

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA GÜVENLİĞİNDE LİDERLİK
BECERİLERİNİ GELİŞTİRME PROGRAMI
VE GÜÇLENDİRME STRATEJİLERİNİN
ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HASAN FEHMİ DİRİK

**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2020

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2014970192

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA GÜVENLİĞİNDE LİDERLİK
BECERİLERİNİ GELİŞTİRME PROGRAMI
VE GÜÇLENDİRME STRATEJİLERİNİN
ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
DOKTORA TEZİ**

HASAN FEHMİ DİRİK

Danışman Öğretim Üyesi: Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

İZMİR-2020

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2014970192

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	7
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1. Hasta Güvenliği	8
2.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü	9
2.1.2. Hasta Güvenliği İklimi.....	11
2.1.3. Hasta Güvenliği İkliminin Geliştirilmesinde Kullanılan Stratejiler	11
2.2. Liderlik	14
2.2.1. Etkili Liderlik.....	14
2.2.2. Liderlik Yaklaşımları	15
2.2.2.1. Özellikler Yaklaşımı (Büyük Adam Teorisi).....	15
2.2.2.2. Davranışsal Yaklaşım.....	15
2.2.2.3. Durumsallık Yaklaşımı	16
2.2.2.4. Çağdaş Yaklaşımlar.....	16
2.2.3. Otantik Liderlik.....	18
2.2.4. Liderlik Geliştirme	22
2.3. Güçlendirme	23
2.3.1. Yapısal Güçlendirme.....	23
2.3.1.1. Yapısal Güçlendirme Bileşenleri	23
2.3.2. Psikolojik Güçlendirme	25
2.3.2.1. Psikolojik Güçlendirme Bileşenleri	25

BİRİNCİ AŞAMA: GÜVENLİK İKLİMİ ÖLÇEĞİ İLE OTANTİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ'NİN PSİKOLİNGÜİSTİK VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	29
---	----

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.5. Veri Toplama Araçları.....	29
3.7. Araştırma Planı	31
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
3.10. Etik Kurul Onayı	35

4.BULGULAR

4.1. Güvenlik İklimi Ölçeği'ne İlişkin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları.....	36
4.1.1. Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Psikolinguistik Özellikleri.....	37
4.1.2. Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri	38
4.1.2.1. Güvenirlik.....	38
4.1.2.2. Geçerlik	44
4.2. Otantik Liderlik Ölçeği'ne İlişkin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları	45
4.2.1. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Psikolinguistik Özellikleri	46
4.2.2. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri	47
4.2.2.1. Güvenirlik.....	47
4.2.2.2. Geçerlik	49

5.TARTIŞMA

5.1. Güvenlik İklimi Ölçeği Uyarlaması	50
5.1.1. Güvenirlik	50
5.1.1.1. Tutarlık.....	50
5.1.1.2. İç tutarlık	50
5.1.2. Geçerlik.....	51
5.1.2.1. Kapsam geçerliği.....	51

5.1.2.2. Yapı geçerliği	51
5.2. Otantik Liderlik Ölçeği Uyarlaması	51
5.2.1. Güvenirlilik	51
5.2.1.1. Tutarlık	51
5.2.1.2. İç tutarlık	52
5.2.2. Geçerlik.....	52
5.2.2.1. Kapsam geçerliği.....	52
5.2.2.2. Yapı geçerliği	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
 İKİNCİ AŞAMA: GÜVENLİK İKLİMİ, OTANTİK LİDERLİK VE GÜÇLENDİRME PROGRAMININ ETKİLİLİĞİ.....	 57
3. GEREÇ VE YÖNTEM	57
3.1. Araştırmanın Tipi	57
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	57
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	57
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	57
3.5. Veri Toplama Araçları	57
3.6. Veri Toplama Yöntemi	61
3.7. Araştırma Planı	62
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	62
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	62
3.10. Etik Kurul Onayı	62
4.BULGULAR	63
5.TARTIŞMA	58
5.1. Güvenlik İklimi.....	58
5.2. Otantik Liderlik.....	60
5.3. Güçlendirme.....	61
5.4. Güvenlik İklimi, Otantik Liderlik ve Güçlendirme	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65

7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	81



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Analizler	31
Tablo 2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri	36
Tablo 3. Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri	37
Tablo 4. Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	43
Tablo 5. Güvenlik İklimi Ölçeği Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri	44
Tablo 6. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri	45
Tablo 7. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri	46
Tablo 8. Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	48
Tablo 9. Otantik Liderlik Ölçeği Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri	49
Tablo 10. Otantik Liderlik Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları	58
Tablo 11. Yapısal Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları	59
Tablo 12. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları	60
Tablo 13. Yönetici Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri	63
Tablo 14. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri	64
Tablo 15. Yönetici Hemşirelerin Güvenlik İklimi, Otantik Liderlik, Güçlendirme Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 16. Hemşirelerin Güvenlik İklimi, Otantik Liderlik, Güçlendirme Puan Ortalamalarının Bağımlı Gruplarda T-Testine Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 17. Hemşirelerin Güvenlik İklimi Son Test Verilerine Göre Hiyerarşik Regresyon Sonuçları	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Lider İzleyen Etkileşimi.....	21
Şekil 2. Kavramsal Model.....	27



KISALTMALAR

AACN: Amerikan Kritik Bakım Hemşireler Birliği (American Association of Critical Care Nurses)

ACSNI: Nükleer Santral Güvenliği Danışma Komitesi (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations)

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization - WHO)

IFI: Fazlalık Uyum İndeksi (Incremental Fit Index)

IOM: Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

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

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Squared Error of Approximation)

SBAR: Durum-Öykü-Değerlendirme-Öneri (Situation-Background-Assessment-Recommendation)

TEAMSTEPPS: Hasta Güvenliği ve Performansı Artıran Ekip Stratejileri ve Araçları (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)

TEŞEKKÜR

Değerli danışman hocam Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e; tezin her aşamasına tecrübesi, donanımı ve çözüm önerileri ile vermiş olduğu destek ve katkıların yanı sıra rol model aldığı çalışkanlığı, zaman yönetimi becerisi ve sahip olduğu temel değerleri doğrultusunda profesyonel gelişimime kattıkları için,

Tezin olgunlaşması ve yürütülmesi süreçlerinde çok değerli görüş ve katkıları için tez izlem jürisi hocalarıma,

Tezin planlanması aşamasında gerekli olan bilgi ve deneyimi kazanmamda emeği geçen sayın Prof.Dr. Gülseren KOCAMAN hocama,

Meşakkatli olan bu süreçte hem moral desteği hem de tezin geliştirilmesine vermiş oldukları katkılardan dolayı dönem arkadaşlarım Arş.Gör.Dr. Menevşe YILDIRIM ve Arş.Gör.Dr. Sevecen ÇELİK İNCE'ye,

Tez kapsamında programa katılım gösteren ve programın yürütülmesine destek olan tüm yönetici hemşire ve birlikte çalıştıkları hemşirelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

HASTA GÜVENLİĞİNDE LİDERLİK BECERİLERİNİ GELİŞTİRME PROGRAMI VE GÜÇLENDİRME STRATEJİLERİNİN ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Fehmi DİRİK, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, hemşirelere yönelik “güvenliği iklimi”, “otantik liderlik” ve “güçlendirme”ye temellendirilmiş çok-yönlü bir programın etkililiğini değerlendirmektir. Aynı zamanda, programın etkililiğini değerlendirmede kullanılan iki ölçeğin program öncesi psikolinguistik ve psikometrik özellikleri test edilmiştir.

Yöntem: Metodolojik ve yarı deneysel olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, İzmir ilindeki üç farklı hastanede sırasıyla 434 ve 382 hemşire örnekleminde Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği’nin uyarlama çalışmaları yürütülmüştür. Ölçek analizlerinde, psikolinguistik ve psikometrik özellikler incelenmiştir. Müdahale aşaması, tek grup öntest-son test tasarımıyla bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür. Programa 36 yönetici hemşire ve birlikte 153 hemşire dâhil edilmiştir. Programının etkililiği tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, bağımlı gruplarda t-testi ve hiyerarşik regresyon analiziyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ölçeklerin tutarlık açısından zamana göre değişmezliği iyi düzeyde, iç tutarlık açısından ise cronbach alfa katsayıları iyi düzeyde, madde toplam korelasyon değerleri kabul edilebilir düzeyde saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda, model uyumlarının kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Program etkililiği açısından yönetici hemşirelerde güvenlik iklimi ile otantik liderlik puan ortalamaları; hemşirelerde ise güvenlik iklimi ve otantik liderliğin yanı sıra yapısal ve psikolojik güçlendirme puan ortalamaları müdahale sonrası istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır. Otantik liderlik ile yapısal güçlendirmenin güvenlik ikliminin yordayıcısı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Ölçeklerin Türkiye’deki hemşire örneklemini için geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Programın etkililiğine ilişkinse, çok-yönlü programın özellikle hemşireler açısından etkili olduğu ancak yönetici hemşirelerdeki etkilerin kısıtlı kaldığı görülmüştür. Bu kapsamda, program etkilerini daha iyi göstermek için daha büyük örneklemlerde kontrol gruplu çalışmalar yürütülebilir. Ayrıca, programların başarısını artırmak üzere tüm yönetim kademeleri ile diğer sağlık disiplinlerinin de dâhil olduğu çalışmalar planlanabilir.

