş aralığında ve yaş ortalamalarının 28,53±4,31 olduğu, %55,1'inin (n=193) kadın, %58'inin (n=203) bekar, %74,6'sının (n=261) lisans mezunu ve %58,3'ünün (n=204) 5 yıl üzerinde mesleki deneyimlerinin olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin %39,7'sinin (n=139) orta düzeyde aylık gelire sahip olduğu, %86'sının (n=301) devlet hastanesinde, %49,7'sinin (n=174) genel yoğun bakım ünitesinde ve %62'sinin (n=217) haftalık 45 saat üstünde çalıştığı, %66,3'ünün (n=232) mesleğini sevdiği, %67,1'inin (n=235) hasta güvenliği kültürü eğitimi aldığı belirlenmiştir.

4.2. Güçlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgular

"*Güçlendirme Ölçeği*" puanları ile ilgili bulgular Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Min-Max	$\bar{x}$±ss	Çarpıklık	Basıklık
Yapısal Güçlendirme	1-5	2.98±0.78	-0.15	-0.18
Davranışsal Güçlendirme	1-5	3.21±0.81	-0,29	-0.06
Psikolojik Güçlendirme	1-5	3.18±0.80	-0.14	0.15
Güçlendirme Ölçeği Toplam	1-5	3.12±0.70	-0.17	0.43

Hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeği*" puan ortalamasının 3,12±0,70 ve "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının puan ortalamalarının sırayla 2,98±0,78, 3,21±0,81 ve 3,18±0,80 olduğu hesaplanmıştır.

4.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Güçlendirme Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin yaşları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Hemşirelerin Yaşları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Yaş	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yapısal Güçlendirme	21-25 Yaş[a]	87	3.11±0.78	1.71	0.183	-
	26-29 Yaş[b]	145	2.95±0.77			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	2.91±0.79			
Davranışsal Güçlendirme	21-25 Yaş[a]	87	3.4±0.76	3.15	**0.044***	**a>b,c**
	26-29 Yaş[b]	145	3.15±0.82			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	3.16±0.81			
Psikolojik Güçlendirme	21-25 Yaş[a]	87	3.36±0.78	3.18	**0.043***	**a>b,c**
	26-29 Yaş[b]	145	3.15±0.77			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	3.09±0.82			
Güçlendirme Ölçeği Toplam	21-25 Yaş[a]	87	3.29±0.68	3.36	**0.036***	**a>b,c**
	26-29 Yaş[b]	145	3.08±0.69			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	3.05±0.71			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin yaşları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,044) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p:0,043) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; istatistik açısından önemli fark olduğu belirlenmiştir. Güçlendirmenin, "*Davranışsal*" ve "*Psikolojik Güçlendirmenin*" 21-25 yaş grubunda olanların diğer gruplara kıyasla önemli düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Hemşirelerin yaşları ile "*Yapısal Güçlendirme*" (p: 0,183) boyutu karşılaştırılması sonucunda, yaş grupları arasında istatistik açısından önemli fark belirlenmemiştir (p>0,05).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Cinsiyet	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yapısal Güçlendirme	Kadın	193	3.02±0.79	1.02	0.307
	Erkek	157	2.93±0.77		
Davranışsal Güçlendirme	Kadın	193	3.32±0.78	2.68	**0.008***
	Erkek	157	3.09±0.83		
Psikolojik Güçlendirme	Kadın	193	3.27±0.78	2.39	**0.017***
	Erkek	157	3.07±0.80		
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Kadın	193	3.20±0.68	2.32	**0.021***
	Erkek	157	3.03±0.72		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,021), "*Davranışsal Güçlendirme*" (p: 0,008) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p: 0,017) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; istatistik açısından önemli fark olduğu belirlenmiştir. Kadınların aldıkları puan ortalamaları erkeklere kıyasla önemli düzeyde daha yüksektir (p<0,05). Hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Yapısal Güçlendirme*" (p: 0,307) boyutunun karşılaştırılması sonucunda cinsiyetler arasında istatistik açısından önemli fark belirlenmemiştir (p>0,05).

Hemşirelerin medeni durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5: Hemşirelerin Medeni Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Medeni Durum	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yapısal Güçlendirme	Evli	147	2.89±0.80	-1.73	0.085
	Bekar	203	3.04±0.76		
Davranışsal Güçlendirme	Evli	147	3.09±0.83	-2.40	**0.017***
	Bekar	203	3.30±0.79		
Psikolojik Güçlendirme	Evli	147	3.07±0.79	-2.20	**0.029***
	Bekar	203	3.26±0.79		
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Evli	147	3.02±0.71	-2.40	**0.017***
	Bekar	203	3.20±0.68		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin medeni durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,017), "*Davranışsal Güçlendirme*" (p:0,017) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p:0,029) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Bekar hemşirelerin aldıkları puan ortalamaları evlilere kıyasla önemli düzeyde daha yüksektir (p<0,05). Hemşirelerin medeni durumları ile "*Yapısal Güçlendirme*" (p: 0,085) boyutunun karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistik açısından önemli fark belirlenmemiştir (p>0,05).

Hemşirelerin eğitim durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yapısal Güçlendirme	Lise ve Ön Lisans	45	3.00±0.90	0.07	0.934	-
	Lisans	261	2.98±0.77			
	Lisansüstü	44	2.94 ± 0.74			
Davranışsal Güçlendirme	Lise ve Ön Lisans	45	3.14±0.96	0.22	0.801	-
	Lisans	261	3.23±0.80			
	Lisansüstü	44	3.21±0.70			
Psikolojik Güçlendirme	Lise ve Ön Lisans	45	3.22±0.89	0.31	0.734	-
	Lisans	261	3.19±0.79			
	Lisansüstü	44	3.10±0.71			
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Lise ve Ön Lisans	45	3.12±0.79	0.10	0.907	-
	Lisans	261	3.13±0.69			
	Lisansüstü	44	3.08±0.64			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin eğitim durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7: Hemşirelerin Mesleki Deneyimleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalışma Yılı	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yapısal Güçlendirme	0-1 Yıl	22	3.25±0.8	1.76	0.174	-
	2-5 Yıl	124	2.91±0.77			
	5 Yıl Üzeri	204	2.99±0.78			
Davranışsal Güçlendirme	0-1 Yıl	22	3.4±0.81	0.63	0.533	-
	2-5 Yıl	124	3.19±0.78			
	5 Yıl Üzeri	204	3.21±0.83			
Psikolojik Güçlendirme	0-1 Yıl	22	3.43±0.87	1.18	0.310	-
	2-5 Yıl	124	3.16±0.79			
	5 Yıl Üzeri	204	3.17±0.79			
Güçlendirme Ölçeği Toplam	0-1 Yıl	22	3.36±0.77	1.41	0.247	-
	2-5 Yıl	124	3.09±0.67			
	5 Yıl Üzeri	204	3.12±0.71			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin aylık gelir düzeyleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8: Hemşirelerin Aylık Gelir Düzeyleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Aylık Gelir Düzeyi	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yapısal Güçlendirme	Düşük Gelir	79	3.16±0.82	2.85	0.059	-
	Orta Gelir	139	2.92±0.7			
	Yüksek Gelir	132	2.93±0.82			
Davranışsal Güçlendirme	Düşük Gelir	79	3.27±0.86	0.29	0.750	-
	Orta Gelir	139	3.19±0.73			
	Yüksek Gelir	132	3.21±0.86			
Psikolojik Güçlendirme	Düşük Gelir	79	3.26±0.81	1.02	0.360	-
	Orta Gelir	139	3.21±0.74			
	Yüksek Gelir	132	3.11±0.85			
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Düşük Gelir	79	3.23±0.75	1.19	0.305	-
	Orta Gelir	139	3.11±0.6			
	Yüksek Gelir	132	3.08±0.76			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin aylık gelir düzeyleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin çalıştığı hastane ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9: Hemşirelerin Çalıştığı Hastane ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalıştığı Hastane	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yapısal Güçlendirme	Devlet	301	2.94±0.75	-2.57	**0.010***
	Özel	49	3.24±0.91		
Davranışsal Güçlendirme	Devlet	301	3.19±0.79	-1.64	0.101
	Özel	49	3.39±0.93		
Psikolojik Güçlendirme	Devlet	301	3.18±0.77	-0.32	0.750
	Özel	49	3.22±0.92		
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Devlet	301	3.1 ± 0.67	-1.71	0.089
	Özel	49	3.28 ± 0.84		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin çalıştığı hastane ile "*Yapısal Güçlendirme*" alt boyutunun karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur (p: 0,010). Özel hastanede çalışan hemşirelerin yapısal güçlendirme puanları, devlette çalışan hemşirelere kıyasla önemli düzeyde yüksektir (p<0,05). Hemşirelerin çalıştığı hastane ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,089), "*Davranışsal Güçlendirme*" (p: 0,101) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p: 0,750) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin çalıştığı birimler ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10: Hemşirelerin Çalıştığı Birimler ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalıştığı Birim	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yapısal Güçlendirme	Genel Yoğun Bakım[a]	174	3.06±0.75	7.10	**0.000****	**e>a,d>b,c**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.79±0.82			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.67±0.68			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.07±0.84			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	3.46±0.65			
Davranışsal Güçlendirme	Genel Yoğun Bakım[a]	174	3.31±0.78	4.01	**0.003****	**e>a,d>b,c**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.99±0.78			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.98±0.8			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.29±0.85			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	3.49±0.85			
Psikolojik Güçlendirme	Genel Yoğun Bakım[a]	174	3.22±0.78	6.82	**0.000****	**e>a,d>b,c**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.92±0.77			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.95±0.78			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.47±0.66			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	3.66±0.77			
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Genel Yoğun Bakım[a]	174	3.20±0.68	7.33	**0.000****	**e>a,d>b,c**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.90±0.69			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.86±0.65			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.28±0.67			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	3.54 ± 0.71			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin çalıştığı birimler ile "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin güçlendirme ölçeği ve boyutlarından aldıkları puanlar, diğer yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere nazaran önemli düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalışma süreleri	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yapısal Güçlendirme	45 Saat Altı	133	3.04±0.8	1.22	0.224
	45 Saat Üstü	217	2.94±0.76		
Davranışsal Güçlendirme	45 Saat Altı	133	3.16±0.82	-0.99	0.323
	45 Saat Üstü	217	3.2 ±0.8		
Psikolojik Güçlendirme	45 Saat Altı	133	3.15±0.84	-0.53	0.598
	45 Saat Üstü	217	3.2±0.77		
Güçlendirme Ölçeği Toplam	45 Saat Altı	133	3.12±0.75	-0.13	0.896
	45 Saat Üstü	217	3.13±0.67		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin mesleği sevme durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12: Hemşirelerin Mesleği Sevme Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Mesleği Sevme Durumu	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yapısal Güçlendirme	Evet	232	3.04±0.81	1.96	0.051
	Hayır	118	2.86 ±0.71		
Davranışsal Güçlendirme	Evet	232	3.26 ±0.83	1.61	0.108
	Hayır	118	3.12±0.75		
Psikolojik Güçlendirme	Evet	232	3.21±0.82	0.87	0.382
	Hayır	118	3.13±0.74		
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Evet	232	3.17±0.73	1.68	0.094
	Hayır	118	3.04±0.63		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin mesleği sevme durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumu ile "*Güçlendirme Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Eğitimi Alma Durumları ile Güçlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yapısal Güçlendirme	Evet	235	3.02±0.81	1.55	0.123
	Hayır	115	2.89±0.7		
Davranışsal Güçlendirme	Evet	235	3.24±0.82	0.86	0.393
	Hayır	115	3.16±0.78		
Psikolojik Güçlendirme	Evet	235	3.16±0.83	-0.66	0.512
	Hayır	115	3.22±0.72		
Güçlendirme Ölçeği Toplam	Evet	235	3.14±0.74	0.65	0.514
	Hayır	115	3.09±0.61		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumları ile "Güçlendirme Ölçeği" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

4.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile İlgili Bulgular

"*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ile ilgili bulgular Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Min-Max	$\bar{x}$±ss	Çarpıklık	Basıklık
Yönetim ve Liderlik	1-4	2.72±0.63	-0.58	0.62
Çalışan Davranışı	1-4	2.74±0.64	-0.57	0.46
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	1-4	2.76±0.71	-0.41	-0.11
Çalışanların Eğitimi	1-4	2.78±0.70	-0.49	-0.08
Bakım Ortamı	1-4	2.78±0.70	-0.51	0.03
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplamı	1-4	2.76±0.61	-0.56	0.65

Hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması 2,76±0,61 olarak bulunmuştur. Boyutlardan "*Yönetim ve Liderlik*" puan ortalaması 2,72±0,63, "*Çalışan Davranışı*" puan ortalaması 2,74±0,64, "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*" puan ortalaması 2,76±0,71, "*Çalışanların Eğitimi*" puan ortalaması 2,78±0,70 ve "*Bakım Ortamı*" puan ortalaması 2,78±0,70'tir.

4.5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin yaş grupları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15: Hemşirelerin Yaş Grupları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Yaş	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yönetim ve Liderlik	21-25 Yaş[a]	87	2.82±0.61	1.85	0.159	-
	26-29 Yaş[b]	145	2.7±0.65			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	2.66±0.61			
Çalışan Davranışı	21-25 Yaş[a]	87	2.86±0.58	3.28	**0.039***	**a>c**
	26-29 Yaş[b]	145	2.76±0.67			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	2.63±0.64			
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	21-25 Yaş[a]	87	2.83±0.65	0.48	0.619	-
	26-29 Yaş[b]	145	2.74±0.75			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	2.73±0.72			
Çalışanların Eğitimi	21-25 Yaş[a]	87	2.91±0.64	2.67	0.071	-
	26-29 Yaş[b]	145	2.79±0.73			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	2.69±0.7			
Bakım Ortamı	21-25 Yaş[a]	87	2.89±0.63	1.68	0.188	-
	26-29 Yaş[b]	145	2.77±0.72			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	2.72±0.72			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	21-25 Yaş[a]	87	2.86±0.57	2.13	0.121	-
	26-29 Yaş[b]	145	2.75±0.64			
	30 Yaş ve Üzeri[c]	118	2.69±0.61			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin yaşları ile "*Çalışan Davranışı*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur (p: 0,039). 21-25 yaş grubundaki hemşirelerin aldıkları puanlar, 30 yaş ve üzeri olan hemşirelere kıyasla önemli düzeyde yüksektir (p<0,05). Hemşirelerin yaşları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve diğer boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, yaş grupları arasında önemli farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"* puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16: Hemşirelerin Cinsiyetleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Cinsiyet	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yönetim ve Liderlik	Kadın	193	2.78±0.61	1.99	**0.047***
	Erkek	157	2.64±0.65		
Çalışan Davranışı	Kadın	193	2.78±0.61	1.38	0.170
	Erkek	157	2.69±0.67		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Kadın	193	2.79±0.71	0.85	0.399
	Erkek	157	2.72±0.72		
Çalışanların Eğitimi	Kadın	193	2.80±0.68	0.42	0.675
	Erkek	157	2.77±0.73		
Bakım Ortamı	Kadın	193	2.78±0.68	-0.10	0.922
	Erkek	157	2.79±0.73		
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Kadın	193	2.79±0.60	0.96	0.336
	Erkek	157	2.72±0.63		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Yönetim ve Liderlik*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur (p: 0,047). Kadınların aldıkları puanlar, erkeklere nazaran önemli düzeyde yüksektir (p<0,05). Hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve diğer boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, cinsiyetler arasında önemli farklılık görülmemiştir (p>0,05).

Hemşirelerin medeni durumları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17: Hemşirelerin Medeni Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Medeni Durumu	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yönetim ve Liderlik	Evli	147	2.65±0.63	-1.61	0.109
	Bekar	203	2.76±0.63		
Çalışan Davranışı	Evli	147	2.65±0.66	-2.23	**0.026***
	Bekar	203	2.81±0.63		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evli	147	2.74±0.74	-0.49	0.627
	Bekar	203	2.78±0.7		
Çalışanların Eğitimi	Evli	147	2.71±0.72	-1.65	0.099
	Bekar	203	2.84±0.68		
Bakım Ortamı	Evli	147	2.69±0.69	-2.17	**0.031***
	Bekar	203	2.85±0.70		
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Evli	147	2.69±0.63	-1.78	0.076
	Bekar	203	2.81±0.60		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin medeni durumları ile "*Çalışan Davranışı*" (p: 0,026) ve "*Bakım Ortamı*" (p: 0,031) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Bekar hemşirelerin çalışan davranışı ve bakım ortamı puanları, evli hemşirelere oranla önemli derecede yüksektir ($p<0.05$). Hemşirelerin medeni durumları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve diğer boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, medeni durumları arasında önemli farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin eğitim durumları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18: Hemşirelerin Eğitim Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Eğitim düzeyi	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yönetim ve Liderlik	Lise ve Ön Lisans	45	2.74±0.66	0.19	0.826	-
	Lisans	261	2.70±0.64			
	Lisansüstü	44	2.76±0.58			
Çalışan Davranışı	Lise ve Ön Lisans	45	2.79±0.65	0.23	0.793	-
	Lisans	261	2.73±0.65			
	Lisansüstü	44	2.77±0.61			
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Lise ve Ön Lisans	45	2.72±0.78	0.11	0.893	-
	Lisans	261	2.76±0.71			
	Lisansüstü	44	2.79±0.67			
Çalışanların Eğitimi	Lise ve Ön Lisans	45	2.88±0.77	0.47	0.624	-
	Lisans	261	2.78±0.69			
	Lisan üstü	44	2.75±0.7			
Bakım Ortamı	Lise ve Ön Lisans	45	2.83±0.81	0.19	0.830	-
	Lisans	261	2.77±0.69			
	Lisansüstü	44	2.80±0.65			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Lise ve Ön Lisans	45	2.79±0.68	0.12	0.886	-
	Lisans	261	2.75±0.61			
	Lisansüstü	44	2.78±0.56			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin eğitim durumları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, eğitim durumları arasında istatistik açısından önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.19'da verilmiştir.

Tablo 4.19: Hemşirelerin Mesleki Deneyimleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalışma süreleri	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yönetim ve Liderlik	0-1 Yıl	22	2.79±0.78	0.17	0.840	-
	2-5 Yıl	124	2.72±0.55			
	5 Yıl Üzeri	204	2.71±0.66			
Çalışan Davranışı	0-1 Yıl	22	2.75±0.74	0.02	0.979	-
	2-5 Yıl	124	2.75±0.57			
	5 Yıl Üzeri	204	2.73±0.67			
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	0-1 Yıl	22	2.77±0.77	0.13	0.875	-
	2-5 Yıl	124	2.73±0.68			
	5 Yıl Üzeri	204	2.78±0.73			
Çalışanların Eğitimi	0-1 Yıl	22	2.73±0.84	0.19	0.830	-
	2-5 Yıl	124	2.76±0.65			
	5 Yıl Üzeri	204	2.8±0.72			
Bakım Ortamı	0-1 Yıl	22	2.74±0.89	0.11	0.892	-
	2-5 Yıl	124	2.77±0.65			
	5 Yıl Üzeri	204	2.8±0.71			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	0-1 Yıl	22	2.76±0.75	0.03	0.973	-
	2-5 Yıl	124	2.75±0.54			
	5 Yıl Üzeri	204	2.76±0.64			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, mesleki deneyimleri arasında istatistik açısından önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin aylık gelir düzeyleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.20'de verilmiştir.

Tablo 4.20: Hemşirelerin Aylık Gelir Düzeyleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Aylık Gelir Düzeyi	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yönetim ve Liderlik	Düşük Gelir	79	2.69±0.7	0.08	0.927	-
	Orta Gelir	139	2.72±0.51			
	Yüksek Gelir	132	2.73±0.7			
Çalışan Davranışı	Düşük Gelir	79	2.77±0.75	0.39	0.676	-
	Orta Gelir	139	2.70±0.56			
	Yüksek Gelir	132	2.76±0.66			
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Düşük Gelir	79	2.74±0.77	0.20	0.822	-
	Orta Gelir	139	2.79±0.63			
	Yüksek Gelir	132	2.74±0.76			
Çalışanların Eğitimi	Düşük Gelir	79	2.84±0.74	0.85	0.428	-
	Orta Gelir	139	2.73±0.63			
	Yüksek Gelir	132	2.81±0.75			
Bakım Ortamı	Düşük Gelir	79	2.82±0.79	1.54	0.215	-
	Orta Gelir	139	2.70±0.62			
	Yüksek Gelir	132	2.84±0.72			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Düşük Gelir	79	2.77±0.7	0.25	0.777	-
	Orta Gelir	139	2.73±0.53			
	Yüksek Gelir	132	2.78±0.65			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin aylık gelir düzeyleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, aylık gelir düzeyleri arasında istatistik açısından önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin çalıştığı hastane ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.21'de verilmiştir.

Tablo 4.21: Hemşirelerin Çalıştığı Hastane ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalıştığı Hastane	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yönetim ve Liderlik	Devlet	301	2.71±0.61	-0.63	0.528
	Özel	49	2.77±0.74		
Çalışan Davranışı	Devlet	301	2.73±0.62	-0.83	0.410
	Özel	49	2.81±0.75		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Devlet	301	2.75±0.69	-0.76	0.446
	Özel	49	2.83±0.82		
Çalışanların Eğitimi	Devlet	301	2.77±0.69	-1.26	0.210
	Özel	49	2.90±0.73		
Bakım Ortamı	Devlet	301	2.76±0.68	-1.75	0.080
	Özel	49	2.94±0.78		
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Devlet	301	2.74±0.59	-1.17	0.245
	Özel	49	2.85±0.72		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin çalıştığı hastane ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin çalıştığı birimler ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.22'de verilmiştir**.**

Tablo 4.22: Hemşirelerin Çalıştığı Birimler ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalıştığı birim	n	$\bar{x}$±ss	F değeri	p değeri	Fark
Yönetim ve Liderlik	Genel Yoğun Bakım[a]	174	2.78±0.61	6.73	**0.000****	**d,e>a>c,b**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.41±0.64			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.58±0.63			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	2.97±0.60			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	2.94±0.53			
Çalışan Davranışı	Genel Yoğun Bakım[a]	174	2.79±0.62	5.90	**0.000****	**d,e>a>c,b**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.45±0.64			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.62±0.67			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	2.99±0.60			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	2.98±0.56			
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Genel Yoğun Bakım[a]	174	2.79±0.71	5.63	**0.000****	**d,e>a>c,b**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakımı[b]	51	2.51±0.79			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.61±0.66			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.15±0.53			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	2.99±0.63			
Çalışanların Eğitimi	Genel Yoğun Bakım[a]	174	2.82±0.7	8.27	**0.000****	**d,e>a>c,b**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.47±0.69			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.62±0.68			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.25±0.51			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	3.00±0.56			
Bakım Ortamı	Genel Yoğun Bakım[a]	174	2.79±0.71	4.07	**0.003****	**d,e>a>c,b**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.58±0.72			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.67±0.70			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.13±0.53			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	2.97±0.61			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Genel Yoğun Bakım[a]	174	2.79±0.61	7.22	**0.000****	**d>e>a>c>b**
	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım[b]	51	2.48±0.61			
	Koroner Yoğun Bakım[c]	67	2.62±0.63			
	Pediatri Yoğun Bakım[d]	31	3.10±0.48			
	Yenidoğan Yoğun Bakım[e]	27	2.98±0.50			

**p<0,05; F: One Way ANOVA Testi, Fark: Post Hoc Testleri*

Hemşirelerin çalıştığı birimler ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Yenidoğan ve pediatri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölçekten ve

alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diğer yoğun bakımda çalışan hemşirelere oranla önemli düzeyde yüksektir (p<0.05).