Anahtar Sözcükler: Güvenlik İklimi, Güçlendirme, Hemşire, Otantik Liderlik, Program.

EFFECTIVENESS OF THE LEADERSHIP DEVELOPMENT PROGRAM AND EMPOWERMENT STRATEGIES IN PATIENT SAFETY

Hasan Fehmi DİRİK, Dokuz Eylul University, Institute of Health Sciences, İzmir

ABSTRACT

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of a multi-faceted program that would contribute to the safety climate, authentic leadership, and nurse empowerment.

Method: The study was carried out in two stages, methodological and quasi-experimental. In the first stage, surveys comprising samples of 434 and 382 nurses from three different hospitals in İzmir conducted to examine the psycholinguistic and psychometric characteristics of the Safety Climate Survey and Authentic Leadership Questionnaire. The intervention phase was with a single group pretest-posttest design. The program included thirty-six nurse managers and 153 nurses. In data analyses, repeated-measures ANOVA, paired-samples t-test, and hierarchical regression analyses used.

Results: Intraclass correlation coefficients revealed that scales have good time stability. For internal consistency, Cronbach's alpha scores indicated good and item-total correlations acceptable level. The confirmatory factor analyses showed a satisfying fit for both scales. In terms of program effectiveness, there were significant differences in mean scores of safety climate and authentic leadership for the nurse managers. Additionally, there were significant differences in the mean scores of structural and psychological empowerment for nurses. Significant predictors were authentic leadership and structural empowerment for safety climate.

Conclusion: The questionnaires satisfied the criteria of validity and reliability characteristics in the Turkish nurse population. Regarding the effectiveness of the program, it was particularly influential for nurses, while the effects on nurse managers were limited. To better show the influences of the program studies with control groups, in larger samples involving all management levels and other healthcare disciplines can be planned.

Key Words: Authentic Leadership, Empowerment, Nurse, Program, Safety Climate.

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın tüm ülkeleri etkileyen küresel bir sorundur. Sorunun büyüklüğüne ilişkin tahminler yetersiz olmakla birlikte özellikle gelişmekte ve geçiş sürecinde olan ülkelere, güvenli olmayan tıbbi bakım nedeniyle milyonlarca hasta yaralanma veya ölüme maruz kalmaktadır. Nazokomiyal enfeksiyonlar, ilaç hataları, kan ürünleri ve özellikle grupların (gebe, yeni doğan ve yaşlı) bakımına ilişkin hatalı uygulamalar ile hasta düşmeleri en yaygın önlenabilir hatalar arasında gösterilmektedir (WHO 2009).

Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine - IOM) yayımladığı raporlara göre tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Raporlarda sistemsiz iyileştirmeler ile tıbbi hataların çoğunun planlama aşamasında giderilebileceği vurgulanmaktadır. İyi bir sağlık sistemi tasarımında sağlık bakımının yüksek kaliteli ve güvenli biçimde bireylere ulaştırılması gerekmektedir (IOM 2000, IOM 2001). Sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi, verilen zararların ortadan kaldırılması veya azaltılması hasta güvenliği kültürünün oluşmasına ve süreç içinde hataların raporlanmasına bağlıdır. Çalışma ortamı içerisinde kendilerini rahatça ifade edemeyen sağlık çalışanlarının hataları raporlamaması, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde engel oluşturmaktadır. Bu nedenle, tıbbi hata ve potansiyel tehlikelerin açıkça tartışıldığı bir ortamın sağlanması önem kazanmaktadır (Alahmadi 2010, Gu ve Itoh 2011, Kim, An, Kim, Yoon 2007).

Nükleer Santral Güvenliği Danışma Komitesi (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations - ACSNI) tanımına göre güvenlik kültürü; kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine ve uygulamadaki sürekliliğine karar veren birey ve grupların değer, algı, tutum, düşünce, alışkanlık, yetkinlik ve davranış örüntüleri olarak ifade edilmektedir (ACSNI 1993). Güvenlik iklimi ise, güvenliğe verilen önemi açıklayan prosedürler ve uygulamalara ilişkin ortak algıları yansıtmakta ve kültür ile etkileşimli yapıları oluşturmaktadır. Bu iki kavram çoğu zaman birbiri yerine de kullanılmakla beraber; güvenlik kültürü güvenlik iklimini de kapsamakta ve değişmesi daha uzun sürmektedir. Sağlık hizmetleri çerçevesinde güvenlik iklimi, hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar hakkında genel bir fikir vermesi, sağlık çalışanlarının bu konudaki algılarını göstermesi ve sistemdeki zayıf

noktaların belirlenmesini sağladığından önemli bir yere sahiptir (Flin ve ark. 2006, Robb ve Seddon 2010).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ikliminin oluşturulması ve zamanla geliştirilmesi çalışanların ve yönetimin temel sorumluluklarındandır. Alanyazında hasta güvenliği ikliminin başlıca bileşenleri incelendiğinde, ‘liderlik’ boyutu öne çıkmaktadır. Liderin, çalışma ortamını yüksek riskli alan olarak kabul ederek eldeki kaynakları ve işgücü kapasitesini kurumun misyonu/vizyonu doğrultusunda entegre etmesi beklenmektedir (Sammer ve ark. 2010, Yu ve ark. 2016). Liderin yanı sıra hasta güvenliğinin tüm çalışanlar tarafından sahiplenilerek kurum kültürü haline gelmesinde; lider, çalışan ve hastalar arasında açık iletişimin kurulması, hasta güvenliğini tehdit eden işlemlerin belirlenerek tüm çalışanlara sorumluluk devredilmesi önerilmektedir (IOM 2004).

Tıp Enstitüsü ve Robert Wood Johnson Vakfı’nın ortak yayımladığı 2011 yılı raporunda, hemşirelik mesleğinin geleceği açısından liderlik özellikleri üzerinde durulmaktadır. Mesleğin ilerlemesinde temel unsurun liderlik olduğu, liderlik rollerinin benimsenmesinde ise düzey gözetmeksizin tüm hemşirelerin liderlik geliştirme programlarına erişiminin sağlanması vurgulanmaktadır. Böylelikle, hemşirelerin kişisel ve mesleki gelişimi açısından kazanımlar elde edileceği belirtilmektedir (IOM 2011). Tüm bu kazanımlar aynı zamanda güvenli bakım ortamı için de yarar sağlayacaktır (IOM 2011, Yu ve ark. 2016). Yirmibirinci yüzyıla ilişkin liderlik gelişimi kapsamında öne çıkan özellikler incelendiğinde beş temel özellik şu şekilde ele alınmaktadır: *öğrenme* (learning: creativity/expertise), *birliktelik duygusu* (reverence: relational/collective), *amaçsallık* (purpose: self regulation), *otantiklik* (authenticity: self awareness/positive moral perspective) ve *bütünleştirme* (flaneur: balance/reflexivity) (O’connell 2014). Bu özellikler, liderlik yaklaşımlarından otantik liderlik özellikleri ile örtüşmektedir (Avolio ve Gardner 2005).

Avolio ve arkadaşları (2004) otantik liderleri, ‘düşünce ve davranış biçimlerinin son derece farkında olan ve başkaları tarafından kendi ve diğerlerinin ahlaki bakış açısına, bilgisine ve yeteneklerine hâkim; kendine güvenen, umutlu, iyimser ve ahlaki kişilik bakımından üst düzeyde bireyler’ olarak tanımlamaktadır. Hiyerarşik düzeyde bir yönetici konumu yerine, organizasyon yapılarının tamamı içinde yer alan otantik liderler, aynı zamanda etkili iletişim ve ilişki kurma becerileri ile planlı, organize ve güdüleyici (motivasyonel, istek ve coşku uyandırıcı) özellikleri ile de tanınmaktadırlar (Stanley 2008).

Otantik liderlik özelliklerinin geliştirilmesi ile çalışanların güveninin kazanılması olumsuz hasta bakım sonuçlarını da azaltmaktadır (Wong ve Giallonardo 2013).

Hastanelerde, hemşirelerin hasta güvenliği iklimini geliştirmek amacıyla liderlik programları ile desteklenmesine paralel olarak güvenli bakımı sunmaları amacıyla fiziksel ve ruhsal açıdan da desteklenmeleri oldukça önemlidir. Lider tarafından desteklenme güçlendirme ile anlam kazanmaktadır. Tıp Enstitüsü'nün 2004 yılında yayımladığı 'Hasta güvenliğini sağlama: Hemşirelerin çalışma ortamlarını düzenleme' (Keeping patient safety: Transforming the work environment of nurses) isimli raporda, hasta güvenliğini artırmak için çalışma ortamında yapılması gereken değişikliklere ilişkin sunulan önerilerde, çalışma ortamı ile birlikte hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin güçlendirilmesi konusuna yer verilmiştir (IOM 2004).

Genel olarak güçlendirme, çalışanların iyilik hali içinde işlerini yapabilmeleri için istedik koşulların ve ortamın sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Güçlendirme bileşenlerinden yapısal güçlendirme ile profesyonel hemşirelik davranışlarının oluşturulması ve hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi yönünde kazanım sağlamaktadır. Güçlendirme yapıları; gelişim olanakları ile bilgi, destek ve kaynaklara erişimi içermektedir. Erişim, formal (görünürlük, esneklik) ya da informal (ilişkiler) olarak da sağlanabilmektedir (Donahue ve ark. 2008, Laschinger 2008). Uygun koşulların yaratılması kurum yönetiminin sorumluluğunda olduğundan, hemşire liderlerin güçlendirme yapıları önündeki engellerin kaldırılması kapsamında çaba sarf etmesi gerekmektedir. Böylelikle; güçlendirici çalışma ortamlarının oluşturulması yönünde önemli bir adım atılmış olacaktır (Laschinger, Finegan, Shamian, Wilk 2001, Laschinger, Finegan, Wilk 2009, Laschinger, Gilbert, Smith, Leslie 2010).

Kanter'in yapısal güçlendirme teorisinin odak noktası, çalışma ortamındaki güçlendirici koşulların varlığı ya da yokluğuna ilişkin çalışanların algılarıdır. Psikolojik güçlendirme ise; çalışanların yapısal güçlendirme koşullarını psikolojik olarak nasıl yorumladıklarını ve anlamlandırdıklarını yansıtmaktadır (Laschinger, Finegan, Shamian, Wilk 2004). Spreitzer'e (1995) göre psikolojik güçlendirme, kurumdaki güçlendirme müdahalelerinin başarılı olması için çalışanlar tarafından deneyimlenmesi gereken psikolojik bir durum olarak tanımlanmakta; anlam, yeterlilik, özerklik ve etki olmak üzere dört boyutta incelenmektedir. Psikolojik güçlendirmenin sorunları tanımda, fikir üretmede ve grup desteğiyle beraber üretilen fikirleri uygulamaya aktarmada olumlu katkı sağladığı

belirlenmektedir (Knol ve Van Linge 2009). Güçlendirici çalışma ortamını geliştirmede ekip etkileşiminin yöneticilerce desteklenmesiyle hasta ve hemşire sonuçlarının daha da iyileşeceği öne sürülmüştür (Purdy ve ark. 2010). Güçlenme yapılarına erişen hemşirelerin psikolojik olarak da güçlenmiş hissedeceği ve bunun sonucunda da hastaların güçlendirilmesine yönelik stratejiler geliştireceği belirtilmiştir (Laschinger ve ark. 2010). Hasta güvenliğine de yansıyacak olan bu stratejilerin uygulanmasında liderliğin altı çizilerek önemine değinilmiş (Laschinger ve ark. 2009); liderlik algısının ve uygulamalarının hasta güvenliği iklimini olumlu etkilediği çalışmalarla desteklenmiştir (Morello ve ark. 2013, Nielsen, Eid, Mearns, Larsson 2013, Zaheer, Ginsburg, Chuang, Grace 2015). Bu kapsamda, psikolojik güçlendirmenin yapısal güçlendirme ile birlikte liderlik becerilerinin/özelliklerinin geliştirilmesindeki etkilerine odaklanılması önerilmektedir (Havaei, Dahinten, MacPhee 2014, Laschinger, Purdy, Almost 2007).

Hemşirelerin sağlık sistemi içindeki günümüz ve gelecekteki rolleri düşünüldüğünde liderlik becerilerini geliştirmeye yönelik uygulanacak programlar daha da öncelik kazanmaktadır. Bakım ekibinin tüm üyelerinin (yönetici hemşirelerin yanı sıra bakımda aktif rol alan tüm hemşirelerin) klinik liderlik potansiyeli taşıdığından yola çıkılarak, her düzeyde çalışanın liderlik becerilerini geliştirmeye yönelik adımlar atılması önem taşımaktadır (IOM 211, Macphee, Skelton-Green, Bouthillette, Suryaparakash 2012, Paterson, Henderson, Trivella 2010, Paterson, Henderson, Burmeister 2015). Ayrıca, programlarda çalışanların güçlendirilmesine odaklanılması, hasta ve hemşire güvenliği çıktılarının iyileştirilmesi yönünde de kazanımlar sağlayacaktır (Dahinten ve ark. 2014, Macphee ve ark. 2014). Dolayısıyla, hemşire liderlerin zorlu süreçlere hazırlanması ve karşılaşılan sorunlarla baş etmelerinde hangi programların etkili ve geliştirici olduğuna ilişkin çalışmaların planlanması gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, yönetici hemşire (lider) ile yönetici hemşirelerin birlikte çalıştığı hemşirelere (izleyen) yönelik “hasta güvenliği iklimi”, “otantik liderlik” ve “güçlendirmeye (yapısal ve psikolojik)” temellendirilmiş çok-yönlü bir programın etkililiğini değerlendirmektir. Aynı zamanda, programın etkililiğini değerlendirmede kullanılan ölçeklerden Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği’nin program öncesi geçerlik ve güvenilirlik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Amaç kapsamında aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği geçerli ve güvenilir ölçüm araçları mıdır?
2. Yönetici hemşirelerin otantik liderlik, yapısal güçlendirme, psikolojik güçlendirme ve güvenlik iklimi puan ortalamalarının zaman içindeki (program öncesi ve sonrası) değişimi nasıldır?
3. Yönetici hemşirelerle birlikte çalışan hemşirelerin otantik liderlik, yapısal güçlendirme, psikolojik güçlendirme ve güvenlik iklimi puan ortalamalarının zaman içindeki (program öncesi ve sonrası) değişimi nasıldır?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında aşağıdaki hipotezler varsayılarak test edilmiştir:

1. Hemşirelerin otantik liderlik algısı (yönetici hemşirelere ilişkin), güvenlik iklimini yordar.
2. Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı güvenlik iklimini yordar.
3. Hemşirelerin psikolojik güçlendirme algısı güvenlik iklimini yordar.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hata ve hataların neden olduğu hasta zararlarının önlenmesi veya azaltılması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık süreçlerinden kaynaklanan istenmeyen olay/yaralanmalara ilişkin önlem alınması ve süreçlerin iyileştirilmesi çalışmalarını kapsamaktadır (Cooper ve ark. 2000, WHO 2019).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin temel prensibi olan küresel bir sorundur. Pek çok gelişmiş ülke sağlık bakımı sırasında önemli sayıda hastanın zarar gördüğünü, kalıcı yaralanmalar yaşadığını, buna bağlı hastanelerde kalma sürelerinin arttığı ve hatta ölümle sonuçlanan olayların meydana geldiğini gösteren çalışmalar yayımlamıştır. Her yıl hastanede yatan 10 hastadan yaklaşık bir tanesi önlenebilir bir kaza/yaralanmaya maruz kalmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan 26 ülkedeki advers olayların sıklığı ve önlenebilirliğinin incelendiği bir çalışmada, advers olay sıklığının %8 olduğu, bu olaylardan %83'ünün önlenebileceği ve % 30'unun ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (WHO 2019).

Sağlık hizmetleri sunumu sırasında gerçekleşen bu olaylar; işleme bağlı (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı (doğru işlemi yanlış uygulama) hatalar olabilmektedir (The Joint Commission 2020, Cooper ve ark. 2000, WHO 2019). Hasta güvenliğine ilişkin üzerinde durulan sorunlar ve sorunların nedenleri ise aşağıdaki başlıklar altında ele alınmaktadır (The Joint Commission 2020, CDC 2020, Cooper ve ark. 2000):

Hasta Güvenliği Sorunları:

- İlaç hataları
- Yanlış taraf cerrahisi
- Anestezi, radyasyon tedavisi vb. tehlikeli işlemler
- Yanlış tanı ve tedavi
- Bakıma ilişkin sorunlar (bası yarası, enfeksiyonlar, vb.)
- Hastane kaynaklı enfeksiyonlar
- İletişim kaynaklı sorunlar (yanlış hasta, ekip iletişimi)
- Düşmeler

Hasta güvenliği sorunlarının altta yatan nedenlerinin belirlenmesi iyileştirmeler kapsamında yarar sağlamaktadır. Belli başlı sorun nedenleri aşağıda listelenmiştir:

- Organizasyon yapısı ve süreçlerine ilişkin yetersizlikler
- Öğrenen organizasyon (hatalardan öğrenme) anlayışı yerine suçlama kültürü
- Eğitim süreçlerinin etkin olmaması (yetersiz ya da etkisiz)
- Olay raporlamaya ilişkin engeller
- Performansa dayalı ödeme sistemlerinin baskısı
- Stresli çalışma ortamı
- Yorgunluk, dalgınlık, dikkatsizlik, uyku gibi problemler
- Cihazların ve sistemlerin tasarımındaki arızalar, hatalar
- Birimler ve çalışanlar arası iş birliği ve koordinasyondaki aksaklıklar
- Yetersiz kaynaklar (para, zaman, iş gücü, vb.)