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.23'te verilmiştir.

Tablo 4.23: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Çalışma Saatleri	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yönetim ve Liderlik	45 Saat Altı	133	2.72±0.68	0.05	0.962
	45 Saat Üstü	217	2.72±0.6		
Çalışan Davranışı	45 Saat Altı	133	2.75±0.71	0.27	0.791
	45 Saat Üstü	217	2.73±0.6		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	45 Saat Altı	133	2.73±0.78	-0.55	0.584
	45 Saat Üstü	217	2.78±0.67		
Çalışanların Eğitimi	45 Saat Altı	133	2.69±0.76	-2.07	**0.039***
	45 Saat Üstü	217	2.84±0.65		
Bakım Ortamı	45 Saat Altı	133	2.74±0.76	-0.78	0.434
	45 Saat Üstü	217	2.80±0.66		
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	45 Saat Altı	133	2.73±0.68	-0.71	0.478
	45 Saat Üstü	217	2.78±0.57		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile "*Çalışanların Eğitimi*" (p: 0,039) boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Haftalık 45 saatin üstünde çalışan hemşirelerin 45 saatin altında çalışanlara kıyasla aldıkları puan ortalamaları önemli düzeyde yüksektir (p<0.05). Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin mesleği sevme durumları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.24'te verilmiştir.

Tablo 4.24: Hemşirelerin Mesleği Sevme Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Mesleği Sevme Durumu	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yönetim ve Liderlik	Evet	232	2.73±0.67	0.65	0.517
	Hayır	118	2.69±0.54		
Çalışan Davranışı	Evet	232	2.75±0.69	0.58	0.565
	Hayır	118	2.71±0.55		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evet	232	2.78±0.76	0.72	0.472
	Hayır	118	2.72±0.62		
Çalışanların Eğitimi	Evet	232	2.78±0.75	-0.22	0.830
	Hayır	118	2.8±0.6		
Bakım Ortamı	Evet	232	2.78±0.73	0.02	0.984
	Hayır	118	2.78±0.64		
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Evet	232	2.77±0.66	0.38	0.707
	Hayır	118	2.74±0.52		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin mesleği sevme durumları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumu ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puanlarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.25'te verilmiştir.

Tablo 4.25: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Eğitimi Alma Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=350)

Ölçek Değişkenleri	Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{x}$±ss	t değeri	p değeri
Yönetim ve Liderlik	Evet	235	2.71±0.67	-0.36	0.719
	Hayır	115	2.73±0.54		
Çalışan Davranışı	Evet	235	2.75±0.69	0.53	0.598
	Hayır	115	2.71±0.55		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evet	235	2.76±0.75	-0.15	0.882
	Hayır	115	2.77±0.64		
Çalışanların Eğitimi	Evet	235	2.77±0.74	-0.62	0.534
	Hayır	115	2.82±0.61		
Bakım Ortamı	Evet	235	2.75±0.73	-1.18	0.241
	Hayır	115	2.84±0.63		
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Evet	235	2.75±0.66	-0.41	0.684
	Hayır	115	2.78±0.51		

**p<0,05; t: Independent Sample T Testi*

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumları ile "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

4.6. Güçlendirme Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

"*Güçlendirme Ölçeği*" ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" arasındaki ilişki ile ilgili bulgular Tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4.26: Güçlendirme Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Arasındaki İlişki

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Katsayı	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.Güçlendirme Ölçeği	r	1									
	p										
2.Yapısal Güçlendirme	r	.871**	1								
	p	0.000									
3.Davranışsal Güçlendirme	r	.901**	.693**	1							
	p	0.000	0.000								
4. Psikolojik Güçlendirme	r	.870**	.615**	.682**	1						
	p	0.000	0.000	0.000							
5. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	r	.682**	.607**	.612**	.584**	1					
	p	0.000	0.000	0.000	0.000						
6. Yönetim ve Liderlik	r	.677**	.583**	.613**	.590**	.891**	1				
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000					
7. Çalışan Davranışı	r	.661**	.590**	.590**	.567**	.929**	.842**	1			
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000				
8. Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	r	.566**	.522**	.496**	.478**	.885**	.703**	.775**	1		
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000			
9. Çalışanların Eğitimi	r	.609**	.550**	.551**	.510**	.915**	.757**	.797**	.765**	1	
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		
10.Bakım Ortamı	r	.593**	.517**	.536**	.513**	.917**	.762**	.813**	.754**	.823**	1
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

**p<0,05; **p<0,01, r: Korelasyon katsayısı*

Hemşirelerin güçlendirme puanları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Hemşirelerin güçlendirme puanları arttığında, hasta güvenliği kültürü ölçeği ve boyutlarının puanları da artacaktır.

Hemşirelerin yapısal güçlendirme puanları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Hemşirelerin "*Yapısal Güçlendirme*" puanları arttığında, "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları da artacaktır.

Hemşirelerin "*Davranışsal Güçlendirme*" puanları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir

(p<0,05). Hemşirelerin "*Davranışsal Güçlendirme*" puanları arttığında, "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları da artacaktır.

Hemşirelerin "*Psikolojik Güçlendirme*" puanları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Hemşirelerin *"Psikolojik Güçlendirme*" puanları arttığında, "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları da artacaktır.

Güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisi Tablo 4.27'de verilmiştir.

Tablo 4.27: Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi

Faktör	Path	Faktör	*B*	*S.E.*	*β (Beta)*	*p*	R^2
Güçlendirme Düzeyi	➡	Hasta Güvenliği Kültürü	0.674	0.051	0.759	**0.000****	0.576

*B: Standardize edilmemiş yol katsayısı, β (Beta): Standardize edilmiş yol katsayısı, *p<0,05, **p<0,01; Bağımlı faktörlerde açıklanan varyans oranı: R^2*

Güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü üzerinde (β=0,759), önemli ve pozitif yönlü etkisinin olduğu bulunmuştur (p<0,01). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin güçlendirme puanları hasta güvenliği kültüründeki değişimlerin %57,6'sını açıklamaktadır. Güçlendirme puanları artan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanlarının da yüksek olacağı belirlenmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

İnsan faktörünün önemi önce klasik yöntem anlayışı ile ortaya çıkmış, daha sonra da neoklasik yönetim anlayışı ile devam etmiştir (Şen ve İrge, 2021; Siadari vd., 2024). Buna ilave olarak globalleşmenin etkisiyle rekabetin arttığı ve personelden beklentilerin de arttığı örgüt yapısına kadar değişimler gerçekleşmiştir. Değişim sayesinde çalışanların uyumu ve dönüşüm yetenekleri ile aynı anda güçlendirilmiş olmalarının başarının temeli olduğu görülmüştür (Arslan vd., 2020).

Sağlık sistemi içinde hemşirelerin, kurumsal başarıyı sağlamada hayati önemi bulunmaktadır. Bu nedenle işte başarılı olmak yalnızca çalışma biçimlerini desteklemekle, devamsızlığı azaltmakla ve refahı iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda iyileştirilmiş çalışma koşulları, bakım kalitesi ve hasta güvenliğine dikkat ederek bakım verdikleri hastaları da olumlu etkilemektedir (Moloney vd., 2020; Jafari vd., 2021).

Güçlendirme, "*uygun örgütsel ortamda, çalışanın işle ilgili konularda başarı sağlayacağı gücü kontrol etmesi, kararları tam bir özgürlük içinde kendi kendine alabilmesi ve bu kararları uygulamaya geçirebilmesi, bu yönde motive edilmesidir*". Güçlendirme aynı zamanda destekleyici bir çevre ve kaynaklara erişim, karar alma süreçlerine katılım, özgürce düşünme ve ifade etme özgürlüğü gibi unsurları da içerir. Yoğun bakım hemşirelerinde "*güç*" kavramı ise çalışma ortamının zorluklarından dolayı gerekli olduğu görülmüştür (Özlü ve Türe, 2019; Saleh vd., 2022; Al-Ghwary vd., 2024).

Sürekli iyileştirme ve inovasyonu hayata geçirmek için hemşirelerin güçlendirilmesi gerekmektedir. Hata raporlama, geri bildirim ve sürekli eğitim sayesinde hemşireler, iş süreçlerini iyileştirmek için önerilerde bulunabilir ve yeni yaklaşımlar geliştirebilirler. Bu nedenledir ki, hasta güvenliği kültürünün, yoğun bakımda çalışan hemşireler için oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına ve yeniliklerin uygulanmasına katkı sağlamaktadır (Al Otaibi vd., 2023; Dirik ve Seren İntepeler, 2023; Al-Ghwary vd., 2024).

Hasta güvenliği "*birçok durumda hasta bakımının yanı sıra sistem arızaları, zayıf organizasyon süreçleri ve hatalı yönetim gibi temel zorluklardan biri*" şeklinde vurgulanmaktadır (Lima Carcia vd., 2019). Hasta güvenliği açısından kritik bir unsur olan hasta güvenliği kültürü, organizasyon kültürünün bir bileşenidir ve bu bağlamda paylaşılan "*inançlar, tutumlar, değerler, normlar ve davranışlar*" ile tanımlanmaktadır (Lawati vd., 2018; Teleş ve Kaya, 2019; Yılmaz, 2020; Eraslan vd., 2022). Güçlendirmenin hasta güvenliğine olumlu yönde etkilemesi için etkili bir kültür oluşturmak ve çalışanların eğitim almasını sağlamak gereklidir (Arslanoğlu, 2019). Güçlendirmenin ve hasta güvenliği kültürünün araştırıldığı çalışmalara literatürde rastlanmamış olup bu boşluğu gidermek üzere araştırmamız planlanmıştır.

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisini değerlendirme amacıyla İstanbul'da iki eğitim ve araştırma hastanesi ve bir özel hastanede yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 350 hemşirenin katılımıyla gerçekleşmiştir. Alınan veriler, literatür ışığında ve bulgular kapsamında tartışılmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin %41,4'ünün 26-29 yaş aralığında ve yaş ortalamalarının 28,53±4,31 olduğu, çoğunluğunun (%55,1) kadın, (%58) bekar, (%74,6) lisans mezunu ve (%58,3) 5 yıl üzerinde mesleki deneyimlerinin olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Monje-Amor vd.nin (2019) yapısal güçlendirme ile ilgili yaptığı çalışmada, yarısının (%55) kadın ve %42,5'inin 46 yaşın üzerinde olduğu saptanmıştır. Garcia-Sierra ve Fernandoz-Castro'nun (2018) İspanya'da yaptıkları çalışmada, tamamına yakınının (%89) kadın, yaş ortalamasının 42±10 ve mesleki deneyim sürelerinin ortalamasının 17±9 yıl olduğu tespit edilmiştir. Arslanoğlu'nun (2019) yaptığı çalışmada, katılımcıların çoğunun (%87,5) 40 yaş altında, (%74,4) kadın, (%53,7) evli, (%57,2) ön lisans ve lisans mezunu olduğu ve (%48,2) 41-50 saat arasında çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır. Servis sorumlu hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çoğunun (%81,6) 35 ve üzeri yaş grubunda, (%81,6) lisans mezunu, (%63,2) 15 yıl ve daha fazla deneyime sahip olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz, 2019). Hafezi vd.nin (2022) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamasının 32,12±6,97, çoğunluğunun (%61,8) kadın, (%89) lisans derecesine sahip ve mesleki deneyim ortalamasının 8,58±6,89 yıl olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamasının 34,81±7,46, çoğunun (%86,3) kadın, (%71,2) evli ve (%59,5) üniversite veya lisansüstü derecesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. (Tosun Öztürkçi ve

Filiz, 2023). Amiri vd.nin (2018) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamalarının 33,46±7,91, tamamına yakınının (%86,9) kadın ve (91,8) lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Dirik ve Seren İntepeler'in (2023), hemşirelerle yaptığı bir çalışmada, tamamının (%98) kadın, çoğunun (%84,3) lisans mezunu, mesleki deneyim süresi ortalamasının 13,73±7,47, haftalık çalışma saatleri ortalamasının 42,39±5,11 ve yaş ortalamasının 36,16±6,75 olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin çoğunun (%86) devlet hastanesinde ve yarısının (%49,7) genel yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, çoğunun (%62) haftalık 45 saat üstünde çalıştığı, (%67,1) hasta güvenliği kültürü eğitimi aldığı ve (%66,3) mesleğini sevdiği, %39,7'sinin orta düzeyde aylık gelire sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Literatürde bulgumuz sonucuyla uyumlu veya farklı olan çalışmalar bulunmaktadır. Yılmaz'ın (2019) sorumlu hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin çoğunun (%55,3) haftalık olarak 41 saat fazla çalıştığı, yarısının (%50) hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığı sonucuna ulaşılmıştır. İran'da hasta güvenliği kültürü ile istenmeyen olaylarda hasta güvenliği yeterliliği arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, hemşirelerin %41'inin yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı tespit edilmiştir (Hafezi vd., 2022). Tosun Öztürkçi ve Filiz (2023) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin çoğunun (%51,5) 41-49 saat arasında ve (%57,5) servislerde, %42,5'inin acil serviste, ameliyathanede ve yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı bulunmuştur. Dirik ve Seren İntepeler'in (2023), hemşirelerle yaptığı bir çalışmada hemşirelerinin üçte birinin (%36,5) dahiliye servisinde, (%34,3) yoğun bakım ünitesinde ve çoğunun (%51,1) haftalık olarak 41 saat fazla çalıştığı saptanmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeği*" puan ortalamasının 3,12±0,70 ve "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının puan ortalamalarının sırayla 2,98±0,78, 3,21±0,81 ve 3,18±0,80 olduğu hesaplanmıştır (Tablo 4.2). Cerit Soydan (2022) tarafından ölçeğin yorumlanmasında puan ortalamasının; $\bar{x}$=2,33 puandan daha az olanların "düşük"; $\bar{x}$=2,33-3,66 puanları arasında olanların "orta"; $\bar{x}$=3,66 puan ve üstü olanların "yüksek" olarak değerlendirilmesi önerilmiştir. Buna göre hemşirelerin orta düzeyde güçlendirildikleri sonucuna varılmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda, onları güçlendirmek için çalışmaların yapıldığı ancak söz konusu çalışmaların istenilen düzeye henüz ulaşamadığı söylenebilir. Bu durum ulusal düzeyde benimsenen kalite ve akreditasyon çalışmalarının hastanelerde hayata geçirilmesinden kaynaklanabilir. Bulgumuzla

benzer olarak Cerit Soydan'ın (2022) güçlendirme ölçeğini geliştirmek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin toplam ölçek puan ortalamasının 3,35±0,61, yapısal güçlendirmenin 2,72±0,85, psikolojik güçlendirmenin 3,50±0,66 ve davranışsal güçlendirmenin 3,84±0,70 olarak belirlendiği ve hemşirelerin genel güçlendirme, yapısal ve psikolojik güçlendirme için orta düzeyde, davranışsal güçlendirme açısından ise yüksek düzeyde güçlendirildikleri bulunmuştur. AL-Ghwary vd.nin (2024) yaptıkları çalışmada, yapısal güçlendirme ölçeği ortalaması 30 üzerinden 19,40±3,68 olarak hesaplandığı ve hemşirelerin orta düzeyde güçlendirildiği tespit edilmiştir. Finlandiya'da Niinihuhta vd.nin (2022) hemşire liderlerin (üst düzey yöneticilerin) dönüşümsel liderlik ile yapısal güçlendirme ilişkisini inceledikleri çalışmada, lider hemşirelerin genel yapısal güçlendirme ortalaması 21,05±3,05 olarak hesaplanmıştır. Bunlara ilave olarak dünyada hemşirelerin yapısal güçlendirilmesiyle ilgili benzer sonuçlara ulaşılan çalışmalara rastlanmıştır (Trus vd., 2018; Moura vd., 2020; Saleh vd., 2022). Yılmaz'ın (2019) servis sorumlu hemşirelerinde yapısal güçlendirme ve hasta güvenliği kültürünü incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, üçüncü değerlendirme neticesinde yapısal güçlendirme puan ortalamasının 23,16±3,31 ve psikolojik güçlendirme puan ortalamasının 75,95±6,35 olarak bulunduğu; Yapısal Güçlendirme Ölçeğinden alınan puanlar; 6-13 arasındaki toplam puan düşük, 14-22 arasındaki toplam puan orta ve 23-30 arasındaki toplam puan yüksek düzeydeki yapısal güçlendirme anlamına geldiğinden yüksek düzeyde hemşirelerin güçlendirildiği sonucuna varıldığı; Psikolojik Güçlendirme Ölçeğinden en düşük puan 12 ve en yüksek 84 puan alınması söz konusu olduğundan hemşirelerin yüksek düzeyde güçlendirildikleri bulunmuştur. Kırmacı'nın (2023) yapısal güçlendirme ölçeği ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin güçlendirme puan ortalamasının 79,07±12,30 olduğu ve orta düzeyin üzerinde güçlendirildiği bulunmuştur. Aydın'ın (2024) Psikolojik Güçlendirme Ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada, hemşirelerin puan ortalamasının 54,11±13,68 olarak hesaplandığı ve hemşirelerin orta düzeyde güçlendirildiği saptanmıştır. Kuruca Özdemir'in, (2018) hemşirelerle ilgi yaptığı çalışmada, hemşirelerin psikolojik güçlendirme puan ortalamalarının 5,62±0,890 olduğu ve hemşirelerin orta düzeyin üzerinde güçlendirildiği tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da Filipinli hemşirelerin hem nitelikleri hem de performansları bakımından orta düzeyde güçlendirildikleri belirtilmiştir (Tan ve Conde, 2021). Fragkos ve Frangos'un (2020) 10.912 hemşirenin örneklemini oluşturduğu meta-analiz çalışmasında da yapısal güçlendirmenin, örgütsel bağlılıkla güçlü bir şekilde

ilişkili olduğu ve psikolojik güçlendirmeyle birlikte örgütsel performansı artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin yaşları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,036), "*Davranışsal Güçlendirme*" (p: 0,044) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p:0,043) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda; istatistik açısından önemli fark olduğu bulunmuştur. Güçlendirmenin, "*Davranışsal*" ve "*Psikolojik Güçlendirmenin*" 21-25 yaş grubunda olanların diğer gruplara kıyasla önemli düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin yaş grupları ile "*Yapısal Güçlendirme*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, yaşları arasında istatistik açısından önemli fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.3). 21-25 yaş arasındaki hemşirelerin orta düzeyde güçlendirildikleri söylenebilir. Ancak "*Yapısal Güçlendirme*" boyutunda hemşirelerin yaşları arasında önemli fark bulunmaması hemşirelerin yaşına bağlı olmadığını, daha çok kurumun yapısal özellikleriyle ilgili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Cerit Soydan'ın (2022) yaptığı çalışmada, 42 yaş ve üstü hemşireler kendilerini yapısal, psikolojik, davranışsal ve genel güçlendirme olarak diğer gruplardan kendilerinin daha güçlü hissettikleri bulunmuştur. İspanya'da transformasyonel liderlik ve yapısal güçlendirme ile ilgili Monje Amor vd.nin (2018) yaptıkları çalışmada, yaş grupları ile güçlendirme arasında önemli fark olmadığı saptanmıştır. Bu çalışma sonucu araştırmamızı desteklemektedir. Bulgumuzdan farklı olarak Mohammed vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaşları ile yapısal güçlendirme puanları arasında önemli farklılık tespit edilmiştir. Al-Ghwary vd.nin (2024) Ürdün'de yapısal güçlendirme ile ilgili yaptıkları çalışmada, 37 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin, 24-32 yaş grubundaki hemşirelere kıyasla daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistik açısından önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şener ve Oksay Şahin'in (2023) yaptıkları çalışmada, 19-26 yaş grubunda hemşirelerin diğer yaş grubundakilere oranla yapısal güçlendirme puanları daha yüksek bulunmuş olup önemlilik söz konusudur. Ancak psikolojik güçlendirmede ise 19-26 yaş grubundakilerin aldıkları puanların yüksek olmasına rağmen önemli bulunmamıştır. Küçüksarı'nın (2018) psikolojik güçlendirme ile ilgili yaptığı çalışmada, hemşirelerin yaş grupları arasında önemli farklılık olmadığı ve her iki yaş grubunun da benzer puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Filipinler'de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaşları ile güçlendirme performansları arasında güçlü bir ilişkinin olduğu ve

güçlendirmeyi açıklamada yaşın önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Tan ve Conde, 2021).

Araştırmamızda hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,021), "*Davranışsal Güçlendirme*" (p: 0,008) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p: 0,017) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, istatistik açısından önemli fark olduğu belirlenmiştir. Kadınların aldıkları puan ortalamaları erkeklere kıyasla önemli düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). Hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Yapısal Güçlendirme*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, cinsiyetler arasında istatistik açısından önemli fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.4). Kadınların aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde orta düzeyde güçlendirildikleri şeklinde yorumlanabilir. Cerit Soydan'ın (2022) yaptığı çalışmada, kadın hemşireler kendilerini yapısal olarak daha az güçlendirilmiş hissederken, erkeklerin kendini yapısal olarak daha güçlendirilmiş hissettikleri, kadınların kendilerini daha güçlü hissederken ve davranırken, erkekler hemşirelerin psikolojik olarak daha güçsüz hissettikleri bulunmuştur. Bulgumuza benzer olarak Spreitzer Psikolojik Güçlendirme Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada, kadın hemşirelerin psikolojik güçlendirme puanlarının, erkek hemşirelere nazaran önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur (Aydın, 2024). AL-Ghwary vd.nin (2024) yapısal güçlendirme ile ilgili yaptıkları çalışmada, cinsiyetler arasında önemli fark tespit edilmemiştir. İspanya'da yapısal güçlendirme ile ilgili yapılan çalışmada, cinsiyetler arasında önemli farklılık saptanmamıştır (Monje Amor vd., 2018). Hemşirelerin güçlendirilmesi ve hasta güvenliğinin arttırılması için uygulanan liderlik eğitim programının değerlendirildiği yarı deneysel bir çalışmada, servis sorumlu hemşirelerinin tamamının kadın olduğu, yapısal ve psikolojik güçlendirme puanlarının eğitim öncesine nazaran eğitim sonrasında arttığı ve orta seviyede güçlendirildikleri tespit edilmiştir (Dirik ve Seren İntepeler, 2023). Balık ve Öztürk'ün (2016) yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirme ile ilgili yaptıkları çalışmada, hemşirelerin cinsiyetleri ile güçlendirme puanları arasında bir farklılık görülmemiştir. Şener ve Oksay Şahin'in (2023) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin cinsiyetleri ile ilgili önemli farklılık bulunmamasına rağmen kadınların erkek hemşirelerden daha fazla oranda yapısal ve psikolojik olarak güçlendirildikleri bulunmuştur.

Araştırmamızda hemşirelerin medeni durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,017), "*Davranışsal Güçlendirme*" (p:0,017) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p:0,029) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli

fark bulunmuştur. Bekar hemşirelerin aldıkları puan ortalamaları evlilere kıyasla önemli düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). Hemşirelerin medeni durumları ile "*Yapısal Güçlendirme*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Önemli olmamasına karşın, bekar hemşirelerin yapısal güçlendirme puanları evlilerden daha yüksektir (Tablo 4.5). Bekar olan hemşirelerin eş ve çocuklar gibi sorumluluklarının olmaması nedeniyle iş yerinde kendilerine sunulan kariyer fırsatlarını daha önemli görmeleri ve bunun neticesinde de güçlendirmeye olanak sağlayan uygulamaların içinde yer almalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Cerit Soydan'ın (2022) yaptığı çalışmada, hemşirelerin medeni durumları ile güçlendirme arasında önemli fark bulunmadığı ancak evli hemşirelerin güçlendirme puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma bulgumuzla farklılık göstermektedir. Aydın'ın (2024) hemşirelerin psikolojik güçlendirmeleri ile ilgili yaptığı çalışmada, evli hemşirelerin bekar hemşirelere kıyasla psikolojik güçlendirmelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirme ile ilgili yapılan çalışmada, hemşirelerin medeni durumları ile güçlendirme puanları arasında bir farklılık görülmemiştir (Balık ve Öztürk, 2016). Portekizli hemşirelerin mesleki güçlendirilmeleri ile ilgili bir çalışmada ise, evlilerin bekar ve boşanmış olanlara nazaran daha fazla güçlendirildikleri ancak bu farkın önemli olmadığı saptanmıştır (Teixeira vd., 2021). Bunların dışında hemşirelerin medeni durumları ile güçlendirilmeleri arasında anlamlılık göstermeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Ece, 2016; Küçüksarı, 2020; Şener ve Oksay Şahin, 2023).

Araştırmamızda hemşirelerin eğitim durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6). Güçlendirmenin genelinde hemşirelerin aldıkları puanların birbirine çok yakın oldukları görülmüş ve hemşirelerin hepsinin orta düzeyde güçlendirildikleri söylenebilir. Ayrıca lise ve ön lisans mezunlarının yapısal ve psikolojik güçlendirmede, lisans mezunlarının ise davranışsal güçlendirmede daha iyi düzeyde oldukları görülmüştür. Şener ve Oksay Şahin'in (2023) hemşirelerin yapısal ve psikolojik güçlendirmelerini inceledikleri çalışmada, eğitim durumları ile güçlendirme arasında bir farklılık bulunmamış ancak lisans mezunlarının lise ve lisansüstü mezunlarından daha çok güçlendirildikleri tespit edilmiştir. Cerit Soydan'ın

(2022) yaptığı çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeylerinde önemli fark bulunmamış ancak lisansüstü eğitim alan hemşirelerin güçlendirme puanları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalar bulgumuzu desteklemektedir (Balık ve Öztürk, 2016; Kuruca Özdemir, 2018; Küçüksarı, 2020; Teixeira vd., 2021). Bulgumuzun aksine Aydın'ın (2024) yaptığı çalışmada, eğitim durumu ile psikolojik güçlendirme arasında önemli fark bulunmuş olup lisansüstü mezun hemşirelerin daha yüksek oranda psikolojik olarak güçlendirildikleri bulunmuştur. Filipinler'de hemşireleri güçlendirme ile ilgili yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyleri ile psikolojik güçlendirme arasında önemli farklılık bulunmamış, ancak yüksek lisans yapan hemşirelerin uzmanlaştıkları alanda çalıştıkları tespit edilmiştir (Tan ve Conde, 2021). Bu çalışmaya ek olarak Kuokkanen ve Leıno-Kılpı'nın (2014) güçlendirmiş hemşirelerin niteliklerini inceledikleri bir çalışmada, uzman hemşirelerin kendini daha fazla güçlendirilmiş hissettiğini ifade ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bulgumuz ve literatürde yer alan çalışmaların birbirinden farklı sonuçlarının olduğu görülmekte olup, bu sonuçların çalışmaların örneklem popülasyonundan ve farklı kültürlerde yapılması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin mesleki deneyimleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7). 0-1 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin diğer gruplara nazaran daha yüksek düzeyde güçlendirildikleri söylenebilir. Bulgumuzla benzer olarak yoğun bakım hemşireleri ile Güçlendirme Algısı Ölçeğinin kullanılarak yapılan bir çalışmada, istatistik açısından önemli olmamasına rağmen, 1-4 yıl arasında mesleki deneyime sahip hemşirelerin daha güçlendirilmiş hissettikleri bulunmuştur (Balık ve Öztürk, 2016). Şener ve Oksay Şahin'in (2023) yaptıkları çalışmada, mesleki deneyim ile ilgili önemli farklılık bulunmadığı ve 6 ay-6 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerin daha yüksek oranda güçlendirildikleri tespit edilmiştir. Buna ek olarak AL-Ghwary vd.nin (2024) yapısal güçlendirme ile ilgili yaptıkları çalışmada, 1-5 yıllık çalışma deneyimi olanların, 11-15 yıllık deneyime sahip olanlara kıyasla daha fazla güçlendikleri saptanmıştır. Cerit Soydan'ın (2022) yaptığı çalışmada, 11 yıl ve üzerindeki hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça güçlendirildikleri bulunmuştur. Teixeira vd.nin (2021) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin mesleki deneyimleri ile psikolojik güçlendirme puanları

arasında önemli farklılık bulunmasına karşın yapısal güçlendirmeyle anlamlılık hesaplanmamıştır. Küçüksarı'nın (2020) hemşirelerle ilgili yaptığı çalışmada, mesleki deneyim ilgili önemli fark tespit edilmemiştir. Bulgumuz ve çalışmalar göz önüne alındığında, hemşirelerin üniversiteden mezun olurken kendilerine güven, işi yapabileceklerine olan inançları, otonomilerini kullanabilecekleri, mesleğini önemli olarak algıladıkları gibi pek çok unsurun var olduğu ancak çalışma yaşamına başladıktan sonra güçlendirmeye ilişkin bazı niteliklerin zamanla söndüğü sonucuna varılabilir. Bununla birlikte, mesleki deneyimleri arttıkça da tekrar güçlendirilmeyle ilgili davranışları yeniden sergiledikleri görüleceği düşünülebilir. Örneğin, Tan ve Conde'nin (2021) yaptıkları çalışmada, güçlendirilmiş bir hemşirenin performansının hizmet süresi ile pozitif yönde güçlü bir korelasyona sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin aylık gelir düzeyleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Aylık gelir düzeyleri baz alındığında, hemşirelerin güçlendirme puanlarının birbirine yakın bulunduğu, orta düzeyde güçlendirildikleri ve düşük geliri olduğunu beyan eden hemşirelerin ise diğerlerinden daha fazla güçlendirildikleri söylenebilir. Sağlık çalışanlarında güçlendirme ile ilgili yapılan bir çalışmada, gelir düzeyleri altı gruba ayrılmış ve en iyi ikinci gelir düzeyine sahip olan çalışanların en yüksek oranda güçlendirildikleri bulunmuş olmasına karşın, istatistik açısından önemli bulunmamıştır (Aslan ve Sümbül, 2019). Cerit Soydan'ın (2022) çalışmasında, hemşirelerin aylık gelir düzeyi ile güçlendirme arasında ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir. Ta'an vd.nin (2021) yaptıkları çalışmada, yapısal güçlendirmenin gelir ile önemli ve pozitif ilişkili olduğu ve gelir düzeyi arttıkça hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Çalışmaların sonuçlarının tamamen birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak örneklemlerin değişik gruplardan alınması gösterilebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin çalıştığı hastane ile "*Yapısal Güçlendirme*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur ($p: 0,010$). Özel hastanede çalışan hemşirelerin yapısal güçlendirme puanları, devlette çalışan hemşirelere oranla önemli düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Hemşirelerin çalıştığı hastane ile "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar

arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.9). Özel hastanede çalışan hemşirelerin kurumları tarafından daha fazla güçlendirildikleri söylenebilir. Özel hastanelerin hemşirelere sunduğu koşulların, devlet hastanelerine kıyasla daha destekleyici olduğunu veya hemşirelerin motivasyon düzeylerini artıracak uygulamaların daha fazla oranda gerçekleştirildiğine işaret edebilir. Bulgumuzla benzer olarak Ece'nin (2016) yaptığı çalışmada, özel hastanede çalışan hemşirelerin güçlendirme puanları eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ve bu farkın önemli bulunduğu saptanmıştır. Bulgumuzdan farklı olarak yapılan bir çalışmada, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin yapısal güçlendirme hariç diğer güçlendirme boyutları eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur (Cerit Soydan, 2022). Ta'an vd.nin (2021) Ürdün'de farklı hastane gruplarında yaptıkları çalışmada, ihtisaslaşmış hastanelerde görev yapan hemşirelerin, uzmanlaşmamış hastanelerde çalışanlara kıyasla yapısal güçlendirme ile ilgili daha iyi puanlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunların dışında literatürde hemşirelerin çalıştıkları hastane ile güçlendirme arasında önemli fark olmayan çalışmalar bulunmaktadır (Balık ve Öztürk, 2016; Eyüpoğlu ve Duygulu, 2019; Blair, 2020).

Araştırmamızda hemşirelerin çalıştığı birimler ile "*Güçlendirme Ölçeği*" (p: 0,000), "*Yapısal Güçlendirme*" (p: 0,000), "*Davranışsal Güçlendirme*" (p: 0,003) ve "*Psikolojik Güçlendirme*" (p: 0,000) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarından aldıkları puanlar, diğer yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere nazaran yüksektir (p<0.05) (Tablo 4.10). Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin diğer yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere nazaran daha fazla güçlendirildikleri söylenebilir. Yoğun bakım üniteleri, hastanelerde servislere göre daha yoğun olarak hastanın bakım aldığı, yüksek düzeyde uzmanlık ve dikkat gerektiren bir alan olduğu kabul edilir. Hatta çalışan hemşirelerin tamamının o alana özgü eğitim alarak sertifikalandırılarak çalıştırılması tavsiye edilir (Balık ve Öztürk, 2016; Hashemian vd., 2023). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki hemşireler ise, hayata gözlerini yeni açan ve savunmasız olarak yatan bebeklerin bakımını üstlenen profesyonel bireylerdir. Bu nedenle, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaptıkları işin önemini kavramaları neticesinde diğerlerine kıyasla daha yüksek oranda güçlendirildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Şener ve Oksay Şahin'in (2023) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin çalıştığı birim ile yapısal güçlendirme arasında fark bulunmamasına rağmen özellikli birimlerde çalışan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu, psikolojik güçlendirmede ise bu birimlerde çalışanların puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu ve hemşirelerin psikolojik olarak güçlü hissettikleri bulunmuştur. Hemşirelerin güçlendirme düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları birimler ile güçlendirme puanları arasında anlamlılık saptanmış olup yoğun bakımda çalışanların acil serviste çalışan hemşirelerden daha fazla güçlendirildikleri sonucuna ulaşılmıştır (Ece, 2016). Literatürde bulgumuzdan farklı olarak hemşirelerin çalıştıkları birimler ile güçlendirme düzeyleri arasında önemli farklılığın olmadığı çalışmalar bulunmaktadır (Balık ve Öztürk, 2016; Khan vd., 2018; Küçüksarı, 2020; Blair, 2020; Cerit ve Soydan, 2022). Tan ve Conde'in (2021) Filipinler'de yaptıkları çalışmada, acil servis, dahiliye, cerrahi, pediatri, obstetri, yoğun bakım, nöroloji ve psikiyatri alanlarındaki hemşirelerin yapısal güçlendirme puanlarının çalıştıkları birim ile arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir. Brezilya'da yapılan bir çalışmada da bütün birimlerde hemşirelerin orta derecede yapısal olarak güçlendirildikleri, psikiyatri biriminde çalışanların en yüksek düzeyde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ise en düşük düzeyde güçlendirildikleri saptanmıştır (Moura vd., 2020).

Araştırmamızda hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11). Çalışma saatleri açısından hemşirelerin güçlendirilme düzeylerinin aynı seviyelerde olduğu söylenebilir. Hemşirelerin çalışma saatlerine göre bir farklılık olmasa da ülkemizde çalışma saatleri devlet tarafından kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmektedir. Bu saatlerin üzerinde çalışanlara ek mesai ücretleri ödenmekte veya izin kullanmalarına müsaade edilmektedir. Devlet memuru olarak çalışanlar Devlet Memurları Kanunu'na ve özel sektörde çalışanlar ise İş Kanunu'na ve bu kanunlara bağlı olarak çıkarılan yönetmeliklere göre çalışmaları gerekmektedir. Devlet Memurları Kanunu'na göre, "*Memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saattir. Bu süre cumartesi ve pazar günleri tatil olmak üzere düzenlenir. Ancak bu kanuna, özel kanunlara, Cumhurbaşkanlığı kararnamelerine veya bunlara dayanılarak çıkarılacak yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma süreleri tespit olunabilir*" (Resmî

Gazete, 1965). İş Kanununa İlişkin Çalışma Süreleri Yönetmeliği'ne göre ise "*Çalışma süresi haftada en çok kırk beş saattir. İşyerlerinde haftanın çalışılan günlerine eşit ölçüde bölünerek uygulanır. Haftanın iş günlerinden birinde kısmen çalışılan işyerlerinde, bu süre haftalık çalışma süresinden düşüldükten sonra, çalışılan sürenin çalışılan gün sayısına bölünmesi suretiyle günlük çalışma süreleri belirlenir. Günlük çalışma süresi her ne şekilde olursa olsun 11 saati aşamaz*" (Resmî Gazete, 2003). Ürdün'de de Ta'an vd.nin (2021) hemşirelerle ilgili yaptıkları çalışmada, hemşirelerin çalışma saati ile yapısal güçlendirme puanları ile önemli ve pozitif bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymuştur. Eyüboğlu ve Duygulu'nun (2019) yaptığı çalışmada, çalışma vardiyaları ile güçlendirme arasında anlamlılık bulunmamış ve 8 ve 24 saatlik vardiyalar halinde dönüşümlü olarak çalışan hemşirelerin güçlendirilme düzeyleri diğerlerinden daha yüksektir. Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin çalışma şekli ile güçlendirme karşılaştırılmış ve sürekli gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerin nöbet usulü çalışanlara nazaran daha güçlenmiş olarak hissettikleri tespit edilmiştir (Cerit Soydan, 2022).

Araştırmamızda hemşirelerin mesleği sevme durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12). Mesleğini sevdiğini ifade eden hemşirelerin puanları, sevmediğini ifade edenlerden daha yüksektir. Bu bulgumuza göre, meslek sevgisinin güçlendirmeye olumlu yönde katkıda bulunduğu söylenebilir. Hemşirelikteki sevgi kavramı, geleneksel rolün ötesinde olup hasta merkezli bakımın sonucu olarak hemşirelerde daha fazla ilgi ve bağlılığa yol açmakta ve hemşireleri güçlendiren, onlarda güç ve bağımsızlık duygularını geliştiren modern hemşirelikteki harika bir kavramdır. İnsan onuruna saygı, değerlere ve insani ilişkilere uyma ve hasta bakımı için yeterli zaman ayırma, hemşirelikteki sevginin sonucudur (Adib-Hajbaghery ve BolandianBafghi, 2020). Tüm bu unsurlar değerlendirildiğinde, mesleğini seven hemşirelerin de bu kavrama çok yakın oldukları ve bulgumuzda her ne kadar önemli olmasa da mesleğini sevmeyenlere kıyasla sevenlerin daha fazla güçlendikleri şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca literatürde hemşirelerin mesleğini sevmeleri ile güçlendirme ilişkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bulunan başka konularla hemşirelerin mesleğini sevmelerinin birlikte

değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (Rad vd., 2016; Adib-Hajbaghery ve BolandianBafghi, 2020; Orhan ve Kökcü Doğan, 2021; Taghinezhad vd., 2022).

Araştırmamızda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.13). Buna rağmen, psikolojik güçlendirme puanları hariç diğer güçlendirme alanlarında hasta güvenliği kültürü eğitimi alan hemşirelerin puanları yüksek bulunmuştur. Hemşireleri ve gözetmen hemşireleri bir eğitim programı aracılığıyla güçlendirmenin yetişkin yoğun bakım ünitelerindeki hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla İran'da Amiri vd.nin (2018) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, hemşirelere hasta güvenliği konusunda eğitim verilmiş ve deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrasındaki güçlendirme puanlarını kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Yapılan başka bir deneysel çalışmada, hasta güvenliği kültürü geliştirmeye dayalı güçlendirme programının uygulandığı, eğitim programında hasta güvenliği kültürü ile ilgili eğitim verildiği ve eğitimi alan servis sorumlu hemşirelerin yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme puan ortalamalarının programın uygulanmasından sonra yapılan 3. değerlendirmede istatistik açısından önemli şekilde yüksek bulunduğu tespit edilmiştir (Yılmaz, 2019).

Araştırmamızda hemşirelerin ölçek puan ortalaması 2,76±0,61 olarak bulunmuştur. Boyutlardan "*Yönetim ve Liderlik*" puan ortalaması 2,72±0,63, "*Çalışan Davranışı*" puan ortalaması 2,74±0,64, "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*" puan ortalaması 2,76±0,71, "*Çalışanların Eğitimi*" puan ortalaması 2,78±0,70 ve "*Bakım Ortamı*" puan ortalaması 2,78±0,70'tir (Tablo 4.14). Ölçek puanının yorumlanmasında, puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir (Türkmen vd., 2011). Hasta güvenliği uygulamalarının hemşirelerin çalıştığı kurumlarda uygulandığını ve bu uygulamaların zamanla kültür halini almaya başladığı söylenebilir. Ancak hasta güvenliği kültürünün tam manasıyla oluştuğu ifade edilemez. Literatürde bu bulgumuzu destekleyen çalışmalar olduğu kadar farklı olan çalışmalar da bulunmaktadır. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeylerini incelemek için özel bir hastanede yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürü toplam ortalama puanı 3,23±0,37, "*Yönetim ve Liderlik*" 3,20±0,43, "*Çalışan Davranışı*"

3,24±0,36, "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*" 3,13±0,51, "*Çalışanların Eğitimi"* 3,35±0,44, "*Bakım Ortamı*" 3,33±0,43 olarak bulunmuştur (Koç vd., 2020). Arslan vd.nin (2020) yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği genel ortalama puanı 2,81±0,46 ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları; "*Yönetim ve Liderlik*" alt 2,73±0,51, "*Çalışan Eğitimi*", 2,88±0,52, "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*", 2,87±0,53, "*Bakım Ortamı*", 2,78±0,52, "*Çalışan Davranışı*" alt boyutu, 2,88±0,49 puan olarak saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü değerlendirme ölçüm aracı ile yapılan çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları 64,28±12,21 olarak tespit edilmiştir (Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin, 2015). Hemşireleri güçlendirme eğitim programının hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisini inceleyen İran'da Amiri vd.nin (2018) yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürü genel puan ortalamasının 2,88±0,38, "*Üniteler İçinde Ekip Çalışması*" 2,71±0,8, "*Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti*" 3,39±0,75, "*Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme*" 3,65±0,73, "*Hasta Güvenliği İçin Yönetim Desteği*" 3,08±1,04, "*Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim*" 3,39±0,81, "*İletişim Açıklığı*" 2,77±0,72, "*Raporlanan Olayların Sıklığı*" 2,77±0,62, "*Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması*" 3,08±0,84, "*Personel*" 1,76±0,54, "*Devretmeler ve Geçişler*" 2,56±0,86, "*Hatalara Cezalandırıcı Olmayan Yanıt*" 2,36±1,03 olarak saptanmıştır. İran'ın Kum kentindeki üç üniversite hastanesinde çalışan 338 hemşire arasında hasta güvenliği ve yeterliliğini değerlendiren bir çalışmada, hasta güvenliği kültürünün ortalama toplam puanı 3,08±0,49 ve hasta güvenliği yeterlilik toplam puanının ortalaması 3,84±0,44 olarak hesaplanmıştır (Hafezi vd.,2022). Kekamen vd.nin (2021) 2295 hemşire ile yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürü konusundaki cevaplarını olumlu bulup, ortalamalarının 3,31±0,73 ile 2,63±0,82 arasında olduğu ve hemşirelerin "*Personel*", "*Devretmeler ve Geçişler*", "*Olay Raporlama Sıklığı*", "*Hatalara Cezalandırıcı Olmayan Yanıt*", "*Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Teşvik Eden Eylemler*", "*İletişim Açıklığı*", "*Örgütsel Öğrenme Sürekli İyileştirme*", "*Birimler İçinde Ekip Çalışması*" ve "*Hasta Güvenliği İçin Yönetim Desteği*" algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güney Kore'de hastanelerdeki hemşire çalışma ortamının ve hasta güvenliği kültürünün hemşirelik bakımının kaçırılma durumları üzerindeki etkisini inceleyen Kim vd.nin (2018) yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürünün puan ortalamasının 3,30±0,37 ve ölçek alt boyutlarının puanları "*Ünite İçinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısı*" için 3,07±0,35, "*İletişim*" için 3,31±0.54, "*Denetmen/Yönetici*" için 3,43±0,55 olarak rapor edilmiştir.

Ürdün'deki farklı kamu ve özel hastanelerin yatan hasta ünitelerinde görev yapan 570 hemşire ile yapılan bir çalışmada, 350'sinin %35,2'si tarafından algılanan hasta güvenliğinin olumlu düzeyde bildirildiği (Mihdawi vd., 2020), Nijerya Namibya'da yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin çoğunun (%69,9) hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Sani vd., 2024). Mansoura Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü tutumları incelenen çalışmada, hasta güvenliği kültürü ortalama puanı 151,26±29,8 olduğu belirtilmiştir (Salih vd., 2021).

Araştırmamızda hemşirelerin yaşları ile "*Çalışan Davranışı*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur (p: 0,039). 21-25 yaş grubundaki hemşirelerin aldıkları puanlar, 30 yaş ve üzeri olan hemşirelere kıyasla önemli düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Hemşirelerin yaşları ile ölçek ve diğer boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında önemli farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15). 21-25 yaş diğer alt gruplarda hasta güvenliği kültürü puanları diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni genç hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki farkındalıklarının ve eğitimlerinin etkili olduğunu, genç neslin, sağlık hizmetleri alanındaki yeni yaklaşımlara daha açık olmaları, bu alanda daha yüksek puanlar almasına katkıda bulunurken, diğer yaş gruplarında anlamlılık olmaması hasta güvenliği kültürünün yaşa göre değil, bireysel yetkinliklere bağlı olduğunu ortaya koyduğu şeklinde yorumlanabilir. Aynı ölçek ile yapılan bir çalışmada, "*Çalışan Davranışı*" boyutu haricinde ölçek ve diğer alt boyutları arasında önemli farkın olduğu ve 30 yaş üstü olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının daha yüksek bulunduğu hesaplanmıştır (Koç vd., 2020). Bulut vd.nin (2023) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada, 30 yaş üzeri olan sağlık çalışanlarının, 30 yaş altına kıyasla hasta güvenliği kültürü boyutlarından "*Yönetici Beklentileri*" ve *Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri*", "*Hastane Ünite İçi Ekip Çalışması*" ve "*Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği*" puanlarının önemli düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarında kalite algısı ve hasta güvenliği kültürünün etkisini inceleyen başka bir çalışmada ise, 46 yaş üzeri katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları 26-35 yaş grubu katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanlarının önemli biçimde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Esendemir ve Erkan, 2024). Çevik' in (2018) yaptığı çalışmada, 41-50 yaş aralığında olan hemşirelerin "*Bakım Ortamı"*

puan ortalamaları 21-30 yaş olan hemşirelerden yüksek iken, 41-50 yaş aralığındaki hemşirelerin "*Yönetim ve Liderlik*" ile "*Çalışan Davranışı*" 21-30 yaş ve 31-40 yaş aralığındaki hemşirelerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de cerrahi kliniklerde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerini inceleyen çalışmada, sağlık çalışanlarının yaşları ile "*Örgütsel Öğrenme Sürekli İyileştirme*", "*Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Teşvik Eden Eylemler*", "*İletişim Açıklığı*", "*Birimler İçinde Ekip Çalışması*", "*Devretmeler ve Geçişler*" ve "*Hatalara Cezalandırıcı Olmayan Yanıt*" boyutları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Teleş ve Kaya, 2019). Bulgumuzdan farklı olarak Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin'in (2015) anlamlılık bulunmamış ancak 37 ve üzeri yaş grubunun hasta güvenliği kültürü puanları diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mihdawi vd.nin (2020) hemşirelerle yaptıkları çalışmada, yaş ile hasta güvenliği kültürü arasında önemli ilişki saptanmamıştır. Namibya'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaşları ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık bulunmuş, 45 yaş ve üstü hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanlarının diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek iken, 25 yaş ve altı grubunun ise daha düşük hasta güvenliği kültürü puanlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sani vd., 2024). Mısırlı hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını inceleyen Salih vd.nin (2021) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamaları ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlılık olduğu hatta yaşın hasta güvenliği kültürü üzerinde hafif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda hemşirelerin cinsiyetleri ile "*Yönetim ve Liderlik*" boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur (p: 0,047). Kadınların aldıkları puanlar, erkeklere önemli oranla düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Hemşirelerin cinsiyetleri ile ölçek ve diğer boyutları arasında önemli farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16). İş yaşamında kadın yöneticilerin ve liderlerin sayılarının az olmasına karşın bu bulgumuz sonucunda kadınların yönetime ve liderliğe erkeklerden daha yatkın oldukları söylenebilir. Ölçeğin diğer boyutlarında ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanında ise anlamlılık olmamasına rağmen, yine kadın hemşirelerin puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum da hasta güvenliği konusunda kadınların daha hassas oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bulgumuzu destekleyen bir çalışma olarak Çevik'in (2018), hemşirelerin cinsiyetleri ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında fark bulmadığı ancak "*Yönetim ve Liderlik*" boyutunda kadın hemşirelerin erkek hemşirelerden

yüksek puan aldığını saptamıştır. Bulgumuzla benzer olan Bektemür'ün (2018) yaptığı çalışmada, kadın çalışanların hasta güvenliği kültürü puanları erkek çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Esendemir ve Erkan'ın (2024) yaptıkları çalışmada, erkeklerin hasta güvenliği kültürü ölçek puan ortalamalarının (3,69±0,56) kadınların puanlarına (3,42±0,56) nazaran önemli olarak yüksek olduğu hesaplanmıştır. Ürdün'deki farklı kamu ve özel hastanelerin yatan hasta ünitelerinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü inceleyen Mihdawi vd.nin (2020) yaptıkları çalışmada, kadın hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı erkek hemşirelerinkinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmaların sonuçları bulgumuzu desteklememektedir. Bulut vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının erkeklere nazaran hasta güvenliği kültürü boyutlarından "*Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim*" puanlarının yüksek hesaplandığı ve aynı zamanda bu farkın önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmalarda da cinsiyet ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlılık bulunmamıştır (Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin, 2015; Arslan vd., 2020; Salih vd., 2021).