İyi bir sağlık sistemi tasarımında tedavi ve bakım hizmetlerinin nitelikli ve güvenli bir biçimde sunulması beklenmektedir. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi amaçlı yayımlanan raporlarda “**güvenli sağlık hizmeti-hasta güvenliği**” öncelikli konular arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda, hizmet alıcılarına yardım ederken zarar vermeden kaçınılması istenmektedir (IOM 2000, IOM 2001).

2.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi, verilen zararların ortadan kaldırılması veya azaltılması, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına ve süreç içinde tekrarlı değerlendirmelerle iyileştirmeler yapılmasına bağlıdır (Sammer ve ark. 2010). Güvenlik kültürü, sağlık organizasyonları içinde hasta güvenliğinin ele alınma ve uygulanma şekline ve de bunu desteklemek üzere oluşturulmuş yapılara ve süreçlere karşılık gelmektedir. Hasta güvenliğinin çeşitli yönleriyle ele alınması hasta güvenliği kültürünün temelini oluşturmaktadır. Hasta güvenliği kültürü bu bağlamda güvenliğe ilişkin gelişmelerin önceliklendirilmesi ve desteklenmesiyle yakından ilişkilidir (The Health Foundation 2011).

Nükleer Santral Güvenliği Danışma Komitesi tanımına göre güvenlik kültürü; sağlık ve güvenliğe ilişkin kurum çalışanlarının değer, algı, tutum, düşünce, yetkinlik, alışkanlık ve davranış örüntülerinin yansımaları olarak ifade edilmektedir (ACSNI 1993). Güvenlik kültürü özelliklerine ilişkin yapılan çalışmalarda ve incelemelerde öne çıkan ve üzerinde durulan bileşenler ise ‘yönetim ve liderlik’, ‘ekip işbirliği’, ‘etkili iletişim’, ‘hatalardan öğrenme

kültürü’, ‘suçlama kültürü’, ‘hasta/birey odaklılık’ olarak belirtilmektedir (Sammer ve ark. 2010).

Yönetim ve liderlik: Yönetici ve liderlerin misyon ve vizyon doğrultusunda kurumsal kaynak ve işgücü kapasitesini güvenli bir bakım ortamı yaratmak için organize etmesi

Ekip işbirliği: Yönetici ve ekip üyeleri arasında uyumlu çalışılması, ilişkilerde açıklık, saygı, güven ve esnekliğin gözetilmesi

Etkili iletişim: Sağlık çalışanlarının her koşulda hasta savunuculuğu rolünü üstlenmesi

Hatalardan öğrenme kültürü: Tüm çalışanlarda hatalardan öğrenmeye ilişkin farkındalık olması, zamanla içselleştirilmesi ve beraberinde iyileştirme çalışmaları için çaba sarf edilmesi

Suçlama kültürü: Birey yerine sisteme yani hataların altta yatan nedenlerine odaklanılarak suçlayıcı kültürden uzaklaşılması; hesap verebilirlik anlayışını pekiştirecek bir çalışma ortamı sağlanarak çalışanlarda sorumluluk bilincinin geliştirilmesi

Hasta odaklılık: Hasta ve hasta yakınlarına özgü bakımın desteklenmesi

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında yönetim ve liderlik temel rolü üstlenmektedir. Çalışma ortamı ve koşullarını yeniden yapılandırırken söz konusu bileşenlerin göz önünde bulundurulması, yöneticilere rehberlik etmesi bağlamında önem taşımaktadır (Sammer ve ark. 2010, Zakari 2011). Güvenlik kültürünün benimsenmesi ve kurumda sürekli hale gelmesinde kurum çalışanlarının güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması, süreçlere aktif katılması ve ekip çalışması ruhu ile sorumluluklarını yerine getirmesi gerekmektedir (NPSF 2003). Çalışanların yetkinliğinin ve hasta güvenliği rollerinin pekiştirilmesine odaklanan eğitimler planlanması da bu kapsamdaki öneriler arasında yer almaktadır (AONE 2015, NPSA 2004). Ayrıca, hasta güvenliğine ilişkin planlamaların ve sonrasındaki uygulamaların etkinliğinin düzenli olarak değerlendirilmesi hasta güvenliği kültürünün kalıcı olmasında yarar sağlamaktadır (Türk Tabipleri Birliği 2011).

Hasta bakım sonuçlarıyla ilişkili olabileceği öne sürülen güvenlik kültürünün belirli aralıklarla değerlendirilmesi istenmektedir. Belirlenen aralıklarda yapılacak değerlendirmelerde ise ölçümün görece daha kolay olduğu güvenlik iklimine odaklanılması önerilmektedir. Güvenlik ikliminin algı odaklı olması ve yapılan müdahaleler ile değiştirilebilmesi de bu savı destekler niteliktedir (The Health Foundation 2011).

2.1.2. Hasta Güvenliği İklimi

Güvenlik kültürünün alt kümesi olan güvenlik iklimi, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine karşı tutumlarını ifade etmektedir. Güvenlik kültürü kurumsal değerler ve uygulamaları merkeze alırken, güvenlik iklimi daha çok güvenliğin ele alınış-yönetiliş biçimine ilişkin çalışan algısına odaklanmaktadır (Singer ve ark. 2009, The Health Foundation 2011). Bu bakımdan gerek güvenlik kültürü gerekse güvenlik iklimi kavramlarının özü itibarıyla yönetimle içi içe olduğu, iyileştirmeler kapsamında öncü sorumluluğun yönetimde olduğu belirtilmektedir. Hasta güvenliği kültürü ve ikliminin bileşenlerini belirlemeye yönelik yürütülen çalışmalarda da temel bileşenin ‘yönetim ve liderlik’ gibi ortak kavramlar olduğu dikkati çekmektedir (Colla, Bracken, Kinney, Weeks 2005, Katz-Navon, Naveh, Stern 2005, Sammer ve ark. 2010).

Güvenlik ikliminin kapsamı ve alt bileşenlerini belirlemeye yönelik yürütülen çalışmalarda, güvenlik ikliminin çok bileşenli bir yapıya sahip olduğu ortaya konmuştur. Bu bileşenler Colla ve arkadaşları (2005) tarafından “liderlik”, “politika ve prosedürler”, “iletişim” ve “olay raporlama” olarak belirlenmiştir. Katz-Navon ve arkadaşları (2005) ise bu yapıları dört başlık “güvenliğe ilişkin prosedürler”, “yönetimsel uygulamalar”, “bilgi akışı” ve “önceliklendirme” olarak tanımlamıştır. Bileşenlerden “güvenlik prosedürleri”, kurumsal prosedürlerin detaylandırılması ve çalışanlarda bu konuda ortak bir algı oluşmasını temsil etmektedir. “Yönetimsel uygulamalar”ın odağında, yöneticiler tarafından yürütülen tüm güvenlik çalışmalarının ve uygulamalarının çalışanlar tarafından algılanma biçimi yer almaktadır. “Bilgi akışı”, yapılan uygulamaların ve yürütülen faaliyetlerin çalışanlara aktarılması (eğitim, toplantı vb.), çalışanların sürece dâhil edilmesini kapsamaktadır. Son olarak, “önceliklendirme” boyutunu ise, kurum içinde yer alan tüm birimlerin güvenliğe ilişkin anlayışları, davranışları (endişe, kaygı, ilgi vb.) ve bu doğrultuda yaptıkları girişimleri içermektedir (Katz-Navon ve ark. 2005).

2.1.3. Hasta Güvenliği İkliminin Geliştirilmesinde Kullanılan Stratejiler

Hasta güvenliği iklimine ilişkin yürütülen çalışmaların çoğunun tanımlayıcı nitelikte olduğu ve sağlık çalışanlarının belirli bir zaman diliminde ekip ve çalışma ortamı özelliklerinin (güvenlik riskleri, ekip iletişimi/çalışması, liderlik vb.) incelendiği görülmektedir. Bu konuda girişimsel çalışmalar ise oldukça sınırlıdır. Hasta güvenliği iklimini iyileştirmeye yönelik girişimsel çalışmalarda çeşitli stratejiler kullanılmaktadır. Bu stratejiler genel olarak çalışanların hasta güvenliği iklimine uyumu veya teknolojiyi kullanımına yönelik

olabilmektedir. Sıklıkla kullanılan stratejiler arasında hasta güvenliğine yönelik “lider/yönetici tarafından klinik ziyaretler yapılması”, “yapılandırılmış eğitim programlarının uygulanması”, “birime ve kuruma özgü çok yönlü girişimlerin geliştirilmesi” yer almaktadır (Morello ve ark. 2013, Weaver ve ark. 2013).