Araştırmamızda hemşirelerin medeni durumları ile "*Çalışan Davranışı*" (p: 0,026) ve "*Bakım Ortamı*" (p: 0,031) boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Bekar hemşirelerin çalışan davranışı ve bakım ortamı puanları, evli hemşirelere oranla önemli derecede yüksektir ($p<0.05$). Hemşirelerin medeni durumları ile ölçek ve diğer boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, medeni durumları arasında önemli farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) Diğer boyutlarda anlamlılık bulunmamasına rağmen bekar hemşirelerin aldığı puanlar evli olan hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Bekar hemşirelerin çalışan davranışı ve bakım ortamından aldıkları puanların evli hemşirelere nazaran daha yüksek olması, kişisel sorumluluklarının daha az olması nedeniyle işlerine daha fazla odaklanabilmelerinden ve esnek çalışma saatlerine uyum sağlama konusunda daha rahat olabileceklerinden kaynaklanabilir. Bu durum, onların hasta güvenliği uygulamalarını doğru bir şekilde gerçekleştirmeleri konusunda olumlu olarak etkileyebileceği şeklinde yorumlanabilir. Bulgumuzu destekleyen Mısır'da hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmada, bekar hemşirelerin hasta güvenliği puanları diğerlerine kıyasla anlamlılık saptanmıştır (Salih vd., 2021). Literatürde bulgumuza benzer olmayan çalışmalar yoğun olarak bulunmaktadır. Bektemür'ün (2018) özel hastanede yaptığı çalışmada, hemşirelerin medeni durumlarından bağımsız olarak

birbirine yakın hasta güvenliği kültürü puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada, hemşirelerin medeni durumları ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık tespit edilmemiştir (Çevik, 2018). Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin'in (2015) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin medeni durumu ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık bulunmamış olup evli olanların puanları bekarlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Nijerya'da üçüncü basamak bir hastanede yapılan çalışmada, hemşirelerin medeni durum ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık tespit edilmemiş, evli hemşirelerin hasta güvenliği puanları bekar hemşirelere oranla yüksek düzeyde bulunmuştur (Sani vd., 2024).

Araştırmamızda hemşirelerin eğitim durumları ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.18). Lisans derecesine sahip hemşirelerin ölçek geneli puanları diğerlerine nazaran daha düşük düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin eğitim düzeylerinden bağımsız olarak hasta güvenliği konusunda aynı derecede hassasiyet göstererek uygulamaları yaptıkları söylenebilir. Literatürde istatistiksel anlamlılık açısından bulgumuza benzer çalışmalar bulunmaktadır. Arslan vd.nin (2020) aynı ölçek ile yaptıkları çalışmada, lise mezunlarının ölçek puanlarının diğer mezunlardan daha yüksek bulunduğu ancak bu farkın önemli olmadığı görülmüştür. JCI standartlarına sahip olan bir özel hastanede aynı ölçek ile yapılan çalışmada, "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*" ve "*Bakım ve Teknoloji*" alt boyutlarında lise mezunu hemşirelerin diğerlerinden önemli derecede daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Koç vd., 2020). Kars'ta hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmada eğitim düzeyleri ile önemli fark bulunmamasına karşın beklendiği üzere doktora mezunlarının hasta güvenliği kültürü puanları diğerlerinden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin, 2015). Esendemir ve Erkan'ın (2024) sağlık çalışanları ile ilgili yaptıkları çalışmada, ön lisans mezunlarının hasta güvenliği kültürü puanları diğer mezunlardan daha yüksek bulunmuştur. Çin'de sağlık hizmeti sunan hastanelerde hasta güvenliği kültürü üzerine yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık saptanmamıştır (Hung vd., 2022). Bulgumuzdan farklı olarak Mısır'da yapılan çalışmada, çalışanların eğitim düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlılık saptanmış ve doktora mezunlarının hasta güvenliği

kültürüne sahip olduğu hesaplanmıştır (Salih vd., 2021). Özel hastanede hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü inceleyen Bektemür'ün (2018) çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliği kültürü düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Yiğitalp Rençber ve Ceylan'nın (2024) kamu ve özel hastane çalışanları ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin eğitim durumları ile hasta güvenliği kültürünün bazı alt boyutlarında anlamlılık bulunup, "*Çalışanların Davranışı*" ve "*Bakım Ortamı*" boyutlarından lise mezunlarının, "*Çalışanların Eğitimi*" boyutundan ortaokul mezunlarının en yüksek puanı aldıkları belirtilmiştir. Bulgumuz ve diğer çalışmaların sonuçları irdelendiğinde, eğitim düzeyinin artmasıyla hasta güvenliği kültürünün de var olması, bununla birlikte yüksek lisans ve doktora mezunlarının daha yüksek oranda hasta güvenliğine sahip çıkmaları ve zamanla bu uygulamaların kurumlarda kültürleşmesi beklenirken, yapılan araştırmalarda birbirinden farklı sonuçların olması beklenmeyen ve ilginç durum olarak ortaya çıkmaktadır.

Araştırmamızda hemşirelerin mesleki deneyimleri ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, mesleki deneyimleri arasında önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19). Çalışmanın yapıldığı popülasyonda mesleki deneyim sürelerinin 15 yılı aşmadığından, hasta güvenliği kültürü puanlarının birbirine yakın düzeyde çıkması da normal olarak kabul edilebilir. Bununla birlikte, Sağlıkta Kalite Standartları gereği tüm hastanelerde hasta güvenliği uygulamaları temelinde hemşirelik girişimlerinin yapılması zorunlu olmasından kaynaklı olarak yapılan uygulamaların zamanla kültür haline geldiği düşünülebilir. Arslan vd.nin (2020) tanımlayıcı ve kesitsel olarak yaptıkları çalışmada, mesleki deneyim ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık saptanmamış olup 11 yıl ve üzerinde mesleki deneyimi olanların "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*" boyutu hariç hasta güvenliği kültürü puanlarının diğer çalışanlara nazaran daha yüksek olarak hesaplanmıştır. Bulut vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada, meslekte çalışma süresi ile hasta güvenliği kültürü ölçeğinin bazı boyutları arasında anlamlılık saptanmış olup 5 yıl ve altı olan sağlık çalışanlarının 5 yıl üzerine kıyasla hasta güvenliği kültürü boyutlarından "*Hataların Raporlanma Sıklığı*", "*İletişimin Açıklığı*" ve "*Hatalar Hakkında Geribildirim*" ve *İletişim*" puanlarının daha yüksek olduğu bulunup, meslekte çalışma süresi 5 yıl üzeri olan sağlık çalışanlarının, 5 yıl ve altına nazaran hasta güvenliği kültürü boyutlarından "*Güvenliğin Kapsamlı Algılanması*", "*Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri*", "*Hastane Ünite İçi Ekip Çalışması*"

ve "*Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği*" "*Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması*" puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Esendemir ve Erkan'ın (2024) yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürü ölçeği ile katılımcıların mesleki tecrübeleri arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Teleş ve Kaya'nın (2019) hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeyini incelediği çalışmada, önemli farklılık olmamasına rağmen 6 yıl üzeri profesyonel istihdama sahip olan çalışanların hasta güvenliği puanlarının diğer gruplardaki personelden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Salih vd.nin (2021) yaptıkları çalışmada 1-5 yıl arasında mesleki deneyimi olanların, Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin'in (2015) çalışmasında 1 yıldan az mesleki deneyime sahip olanların hasta güvenliği kültürü düzeyleri önemli derecede daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise, 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçek ve boyutlarının puan ortalamaları, diğerlerinden önemli olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Koç vd., 2020).

Araştırmamızda hemşirelerin aylık gelir düzeyleri ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, aylık gelir düzeyleri arasında önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.20). Hemşirelerin aylık gelir düzeyleri fark etmeksizin hasta güvenliği kültürü uygulamalarını aynı derecede sahiplenerek yaptıkları söylenebilir. Güney Etiyopya'daki Gamo Bölgesi'nde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada, hemşirelerin aylık gelir düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü algısı arasında önemli ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (Beyene Shashamo vd., 2023). Bu sonuç bulgumuzu destekler niteliktedir. Türkiye'deki literatürde aylık gelir durumunun hasta güvenliği kültürü ile karşılaştırıldığı güncel çalışma olması bakımından sonucumuz önemli olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin çalıştığı hastane ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21). Özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçek puanları ve boyutları devlet hastanesine nazaran daha yüksektir. Bu durumun, özel hastanelerde hasta güvenliği kültürünün öncelikli hedef olarak belirlenmesinden ve uygulamaların da yönetim desteği ile tam olarak yerine getirilmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Anlamlılık bakımından bulgumuzdan farklı olarak Yiğitalp Rençber ve Ceylan'nın (2024) yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının çalıştıkları hastane ile hasta güvenliği kültürü ortalamaları karşılaştırma sonucunda özel sektörde çalışanlarının "*Yönetim ve Liderlik*", "*Çalışanların Davranışı*", "*Çalışanların Eğitimi*", "*Bakım*

Ortamı" ve "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*" boyutlarının ortalama puanları kamu çalışanlarına kıyasla önemli düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çin'deki 26 eyalette 8164 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, çalışılan kurum ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlılık bulunmuş, devlet hastanesinde çalışanların hasta güvenliği kültürü puanları özel hastanedekilere nazaran daha yüksek olarak hesaplanmıştır (Huang vd., 2022). Güney Etiyopya'daki Gamo Bölgesi'nde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada, hemşirelerin çalışılan hastaneler (devlet, özel) ile hasta güvenliği kültürü algısı arasında önemli ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Beyene Shashamo vd., 2023). İstanbul ilinde yer alan iki özel hastane ile iki eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 475 hemşire ile yapılan çalışmada, hemşirelerin çalışılan hastane ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlılık tespit edilmiş, özel hastanede çalışan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012).

Araştırmamızda hemşirelerin çalıştığı birimler ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Yenidoğan ve pediatri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölçekten ve boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diğer yoğun bakımda çalışan hemşirelere oranla önemli düzeyde yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.22). Yenidoğan ve pediatri yoğun bakım üniteleri, yüksek düzeyde uzmanlık ve özel eğitim gerektiren alanlardır (Balık ve Öztürk, 2016). Bu birimlerde çalışan hemşirelerin, hasta güvenliği uygulamalarını diğerlerine kıyasla daha özenle gerçekleştirdiklerinden kaynaklı olarak puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda bu uygulamaları sürekli olarak yapmalarının kültür haline dönüşmesine katkı sağladığı anlamına da gelmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin yönetim tarafından desteklendiği şeklinde de yorumlanabilir. Bulut vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım ve kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarının puanları arasında istatistik açısından önemli farklılık saptanmamıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumunun hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada, poliklinik, servis ve diğer bölümlerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık bulunmamıştır (Çevik, 2018). Salih vd.nin (2021) yaptıkları çalışmada, triyaj, doğumhane, acil servis, yoğun bakım ünitesi, ameliyathane ve kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık tespit edilmemiş, serviste çalışan hemşirelerin

hasta güvenliği kültürü puanları daha yüksek olarak hesaplanmıştır. Özcan'ın (2024) yaptığı çalışmada, dahiliye, acil servis, yoğun bakım, cerrahi ve idari birimlerde çalışan hemşirelerin, çalıştığı birim ile hasta güvenliği kültürü genel ölçek puanları ve "*Yönetim ve Liderlik*", "*Çalışan Davranışı*", "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*" ve "*Bakım Ortamı"* puanları arasında anlamlılık bulunmamış, yoğun bakım biriminde çalışanların ise "*Çalışanların Eğitimi*" alt boyutu puanlarının diğer birimlerde çalışan hemşirelerden önemli düzeyde düşük olduğu rapor edilmiştir. Bir üniversite hastanesindeki yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata tutumları ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları birim ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık bulunmuş, bulgumuzun sonucunda olduğu gibi pediatri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölçek genel puanlarının diğer yoğun bakımda çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ammouri vd.nin (2015) yaptıkları çalışmada, çalışılan birim ile hasta güvenliği kültürü algısı ile önemli ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile "*Çalışanların Eğitimi*" (p: 0,039) boyutunun karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur. Haftalık 45 saatin üstünde çalışan hemşirelerin 45 saatin altında çalışanlara kıyasla aldıkları puan ortalamaları önemli düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Haftalık 45 saatten fazla çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine verdikleri önem ve eğitime olan eğilimleri, hastanede geçirdikleri süre boyunca kendilerini geliştirdikleri şeklinde yorumlanabilir. Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.23). Literatürde bulgumuzla paralel olan ve farklılık gösteren çalışmalar mevcuttur. Bulgumuzu destekleyen Arslan vd.nin (2020) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin haftalık çalışma saati ile hasta güvenliği kültürü ölçek genel puanlarının arasında anlamlılık belirlenmemiş, sonucumuzdan farklı olarak 40 saat ve altı çalışan hemşirelerin "*Çalışan Eğitimi*" puanlarının 41 saat ve üstü çalışanlara kıyasla önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bektemür'ün (2018) İstanbul ilinde faaliyet gösteren özel bir hastanenin 408 çalışanı ile yaptığı çalışmada, çalışanların haftalık çalışma saatleri ile hasta güvenliği kültürü puanlarında anlamlılık tespit edilmemiştir. İstanbul ilinde eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada ise 40 saat altı çalışanların 40 saat üzerine kıyasla hasta güvenliği kültürü ölçeği boyutlarından "*Hataların Raporlanma Sıklığı*", "*İletişimin Açık Tutulması*",

"*Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim*", "*Personel Sağlama*" puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiş, 40 saat üzerinde çalışanların 40 saat altı çalışanlara nazaran "*Güvenliğin Kapsamlı Algılanması*" ve "*Hastane Ünite İçi Ekip Çalışması*" puanları ise önemli düzeyde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Bulut vd., 2023). Teleş ve Kaya'nın (2019) yaptıkları çalışmada, haftalık çalışma saati ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık olduğu, 60 saat altı çalışan hemşirelerin genel ölçek puan ortalamaları ve "*Örgütsel Öğrenme Sürekli İyileştirme*", "*Hasta Güvenliği İçin Yönetim Desteği*", "*Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim*", "*İletişim Açıklığı*", "*Birimler İçinde Ekip Çalışması*" ve "*Hastane Devirleri ve Geçişleri*" boyutlarının puan ortalamaları 60 saat ve üzerinde çalışanlardan daha yüksek olarak hesaplanmıştır. Çin'deki 26 eyalette sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeyini ölçmek için yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatleri ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık ortaya konulmuş olup 40 saat altında haftalık mesai yapanların puanları yüksek olduğu görülmüştür (Huang vd., 2022). Çiğal'ın (2024) yaptığı çalışmada, haftalık çalışma saati ile hasta güvenliği kültürü ve ölçek alt boyutlarında anlamlılık saptanmamış, ölçek genelinde 40 saat üstü çalışanların puanları daha yüksek olarak bildirilmiştir. Beyene Shashamo vd.nin (2023) yaptıkları çalışmada haftalık çalışma saatleri ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında ilişki olmadığı bulunmuş haftalık 60-79 saat çalışanların puanları daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin mesleği sevme durumları ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24). Mesleğini seven hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Sevginin, kozmik bir enerjiyi birçok şeye dönüştürebilen temel bir kavram olarak ortaya çıkmasıyla (Adib-Hajbaghery ve Bolandian Bafghi, 2020) mesleğini seven hemşirelerin de hastayı önemsediği ve onun hastanede güvenli bir biçimde hizmet almalarının gerekliliğini kavradığı düşünülebilir. Çalışan hemşirelerin mesleğini sevmesi veya sevgiyi bilmesi, insandan insana geçebilen ilgiyi de bildikleri anlamına gelebilir. Literatürde, mesleğini sevme ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumları ile ölçek ve boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25). Önemli farklılık çıkmamasının nedeni, bu

konuda eğitim alan ve almayan hemşirelerin birbirine yakın düzeylerde hasta güvenliği uygulamalarını önemsemelerinden ve dikkatli şekilde yerine getirmelerinden kaynaklı olabilir. Literatürde bulgumuzla aynı olan çalışmalar mevcuttur. Arslan vd.nin (2020) yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürü eğitimi alma ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık bulunmamış, eğitim alanların puanları yüksek bulunmuştur. Koç vd.nin (2020) yaptıkları çalışmada, çalışanların %98,6'sının hasta güvenliği kültürü eğitimi aldığı ancak hasta güvenliği kültürü puanlarında anlamlılık tespit edilmediği görülmüştür. Bulgumuzla aynı olmayan sonuçlar mevcuttur. Huang vd.nin (2022) Çin'de 8164 çalışan ile yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürü eğitimi alma ve hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlılık hesaplanmış ve hasta güvenliği eğitimi alan çalışanların puanları daha yüksek olarak bildirilmiştir. Kardaş Özdemir ve Akkuş Şahin'in (2015) yaptıkları çalışmada, hemşirelerden hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını belirtenlerin güvenlik kültürü puan ortalamalarının eğitim almayanlardan önemli derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mısır'lı hemşirelerle yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürü ile ilgili eğitim alan hemşirelerin hasta güvenliği kültür düzeyleri eğitim almayanlara nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Salih vd., 2021). Özcan'ın (2024) Ankara ilinde bir üniversite bünyesinde bulunan üç hastanenin yataklı kliniklerinde aktif olarak çalışan 245 hemşire ile yaptığı çalışmada, hasta güvenliği kültürü eğitimi alan hemşirelerin "*Çalışanların Eğitimi*" alt boyutundaki puanların ölçek genelinden ve diğer alt boyutlardan önemli derecede yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, hasta güvenliği kültürü eğitimi alan hemşirelerin "*Olay ve Hata Raporlama*" ve "*Çalışan Davranışı*" iki alt boyutunda eğitim alan grubun puan ortalamalarının önemli düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rızalar vd., 2016).

Araştırmamızda hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeği*", "*Yapısal Güçlendirme*", "*Psikolojik Güçlendirme*" ve "*Davranışsal Güçlendirme*" boyutlarının puanları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*", "*Yönetim ve Liderlik*", "*Çalışan Davranışı*", "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*", "*Çalışanların Eğitimi*" ve "*Bakım Ortamı*" boyutlarının puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin güçlendirme puanları arttığında, hasta güvenliği kültürü ölçeği ve boyutlarının puanları da artacaktır (Tablo 4.26). Hemşirelerin kendilerini daha güçlü

ve desteklenmiş hissetmeleri, hasta güvenliği uygulamalarını daha etkin bir şekilde benimsemelerine yardımcı olabilir. Güçlendirme düzeyi yüksek olan hemşireler, hasta güvenliği kültürünü daha iyi destekleyebilir. Bulgumuza yakın olan Arslanoğlu'nun (2019) yaptığı çalışmada, hasta güvenliği kültürü ile güçlendirme arasında istatistik açısından önemli pozitif, doğrusal ve orta bir ilişki ($r=0,420$, $p<0,001$) olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü üzerinde ($\beta=0,759$), önemli ve pozitif yönlü etkisinin olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin güçlendirme puanları hasta güvenliği kültüründeki değişimlerin %57,6'sını açıklamaktadır. Güçlendirme puanları artan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanlarının da yüksek olacağı belirlenmiştir (Tablo 4.27). Güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin oldukça güçlü olduğu, hemşirelerin kendilerini güçlendirilmiş hissetmelerinin, hasta güvenliği uygulamalarına yönelik olumlu bir katkı sağladığı ve hemşireleri güçlendirmenin, hasta güvenliği kültürünü geliştirmede kritik bir role sahip olduğu düşünülebilir. Literatürde bulgumuza benzer olan Amiri vd.nin (2018) yaptıkları çalışmada, güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne üzerindeki etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise, güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisinin olduğu ($R2=0,176$; $p=0,000$) görülmüştür (Arslanoğlu, 2019). Rusdi vd.nin (2024) yaptıkları literatür incelemesinde, hemşirenin performansının ve onu güçlendirmenin hasta güvenliği kültürünü geliştirmedeki rolünün önemi vurgulanmıştır. Sağlık personeli katılımı ve hasta güvenliği sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği sistematik bir inceleme ve meta-analiz çalışmasında, personel katılımını artırmanın hasta güvenliğini artırmanın etkili bir yolu olabileceği ve personel güçlendirmenin, hasta güvenliğine etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Janes vd., 2021).

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisini değerlendirme amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda;

Hemşirelerin %41,4'ünün 26-29 yaş aralığında ve yaş ortalamalarının 28,53±4,31 olduğu, çoğunluğunun kadın, bekar, lisans mezunu ve 5 yıl ve üzerinde mesleki deneyimlerinin olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin çoğunun devlet hastanesinde, haftalık 45 saat üstünde çalıştığı, mesleğini sevdiği, hasta güvenliği kültürü eğitimi aldığı, yarısının genel yoğun bakım ünitesinde görev yaptığı ve %39,7'sinin orta düzeyde aylık gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeği*" puan ortalamasının 3,12±0,70 ve "*Yapısal Güçlendirme*", "*Davranışsal Güçlendirme*" ve "*Psikolojik Güçlendirme*" boyutlarının puan ortalamalarının sırayla 2,98±0,78, 3,21±0,81 ve 3,18±0,80 olduğu hesaplanmıştır.

Hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durum ve çalışılan birim ile "*Güçlendirme Ölçeği*" karşılaştırılması sonucunda, istatistik açısından önemli fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hemşirelerin eğitim durumları, mesleki deneyimleri, aylık gelir düzeyleri, çalışılan hastane, haftalık çalışma saatleri, mesleği sevme durumları ve hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumları ile "*Güçlendirme Ölçeği*" karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" puan ortalaması 2,76±0,61 ve "*Yönetim ve Liderlik*", "*Çalışan Davranışı*", "*Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama*", "*Çalışanların Eğitimi*" ve "*Bakım Ortamı*" boyutlarının puan ortalamalarının sırasıyla 2,72±0,63, 2,74±0,64. 2,76±0,71, 2,78±0,70 ve 2,78±0,70 olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışılan birimler ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*"nin karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında istatistik açısından önemli fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, mesleki deneyimleri, aylık gelir düzeyleri, çalıştığı hastane, haftalık çalışma saatleri, mesleği sevme durumları ve hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumları ile "*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*"nin karşılaştırılması sonucunda, gruplar arasında önemli farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeği*" ve boyutlarının puanları ile "H*asta Güvenliği Kültürü Ölçeği*" ve boyutlarının puanları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin "*Güçlendirme Ölçeğ*i" ve boyutlarının puanları arttığında, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" ve boyutlarının puanları da artacaktır.

Güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü üzerinde ($\beta=0,759$), önemli ve pozitif yönlü etkisinin olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin güçlendirme puanları hasta güvenliği kültüründeki değişimlerin %57,6'sını açıklamaktadır. Güçlendirme puanları artan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanlarının da yüksek olacağı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar çerçevesinde önerilerimiz;

- Mesleğe yeni başlayan hemşireler için deneyimli hemşireler tarafından sağlanacak mentorluk veya koçluk programları oluşturulmalıdır. Bu

programlar, hemşirelerin mesleki gelişimlerini destekleyerek güçlendirme algılarını artırabilir.

- Hemşirelerin güçlendirmek için görüşlerini ve geri bildirimlerini paylaşabilecekleri düzenli iletişim kanalları oluşturulmalıdır.
- Hasta güvenliğine yönelik ortak hedeflerin belirlenmeli ve bu hedeflere ulaşmak için birlikte çalışılmalıdır.
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili deneyimlerini ve gözlemlerini paylaşabilecekleri düzenli toplantılar düzenlenmeli ve bu toplantılarda geri bildirim alınmalıdır.
- Hemşirelere yönelik güçlendirme ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili düzenli eğitim programları düzenlenmelidir.

KAYNAKÇA

Ackfeld, T., Schmutz, T., Guechi, Y., Le Terrier, C. (2022). Blood Transfusion Reactions-A Comprehensive Review of the Literature Including a Swiss Perspective. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(10), 2859.

Açıkgöz, R. ve Esen, Ü. B. (2024). Liderlik Özellikleri ile Kullanılan Güç Kaynakları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 27(2), 311-328.

Adib-Hajbaghery, M., ve BolandianBafghi, S. (2020). Love in Nursing: A Concept Analysis. *Journal of Caring Sciences*, *9*(2), 113.

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, (2025). https://www.afad.gov.tr Erişim Tarihi: 04.03.2025.

Agbar, F., Zhang, S., Wu, Y., Mustafa, M. (2023). Effect of Patient Safety Education İnterventions on Patient Safety Culture of Health Care Professionals: Systematic Review and Meta-Analysis. *Nurse Education in Practice*, 67, 103565.

Akgül, V. (2020). Gönen Termal Turizm Merkezindeki Otel İşletmelerinde Personel Güçlendirme ve Yaratıcılık İlişkisine Yönelik bir Uygulama. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, *15*(60), 790-805.

Akyüz, E., Bulut, H., Karadağ, M. (2019). Surgical Nurses' Knowledge and Practices about Informed Consent. *Nursing Ethics*, *26*(7-8), 2172-2184.

Al-Ghwary, A. A., Al-Oweidat, I. A., Al-Qudimat, A. R., Abu Shosha, G. M., Khalifeh, A. H., ALBashtawy, M. (2024). The Impact of Work Environment on Structural Empowerment among Nurses in Governmental Hospitals. Nursing Reports, 14(1), 482-493.

Al Otaibi, S. M., Âmin, M., Winterton, J., Bolt, E. E. T., Cafferkey, K. (2023). The Role of Empowering Leadership and Psychological Empowerment on Nurses' Work Engagement and Affective Commitment. *International Journal of Organizational Analysis*, 31(6); 2536-2560.

Albasal, N. A., Eshah, N., Minyawi, H. E., Albashtawy, M., Alkhawaldeh, A. (2022). Structural and Psychological Empowerment and Organizational Commitment Among Staff Nurses in Jordan. In *Nursing Forum*, 57 (4), 624-631.

Ali, M., Zhang, L., Shah, S. J., Khan, S., Shah, A. M. (2020). Impact of Humble Leadership on Project Success: The Mediating Role of Psychological Empowerment and İnnovative Work Behavior. *Leadership and Organization Development Journal*, *41*(3), 349-367.

Almış, H. İlaç Hataları. (2020). *Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi*. (Bozbuğu, N ve Cengiz, Y) içinde, 111-116. Malatya: İnönü Üniversiyesi Yayınevi.

Alsaad, S. M., Alabdulwahed, M., Rabea, N. M., Tharkar, S., Alodhayani, A. A. (2024, February). Knowledge, Attitudes, and Practices of Nurses Toward Risk Factors and Prevention of Falls in Older Adult Patients in a Large-Sized Tertiary Care Setting. In *Healthcare*, 12(4), 472.

Alshemmari, J. M. H. J. (2023). An Empirical Study on Employee Empowerment Role in Increasing Efficiency of Employee Performance. *Journal of Logistics, Informatics and Service Science*, 10(1), 52-71.

Altıntaş, M. (2023). *Psikolojik güçlendirmenin yenilikçi iş davranışı üzerine etkisinde örgütsel özdeşleşmenin aracı rolü.* Doktora Tezi. Pamukkale Üniversitesi.Denizli.

Altun, E. (2024). *Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Haklarına İlişkin Sözleşme Çerçevesinde Türkiye'de Engellilerin Temel Haklara Erişiminin Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans. Dicle Üniversitesi. Diyarbakır.

Altun, N., ve Ötün, T. (2024). Hasta Kimliğinin Doğrulanmasında Kol Bandının (Bilekliklerin) Kullanımı: Sistematik Derleme. 18. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, 181-188.

Amiri, M., Khademian, Z., Nikandish, R. (2018). The Effect of Nurse Empowerment Educational Program on Patient Safety Culture: A Randomized Controlled Trial. *BMC medical education*, 18(158), 1-8

Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Muliira, J. K., Geethakrishnan, R., Al Kindi, S. N. (2015). Patient Safety Culture Among Nurses. *International Nursing review*, *62*(1), 102-110.

Arslan, S., Aydıngülü, N., Gülşen, M., Doğan, S. D., Erden, S. (2020). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürleri ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(4), 527-533.

Arslan, S. ve Basit, G. (2021). Türkiye'de Hemşirelik Lisans Programlarında Yürütülen Kalite ve Hasta Güvenliği Derslerinin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 252-262.

Arslan, R. ve Demir, G. (2022). *G-Power ve MINITAB Uygulamalı Örnekleme Yöntemleri.* Ankara: Nobel Yayınları.

Arslanoğlu, A. (2019). Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. Assam *Uluslararası Hakemli Dergi*, 6(13), 102-111.

Arslanoğlu, A., ve Arslan Kabadayı, M. (2023). Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi ile İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Karşılaştırması. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(12), 76-86.

Aslan, S. (2022). *Personel Güçlendirme, Personel Güçlendirmeyi Etkileyen Faktörler ve Bu Faktörlerin Dematel Yöntemi ile Analiz Edilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi. Bilecik.

Aslan, N., ve Pekerşen, Y. (2021). Turizm İşletmelerinde Personel Güçlendirme. *Journal of Eurasia Tourism Research*, 2(2), 82-91.

Aslan, Ş., ve Sünbül, F. (2018). Sağlık Çalışanlarında Personel Güçlendirme, Başarı Güdüsü ve Etik Liderliğin Demografik Açıdan Farklılıkları. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1(1), 13-26.

Aslan, Y. (2020). İlaç Kaynaklı Tıbbi Hata/Olay Bildirimlerin Dünya Sağlık Örgütü "Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması"na göre Değerlendirilmesi. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 3(1), 20-25.

Aslan, Y., ve Tarım, M. (2022). Elektronik Olay Bildirim Sistemi Üzerinden Raporlanan Hasta Düşmelerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Nursology*, 25(2), 101-105.

Apaydın, R. (2020). *Sağlık Çalışanlarının Engelli Bireylere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi-Bir Üniversite Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. İstanbul.

Atalay, H. N. (2021). Mahremiyet Kapsamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması ve Depolanması. *Journal of Academic Perspective on Social Studies*, *(1), 1-20.*

Avelino, F. (2021). Theories of Power and Social Change. Power Contestations and their Implications for Research on Social Change and Innovation. *Journal of Political Power*, 14(3), 425-448.

Avcı, N., ve Yarar, O. (2022). İşyeri Maneviyatı ile Duygusal Emeğin Çalışanları Güçlendirme Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi: Bir Yerel Yönetim Kuruluşunda Uygulama. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3), 633-646.

Ayala Calvo, J. C., ve García, G. M. (2018). Hardiness As Moderator of the Relationship Between Structural and Psychological Empowerment on Burnout in Middle Managers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 91(2), 362-384.

Aydın, E. (2024). *Hemşirelerin Psikolojik Güçlendirmeleri ile Verimliliklerine İlişkin Tutumları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Niğde.

Aydın Berktaş, Ö. (2024). The Rational Drug use Within the Scope of Patient Safety. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(3), 146-153.

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

Bag, B. (2020). Güçlendirme (Empowerment): Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları İçin Güncel bir Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 12(3), 368-381.

Bahrami, M.A., Chalak, M., Razieh Montazeralfaraj, R., Tafti, A.D., (2014). Iranian Nurses' Perception of Patient Safety Culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4), 2-9.

Baksh, M. M., Amer, Y. S., Titi, M. A., Jamal, D., Al-Muammar, A. M., El-Jardali, F. (2025). A Decade of Excellence: Accreditation's Long-Term Impact on

Quality, Safety, and Performance at King Saud University Medical City. *Journal of Nature and Science of Medicine*, 8(1), 49-62.

Balık, T., Öztürk, H. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Personelinin Güçlendirilmesine İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 140-151.

Baran, Z. ve Akın E. (2023). Hemşire Kaynaklı İlaç Hatalarının Nedenleri ve Önlenmesine Yönelik Güncel Yaklaşımlar: Sistematik Derleme. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 58-76.

Başaran Açıl ve S., Duygulu, S. (2014). Hemşirelikte Güç Kavramının Analizi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 62-73.

Bat Tonkuş., M ve İpek., D. (2020). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Uygulama Alanlarında Hasta Güvenliği İçin Gerekli Kimlik Doğrulama Tutumlarının ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Medical Sciences*, 1(5), 27-35.

Batuk Turan, S. (2018). Yapısal güçlendirme: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 13(49), 101-111.

Bayer, E., ve Çevik, G. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Bir Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 653-676.

Beach, M. C., Branyon, E., Saha, S. (2017). Diverse Patient Perspectives on Respect in Healthcare: A Qualitative Study. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2076-2080.

Bediako, A. A., Ofosu-Poku, R., Druye, A. A. (2021). Safe Blood Transfusion Practices Among Nurses in a Major Referral Center in Ghana. *Advances in Hematology*, 2021(1), 13.

Bektaş Akpınar, N ve Aşkın Ceran, M. (2020). Afetlerle İlgili Güncel Yaklaşımlar ve Afet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 28-40.

Bektemür, G. (2018). İç Girişimciliğin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Bir özel hastane uygulaması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(3), 161-177.

Benolli, F., Guidotti, M., Bisogni, F., 2021. The CBRN Threat. Perspective of an İnteragency Response. International Security Management*: New Solutions to Complexity*, 429-448. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42523-4_29.

Berke Aktar, Z. ve Yarar, O. (2023). Safety Surgery Control List in International Patient Safety Targets. *Bosphorus Medical Journal/Boğaziçi Tıp Dergisi*, 10(4), 281-285. DOI: 10.14744/bmj.2023.38257.

Beyene Shashamo, B., Endashaw Yesera, G., Girma Abate, M., Estifanos Madebo, W., Ena Digesa, L., Chonka Choramo, T. (2023). Patient Safety Culture and Associated Factors Among Nurses Working at Public Hospitals in Gamo Zone, Southern Ethiopia. *BMC health services research*, 23(1), 670.

Bıyıkbeyi, T., Taşlıyan, M. (2020). Psikolojik Güçlendirme ile Benimsenmiş Ulusal Kültürel Değerler Arasındaki İlişki: İstanbul İlinde Bir Alan Araştırması. *The Journal of International Lingual Social and Educational Sciences*, *6*(1), 124-140.

Biresaw, H., Asfaw, N., Zewdu, F. (2020). Knowledge and Attitude of Nurses Towards Patient Safety And its Associated Factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13(1) 1-7.

Bjerkan, J., Valderaune, V., Olsen, R. M. (2021). Patient Safety Through Nursing Documentation: Barriers Identified by Healthcare Professionals and Students. *Frontiers in Computer Science*, 3(1), 1-11. doi: 10.3389/fcomp.2021.624555.

Blair C. (2020). *Exploring The Relationships Among New Graduate Nurses'structural Empowerment, Psychological Empowerment, Work Engagement, And Clinical Nurse Educator Leadership In Acute Care Settings*. The University of Western Master thesis. Ontario.

Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., Clarke, S. (2017). Effect of Transformational Leadership on Job Satisfaction and Patient Safety Outcomes. *Nursing 111utlook*, 66(2), 180-189.

Bolcato, V., Franzetti, C., Fassina, G., Basile, G., Martinez, R. M., Tronconi, L. P. (2024). Comparative Study on İnformed Consent Regulation in Health Care

Among Italy, France, United Kingdom, Nordic Countries, Germany, and Spain. *Journal of forensic and legal medicine*, 103(1), 1-10.

Borrego, Y., Orgambídez, A., Mora-Jaureguialde, B. (2023). Empowerment and Job Satisfaction in University Teachers: A Theory of Powers in Educational Organizations. *Psychology in the Schools*, 60(3), 843-854.

Boudrias, J. S., Gaudreau, P., Savoie, A., Morin, A. J. (2009). Employee Empowerment: From Managerial Practices to Employees' Behavioral Empowerment. *Leadership And Organization Development Journal*, 30(7), 625-638.

Boymuradov, S. A., Rose, D., Raymond, V., Okhunov, A. O. (2025). World History of the Development of Surgery. *Journal of Educatıon and Scıentıfic Medıcıne*, 22(2), 2-14.

Bölükbaş, F. ve Koc, A. (2023). 2000-2022 Yılları Arasında Hemşirelik Alanında Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Konulu Yüksek Lisans Tezlerinin Retrospektif İncelenmesi. *Medical Research Reports*, 6(2), 91-106.

Bueno, D. C., ve Salapa, A. C. (2021). The Transformation of Organizational Theories from Classical to Contemporary: Analysis in the Context of Public Administration. *Institutional Multidisciplinary Research and Development Journal*, 4(1), 1-14.

Bulut, S. (2025). *X, Y ve Z Kuşağındaki Bireylerin Engellilere Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması.* Yüksek Lisans. Atatürk Üniversitesi. Erzurum.

Bulut, A., Şengül, H., Çelik, Z. (2023). Hasta Güvenliği Kültürü: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 224-240.

Büte M. (2024). Yardimsever Liderlik, Davranışsal Personel Güçlendirme ve Bireysel Performans Arasindaki İlişki. *Social sciences studies journal (SSSJournal)*, 4(22), 3880-3892.

Büyüköztürk, Ş. (2020). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analiz El Kitabı* (27. Baskı). Ankara: Pegem Yayınları.

Cavadova, S., Özbilgin, Ş., Kuvaki, B., Yüksel, K. (2024). Mavi Kod Uygulamalarının Elektronik Kayıt Kullanılmaya Başlandıktan Sonraki Döneminin Retrospektif Değerlendirilmesi. *Türk Resüsitasyon Dergisi*, 3(2), 58-74.

Cappelli, E., Zaghini, F., Fiorini, J., Sili, A. (2024). Healthcare-Associated Infections and Nursing Leadership: A Systematic Review. *Journal of Infection Prevention*, 0(0),1-13

Chen, A. M. (2024). Crossing The Digital Chasm: A Narrative Review on How Technology can Improve Healthcare Access. *Journal of Hospital Management And Health Policy*, 8(26),1-11.

Ciğal, S. (2024). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutumları ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Cindiloğlu Demirer, M. (2020). Yapısal ve Psikolojik Güçlendirmenin Kariyer Tatmini ve Yenilikçi İş Davranışı Üzerine Etkisi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 15(1), 165-184.

Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.

Conger, J. A., ve Kanungo, R. N. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.

Coun, M., Peters, P., Blomme, R. J., Schaveling, J. (2022). 'To Empower or not to Empower, That's The Question'. Using An Empowerment Process Approach To Explain Employees' Workplace Proactivity. *The International Journal of Human Resource Management*, 33(14), 2829-2855.

Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P., Paananen, T., Chatterjee, G. E. (2021). The Essentials of Nursing Leadership: A Systematic Review of Factors and Educational İnterventions İnfluencing Nursing Leadership. *International Journal of Nursing Studies*, *115*, 103842.

Classen, D. C., Longhurst, C., Thomas, E. J. (2023). Bending the Patient Safety Curve: How Much can aI Help? *NPJ Digital Medicine*, 6(1), 1-2.

Çağatay, A., Kızılkaya, S. (2021). Sağlık Çalışanlarının Güç Mesafesi ve Liderlik Tarzına Yönelik Kişisel ve Örgütsel Algılarının Karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 536-560.

Çağlar, B., Serin, S., Kıyak, R. (2022). *Hasta Transferi Temel İlkeler*. Akademisyen Kitabevi. Ankara.

Çamlıca, T., Kaya, V., Kılınç, G., Eker, D., Alkaya Solmaz, F., Başer Kolcu, M. İ., Kolcu, G., Ercan, S., Yazkan, R. (2024). Sağlıkta Kalite Standartları Eğitiminin İntörn Hekimlerin Hasta Kimliğini Tanımlama ve Doğrulama Bilgisine Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(2), 225-236.

Cerit Soydan, F. (2022). Hemşirelerde Güçlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Güçlendirmenin Çalışmaya Tutkunluğa Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi. İstanbul.

Çepni, N. (2022). *Empati ile Psikolojik Güçlendirmenin Tükenmişlik Üzerine Etkisinde Yapısal Güçlendirmenin Düzenleyici Etkisi*. Doktora Tezi. Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi. Çanakkale.

Çetiner, N., ve Özdemir, M. (2022). Sosyal Medyada Gelişmeleri Kaçırma Korkusunun Personel Güçlendirme ve İş Tatmini Arasındaki İlişki Üzerinde Düzenleyici Etkisi. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 14(26), 201-227.

Çevik, G. (2018). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans. Süleyman Demirel Üniversitesi. Isparta.

Çınar, D., ve Karadakovan, A. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2), 116-122.

Çınar, F., Kutlu, T. (2021). Cerrahi Hemşirelerinin Yapısal ve Psikolojik Güçlendirilmelerinin Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürüne Etkisi. *Gevher nesıbe journal of medıcal and health scıences*, 6(11), 20-28.

Çiçek Korkmaz, A. (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 10-19.

Çubukcu, M. (2018). Organizasyon Yapısını Belirleyen Faktörler ve Yapının Önemi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 175-190.

Datpınar, M., ve Torun, N. (2023). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Farkındalıkları: Güçlü ve Zayıf Yönleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(2), 145-153.

Daud, S. M. S. M., Yusof, M. Y. P. M., Heo, C. C., Khoo, L. S., Singh, M. K. C., Mahmood, M. S., Nawawi, H. (2022). Applications of Drone in Disaster Management: A Scoping Review. *Science And Justice*, 62(1), 30-42.

Demir, S. (2023). Psikolojik Güçlendirme Yaklaşımı ile Öğretmenlerin Proaktif Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 839-854.

Demirtaş. C. (2024). *Hemşireler Tarafından Sunulan Bakımın Öznel ve Nesnel Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

Dirik, H. F., ve Seren Intepeler, S. (2023). An Authentic Leadership Training Programme to İncrease Nurse Empowerment and Patient Safety: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(4), 1417-1428.

Dirik, H. F., ve Seren Intepeler, S. (2017). The Work Environment and Empowerment as Predictors of Patient Safety Culture in Turkey. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 256-265.

Doherty, D. P., ve Hunter Revell, S. M. (2020). Developing Nurse Leaders: Toward a Theory of Authentic Leadership Empowerment. *In Nursing Forum,* 55(1),416-424.

Dökmeci, A. H., ve Deniz, E. (2023). Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer (KBRN) Olaylarında Sağlık Okuryazarlığı. *Afet ve Risk Dergisi*, 6(1), 273-293.

Duffielf, H.L.C ve Read, E. (2020). Hemşirelik Mesleğinde Liderlik ve Güçlendirme. *Liderlik ve Hemşirelik*. (Gürsoy, E). 171-186 2. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Dursun Engin, M., ve Vatan, F. (2020). Hemşirelerin Örgüt Kültürü ve Güçlendirme Algılarının İncelenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(49), 102-114.

Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-14.

Durusoy, Y. Y. (2022). Vakıf Üniversitesi Çalışanlarında Personel Güçlendirmenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi,* 8(3), 56-63.

Duygulu, S., ve Başaran Açıl, S. (2023). Önderlik (Güç, otorite ve Etkileme). Tatar Baykal, Ü., Ercan Türkmen, E içinde, Hemşirelikte yönetim (2.Baskı). (ss,167-181), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Ece F. (2016). *Hemşirelikte Güçlendirmenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Echebiri, C. K. (2021). *Employee-Driven İnnovation: An Empowerment-Based View (Doctoral Thesis.)* Netherlands Faculty of Business and Social Sciences, Netherlands.

Elbaih, A. H., ve Alnasser, S. R. (2020). Teaching Approach for Start Triage in Disaster Management. *Medicine*, 9(4), 1109-12.

Er, F., ve Altuntaş, S. (2014). Hemşirelikte Personel Güçlendirme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 3(1), 155-160.

Er, M. N. (2024). Hastane Birimlerindeki Hasta Güvenliği Kültürüne Genel Bir Bakış. *Atlas Journal of Medicine*, 4(11), 164-176.

Eraslan, N., Hayran, O., Yüksel, S. (2022). Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisinin Yapisal Eşitlik Modellemesiyle İncelenmesi. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 7(3), 444-460.

Eraydın, C., Tezcan, B., Koç, Z. (2019). İlaç Yönetiminde Bir Sistem: Pyxis Otomasyon Sisteminin Hemşirelerin İlaç Uygulamalarına Etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *6*(2), 100-104.

Erbay, E. (2019). Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(42), 41-64.

Ergen, B., ve Yıldırım Tank, D. (2023). Ameliyathanede Hayati Bir Liste: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(2), 146-151.

Eroğlu, S., ve Eşer, İ. (2021). II. Uluslararası IV. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi. Tarihsel Süreç İçinde Hasta Güvenliği Önlemlerinin Gelişimi. *Reasarcgate*. 352-356. https://www.researchgate.net/publication/383526944.