Birim ziyaretlerinin güvenlik iklimi oluşturmaının önemli bir parçası olduğu ve tepe yönetimdeki temsilcilerin dâhil olduğu ekipler aracılığıyla yapılması önerilmektedir. Ziyaretlerin haftalık yapılması ve odağının hasta güvenliği olması beklenmektedir (IHI 2020). Ziyaretler sırasında alandaki hasta güvenliği sorunlarının yerinde ve çalışanlarla görüşülerek değerlendirilmesine ve yargılayıcı-cezalandırıcı tutumdan uzak iletişim kurulmasının önemine dikkat çekilmektedir. Böylece etkili ve doğru kararlar alınarak hasta güvenliği ikliminin geliştirilmesi mümkün kılınmaktadır. Klinik ziyaretlerin bir diğer faydası da yöneticinin ulaşılabilir olması ve çalışan-yönetici arasında köprü kurulmasını sağlamasıdır (Frankel, Gandhi, Bates 2003, Frankel ve ark. 2008, Botwinick, Bisognano, Haraden 2006, Thomas ve ark. 2005). Yapılan çalışmalarda düzenli/yapılandırılmış klinik ziyaretlerin çalışanların güvenlik iklimi algısını olumlu etkilediği belirlenmiştir (Frankel ve ark. 2003, 2008; Girerd-Genessay ve Michel 2015, Sexton ve ark. 2014, 2018; Schwendimann ve ark. 2013, Thomas ve ark. 2005).

Birim ziyaretlerinin yanı sıra gerek yöneticilere gerekse de birim çalışanlarına yönelik yürütülen eğitim programlarının hasta güvenliği iklimini iyileştirmede etkili olduğu belirtilmektedir. Yöneticilere yönelik hazırlanan programlarda olumlu sonuçlar elde edilmiştir: Ginsburg ve arkadaşlarının (2005) Kanada’daki iki eğitim hastanesinde yürüttükleri çalışmada, altı ayı kapsayan iki oturumluk bir programın ileriye dönük sonuçları incelenmiştir. İlk oturumda hasta güvenliğine ilişkin teorik çerçeve ele alınırken, ikinci oturumda iyileştirme çalışmaları kapsamında ekip işbirliği ve liderliğin rolü üzerinde durulmuştur. Değerlendirmeler sonucunda, kurumsal yönetim ve liderlik anlayışının hasta güvenliği iklimi algısını olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Xie ve arkadaşlarının (2017) beş oturum olarak tasarladıkları program sonrasında, güvenlik iklimi algısında olumlu yönde gelişme görülmüştür. Eğitim içerikleri oluşturulurken Sağlık İyileştirme Enstitüsü’nün kurs materyallerinden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda, oturum başlıkları “Güvenlik iklimi/kültürü”, “advers olayların raporlanması”, “risk yönetimi”, “ekip işbirliği ve iletişimi” ile “klinik uygulamaların yönetimi” konularını kapsamıştır. Ürdün’de yürütülen başka bir çalışmada da program içeriği, Sağlık İyileştirme Enstitüsü’nün kurs materyallerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. İki günlük 18 saat süren eğitim girişiminin özellikle hasta güvenliği iklimi

bağlamında tıbbi hataların raporlanması ve hatalara ilişkin suçlayıcı yaklaşımdan uzaklaşılması açılarından yararlı olduğu belirlenmiştir (AbuAlRub ve Abu Alhijaa 2014).

Yöneticilerle birlikte izleyenlerin dâhil edildiği randomize kontrollü bir araştırmada, iki günlük sekiz saat süren atölye çalışmaları poster ve broşürler ile desteklenmiştir. Hasta güvenliği, hasta güvenliği iklimi, çalışanların hasta güvenliği konularını açıkça konuşmaları için cesaretlendirilmesi (speak-up) ve hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik etkili ekip işbirliği (TEAMSTEPPS - Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety: Hasta Güvenliği ve Performansı Arttıran Ekip Stratejileri ve Araçları) konuları ele alınmış ve tartışılmıştır. Çalışma sonucunda, katılımcıların program yoluyla güçlendirilmesinin güvenlik iklimini geliştirmede etkili olduğu öne sürülmüştür. Hataların raporlandırılması ve hatalara ilişkin suçlayıcı yaklaşımdan uzaklaşılması konularıyla ilgili ek iyileştirmeler planlanması gerektiği vurgulanmıştır (Amiri, Khademian, Nikandish 2018).

Yönetici dışında birim çalışanlarına yönelik düzenlenen programlarda ise eğitim girişiminin yanı sıra eğitimle birlikte pekiştirici ek girişimlerle de karşılaşılmaktadır. Bu çerçevedeki çalışmaların daha çok birime özgü olması hedeflendiğinden acil servis ve yoğun bakım gibi özellikli birimlerde yürütüldüğü görülmektedir (Ling ve ark. 2016, Wong, Gang, Szyld, Mahoney 2016). Wong ve arkadaşları (2016), ekip çalışması ve iletişim stratejilerine odaklanan üç saatlik didaktik bir eğitim oturumu üzerinden acil servis hemşirelerinin tutumlarında iyileşmeler kaydedildiğini rapor etmiştir. Ling ve arkadaşları (2016), ek strateji yerine farklı bir eğitim yöntemini tercih ederek ters-yüz sınıf tekniği ile çalışmalarını yürütmüştür. Program öncesi ters-yüz sınıf tekniğine uygun olarak öğrenme materyalleri elektronik olarak katılımcılarla paylaşılmıştır. Ardından üç saati kapsayan yüz yüze eğitim bölümüne geçilmiştir. Kurs içeriğinde acil durum vakası üzerinden iletişim ve ekip dinamikleri, nöbet teslimleri açısından da SBAR (Situation/Durum - Background/Öykü - Assessment/Değerlendirme - Recommendation/Öneri) tekniği tartışılmıştır. Ayrıca, oturum sonunda katılımcıların birimlerindeki hasta güvenliği uygulamalarını refleksiyon (birimlerindeki uygulamaları analiz ederek) şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir. Ölçümler sonucunda kursun hemşireler açısından hasta güvenliği iklimini geliştirmede faydalı olduğu belirlenmiştir. Birim yerine kurum genelini kapsayan bir çalışmada da yine hasta güvenliğine yönelik girişimler uygulanmış ve 15 aylık süreçte izlenmiştir. Girişimler kapsamında hasta güvenliğine ilişkin aylık birim ziyaretlerinin yanı sıra nöbet teslimlerinde güvenliği öncelikleyen SBAR tekniği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda hasta güvenliği iklimine ilişkin

özellikle hatalardan öğrenme kültürünün benimsenmesi ve de nöbet teslimlerinde güvenlik odaklı olunması açılarından iyileşmeler olduğu belirtilmiştir (Edwards ve ark. 2008).

Çalışmalarda uygulanan program ve stratejilerin kalıcı olması bağlamında, Morello ve arkadaşları (2013) yöneticilerin ve çalışanların hasta güvenliğini sahiplenmesini önermektedir. Hasta güvenliği ikliminin istendik düzeyde gelişebilmesi için iyileştirme süreçlerinde gerekli desteğin verilmesinin ve ilgili politika-prosedürlerin oluşturulmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Aksi takdirde, güvenlik iklimini etkileyebilecek pek çok faktör bulunduğunu, en etkili stratejiler kullanılsa dahi çalışmaların etkilerinin kısıtlı olabileceğinin altını çizmektedir.

2.2. Liderlik

Bennis (1989) liderliği güzelliğe benzetmiştir:

‘Tanımlanması zordur ama gördüğünüzde tanırırsınız.’

Liderlik ile ilgili tanımların genel özelliği incelendiğinde; liderliğin, belirli bir amacı gerçekleştirmeye yönelik olduğu, içinde bulunulan ortam, çevre, organizasyon yapısı ve grup üyelerini (izleyenleri/takipçileri) kapsadığı, güç kullanma, etkileme, rehberlik etme ve motivasyon kavramlarıyla da ilişkilendirildiği görülmektedir (Cemaloğlu 2013, Daly, Jackson, Anders, Davidson 2020). Değişimin çok hızlı yaşandığı sağlık hizmetlerinde bireylere kaliteli ve güvenli sağlık bakımı vermede liderlik ve yönetim becerilerinin etkisi önem kazanmaktadır. Bu kapsamda, hemşire ve hemşire yöneticilerinin, belirlenen amaç ve hedefleri gerçekleştirmede bu özelliklerini etkili bir şekilde ortaya koyması beklenmektedir (Duygulu 2014).

2.2.1. Etkili Liderlik

Günümüz sağlık hizmetlerinin karmaşık yapıda olması çeşitli güvenlik risklerini beraberinde getirmektedir. Yetersiz iş gücü ve yetersiz koşullar bakım ve tedavilere yönelik beklentilerin karşılanmasında sıkıntılara yol açmaktadır. Güçlüklerle baş etmede ise en temelde liderlik rolü üzerinde durulmaktadır (IOM 2004, ICN 2020). Bu nedenle, etkili liderliğin tam olarak tanımlanması ve tüm boyutlarıyla ele alınarak anlaşılması önem taşımaktadır. Sağlık bakımının en uygun seviyede sağlanması için etkili liderlik yaklaşımının işlerliği sağlanmalıdır (Laschinger ve ark. 2008). Etkili liderliğin; ekip üyeleriyle iyi ilişkiler kurma ve sürdürme becerilerine de sahip olması çalışanların desteklenmesi ve profesyonel gelişim

göstermelerinde yol gösterici olabilmektedir (AACN 2005). Kurumsal yapı, işleyiş ve dinamiklere ilişkin hâkimiyeti de önemseyen etkili liderlik özellikleri, liderlik alanyazınında çağdaş yaklaşımlar kapsamında ele alınmaktadır (Marques 2015, Wong 2015). Aşağıdaki bölümde liderlik yaklaşımları tarihsel akış içerisinde açıklanmaktadır.