Ertaş, M. F. ve Bahçe, Z. (2023). Engelli Hastalara Yönelik Tibbi Sosyal Hizmetlerde Hastane Yönetiminin Rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(87), 981-1006.

Ertürk, C., Dönmez, P., Özmen, D. (2016). Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 32(1), 19-33.

Esendemir, E., ve Erkan, I. (2024). Hastane Çalışanlarının Kalite Algısı ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(3), 499-512.

Eskibina, Y. (2019). Personel Güçlendirmenin İş Tatminine Etkisi: Yardımcı Yargı Personeli Üzerine Bir Araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(72), 1606-1618.

Eyüboğlu G ve Duygulu S. (2019). Turkish Nurses' Perception of Empowerment and Self-Assesment of their Problem Solving Abilities. *Int J Caring Sciences*, 12(1), 188-197.

Farokhzadian, J., Dehghan Nayeri, N., Borhani, F. (2018). The Long way Ahead to Achieve an Effective Patient Safety Culture: Challenges Perceived by Nurses. *BMC Health Services Research*, 18(654) 1-13.

Favaro, A., Wong, C., Oudshoorn, A. (2021). Relationships among sex, empowerment, workplace bullying and Job Turnover Intention of New Graduate nurses. *Journal of clinical nursing*, 30(10), 1273-1284.

Feiz, D., Dehghani Soltani, M., Farsizadeh, H. (2019). The Effect of Knowledge Sharing on the Psychological Empowerment in Higher Education Mediated by Organizational Memory. *Studies in Higher Education*, 44(1), 3-19.

Fragkos K.C ve Makrykosta P, Frangos C.C. (2020). Structural Empowerment is a Strong Predictor of Organisational Commitment in Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing,* 76(4), 939-962.

Fowler, K. R., Robbins, L. K., Lucero, A. (2021). Nurse Manager Communication And Outcomes For Nursing: An İntegrative Review. *Journal of nursing management*, 29(6), 1486-1495.

García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. (2018). Relationships Between Leadership, Structural Empowerment, And Engagement İn Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2809-2819.

Geçit, S. ve Özbayır, T. (2020). Hemşire ve Hekimlerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(3), 163-173.

Geller, G., Schell-Chaple, H., Turner, K., Anderson, W. G., Beach, M. C. (2018). Measuring Patient Respect in the İntensive Care Unit: Validation of The ICU-RESPECT İnstrument. *Journal of Critical Care*, *46(1)*, 63-66.

Gemlik, N., Şeker, R., Arslanoğlu, A., Çengel, Ö. (2022). Sağlık Kurulunda Çalışanların İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *9*(4), 344-350.

Gormley, G. J., Dempster, M., Corry, R., Brennan, C. (2018). 'When Right Could be so Wrong'. Laterality Errors in Healthcare. *The Ulster Medical Journal*, 87(1), 3.

Göçmen Avcı, G. (2021). Hemşirelerin Kimlik Doğrulama Uygulamalarının Belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 71-76.

Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53-59.

Gökharman, D. F., Aydın, S., Koşar, P. N. (2016). Radyasyon Güvenliğinde Mesleki Olarak Bilmemiz Gerekenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 35-40.

Göray, M., ve Peker, S. (2022). Kan ve Kan Ürünleri Hizmetleri Yönetimi. *Disiplinlerarası Yenilik Araştırmaları Dergisi*, *2*(1), 15-28.

Gül, İ. (2010). *Kalite yönetim sistemi çerçevesinde hasta güvenliği kültürünün çalışma ortamı açısından belirlenmesine yönelik bir araştırma.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Gündoğdu, S., ve Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(2), 119-128.

Güneş, S., Ve Özkan, S. (2021). Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Transferi. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 54-69.

Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., Bitzas, V. (2021). Creating Empowering Conditions for Nurses with Workplace Autonomy and Agency: How Healthcare Leaders Could Be Guided By Strengths-Based Nursing And Healthcare Leadership (SBNH-L). *Journal of Healthcare Leadership*, 13(1), 169–181 .

Hafezi, A., Babaii, A., Aghaie, B., Abbasinia, M. (2022). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Safety Competency with Adverse Events: A Multicenter Cross-Sectional Study. *BMC nursing*, 21(1), 292.

Hall, D. E., Prochazka, A. V., Fink, A. S. (2012). Informed Consent For Clinical Treatment. *Canadian Medical Association or its licensors*, 184(5), 533-540.

Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Knutsen, I. R. (2020). Empowerment İn Healthcare: A Thematic Synthesis and Critical Discussion of Concept Analyses of Empowerment. *Patient Education and Counseling*, 103(7), 1263-1271.

Harmancı Seren, A.K ve Çelebi Çakıroğlu, O. (2023). Yöntem Kavram ve Kuramları. Tatar Baykal, Ü ve Ercan Türkmen, E içinde, *Hemşirelikte Yönetim*. 9-32. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Hayta, Y., ve İnsafoğlu, S. (2024). Afet Yönetimine Yönelik Lider Yönetici Modeli. *The Journal of Academic Social Science*, 9(116), 225-241. DOI:10.29228/ASOS.51118.

Hashemian, M., Salami, Z., Azizpour, I., Mirzaei, A. (2023). Evaluation of the Safety Status of İntrahospital Transfer of Critically İll Patients from the Perspective of Emergency and ICU Nurses: A Cross-Sectional Study in Iran. *BMJ Open*, 13(10), 1-9.

Haukland, E. C., Mevik, K., von Plessen, C., Nieder, C., Vonen, B. (2019). Contribution tf Adverse Events to Death of Hospitalised Patients. *BMJ Open Quality*, *8*(1), 1-8.

Heng, E., Kelana, B. W. Y., Ismail, S. A., Hishan, S. S. (2021). Nurses' Perception of Structural Empowerment in Commitment Towards Quality Improvement Sustainability. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences,* 11(8), 113–124.

Henneman, P. L., Fisher, D. L., Henneman, E. A., Pham, T. A., Campbell, M. M., Nathanson, B. H. (2010). Patient İdentification Errors are Common in a Simulated Setting. *Annals of Emergency Medicine*, 55(6), 503-509.

Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., Wurmser, T. A. (2019). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*, *34*(4), 287-294.

Huang, H., Xiao, L., Chen, Z., Cao, S., Zheng, S., Zhao, Q., Xiao, M. (2022). A National Study of Patient Safety Culture and Patient Safety Goal in Chinese Hospitals. *Journal of Patient Safety*, *18*(8), 1167-1173.

Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP), (2022). https://www.hemed.org.tr/2022-hucep/ Erişim Tarihi: 11.02.2025.

Hulshof, I. L., Demerouti, E., Le Blanc, P. M. (2020). Providing Services During Times of Change: Can Employees Maintain their Levels of Empowerment, Work Engagement and Service Quality Through a Job Crafting Intervention? *Frontiers in Psychology*, 11(87), 1-15.

Ilorah, O. V., Harrichandparsad, R., Naidoo, M. (2024). Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices of the WHO Surgical Checklist in Neurosurgery at a Quaternary Referral Hospital, Durban, South Africa. *Interdisciplinary Neurosurgery*, 36(1),1-7.

Irvine D, Leatt P, Evans M, Barker R. (1999). Measurement of Staff Empowerment Within Health Service Organizations. *J Nurs Manag*. 7(1), 79-95.

Işıkhan, V. (2021). Afetlere Müdahale Eden Yardım Personelini Güçlendirme. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi,* 7(2), 399-406.

İncesu, E. (2018). Hayata Dönüşün Adı "Mavi Kod" Seydişehir Devlet Hastanesi Mavi Kod Birimine Yapılan Bildirim Raporlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 26-39.

. İytemür, A., ve Tekeli Yeşil, S. (2020). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile ilgili Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 138-148.

Jafari, F., Salari, N., Hosseinian-Far, A., Abdi, A., Ezatizadeh, N. (2021). Predicting Positive Organizational Behavior Based On Structural And Psychological Empowerment Among Nurses. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(38*)*, 1-9.

Janes, G., Mills, T., Budworth, L., Johnson, J., Lawton, R. (2021). The Association Between Health Care Staff Engagement and Patient Safety Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, 17(3), 207-216.

Jun, J., Kovner, C. T., Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and Facilitators of Nurses' Use of Clinical Practice Guidelines: An İntegrative Review. *International Journal of Nursing Studies*, 60(1), 54-68.

Kaçar, T., Demirarslan, A. T., Topçu, İ., Keleş, G. T. (2022). COVID-19 Dönemine Ait Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *9*(2), 234-238.

Kahraman, G., Özyiğit, G., Kaya, S. (2016). Hastanelerin Radyoloji, Radyoterapi ve Nükleer Tıp Biriminde Çalışan Sağlık Personelinin Çalışan Güvenliği Konusundaki Farkındalığı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *19*(3), 305-324.

Kakemam, E., Gharaee, H., Rajabi, M. R., Nadernejad, M., Khakdel, Z., Raeissi, P., Kalhor, R. (2021). Nurses' Perception of Patient Safety Culture and İts Relationship With Adverse Events: A National Questionnaire Survey in Iran. *BMC nursing*, 20(60), 1-10.

Kalaycı, Ş. (2005). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatiksel Teknikler (6. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Kansoy, S. U. (2021). Personel Güçlendirmenin İşletmeler Açısından Önemi. *OPUS International Journal of Society Researches*, *18*(Yönetim ve Organizasyon Özel Sayısı), 18(11), 1828-1848.

Karabey, G., Kızıltan, B., Sabancıoğulları, S. (2023). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Gözetme Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 123-132.

Karacif, F. (2021). *Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bilgileri, Tutumları ve Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşması Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisan Tezi. Uludağ Üniversitesi. Bursa.

Karadaş Özdemir, F. ve Akgün Sahin, Z. (2015). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli ornegi. *Ordu Tip Dergisi*, *2*, 139-144.

Karavardar, G. (2017). Mavi Yakali Çalişanlarda Psikolojik Personel Güçlendirme ve İş Tatmini Arasindaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Görgül Bir Araştirma. *Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-26.

Karagöz, Y. (2021). SPSS ve AMOS 24 Uygulamalı İstatiksel Analizler, 3. Baskı. Nobel Yayıncılık, Ankara.

Kaya, G., Gareayaghi, N., Altındiş, M. (2024). Kan Transfüzyonu Güvenliğini Sağlamada Yapay Zekâ Teknolojileri. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 8(1), 23-31.

Kahriman, I. ve Özturk, H. (2019). Developmant of a Medical Error Scale for Nursing Students: A Methodological Study. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 9(3), 210-219.

Kaur, A. (2020). Wheelchair Control for Disabled Patients Using EMG/EOG Based Human Machine İnterface: A Review. *Journal of Medical Engineering and Technology*, 45(1), 61-74.

Kerse, G., ve Karabey, C. N. (2017). Algılanan Örgütsel Desteğin Örgütsel Özdeşleşmeye Etkisi: Örgütsel Sinizmin Aracı Rolü. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(4), 375-398.

Khalid, N., Qayyum, A., Bilal, M., Al-Fuqaha, A., Qadir, J. (2023). Privacy-Preserving Artificial İntelligence in Healthcare: Techniques and Applications. *Computers in Biology and Medicine*, 158(1), 1-21.

Khan, B. P., Griffin, M. T. Q., Fitzpatrick, J. J. (2018). Staff Nurses' Perceptions of their Nurse Managers' Transformational Leadership Behaviors and their own Structural Empowerment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(12), 609-614.

Kılıç, E. (2018). *Üniversite Hastanesinde Engelli Bireylere Yönelik Uygulamalar ve Sağlık Personelinin Engellilere Yönelik Tutumları.*Yüksek Lisans. Gaziosmanpaşa Üniversitesi. Tokat.

Kılıçaslan, S., ve Kaya, A. (2018). Personel Güçlendirme ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kamu Kurumu Çalışanları Örneği. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 10(1), 57-71.

Kınalı, S. (2021). *Hizmetkar Liderlik Davranışının İçsel Motivasyona Etkisinde Psikolojik Güçlendirmenin Aracılık Rolü Araştırması*. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi. Konya.

Kim, K. J., Yoo, M. S., Seo, E. J. (2018). Exploring the İnfluence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian nursing research*, 12(2), 121-126.

Kim, M., Beehr, T. A. (2020). Empowering Leadership: Leading People to be Present Through Affective Organizational Commitment? *The International Journal of Human Resource Management*, 31(16), 2017-2044.

Kocakaya, Y., İrge, n. t. (2024). Psikolojik Güçlendirme ve Örgütsel Özdeşleşme İlişkisinde Birey Örgüt Uyumunun Araci Rolü. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 53 (1), 15-37.

Koç, Z., Eraydın, C., Tezcan, B. (2020). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* 7(2), 102-109.

Koçyiğit, M. (2023). *Örgütsel Gururun Yenilikçi Davranış Üzerine Etkisinde Algılanan Örgütsel Desteğin Düzenleyici Rolü*. Yüksek Lisan Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Gaziantep.

Korkmaz, E. (2022). Hasta Güvenliğine Genel Bir Bakış. *Journal of Anatolian Medical Research*, 7(1), 19-25.

Korkmazer, F., Yıldız, A., Ekingen, E. (2016). Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 141-154.

Korkutan, M., Işık, Ü., Kurt, M. E. (2021). Sağlık Sektöründe Liderlik ve Örgütsel Bağlılık. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(11), 213-230.

Korkutan, M., ve Kurt, M. (2021). Hasta Güvenliği Kültürünün Türkiye'deki Mevcut Durumu ve Önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 19-31.

Kox, J. H. A. M., Groenewoud, J. H., Bakker, E. J. M., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Runhaar, J., Miedema, H. S., Roelofs, P. D. D. M. (2020). Reasons why Dutch Novice Nurses Leave Nursing: A Qualitative Approach. *Nurse Education in Practice*, 47(1), 1-9.

Köstekli, S., Çelik, S., Karahan, E. (2020). Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusundaki Kanıta Dayalı Bilgi Düzeyleri. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 5(1), 52-64.

Kuokkanen L, Leino-Kilpi H, Katajisto J, Heponiemi T, Sinervo T, Elovainio M. Does. (2014). Organizational Justice Predict Empowerment? Nurses Asses their Work Empowerment. *J Nurs Scholarship*, 46(5), 349-356.

Kurt G., Uğurlu M., Acavut G., (2018). Hemşirelikte Mesleki Aidiyet ve İş Doyumu. *1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi Tam Metin Kitabı.* Vize Yayıncılık.

Kurt, H. (2022). Hasta Haklarına İlişkin Değerlendirmeler. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 51 (13), 201-228.

Kurtluk, E. (2019). Hemşirelikte Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme Uygulamalarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 116-121.

Kuruca Özdemir, E. (2018). *Hemşirelerin Örgütsel İklim ve Psikolojik Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmeleri.* Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Küçüksarı, T. (2020). *Hemşirelikte Personel Güçlendirmenin İş Performansı ve Bakım Davranışları ile İlişkisi*. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Lark, M. E., Kirkpatrick, K., Chung, K. C. (2018). Patient Safety Movement: History and Future Directions. *The Journal Of Hand Surgery*, 43(2), 174-178.

Lawati, M. H. A., Dennis, S., Short, S. D., Abdulhadi, N. N. (2018). Patient Safety and Safety Culture in Primary Health Care: A Systematic Review. *BMC Family Practice*, 19(104), 1-12.

Li, M., Jameel, A., Ma, Z., Sun, H., Hussain, A., Mubeen, S. (2022). Prism of Employee Performance Through the Means of İnternal Support: A Study of Perceived Organizational Support. *Psychology research and behavior management*, 15(1), 965-976.

Li, X., Zhang, Y., Yan, D., Wen, F., Zhang, Y. (2020). Nurses' İntention to Stay: The Impact of Perceived Organizational Support, Job Control and Job Satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1141-1150.

Lima Garcia, C. D., Abreu, L. C. D., Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D. D., Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. D., Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 55(9), 1-13.

Lin, S. J., Tsan, C. Y., Su, M. Y., Wu, C. L., Chen, L. C., Hsieh, H. J., Hsiao, W.L., Cheng, J.C., Kuo, Y.W., Jerng, J.S., Wu, H.D., Sun, J. S. (2020). Improving Patient Safety During İntrahospital Transportation of Mechanically Ventilated Patients With Critical İllness. *BMJ Open Quality*, *9*(2), 1-9.

Llorente-Alonso, M., García-Ael, C., Topa, G. (2024). A Meta-Analysis of Psychological Empowerment: Antecedents, Organizational Outcomes, and Moderating Variables. *Current Psychology*, 43(2), 1759-1784.

Lohiniva, A. L., Hussein, I., Lehtinen, J. M., Sivelä, J., Hyökki, S., Nohynek, H., Lyytikäinen, O. (2023). Qualitative Insights Into Vaccine Uptake of Nursing Staff İn Long-Term Care Facilities İn Finland. *Vaccines Magazine*, 11(3), 1-16.

Lumniczky, K., Impens, N., Armengol, G., Candéias, S., Georgakilas, A. G., Hornhardt, S., Martin, O.A., R¨odel, F., Schaue, D. (2021). Low Dose Ionizing

Radiation Effects on the İmmune System. *Environment international*, 149(1), 1-12.

Lundin, K., Silén, M., Strömberg, A., Engström, M., Skytt, B. (2022). Staff Structural Empowerment—Observations Of First-Line Managers And İnterviews With Managers And Staff. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 403-412.

Manav, G., Karademirler, Y. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü. *Güncel Pediatri Dergisi*, 16(3), 103-116.

Marengo, M., Martin, C. J., Rubow, S., Sera, T., Amador, Z., Torres, L. (2022). Radiation Safety And Accidental Radiation Exposures İn Nuclear Medicine. *In Seminars in Nuclear Medicine,* 52(2), 94-113.

Mersin, S., İbrahimoğlu, Ö., Çağlar, M., Akyol, E. (2020). Compassionate Love, Burnout And Professional Commitment İn Nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 72-81.

Miura, K., Kohara, S., Hase, S., Sasamori, C., Shu, A., Kasai, K., Otaki, Y. (2025). Patient Safety Awareness Among Medical and Pharmacy Students at Admission: A Comparative Study. *Advances in Medical Education and Practice*, 223-233.

Salih, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S., Afaneh, T. (2020). The İnfluence of Nursing Work Environment on Patient Safety. *Workplace health & safety*, 68(8), 384-390.

Mohamed, S. I., Nabway, Z. M., Saleh, M. S. (2023). The Correlation between First–Line Nurse Managers′ Leadership Style and Staff Nurses´ Structural Empowerment and Work Engagement. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 25(3), 128-142.

Moloney, W., Fieldes, J., Jacobs, S. (2020). An İntegrative Review of How Healthcare Organizations can Support Hospital Nurses to Thrive at Work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8757.

Monje-Amor, A., Vázquez, J. P. A., Faíña, J. A. (2020). Transformational Leadership and Work Engagement: Exploring the Mediating Role of Structural Empowerment. *European Management Journal*, 38(1), 169-178.

Moura, L. N., Camponogara, S., Santos, J. L. G. D., Gasparino, R. C., Silva, R. M. D., Freitas, E. D. O. (2020). Structural Empowerment of Nurses in the Hospital Setting. Revista Latino-Americana De Enfermagem, 28 (16), 223–233.

Muktar, N. H., Kassie, M. G. (2022). The Mediating Role of Psychological Empowerment in the Relationship between Empowering Leadership, and Engagement and Innovative Work Behaviour. *International Journal on Leadership*, 10(1), 14-28.

Niinihuhta, M., Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., Häggman-Laitila, A. (2022). Nurse Leaders' Work-Related Well-Being—Relationships To A Superior's Transformational Leadership Style And Structural Empowerment. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2791-2800.

Nourozi, B., Wierzbicka, A., Yao, R., Sadrizadeh, S. (2024). A Systematic Review of Ventilation Solutions For Hospital Wards: Addressing Cross-İnfection and Patient Safety. *Building and Environment*, 247(*1)*, 1-15.

O'Donoghue, D., Van Der Werff, L. (2022). Empowering Leadership: Balancing Self-Determination and Accountability for Motivation. *Personnel Review*, 51(4), 1205-1220.

Oksay, Üzerine Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(2), 455-475.

Orhan, E., ve Kökcü Doğan, A. (2021). Pediatri Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Duyarlı Sevgi Düzeyleri ile Merhamet Düzeyleri Arasındaki İlişki. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 12(44), 149-157.

Orhan, S., Gümüş, M., Kızılkaya, E. (2021). Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemi. *Internatıonal Journal of Socıal, Humanıtıes and Admınıstratıve Scıences*. Vol: 7(39), pp.645-653. http://dx.doi.org/10.31589/JOSHAS.588.

Oruç, M. A., Şahin, B., Demirkılıç, F., Göksel, A. K., Büyükkarabacak, H. Y. (2022). Girişimsel İşlemler Öncesi İmzalatılan Aydınlatılmış Onam Formları ile İlgili Hasta Algı Düzeyinin Belirlenmesi. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 6(2), 90-101.

Ouyang, Y. Q., Zhou, W. B., Qu, H. (2015). The Impact of Psychological Empowerment and Organisational Commitment on Chinese Nurses' Job Satisfaction. *Contemporary Nurse*, 50(1), 80-91.

Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* 1(1), 33-43.

Örün, S., Türkeri, B., Doğtaş, Z., Aköz, A. (2022). CBRN Incident Awareness of Healthcare Professionals Working in Public and University Hospitals. *Eurasian Journal of Toxicology*, *4*(1), 3-10.

Özarallı, N. (2017). İşe Tutkunluğun, Yapısal Güçlendirme, Örgütsel Özdeşleşme ve Hedeflerin İçselleştirilmesi Yoluyla Geliştirilmesi. *International Journal Of Social Sciences and Education Research,* 3(4), 1258-1273.

Özcan, D. (2024). *Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü İLe Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.* Yüksek lisans Tezi. Bandırma.

Özçelik Kaynak, K., Öztuna, B. (2020). İşe Yeni Başlayan Hemşirelerin Örgütsel Bağlılıkları ile Personel Devir Oranları: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşireleri Üzerine Bir Araştırma. *Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 27-38.

Özdemir, B. N., ve Malatyalı, İ. (2024). Analysis of Adverse Event Notifications Within the Scope of Patient and Employee Safety: An Example of a Public Hospital. *OPUS Journal of Society Research*, *21*(5), 316-328.

Özdemir, H. Ö. (2021). Örgütsel Bağlilik ile Psikolojik Güçlendirme Arasindaki İlişkiler: Kirşehir Örneği. *Ahi Evran Akademi*, 2(1), 53-60.

Özlü, M., Türe A., (2019). Hemşirelikte Personel Güçlenme. *Socıal Scıences Studıes Journal,* 5(51), 7051-7059.

Özmen, Y., ve Özer, Z. (2024). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının, Umudun ve Hasta Güçlendirmenin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 19(2): 73-87. https://doi.org/10.47565/ndthdt.2024.84

Pacheco, P. O., Coello-Montecel, D. (2023). Does Psychological Empowerment Mediate the Relationship Between Digital Competencies and Job Performance? *Computers in Human Behavior*, 140(1), 1-13.

Park, S., Kim, K., Kim, S., Jones, C. B. (2025). Influence of Workplace Bullying and Bystander Types on Speaking Up for Patient Safety Among Hospital Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of Advanced Nursing*, 0(0), 1-11.

Paterson, C., Mckie, A., Turner, M., Kaak, V. (2024). Barriers and Facilitators Associated With the İmplementation of Surgical Safety Checklists: A Qualitative Systematic Review. *Journal of advanced nursing*, 80(2), 465-483.

Pelenk, S.E. (2020). Güçlendirici Liderlik Davranışlarının Bireysel Performansa Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(1), 308-330.