2.2.2. Liderlik Yaklaşımları

Liderlikle ilgili ilk araştırmalar genellikle liderin bireysel özelliklerini incelemek üzere gerçekleştirilmiştir. Sonraki yıllarda ise lider-izleyen etkileşimine ve liderin izleyenlere karşı davranış biçimine odaklanan araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Böylece davranışsal liderlik kuramları ortaya çıkmıştır. Ancak daha sonraki süreçte, davranışsal kuramların yeterli olmadığı ve içinde bulunulan koşulların dikkate alınması gerektiği öne sürülmüştür. Son yıllarda ise, bilimsel yazında çağdaş yaklaşımlar olarak ele alınan; etkileşimci (transaksiyonel), dönüşümcü (transformasyonel), otantik (özgün), hizmetkâr (servant) gibi liderlik yaklaşımları ön plana çıkmıştır.

2.2.2.1. Özellikler Yaklaşımı (Büyük Adam Teorisi)

Özellikler yaklaşımının temelinde “Büyük Adam Teorisi” yer almaktadır. Büyük adam teorisine göre; liderlik doğuştan kazanılan bazı özelliklerin bireyleri etkilemesi ile ortaya çıkmaktadır. Fiziksel, entelektüel ve kişisel olarak sınıflandırılan bu özellikler bireylerin karizmatik güce sahip olmasını sağlamaktadır. Özellikler yaklaşımı liderin özel nitelikleri ile yeteneklerinin anlaşılmasına katkı vermekle birlikte, “lider” değişkenini temel alması ve liderlik özelliklerinin doğuştan olduğunu savunması nedeniyle yeterli görülmemiştir. Zamanla, liderlerin bazı özellikleri tecrübe ve öğrenmeyle edinebileceği düşünülmeye başlanmıştır (Duygulu 2014, Koçel 2014). Bu durum araştırmacıları lidere özgü ‘davranışları’ incelemeye yöneltmiştir.

2.2.2.2. Davranışsal Yaklaşım

Davranışsal yaklaşıma göre liderin etkinliği taşıdığı özelliklerden ziyade liderin izleyenler karşısında sergilemiş olduğu davranışlarla ilişkilidir. Davranışsal yaklaşımın içerisinde otokratik, demokratik ve serbestlik tanıyıcı olmak üzere üç grup liderlik tipi yer almaktadır (Swansburg ve Swansburg 1999).

Otokratik liderlik: Görevin/amacın başarılmasına odaklanan bu liderlik tipinde plan ve politikalar belirlenirken grup üyelerine söz hakkı tanınmamaktadır. Lider, izleyenlerden kendisine güven duymalarını, dolayısıyla, aldığı kararlara kayıtsız şartsız uymalarını

istemektedir. Otokratik liderliğin özellikle acil/kriz durumlarında, karar sürecini hızlandırarak ve zaman kaybını en aza indirmek için yararlı olabileceği ancak baskı ve korkuya da yol açabileceği belirtilmektedir.

Demokratik liderlik: Liderin amaç, plan ve politikaların belirlenmesinde grup üyelerinin fikir ve düşüncelerinden yararlanması demokratik liderlik yaklaşımının en belirgin özelliğidir. Demokratik liderler, izleyenleri karar süreçlerine katarak ekip içi iletişimin olumlu yönde kurulmasını kolaylaştırmaktadır. Bu durum verimliliğin ve iş doyumunun artmasını da beraberinde getirmektedir.

Serbestlik tanıyıcı liderlik: Grup üyelerinin hedeflerin gerçekleştirilmesi sürecinde tamamen özgür bırakılması bu liderlik tipinin temelini oluşturmaktadır. Serbestlik tanıyıcı liderler, yönetim yetkisini kullanmak yerine izleyenlere kaynak sağlanması ve ortaya çıkan sorunlara çözüm üretilmesi ile ilgilenmektedir. İzleyenlerin uzmanlık alanlarına güvenilmesiyle iyileştirme ve yenileşim süreçlerinde oldukça faydalı olabilen bu yaklaşım, otorite boşluğu nedeniyle başarısızlık da getirebilmektedir.

2.2.2.3. Durumsallık Yaklaşımı

Durumsal liderlik yaklaşımında, lider özellikleri ve davranışlarının yanı sıra çevrenin ve koşulların etkisi üzerinde durulmaktadır. Çünkü lider özellikleri ve davranışlarının duruma/koşula göre değişebileceği savunulmaktadır. İçinde bulunulan durumun etkili olarak yönetilmesinde lider-izleyen etkileşimi (destek, motivasyon vb.), işin niteliği ve liderin otorite gücünü (otokratik, danışman, katılımcı, yetki devreden vb.) kullanma derecesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Koçel 2014, Duygulu 2014).

2.2.2.4. Çağdaş Yaklaşımlar

Günümüzde liderliğin, özellikle karmaşık-çok yönlü yapısı ile öğrenilebilir-geliştirilebilir özellikleri üzerinde durulmaktadır. Çağdaş yaklaşımların; izleyenlere ilham verilmesi, gelecekteki durumların öngörülmesiyle vizyon oluşturulması ve lider-izleyen etkileşiminde bireysel özellikler ile duygulara önem verilmesi konularıyla geleneksel yaklaşımlardan farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Bu kapsamda etkileşimci, dönüşümcü, otantik, hizmetkâr liderlik yaklaşımları öne çıkmaktadır (Marques 2015, Wong 2015).

Etkileşimci (Transaksiyonel) Liderlik

Yaklaşımın temelinde lider ve izleyenin amaç ve hedeflere ulaşmak için karşılıklı bir alış-veriş (takas) içerisinde çalışması yer almaktadır. Bu takas sürecinde lider açısından işin

tamamlanması sağlanırken, izleyenler açısından para, ödül gibi kazançlar elde edilmektedir. Lider, hedefin gerçekleştirilmesi için izleyeni ödüllendirebileceği gibi bazen de cezalandırma yoluna gidebilmektedir (Bass 1990, Swansburg ve Swansburg 1999). Bu etkileşimin, zaman içerisinde ödüllendirme-cezaladırma ekseninden kayarak dengeli bir şekilde içsel motivasyonla yer değiştirmesi önem taşımaktadır (Duygulu 2014).

Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderlik

Dönüşümcü liderliğin odağında bir organizasyonu başarıya götüren özelliklerin ayrıntılı şekilde incelenmesi yer almaktadır. Başarı için çalışanların işlerine yükledikleri değerlerin belirlenmesi ve çalışanlarda coşku duygusunun uyandırılması önem taşımaktadır. Böylelikle, lider ve izleyenin mevcut özelliklerini geliştirerek olgunlaşmaları hedeflenmektedir (Barker, Sullivan, Emery 2006). Bu kapsamda, dönüşümcü liderlik özellikleri “idealleştirilmiş etki”, “ilham verici motivasyon”, “entelektüel uyarım” ve “bireysel ilgi/destek” başlıkları altında dört bileşen olarak ele alınmaktadır (Bass 1999).

İdealleştirilmiş etki: Dönüşümcü liderlerin izleyenleri için bir model oluşturmaktan kaynaklanmaktadır. İzleyenlerin liderlerini karizmatik, güvenilir, güçlü ve yüksek ahlaki seviyede görmesi ile izleyenin liderdeki özellikleri benimsemesi ve kendisinde gelişmesi için çaba göstermesidir.

İlham verici motivasyon: Güzel bir gelecek tablosu tasarlanması ve ideal bir vizyon oluşturulması ile izleyen beklentilerinin amaçların gerçekleştirilmesi yönünde değiştirilmesidir.

Entelektüel uyarım: İzleyenin eski inançları/gelenekleri ve değerleri sorgulaması sağlanarak yenilikçi-yaratıcı olmaya teşvik edilmesidir.

Bireysel ilgi/destek: İzleyenlerin her birinin ayrı ayrı gelişmesi yönünde izleyenin özelliklerini (duygusal yönü, ihtiyaçları, beklentileri vb.) dikkate alarak hassasiyet gösterilmesidir.

Kouzes ve Posner (2011), bileşenlerden yola çıkarak dönüşümcü liderlik yaklaşımının hayata geçirilmesinde beş temel davranış tanımlamıştır. Bu davranışlar; yol gösterme, ortak bir vizyon oluşturma, süreci sorgulama, çalışanın gelişimi konusunda cesaretlendirilmesi ve izleyenlerin başarıları için kutlanmasıdır. Dönüşümcü liderliğin değişen sağlık bakım çevrelerine yeni bir bakış açısı getireceği, çalışanları güçlendireceği, iş doyumunu artıracığı, hemşireler ve özellikle hastalar için yararlı ortamlar oluşturulabileceği öne sürülmektedir.

Ayrıca, kurumsal bağlılık, çalışan ve hasta memnuniyeti, çalışan motivasyonunu olumlu yönde etkilediği ve hasta bakım kalitesini artırarak hataları azalttığı gösterilmiştir (Blake, Leach, Robbins, Pike 2013, Holly ve Igwee 2011, Wong, Cummings ve Ducharme 2013). Ancak, dönüşümcü liderliğin olumlu katkıları olmakla birlikte sağlık bakım hizmetlerini karşılamada otantik liderliğin etkilerine yönelik çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir (Hutchinson ve Jackson 2013, Wong 2015).

Çalışmanın ana temalarından biri otantik liderlik olduğu için ayrı bir başlık altında ayrıntılı olarak ele alınmış ve aşağıda sunulmuştur.

2.2.3. Otantik Liderlik

Otantik liderlik her ne kadar yeni nesil liderlik yaklaşımları arasında gösterilse de otantik kavramının kaynağı Eski Yunan felsefesine dayanmaktadır. Otantiklik (authenticity) kelimesi “kendine karşı doğru olma, dürüst olma”yı ifade etmektedir. Bazı durumlarda içten olma, samimiyet (sincerity) ile karıştırılabilen otantiklik “kişinin deneyim, düşünce, duygu, ihtiyaç veya inançları ile bağlantılı bir biçimde kendini bilmesi” olarak da tanımlanmaktadır (Harter 2002). Teorik perspektiften incelendiğinde otantiklik *öz farkındalık, içselleştirilmiş ahlak anlayışı, bilgiyi çeşitli yönleriyle dengeli değerlendirme ve ilişkilerde şeffaflık* olmak üzere dört bileşenle açıklanmaktadır (Walumbwa ve ark. 2008):

Öz farkındalık: Öz farkındalık, kişinin güçlü ve zayıf yönleri ile birlikte çok yönlü doğasını ve bireyin kendisini tanımasını esas almaktadır (Gardner ve ark. 2005, Walumbwa ve ark. 2008).

Bilgiyi çok yönlü ve dengeli değerlendirme: Karar vermeden önce konuyla ilişkili bütün verilerin tarafsız bir şekilde analiz edilmesidir. Tarafsız ve dengeli değerlendirme sonucunda veriler daha hatasız yorumlanmaktadır (Ilies, Morgeson, Nahrgang 2005, Walumbwa ve ark. 2008).

İçselleştirilmiş ahlak anlayışı: Kişinin değerleri, tercihleri ve ihtiyaçları ile uyum içinde hareket etmesi anlamına gelmektedir (Kernis 2003). Otantik liderlerin doğasında üst düzey ahlaki standartların ve yeteneklerin olması gerekmektedir. Bu doğrultuda, liderin organizasyon veya toplumun baskılarına göre değil, kendi ahlaki standartları ve değer yargılarına göre süreçleri yönlendirmesi ve etik problemleri çözmesi beklenmektedir (Walumbwa ve ark. 2008).

İlişkilerde şeffaflık: Liderin yakın ilişkilerinde ‘içten olması-sahte olmaması’ ve bunu başarması anlamındadır. Otantik liderliğin ‘etkileşimli-ilişkisel’ olarak kabul edilmesinin

nedeni ilişkilerin şeffaflık üzerine temellendirilmesidir. Böylece lider ve izleyenin gerçek manada etkileşimi yani izleyenlerin liderin gerçek kişiliğini (iyi-kötü-geliştirilmesi gereken yönler) tanımlayarak rolünü yerine getirmesinin önemine değinilmektedir (Kernis 2003, Gardner ve ark. 2005).

Açıklanan bileşenler kapsamında, otantik liderlerin şeffaflık, açık olma, söz ve davranışlarda tutarlılık ve adil olma özelliklerini barındırdığı görülmektedir (Avolio ve ark. 2004). Söz konusu özellikler sağlık çalışanlarının iyilik hali, çalışma ortamı ve hasta bakımı ile ilişkilendirilmektedir.

Otantik Liderliğin Sağlık Alanına Yansımaları

Alanyazında, otantik liderliğin özellikle sağlık çalışanlarının “iyilik hali”nin geliştirilmesinde etkilerini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Sağlık çalışanlarının iyilik hali bireyin “iş performansı”, “iş doyumunu”, “tükenmişlik” ve “işten/meslekten ayrılma niyeti”ni kapsayan bir kavramdır (Alilyyani, Wong, Cummings 2018). Otantik liderlerin, çalışanların iş doyumunu ve iş performansını olumlu yönde etkilemesiyle (Laschinger ve Fida 2015, Wong ve Laschinger 2013) tükenmişliği daha düşük düzeyde algılanmasında yarar sağladığı belirlenmiştir (Laschinger, Wong, Grau 2013, Laschinger ve Fida 2014a, 2014b). Çalışmalar ayrıca, yöneticilerini otantik olarak tanımlayan hemşirelerin meslekten ayrılma niyetinin de daha düşük olduğunu göstermektedir (Laschinger, Wong, Grau 2012, Laschinger ve Fida 2014a).

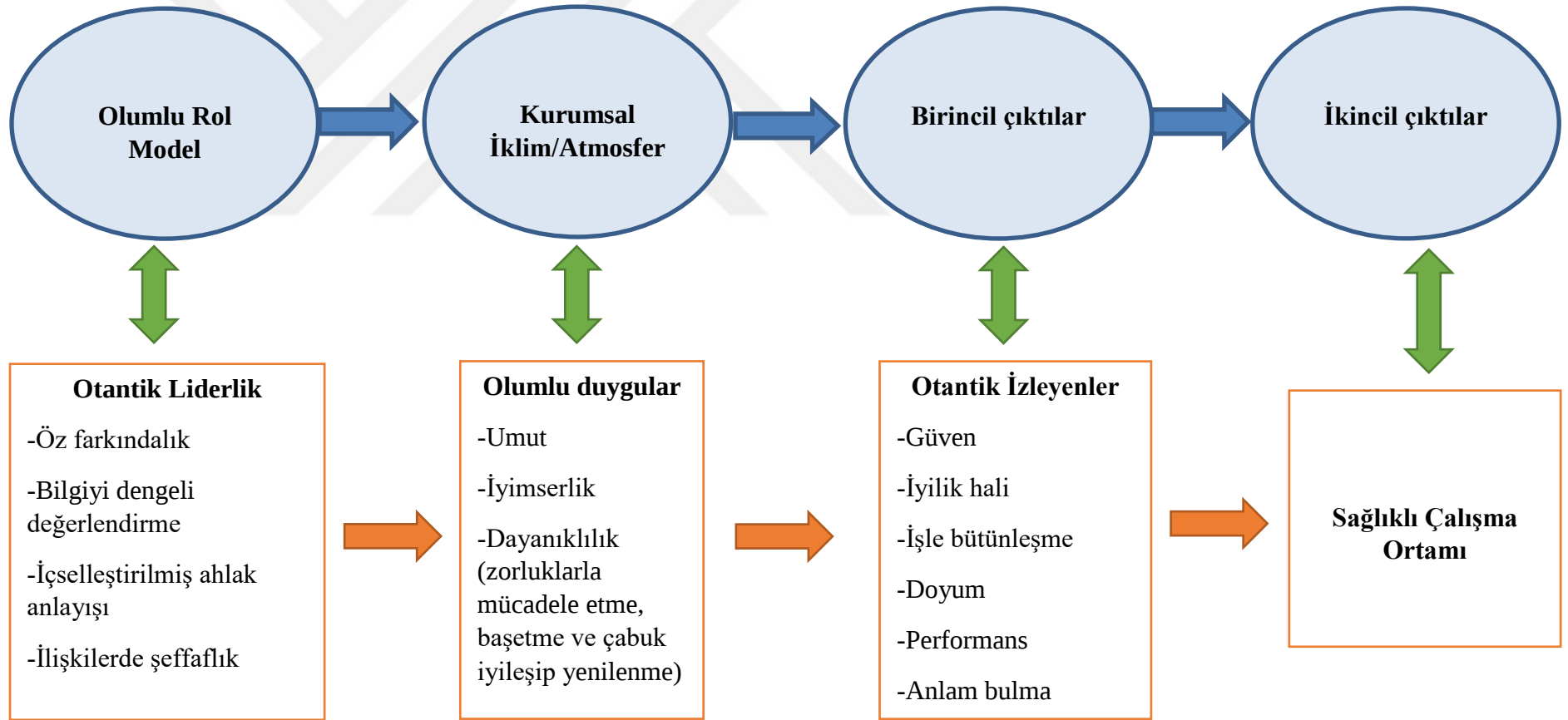
Otantik liderliğin sağlıklı çalışma ortamının geliştirilmesinde temel standartlardan birisi olduğu belirtilmektedir (AACN 2005). Otantik liderlik, özellikle çalışma ortamının “yapısal güçlendirme” ve “ekip iş birliği” boyutlarının iyileştirilmesinde fayda sağlamaktadır (Alilyyani ve ark. 2018). Yapısal güçlendirme bağlamında çalışanların ihtiyaç duyduğu bilgi, destek ve kaynağın sağlanması aynı zamanda gelişim fırsatlarının sunulması ile hemşirelerin iş performansı ve iş doyumunu artmaktadır (Laschinger ve Fida 2015, Wong ve Laschinger 2013). Bununla birlikte, otantik liderliğin sağlık profesyonelleri arasında güven ilişkisi kurulmasına yardımcı olmasının ekip iş birliğini geliştirdiği öne sürülmektedir (Laschinger ve Smith 2013, Regan, Laschinger, Wong 2016).