Pereira, S. C. D. A., Ribeiro, O., Fassarella, C. S., Santos, E. J. F. (2023). The İmpact of Nursing Practice Environments on Patient Safety Culture in Primary Health Care: A Scoping Review Protocol. *BJGP Open*, 0(0), 1-17.

Rachmawaty, R., ve Erika, K. A. (2025). Strategies for İnvolving Patient and Family in Enhancing Hospital Patient Safety Goals: A scoping review. Enfermería Global, 75(1), 1-26.

Rad, M., Mirhaghi, A., Shomoossi, N. (2016). Loving and humane Care: A Missing Link in Nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2), 1-2.

Radaelli, D., Di Maria, S., Jakovski, Z., Alempijevic, D., Al-Habash, I., Concato, M., D'Errico, S. (2024). Advancing Patient Safety: The Future of Artificial İntelligence in Mitigating Healthcare-Associated İnfections: A Systematic Review. *In Healthcare*,12(19), 1-26.

Raihan, T. (2017). Role Of Job Characteristics Model On Employee Job Satisfaction-An Empirical Study. *The Chittagong University Journal of Business Administration*, 32(1), 179-196.

Rainbow, J. G., Drake, D. A., Steege, L. M. (2020). Nurse Health, Work Environment, Presenteeism and Patient Safety. *Western journal of nursing research*, 42(5), 332-339.

Rakha, E. M., Dawood, W., Abdelrazek, F. (2022). Relationship Between Organizational Climate and Psychological Empowerment of Staff Nurses at Governmental Hospitals in Ismailia. *Trends in Nursing and Health Care Journal*, 5(2), 49-61.

Ree, E., Wiig, S. (2020). Linking Transformational Leadership, Patient Safety Culture And Work Engagement İn Home Care Services. *Nursing Open*, 7(1), 256-264.

Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., As, T., Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 9-15.

Richardson, A., Storr, J. (2010). Patient Safety: A Literative Review on the İmpact of Nursing Empowerment, Leadership and Collaboration. *International Nursing Review*, 57(1), 12-21.

Ridwan, M., Mulyani, S. R., Ali, H. (2020). Improving Employee Performance Through Perceived Organizational Support, Organizational Commitment And Organizational Citizenship Behavior. *Systematic Reviews in Pharmacy*, *11*(12), 839-849.

Roberson, Q., Perry, J. L. (2022). Inclusive Leadership İn Thought And Action: A Thematic Analysis. *Group And Organization Management*, 47(4), 755-778.

Rollins, S. M. (2025). Perceptions From Non-Magnet® Organizations: Nurse Leaders' Transformational Leadership Behaviors and Clinical Nurses' Structural Empowerment. JONA: The Journal of Nursing Administration, 55(2), 7-11.

Rusdi, R., Said, F. M., & Umar, N. S. (2024). Nursing Performance and Empowerment Improve Patient Safety Culture: A Literature Review. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, 20(7), 171-182.

Sagun, A., Doruk, N., Birbicer, H., Akin, S., Tezcan Keles, G., Ozbilgin, S., Ankay A., Senayli, Y. (2021). Evaluation of Healthcare Professionals' Knowledge on Code Blue: A Multi-Centre Survey Study. Journal Resuscitatio Balcanica, 7(17), 274-278.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015). Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi (Versiyon 2; Revizyon 00). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. https://www.saglikaktuel.com/d/file/guvenli_cerrahi_uygulama_rehberi_1_15.07.2015.pdf Erişim:15.07.2024.

Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Hastane Seti, Versiyon 5.1.

https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0 (Erişim: 20 Ekim 2023).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, (2020), *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*, Ankara: Tam Pozitif Yayıncılık. Web: www.kalite.saglik.gov.tr (Erişim: 20 Aralık 2024).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı. Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri. https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-105654/ulusal-hasta-guvenligi-hedefleri.html Erişim Tarihi: 02.03.2025.

Sahadev, S., Malhotra, N., Kannangara, L. N., Ritchie, B. W. (2024). Disaster Planning İntentions of Tourism Accommodation Managers: Understanding the İnfluence of Past Disaster Experience and Disaster Management Training. *Journal of Travel Research*, 63(1), 175-194.

Sakshi, G. (2021). Effectiveness of Transport Guidelines on Intra Hospital Transport Practices of Nurses and Occurrence of Mishaps Among Critically Ill Patients. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 15(1), 87-94.

Saleh, M. O., Eshah, N. F., Rayan, A. H. (2022). Empowerment Predicting Nurses' Work Motivation And Occupational Mental Health. *Sage Open Nursing*, 8(1), 1-12.

Salha, H., ve Ulema, Ş. (2020). Personel Güçlendirmenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Yiyecek İçecek İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(1), 439-451.

Sani, M. M., Jafaru, Y., Ashipala, D. O., Sahabi, A. K. (2024). Influence of Work-Related Stress on Patient Safety Culture Among Nurses in a Tertiary Hospital: a Cross-Sectional Study. *BMC Nursing*, 23(1), 81-93.

Sarkodie, A. O., (2023). Enhancing the Capability of Persons With Disability to Utilize Healthcare. *International Journal of Social Economics*, 50(6), 787-799.

Scott, J., Dawson, P., Heavey, E., De Brún, A., Buttery, A., Waring, J., Flynn, D. (2021). Content Analysis of Patient Safety İncident Reports for Older Adult Patient Transfers, Handovers, and Discharges: Do They Serve Organizations, Staff, or Patients? *Journal of Patient Safety*, 17(8), 744-758.

Seçtim, H., ve Erkul, H. (2021). Kamu Kurumlarında Yapısal Güçlendirmenin Personelin Örgütsel Özdeşleşme ve Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkileri. *Troy Academy*, 6(1), 249-285.

Seljemo, C., Viksveen, P., Ree, E. (2020). The Role of Transformational Leadership, Job Demands and Job Resources for Patient Safety Culture in Norwegian Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 20(799), 1-8.

Sepehrirad, E., Heidarzadeh, M., Asl, Z. E., Abbasian, Z., Ashtari, S., (2021). The Relationship Between Moral Sensitivity, Ethical Climate, and Job Strain with Patient Privacy from Viewpoint of Operating Room Staffs. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(2), 183-187.

Setiowati, D. (2020). Analysis of Head Nurse on Transformational Leadership and Patients Safety Culture in Palang Merah Indonesia (PMI) Hospital at Bogor, Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 3(1), 61-66.

Setiabudy, R. (2025). Primum Non Nocere: Masih Relevankah Sekarang Ini? *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, *9*(1), 17-21.

Setiowati, D. (2020). Analysis of Head Nurse on Transformational Leadership and Patients Safety Culture in Palang Merah Indonesia (PMI) Hospital at Bogor, Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 3(1), 61-66.

Shore, L. M., Chung, B. G. (2022). Inclusive Leadership: How Leaders Sustain or Discourage Work Group İnclusion. *Group and Organization Management*, 47(4), 723-754.

Siadari, U. B., Kistyanto, A., Sanaji, S., Witjaksono, A. D. (2024). The Application of Human Relations Theory in Overcoming Resistance to Management Policy: A Literature Study. *Riwayat: Educational Journal of History and Humanities*, *7*(3), 918-926.

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2019). 2007 Guideline for Isolation

Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Erişim Tarihi: 10.03.2025.

Skene, K. R. (2022). What İs The Unit Of Empowerment? An Ecological Perspective. *The British Journal of Social Work*, 52(1), 498-517.451.

Souza, M. M. D., Ongaro, J. D., Lanes, T. C., Andolhe, R., Kolankiewicz, A. C. B., Magnago, T. S. B. D. S. (2018). Patient Safety Culture in the Primary Health Care. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(1), 27-34.

Söyler, S. (2025). Türkiye'de Hasta Güvenliği Kültürü: Sistematik Bir Derleme. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 26(1), 135-150.

Söyler Er, Ö., ve Okgün Alcan, A. (2022). Hastane İçi Transfer Güvenliği Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. *Forbes Tıp Dergisi*, 3(2), 145-151. DOI: 10.4274/forbes.galenos.2022.62533.

Spreitzer, G. M. (1995). Psychological Empowerment İn The Workplace: Dimensions, Measurement, And Validation. *Academy of management Journal*, 38(5), 1442-1465.

Sullivan, R., Skinner, I., Harding, K., Hemsley, B. (2022). Circumstances and Outcomes of Falls İn Hospital for Adults With Communication Disability Secondary to Stroke: A Qualitative Synthesis. *Advances in Communication and Swallowing*, 24(2), 99-110.

Suhermin, S. (2019). Applying the Kanter Empowerment Theory to Improve Organizational Commitment. In Proceeding Book 7th Asian Academic Society International Conference.Indonesian Student Association in Thailand, 5(9), 246-252.

Stanescu, D. F., Zbuchea, A., Pinzaru, F. (2021). Transformational Leadership And İnnovative Work Behaviour: The Mediating Role Of Psychological Empowerment. *Kybernetes,* 50(5), 1041-1057.

Şahin, H., Çelebi, M., Taslak, S. (2024). Sağlık Çalışanlarının İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine İlişkin Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 25(54), 14-32.

Şahin, S. (2019). The Disaster Management in Turkey and Goals of 2023. *Turkish Journal of Earthquake Research*, 1(2), 180-196.

Şen, E., ve İrge, N. T. (2022). Çalışanların Değişime Dirençlerinin Örgütsel Çevikliğe Etkisinde Personel Güçlendirmenin Aracı Rolü. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, *20*(43), 119-148.

Şener, Ş., ve Şahin, A. O. (2023). Hemşirelerin Örgütsel Adalet Algıları ile Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme Algılarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 10(1), 78-86.

Şenoğlu, A., Taşpınar, A., Karaçam, Z. (2020). Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Hasta Güvenliği ve Ebelerin Sorumlulukları. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University,* 11(40), 66-73.

Şimşek, P., ve Gündüz, A. (2021). Türkiye'de Afet Hemşireliği. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47(3), 469-476.

Şimşek, T., Kenek, G., Benk, O. (2024). Yaşam Doyumu ile Çalışmaya Tutkunluk Arasındaki İlişkide Psikolojik İyi Oluşun Aracılık Rolü. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler *Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 14(3), 757-774.

Ta'an WF, Al-Dwaikat TN, Alhurani J, Al-Fouri I, Alhalal E. Nursing empowerment. (2020). How Job Performance is Affected by a Structurally Empowered Work Environment. *JONA*, 50(12), 635-641.

Taghinezhad, F., Mohammadi, E., Khademi, M., Kazemnejad, A. (2022). Humanistic Care in Nursing: Concept Analysis Using Rodgers' Evolutionary Approach. *Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research*, 27(2), 83-91.

Tamp Türkiye Afet Müdahale Planı, (2014). https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e_Kutuphane/Planlar/TAMP.pdf Erişim Tarihi: 14.02.2025.

Tan HVD ve Conde AR. (2021) Nurse Empowerment-Linking Demographics, Qualities And Performances Of Empowered Filipino Nurses. *J Nurs Manag*, 29(5), 1302-1310.

Taner, D. (2024). Yönetim Uygulamaları Açısından Yönetici Mi? Lider Mi? Lider-Yönetici Mi? Kavramsal Bir Çerçeve. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi,* 16(2), 131-168. https://doi.org/10.69785/oybd.1482562

Taşer, A., Semiz, T., Kanbay, T. (2022). Sağlık Yönetiminde Uygulanan Liderlik Modelleri Üzerine Bir İnceleme. *Sakarya İktisat Dergisi*, 11(1), 33-45.

Teixeira AC, Nogueira A, Nunes JR, Teixeria L, Barbieri-Figueiredo MC. (2021). Professional Empowerment Among Portuguese Nursing Sataff: A Correlational Study. *J Nurs Manag*, 29(5), 1120-1129.

Teleş, M., ve Kaya, S. (2019). Staff Perceptions of Patient Safety Culture in General Surgery Departments in Turkey. *African Health Sciences*, 19(2), 2208-2218.

Temelli, Ö. Rasdyasyon Onkolijisinde Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi. (2020). *Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi*. (Bozbuğu, N ve Cengiz, Y) içinde, 351-356. Malatya: İnönü Üniversiyesi Yayınevi.

Tepe Küçükoğlu, M. (2018). Psikolojik Güçlendirme, İş Tatmini ve Çalışan Performansı Arasındaki İlişkiler: Türkiye'deki Üniversiteler Genelinde Bir Araştırma. *Verimlilik Dergisi*, 3(1), 143-164.

Tezcan Keleş, G., Özbilgin, Ş., Uğur, L., Birbiçer, H., Akın, Ş., Kuvaki, B., Doruk N., Türkan H., Akan, M. (2021). Evaluation of Cardiopulmonary Resuscitation Conditions in Turkey: Current Status of Code Blue. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 49(1), 30-36.

T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2025). *Radyasyon Nedir?* https://www.afad.gov.tr/kbrn/radyasyon-nedir. Erişim Tarihi: 15.03.2025.

T.C. Resmî Gazete. (2009). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm. Erişim: 05.08.2024

T.C. Cumhurbaşkanlığı Bilgi Sistemi Resmî Gazete (1965). Devlet Memurları Kanunu. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=657&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5. Erişim Tarihi: 15.03.2025.

T.C. Mevzuat Sistemi Resmî Gazete, (2003). İş Kanuna ilşkin Çalışma Süreleri Yönetmeliği. https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=5447&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5. Erişim Tarihi: 15.03.2025.

TDK. (2024). Güncel Türkçe Sözlük. *Güç*. https://sozluk.gov.tr/ (Erişim tarihi: 20.10.2024).

Tekin, İ. Ç., ve Akgemci, T. (2019). Psikolojik Güçlendirmenin Yenilikçi İş Davranışına Etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 11(3), 1674-1692.

Temsah, M. H., Al-Sohime, F., Alhaboob, A., Al-Eyadhy, A., Aljamaan, F., Hasan, G., Ali S., Ashri A., Nahass, A.A., Al-Barrak., R., Temsahf. O., Alhasan, K., Jamal, A. A. (2021). Adverse Events Experienced with İntrahospital Transfer of Critically İll Patients: A National Survey. *Medicine*, 100(18), 1-6.

Tel, H. (2016). Olağanüstü Durumlar ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *19*(4).

Ten Haken, I., Allouch, S. B., Van Harten, W. H. (2021). Education And Training of Nurses in The Use Of Advanced Medical Technologies İn Home Care Related to Patient Safety: A Cross-Sectional Survey. *Nurse education today*, 100(1), 1-8.

Tezcan, B., ve Gülseven Karabacak, B. G. (2021). Klinik Uygulamada Sık Kullanılan Düşme Riski Tanılama Ölçekleri. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 7(2), 105-112.

Thomas, K. W., Velthouse, B. A. (1990). Cognitive Elements Of Empowerment: An "İnterpretive" Model of İntrinsic Task Motivation. *Academy of management review*, 15(4), 666-681.

Tosun Öztürkci, Z., Filiz, E. (2023). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture and evaluation of Organizational Commitment Level. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 958-966.

Tunçel, K., ve Sökmen, S. M. (2021). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algilama Düzeyi ve Olay Bildirim Eğilimi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 70-77.

Turan, S. B. (2018). Yapısal Güçlendirme: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 13(49), 101-111.

Turhan, M., ve Helvacı, İ. (2020). Psikolojik Güçlendirme ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *11*(3), 625-640.

Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S., Zekioğlu, A. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Araştırma: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi,* 5(1), 25-34.

Türkmen, E., Altuntaş, S., Baykal, Ü., Seren, Ş. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Der*gisi, 14(4), 38-46.

Trus, M., Doran, D., Martinkenas, A., Asikainen, P., Suominen, T. (2018). Perception of Work-Related Empowerment of Nurse Managers. *Journal Of Research İn Nursing,* 23(4), 317-330.

Ulaş Karaahmetoğlu, G., Kaş, G. (2021). Ülkemizde Hasta Güvenliği Konusu ile İlgili Yapılan Araştırmaların Bazı Özellikleri. Aydın Sağlık Dergisi, 7(3), 211-224.

Ulusal Kan ve Kan Bilesenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi 2016. https://shgmkanh_zmetler_db.sagl_k.gov.tr/Eklent_/36313/0/

kan-ve-kan-b_lesen-rehb-tr-9-may_s-2016-revpdf.pdf Erişim Tarihi: 06.03.2025

Ulusoy, M. G. (2024). Personel Güçlendirme ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Bir Araştırma; Erzincan Belediyesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Avrasya Üniversitesi. Trabzon.

Ulupınar, S. (2011). Hemşirelikte Güçlendirme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 77-84.

Utomo, H. J. N., Irwantoro, I., Wasesa, S., Purwati, T., Sembiring, R., Purwanto, A. (2023). Investigating The Role of İnnovative Work Behavior, Organizational Trust, Perceived Organizational Support: An Empirical Study on Smes Performance. *Journal of Law and Sustainable Development*, *11*(2), 417-417.

Ülkü, H. H. ve Türk, G. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hataları Rapor Etmeme Nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 141-148.

Vaismoradi, M., Tella, S., A. Logan, P., Khakurel, J., Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1-15.

Valdez, G. F. D., Cayaban, A. R., Mathews, S., Doloolat, Z. A. (2019), Workplace Empowerment, Burnout, And Job Satisfaction Among Nursing Faculty Members: Testing Kanter's Theory. *Nurs Palliative Care Int*, 2(1), 29-35.

Van den Berg, J., Albas, A., Blanc, P. L., Romme, A. G. L. (2022). How Structural Empowerment Boosts Organizational Resilience: A Case Study İn The Dutch Home Care İndustry. *Organization Studies*, 43(9), 1425-1451.

Varol, E., Bakan, A. B., Arlı, Ş. K. (2021). Hemşirelerde ve Hemşirelik Öğrencilerinde Benlik Saygisi ile Mesleki Benlik Saygisinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(6), 407-413.

Vu, H. M. (2020). Employee empowerment and empowering leadership: A literature review. *Technium*. Vol. 2, Issue 7 pp.20-28. doı: https://doi.org/10.47577/technium.v2i7.1653.

Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., (2014). The Relationship Between Patient Safety Culture and Adverse Events: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (8), 1114–1122.

Wang, J., Zhao, X., Huang, J., Cao, X., Pan, S., Jin, H. (2022). A Comparative Study on the Suitability and Treatment Compliance of an Improved Wristband Wearing Method Compared with the Traditional Method. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 1(1), 1-9.

World Health Organısatıon. 2009. WHO Guidelines For Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Live*s* [Online]. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44185 Erişim Tarihi: 02.03.2025.

WHO Director General. Patient Safety: Global Action on Patient Safety [Internet]. 72nd World Health Assembly. 2019. Available at: http://apps. who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf. Erişim Tarihi: 20.02.2025.

WHO. (2023). Patient Safety. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety. Erişim Tarihi: 17.03.2025.

Wong, B. M., Baum, K. D., Headrick, L. A., Holmboe, E. S., Moss, F., Ogrinc, G., Shojania, K.G., Vaux, E., Frank, J. R. (2020). Building the Bridge to Quality: An Urgent Call to İntegrate Quality İmprovement and Patient Safety Education With

Clinical Care. *Academic Medicine*, 95(1), 59-68. https://doi.org/ 10.1097/ACM.0000000000002937.

World Health Organization. (2005). World Alliance For Patient Safety: WHO Draft Guidelines For Adverse Event Reporting And Learning Systems: From İnformation To https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf Erişim Tarihi: 14.09.2024.

Xue, W., ve Heffernan, C. (2021). Therapeutic Communication Within the Nurse–Patient Relationship: A Concept Analysis. *International Journal Of Nursing Practice*, *27*(6), 1-8.

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, 2005. www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/08/20050811-6.htm. Erişim Tarihi: 10.03.2025

Yeşilbaş, H., Kantek, F. (2021). Türkiye'de Hemşire Güçlendirme Araştırmaları: Bibliyometrik ve İçerik Analizi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 7(2), 105-121.

Yılmaz, A. (2019). Servis Sorumlu Hemşirelerine Uygulanan Güçlendirme Programının Güçlendirme Hemşirelik Uygulamaları Üzerinde Kontrol ve Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Yılmaz, A. (2020). Hasta Güvenliği Kültürü Kavramının Boyutları ile İncelenmesi Boyutların Hasta Güvenliği Uygulamalarına Etkisinin Araştırılması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 223-230.

Yılmaz, A., ve Duygulu, S. (2021). The Relationship Between Charge Nurses and Clinical Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture and Leadership Practices. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 29-37.

Yılmaz, D. ve Günay, M. A. (2022). Türkiye'de Sağlık İletişimi: Sağlık Çalışanları Üzerine Yapılmış Bir Araştırma. *İnönü Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi (İNİF E-Dergi)*, 7(1), 75-91.

Yılmaz Güven, D. ve Şener Özalp, Ş. Ş. (2022). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hatalara İlişkin Tutumları ile Hasta Güvenliği Tutumları

Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 240-249.

Yiğitalp Rençber, S. Y., Ceylan, A. (2024). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısı: Kamu Hastane ve Özel Hastanesi Karşılaştırması. MAS Journal of Applied Sciences, 9(1), 178-186.

Yukl, G., ve Falbe, C. M. (1991). Importance Of Different Power Sources in Downward and Lateral Relations. *Journal Of Applied Psychology*, 76(3), 416-423. Doi:10.1037/0021-9010.76.3.416.

Yurdakoş, K., Ercan, T. (2023). Yönetici Hemşirelerin Çalışan Hemşireleri Güçlendirici Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 400-408.

Zhai, X., Zhu, C. J., & Zhang, M. M. (2023). Mapping Promoting Factors and Mechanisms of Resilience for Performance İmprovement: The Role of Strategic Human Resource Management Systems and Psychological Empowerment. *Applied Psychology*, 72(3), 915-936.

Zhang, Y., Qiu, R., Wang, Y., Ye, Z. (2025). Navigating The Future: Unveiling New Facets of Nurse Work Engagement. *BMC nursing*, 24(80), 1-12.

EKLER

Ek 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sayın Meslektaşımız,

Yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliğine etkisini belirlemek amacıyla planlanan yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacak veri formu 3 bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde sosyo-demografik özellikler, 2. bölümde güçlendirme ölçeği, 3. bölümde ise hasta güvenliği kültürü ölçeği soruları bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarının güvenilir olması için sorulara içtenlikle cevap vermeniz önemlidir. Değerli katkılarınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Ayşe BAYIR
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Dr. Öğr. Üyesi Nihal ALTUN
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Öğr. Üyesi
ve Tez Danışmanı

1.**Yaşınız**…….

2.**Cinsiyetiniz** Kadın ( ) Erkek ( )

3.**Medeni Durumunuz** Evli ( ) Bekâr ( )

4.Eğitim Durumunuz: Lise ( ) Üniversite ( ) Y.Lisans ( ) Diğer ( )

5.**Aylık Gelir Durumunuz**……

6.**Çalışma yılınız**

0-1 yıl ( ) 1-5 yıl ( ) 5 yıl ve üzeri ( )

7. Haftalık Çalışma Saatiniz: 45 saat altı ( ) 45 saat üstü ( )

8. **Hemşirelik mesleğini seviyor musunuz?** Evet ( ) Hayır ( )

9. **Hasta güvenliği kültürü ile ilgili eğitim aldınız mı?** Evet ( ) Hayır ( )

10. Çalıştığınız hastane ……..

11. Çalıştığınız birim …….

Ek-2 Güçlendirme Ölçeği

Yönerge: Çalışmakta olduğunuz iş yerinizi düşünerek aşağıdaki her bir maddeyi "Kesinlikle katılmıyorum (1) – Tamamen katılıyorum (5)" arası değerlendiriniz. *Bu ifadelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen ilk izleniminize göre bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu belirtiniz.*		**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
Madde	**Çalıştığım Kurumda;**					
1	Yönetici ve çalışanlar, sorunlara ortak çözüm bulmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5
2	Yöneticiler, eleştirilere karşı açıktır.	1	2	3	4	5
3	İstenen amaca ulaşmak için birlik duygusu yaratılmaya çalışılır.	1	2	3	4	5
4	İş birliği teşvik edilir.	1	2	3	4	5
5	Yaratıcı fikir ve yaklaşımlar desteklenir.	1	2	3	4	5
6	İşini iyi yapanlar çalışanların da bulunduğu ortamlarda takdir edilir.	1	2	3	4	5
7	Yöneticiler şeffaftır	1	2	3	4	5
8	Güven ortamı vardır.	1	2	3	4	5
9	Çalışanlara bilgi ve becerilerini etkin kullanabilecekleri işler verilir.	1	2	3	4	5
10	Emek ve çaba takdir edilir.	1	2	3	4	5
11	Adil davranmaya özen gösterilir.	1	2	3	4	5
12	Yöneticiler emretmekten ziyade, rehberlik eder.	1	2	3	4	5
13	Çalışanlar kararların alınma sürecine ortak edilir.	1	2	3	4	5
14	Sorunları çözmeyi kolaylaştıracak bir ortam vardır.	1	2	3	4	5
15	Performans konusunda etkin geri bildirim verilir.	1	2	3	4	5
16	Çalışanlar, işleri ile ilgili verdiği kararlar ve izlediği yollar konusunda cesaretlendirilir.	1	2	3	4	5
17	Disiplinler arası iş birliğini destekleyen bir yapı vardır.	1	2	3	4	5
18	Çalışanların duygu ve düşünceleri dikkate alınır.	1	2	3	4	5

Yönerge: Çalışmakta olduğunuz iş yerinizi düşünerek aşağıdaki her bir maddeyi "Kesinlikle katılmıyorum (1) – Tamamen katılıyorum (5)" arası değerlendiriniz. *Bu ifadelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen ilk izleniminize göre bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu belirtiniz.*		**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
19	Yöneticiler iyi bir dinleyicidir.	1	2	3	4	5
20	Yöneticiler bireysel yetkinlikleri dikkate alır.	1	2	3	4	5
21	Sürekli öğrenme teşvik edilir.	1	2	3	4	5
22	İşi yapanların söyledikleri mutlaka dikkate alınır	1	2	3	4	5
23	Yapılan işi değerlendirmek için belirgin başarı ölçütleri vardır.	1	2	3	4	5
24	Kurumun amaç ve hedeflerinin belirlenmesi sürecine çalışanlar dahil edilir.	1	2	3	4	5
25	Çalışanların kişisel gelişimi desteklenir.	1	2	3	4	5
26	Herkesin birbirinin yaptığı işe saygı duyduğu bir ortam vardır.	1	2	3	4	5
27	Yapılan işler sonucunda ulaşılmak istenen hedefler, çalışanlar tarafından bilinir.	1	2	3	4	5
28	İş tanımları ve prosedürleri, çalışanların yapılan işle ilgili kararlara katılımını destekler.	1	2	3	4	5
29	Yönetici, astların ve mevkidaşların desteği (sosyo-politik destek) hissedilir.	1	2	3	4	5
30	Yaşanan her türlü başarı ya da başarısızlık, bir öğrenme fırsatı olarak görülür.	1	2	3	4	5
31	Çalışanlar, kurumun gelecekte nerede olmak istediğini (vizyonunu) bilir.	1	2	3	4	5
32	Çalışanların ihtiyaç duydukları eğitim ve öğrenme imkânları sağlanmaya çalışılır.	1	2	3	4	5
33	Çalışanlar mesleki olarak ilerleme imkânına sahiptir.	1	2	3	4	5

Yönerge: Çalışmakta olduğunuz iş yerinizi düşünerek aşağıdaki her bir maddeyi "Kesinlikle katılmıyorum (1) – Tamamen katılıyorum (5)" arası değerlendiriniz. *Bu ifadelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen ilk izleniminize göre bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu belirtiniz.*		**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
34	Çalışanların haklarına saygı duyulur.	1	2	3	4	5
35	Çalışanlar, farklı gruplarda aktif şekilde yer alır ya da temsil edilir.	1	2	3	4	5
36	Sorun yaşandığında konu ile ilgili kişilerin görüşleri mutlaka alınır.	1	2	3	4	5
37	Etkili bir ödüllendirme sistemi vardır.	1	2	3	4	5
38	Bölümümün hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı konusunda düzenli bilgi verilir.	1	2	3	4	5
39	İşle ilgili yetersiz olunduğu durumlarda çalışanlara yapıcı eleştirilerde bulunulur.	1	2	3	4	5
40	Çalışanlar eğitim ve uzmanlık alanlarına uygun yerlerde çalıştırılırlar.	1	2	3	4	5
41	Kurumun değerleri, çalışanlar tarafından bilinir.	1	2	3	4	5
42	Bilgi paylaşımını kolaylaştıran bir iletişim vardır.	1	2	3	4	5
43	Bölümde olacak değişimler konusunda çalışanlar önceden bilgilendirilir.	1	2	3	4	5
44	Çalışana işini yapma tarzı konusunda esneklik sağlanır.	1	2	3	4	5
45	Herkes birbirinin işini kolaylaştırmaya çalışır.	1	2	3	4	5
46	Çalışırken aynı zamanda eğlenilir.	1	2	3	4	5
47	Herkes birbirinin neyi, niçin yaptığından haberdardır.	1	2	3	4	5
48	Değişimin kaçınılmaz olduğuna inanılır.	1	2	3	4	5
49	İşini iyi yapan personel oranı yüksektir.	1	2	3	4	5
50	İşimle ilgili olumsuzluklarla baş etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
51	İşyerimde olaylar ile ilgili düşüncelerimi yöneticilerime açıkça söylerim.	1	2	3	4	5

Yönerge: Çalışmakta olduğunuz iş yerinizi düşünerek aşağıdaki her bir maddeyi "Kesinlikle katılmıyorum (1) – Tamamen katılıyorum (5)" arası değerlendiriniz. *Bu ifadelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen ilk izleniminize göre bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu belirtiniz.*		**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
52	İşimin gerektirdiği her türlü sorumluluğu üstlenirim.	1	2	3	4	5
53	İşimde amacıma ulaşmak için kararlı davranırım.	1	2	3	4	5
54	Çalışma arkadaşlarımın işlerini kolaylaştırmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
55	İşimde potansiyelimi en iyi şekilde kullanmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
56	İşyerimdeki insanlara hoşgörülü davranırım.	1	2	3	4	5
57	İşimi daha iyi yapmak için sürekli yeni şeyler öğrenmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
58	İşimi geliştirmek için uğraşırım.	1	2	3	4	5
59	İşimle ilgili elimdeki bilgiyi çalışma arkadaşlarıma rahatlıkla iletirim.	1	2	3	4	5
60	İşimle ilgili karşılaştığım sorunların sebebini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
61	Kendime sık sık "İşimi daha iyi nasıl yapabilirim?" diye sorarım.	1	2	3	4	5
62	İş yerimde kendimi anlatmam kolaydır.	1	2	3	4	5
63	İşyerimde fikirlerimi rahatlıkla savunurum.	1	2	3	4	5
64	İşimle ilgili alınan kararlara katılmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
65	İşyerimde farklı ortamlarda fikirlerimi rahatça ifade ederim.	1	2	3	4	5
66	İşyerimin daha iyiye ulaşması için çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
67	İşimi yapmadan önce olasılıkları düşünüp, planlı bir şekilde hareket ederim.	1	2	3	4	5
68	İşimde benden beklenenden fazlasını yapmaya çalışırım.	1	2	3	4	5

Yönerge: Çalışmakta olduğunuz iş yerinizi düşünerek aşağıdaki her bir maddeyi "Kesinlikle katılmıyorum (1) – Tamamen katılıyorum (5)" arası değerlendiriniz. *Bu ifadelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen ilk izleniminize göre bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu belirtiniz.*		**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
69	İşyerimde sorunlar üzerinde düşünmeden doğrudan yöneticilere iletirim.	1	2	3	4	5
70	Sorunların çözümünde ekip içinde aktif rol almaya çalışırım.	1	2	3	4	5
71	İşyerimde içeriği hoş olmasa da elimdeki bilgiyi paylaşmaktan kaçınmam.	1	2	3	4	5
72	Kimsenin bana işimle ilgili ne yapacağımı söylemesini beklemeden harekete geçerim.	1	2	3	4	5
73	Sorunları değerlendirmek için yazılı olarak rapor hazırlayabilirim.	1	2	3	4	5
74	İşyerinde oluşturulan grup çalışmalarına katılırım.	1	2	3	4	5
75	İşimi keyifle yaparım.	1	2	3	4	5
76	İhtiyaç duyduğumda sorunlar ile ilgili üstlerime yazılı olarak başvururum.	1	2	3	4	5
77	Yöneticilerime işlerini daha iyi yapabilmeleri için yardım ederim.	1	2	3	4	5
78	İşyerimin amaçlarına ulaşması için mücadele etmeye hazırım.	1	2	3	4	5
79	İşimle ilgili değişim yaratabileceğime inanırım.	1	2	3	4	5
80	İşimi yapma tarzım konusunda serbestim.	1	2	3	4	5
81	İş yerimin amaçlarına ulaşması benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
82	İşyerimde ben etkisiz elemanım.	1	2	3	4	5
83	İşyerimde sesimi kimseye duyuramam.	1	2	3	4	5
84	İşimi nasıl yaparsam yapayım, başaramıyorum.	1	2	3	4	5
85	İşyerimde yaptığım iş kimse tarafından görülmez.	1	2	3	4	5

Yönerge: Çalışmakta olduğunuz iş yerinizi düşünerek aşağıdaki her bir maddeyi "Kesinlikle katılmıyorum (1) – Tamamen katılıyorum (5)" arası değerlendiriniz. *Bu ifadelerde doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen ilk izleniminize göre bu ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu belirtiniz.*		**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen Katılıyorum**
86	İşyerinde zorluklara göğüs gerebilecek gücüm yoktur.	1	2	3	4	5
87	İşimle ilgili sık sık "Ne yapsam boş, nasıl davransam boş" diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
88	Benimle işyerindeki olaylar arasında bir bağ hissetmem.	1	2	3	4	5
89	Çalışırken bedenen işyerindeyim, ama ruhen başka yerdeyim.	1	2	3	4	5
90	İşimi nasıl yapacağım konusunda panik olurum.	1	2	3	4	5
91	İşyerimin hedefleri bana çalışma enerjisi verir.	1	2	3	4	5
92	Ne yaparsam yapayım, işimle ilgili beklenen sonuçları değiştiremem.	1	2	3	4	5
93	Amacım sadece çalışma saatlerini sorunsuz geçirmektir.	1	2	3	4	5
94	İşimde bireysel potansiyelimi etkili bir şekilde kullandığıma inanıyorum.	1	2	3	4	5
95	İşimi hakkı ile yaptığımdan şüphe duymam.	1	2	3	4	5
96	İşimi başarı ile yapabilmek için gerekli beceriye sahibim.	1	2	3	4	5
97	İşimde kendi kendimin patronuyum.	1	2	3	4	5
98	İşyerimin hedeflerine ulaşabilmesi için yaptığım iş önemlidir.	1	2	3	4	5
99	İşimi iyi yapmak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
100	Yaptığım iş iyi bir amaca hizmet eder.	1	2	3	4	5
101	Yaptığım işin özellikleri değerlerim ile uyumludur.	1	2	3	4	5
102	İşimle ilgili benden bir şey kaçmaz.	1	2	3	4	5
103	Yaptığım işin sorumluluğunu hissederim.	1	2	3	4	5

Ek 3 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Yönerge: Genel olarak hasta güvenliğini, hastaneniz açısından derecelendiriniz.		**Tamamen Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	1	2	3	4
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	1	2	3	4
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	1	2	3	4
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	1	2	3	4
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	1	2	3	4
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	1	2	3	4
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb. göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb. göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
9	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	1	2	3	4
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	1	2	3	4
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	1	2	3	4
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	1	2	3	4

Yönerge: Genel olarak hasta güvenliğini, hastaneniz açısından derecelendiriniz.		**Tamamen Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	1	2	3	4
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	1	2	3	4
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	1	2	3	4
16	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	1	2	3	4
17	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	1	2	3	4
18	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	1	2	3	4
19	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	1	2	3	4
20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	1	2	3	4
21	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	1	2	3	4
22	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	1	2	3	4
23	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır	1	2	3	4
24	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	1	2	3	4
25	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	1	2	3	4
26	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	1	2	3	4
27	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	1	2	3	4

Yönerge: Genel olarak hasta güvenliğini, hastaneniz açısından derecelendiriniz.		**Tamamen Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
28	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	1	2	3	4
29	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	1	2	3	4
30	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (risk ve güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme vb.) katılır.	1	2	3	4
31	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	1	2	3	4
32	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	1	2	3	4
33	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	1	2	3	4
34	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	1	2	3	4
35	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	1	2	3	4
36	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	1	2	3	4
37	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	1	2	3	4
38	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	1	2	3	4
39	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	1	2	3	4
40	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri vb.) eğitimler düzenli olarak verilir.	1	2	3	4

Yönerge: Genel olarak hasta güvenliğini, hastaneniz açısından derecelendiriniz.		**Tamamen Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
41	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	1	2	3	4
42	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	1	2	3	4
43	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.	1	2	3	4
44	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4
45	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	1	2	3	4
46	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	1	2	3	4
47	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	1	2	3	4
48	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	1	2	3	4
49	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4
50	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.	1	2	3	4
51	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	1	2	3	4

Ek 4: Kurum İzinleri

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400003399 22.01.2024
Konu : Etik Kurul Kararı (Ayşe BAYIR)

Sayın Ayşe BAYIR
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

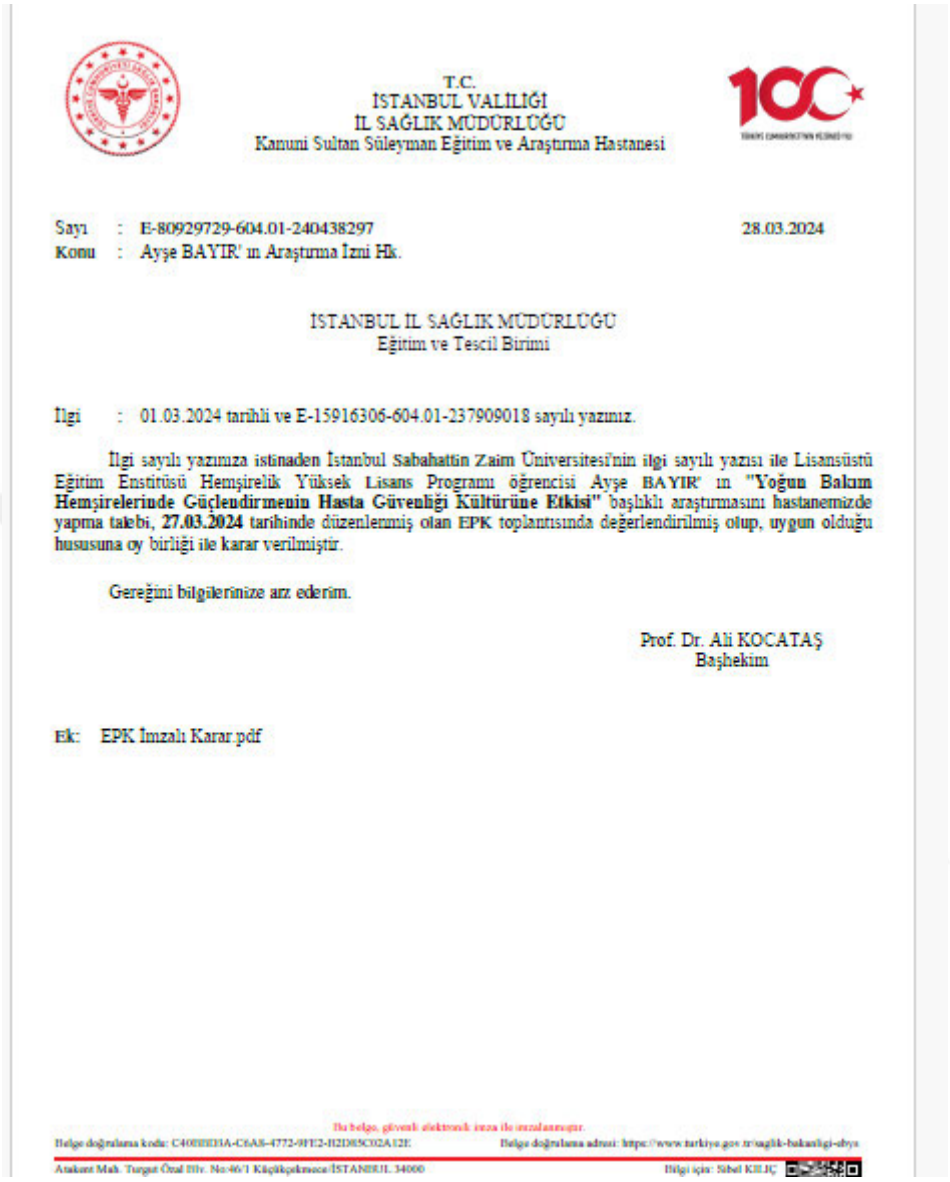
"Yoğun Bakım Hemşirelerinde Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 22.12.2023 tarihli ve 2023/08 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Ayşe BAYIR Etik Onay Belgesi

Ek 5. Kurum İzinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-80929729-604.01-240438297 28.03.2024
Konu : Ayşe BAYIR' ın Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eğitim ve Tescil Birimi

İlgi : 01.03.2024 tarihli ve E-15916306-604.01-237909018 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nin ilgi sayılı yazısı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe BAYIR' ın **"Yoğun Bakım Hemşirelerinde Güçleudirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi"** başlıklı araştırmasını hastanemizde yapma talebi, **27.03.2024** tarihinde düzenlenmiş olan EPK toplantısında değerlendirilmiş olup, uygun olduğu hususuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ali KOCATAŞ
Başhekim

Ek: EPK İmzalı Karar.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: C40EEE3A-C6A8-4772-9FE2-E2D85C02A12E Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys
Atakent Mah. Turgut Özal Blv. No:46/1 Küçükçekmece/İSTANBUL 34000 Bilgi için: Sibel KILIÇ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-10678112-799-238939653 12.03.2024
Konu : Ayşe BAYIR' ın Araştırma İzni.

İSTANBUL EĞİTİM ve TESCİL BİRİMİ

İlgi : 01.03.2024 tarihli ve E-15916306-604.01-237909018 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe BAYIR' ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" başlıklı araştırmasını Kurumumuzda yapma talebi birimimize iletilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda söz konusu çalışmanın Hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet ERTÜRK
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 7C29CEBC-05B4-4D40-A04B-840325B7C26D Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

İstasyon Mahallesi Turgut Özal Bulvarı No:11 Küçükçekmece / İSTANBUL 34000
Telefon No: 02126922000 Faks No : 02124719494
e-Posta: İnternet Adresi: https://mehmetakifersoyeah.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: istanbulmehmetakifersoyeah@hs01.kep.tr
Bilgi için: Filiz ÇETİNKAYA IŞIK
Hemşire
Telefon No: 02126922000

BELGE TARİHİ: 18.04.2024 BELGE SAYISI: 2400014350

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-241539297
Konu : Ayşe BAYIR' ın Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi : 22.02.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400007950 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı yüksek lisans programı 520922052 numaralı öğrencisi Ayşe BAYIR' ın ***"Yoğun Bakım Hemşirelerinde Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi"*** başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastanelerde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, ilgili hastanelerin uygun görüşleri ve Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu ***04.04.2024 tarih ve 2024/07 sayılı kararınca uygun görülmüştür.*** Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Ek:
1 - Hastane Görüşü.
2 - Hastane Görüşü.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 82305E70-2BF9-4B19-B32E-620F82A8D72C Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Hürriyet mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligm@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
https://istanbulism.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: ism.3440ba01.kep.tr

Bilgi için: Ayşegül YILMAZ ULUKAYA
Ünv
Telefon No:

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliğinde Yüksek lisans yapmaktayım. 'Yoğun bakım hemşirelerinde güçlendirmenin hasta güvenliği kültürüne etkisi' başlıklı tezim için hastanenizde anket çalışması yapmak istiyorum. Anketler ektedir.

Söz konusu çalışmanın yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini arz ederim.





Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Ayşe BAYIR tarafından yürütülen "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, yoğun bakımdaki hemşirelerin güçlenmesinde hasta güvenliği kültürünün etkisi, algılanması ve aralarında ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma da sizden tahminen 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir [redacted] e-posta adresi [redacted] telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının**:**

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ayşe BAYIR

Ek 7. Ölçek İzinleri



[redacted]

19 Eki 2023 Per 15:29

İyi günler Serap Hanım. Ben İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç hastalıkları hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tezimi hazırlarken çalışmasını yaptığınız HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ 'ni tezimde kullanmak istiyorum. Ölçek çalışmanız tezim için çok uygun. İzninizi istiyorum .
Saygılarımla Ayşe Bayır.

[redacted]

19 Eki 2023 Per 15:45

Merhaba Ayşe Hanım,

Ölçeği kaynak göstererek kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar dilerim....



[redacted]

19 Kas 2023 Paz 22:37

Sayın Fatma CERİT SOYDAN hocam
Ben Ayşe BAYIR İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım. Türkçe hemşirelik literatürüne kazandırmış olduğunuz "Güçlendirme Ölçeği"ni izniniz olursa tez çalışmamda kullanmak istiyorum.
Saygılarımla

[redacted]

19 Kas 2023 Paz 23:45

Sayın Bayır,
Güçlendirme Ölçeğini tez çalışmanızda kullanımınızdan mutluluk duyarım.
Ekli dosyada Güçlendirme Ölçeği'ni ve altında açıklamalarını gönderiyorum.
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Dr. Fatma CERİT SOYDAN

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı ve Soyadı **:** Ayşe BAYIR

2. Unvanı **:** Hemşire

3. Öğrenim Durumu **:** Yüksek Lisans Öğrencisi

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2016
Y. Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2017-Devam ediyor

4.1. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (p*roceedings*) basılan bildiriler:

4.1.1. **Bayır A**., Sarıkaya A. (2020). "Onkoloji Hemşireliğinde Hasta Savunuculuğu Rolü ve Önemi", Sözlü Bildiri, 2. Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 88.

4.1.2. **Bayır A**., Altun N. (2024). "Hasta Güvenliği Kapsamında Mavi Kod Çalışmalarının Bibliyometrik Analizi", Sözlü Bildiri, 18. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Bildiriler Kitabı, Antalya.

5. İdari Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Acil Servis Hemşiresi	Esenyurt Necmi Kadıoğlu Devlet Hastanesi	2023-Devam
Acil Servis Hemşiresi	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020-2023
Erişkin Yoğun Bakım Hemşiresi	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-2020
Erişkin Yoğun Bakım Hemşiresi	Medipol Mega Hastanesi	2017-2018
Erişkin Yoğun Bakım Hemşiresi	Gaziosmanpaşa Medical Park Hastanesi	2016-2017

6. Katıldığı Seminer, Kongre, Sertifika Programı, Çalıştay ve Kurslar:

SEMİNER, KONGRE, SERTİFİKA PROGRAMI, ÇALIŞTAY, KURSLAR			
Adı	**Konusu**	**Düzenleyen**	**Tarihi**
Sertifika Programı	Acil Hemşireliği Sertifikası	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	24 Nisan-06 Haziran 2023
Kongre	2. Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi	Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi	18-19 Aralık 2020
Kongre	18.Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi	Sağlık Akademisyenleri Derneği	01-04 Mayıs 2024