Otantik liderlik ile sadece ekip içi değil aynı zamanda yönetici ve diğer çalışanlar arasında güven ilişkisi de gelişmektedir. Bu durum hasta bakım sonuçlarını etkilemekte ve daha nitelikli bakım verilmesine katkı sağlamaktadır (Wong ve Cummings 2009, Wong, Laschinger, Cummings 2010). Hasta bakım sonuçlarından ilaç hataları, nazokomiyal

enfeksiyonlar, düşme ve advers olayların önlenmesinde otantik liderliğin etkisinin olduğu saptanmıştır (Wong ve Giallonardo 2013). Nitelikli bakım ve hasta bakım sonuçlarının yanısıra otantik liderliğin hasta güvenliği ikliminin geliştirilmesinde yararlı olduğu bulunmuştur (Dirik ve Seren İntepeler 2017a).

Sağlık alanında etkili liderliğin yürütülebilmesi için etkili izleyenlere de gereksinim duyulmaktadır. Lider-izleyen bir bütünün ayrılmaz parçaları olarak değerlendirildiğinden lideri takip eden izleyenlerin özellikleri oldukça önemlidir (Grossman ve Valiga 2005, Martin 2008). Lider-izleyen etkileşiminin temelinde, yönetici-sağlık profesyonelleri-sağlık kurumu arasında kurulan güven ilişkisi yer almaktadır. Güvenin yanısıra otantik liderlerin iyimserlik, umut gibi olumlu duyguları izleyenlerle paylaşması, izleyenlerin iyilik halinin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (Avolio ve ark. 2004, Gardner ve ark. 2005, Ilies ve ark. 2005).

Otantik lider-izleyen etkileşiminin olumlu yönde kurulması, çalışanların işle bütünleşmesini, işteki performansını, çalışma motivasyonunu ve iş doyumunu artırmaktadır. Ayrıca sağlıklı çalışma ortamının oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (Grossman ve Valiga 2005, Martin 2008, Nakamura ve Csikszentmihalyi 2003, Harter, Schmidt, Hayes 2002). Lider-izleyen etkileşimi **Şekil 1’de** şematize edilmiştir.



Şekil 1. Lider İzleyen Etkileşimi

2.2.4. Liderlik Geliştirme

Liderlik, kademeli bir yapı içinde gelişimin gerçekleştiği bir süreçtir. Bu süreçte iç görü ile zayıf ve güçlü yönlerin bilinmesi/belirlenmesi, liderlik kapasitesini artırmaya yönelik ortam koşullarının sağlanması ve sonrasında liderlik becerilerini geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunulması beklenmektedir (Grossman ve Valiga 2005). Liderlik becerilerinin geliştirilmesi, değişim ve yeniliklerden oldukça etkilenen, beklenmedik ya da zorlu olayların her an yaşanabildiği sağlık bakım ortamlarına uyum sağlanması ve baş edilmesinde gerekli görülmektedir (Hannah, Sumanth, Lester, Cavarretta 2014). Bununla birlikte, öğrenilen bilgi ve becerilerin izleyenlerle etkileşerek pekiştirilmesi, kalıcı öğrenme ve gerçek hayata aktarım açısından da önemli kabul edilmektedir. (Grossman ve Valiga 2005, Swearingen 2009). Bu kapsamda, ihtiyaçlar doğrultusunda yönetici ve yönetici adaylarına yönelik formal liderlik geliştirme programlarının yürütülmesi önerilmektedir (Swearingen 2009, IOM 2010).

Hemşirelere yönelik liderlik yaklaşımlarının teorik çerçeveyi oluşturduğu programlar incelendiğinde çoğunlukla dönüşümcü liderlik ile karşılaşılmaktadır (örneğin, Duygulu ve Kublay 2011, Martin ve ark. 2012). Sadece bir pilot çalışmada ise otantik liderliğe yönelik liderlik programının etkililiği araştırılmıştır (Frasier 2019). Dönüşümcü liderliğe temellendirilmiş bir programda, 30 sorumlu hemşire ile 14 aylık bir periyodu kapsayan 14 saat teorik, 14 saatlik uygulamalı eğitimler sonrası yönetici hemşirelerin liderlik algısında program öncesine göre iyileşme görülmüştür. Haftalık düzenlenen oturumlarda transformasyonel liderliğin özellikleri üzerinde durulmuştur (Duygulu ve Kublay 2011). İsviçre’de 18 aylık bir süreci kapsayan (12 ay programın uygulanması, altı ay izlem) ve yine transformasyonel liderliğe ilişkin yürütülen bir program sonucunda, özellikle transformasyonel liderliğin “ilham verici motivasyon” ile “entelektüel uyarım” alt boyutlarında gelişme kaydedildiği rapor edilmiştir. On dört yönetici hemşirenin katıldığı ve yaklaşık 18 gün süren 147 saatlik programda, teorik anlatımlar ve atölye çalışmalarının yanı sıra birebir rehberlikle birlikte aktif öğrenme etkinliklerine yer verilmiştir (Martin, McCormack, Fitzsimons ve Spirig 2012). Otantik liderliğe ilişkin 11 yönetici hemşirenin dahil olduğu pilot çalışmada ise programdan iki ay sonra yapılan değerlendirmede “öz-farkındalık” alt boyutunda program öncesine göre iyileşme olduğu belirtilmiştir. Otantik liderlik teorisi ve bileşenlerine genel bakışın ele alındığı ana oturumunun ardından otantik liderlik özelliklerine ilişkin öğrenmeyi pekiştiren ek iki oturum yürütülmüştür. Oturumlardan sonra katılımcılardan günlük tutmaları istenmiş ve iki haftada bir günlük içeriklerini tartışmak üzere bir araya gelinmiştir (Frasier

2019). Söz konusu çalışmada, otantik liderlik algısı dışında hasta güvenliği ya da hemşire güçlendirme gibi hasta ve hemşireyi etkileyen diğer değişkenlere yer verilmemiştir.

2.3. Güçlendirme

Genel olarak güçlendirme, çalışanların kendilerini motive olmuş hissettikleri, bilgi ve uzmanlıklarına güvendikleri, inisiyatif kullanarak harekete geçme arzusu duydukları, olayları kontrol edebileceklerine inandıkları ve kurumun amaçları doğrultusunda uygun buldukları işleri yapmalarını sağlayan uygulamaları ve koşulları ifade etmektedir (Cook, Hunsaker, Coffey 1997). Kanter (1979) güçlendirmeyi, ‘bir bireyin amaçlara ulaşmak için mevcut kaynaklardan yararlanma ve bağımsız şekilde kararlar alma yeteneği’ olarak tanımlamaktadır. Genel tanımların altında güçlendirme, **yapısal** ve **psikolojik** güçlendirme olarak iki ana boyutta ele alınmaktadır (Kanter 1977, Spreitzer 1995).

2.3.1. Yapısal Güçlendirme

Kurumların çalışanlarına “**fırsat, bilgi, destek ve kaynak**” sunma yeteneği olarak tanımlanan yapısal güçlendirme, çalışma ortamındaki koşullarını güçlendirme üzerine etkilerini incelemektedir. Çalışanlara eğitim ve gelişim **fırsatları** sunulması, kurumsal amaçların yanı sıra kuruma ilişkin gelişmeler hakkında çalışanlarla **bilgi** paylaşımında bulunulması, ekip etkileşimi ile **destekleyici** bir ortamda çalışılması ve son olarak zaman-ekipman-insan gücü gibi **kaynaklara** erişimin sağlanması çalışanları güçlendirmede etkili olmaktadır (Kanter 1977, Faulkner ve Laschinger 2008).

2.3.1.1. Yapısal Güçlendirme Bileşenleri

Kanter’e (1977) göre **fırsat, bilgi, destek ve kaynak** temel **dört** bileşeni oluşturmaktadır. Bununla birlikte, “**formal güç**” ve “**informal güç**” olarak tanımlanan son iki bileşen, temel bileşenlerle birlikte **altılı** yapıyı tamamlamaktadır. Formal güç, mesleğe ilişkin organizasyonel süreçlerdeki esneklik ve görünürlük özelliklerini kapsamaktadır. Çalışma planında esneklik sağlanması ve ortaya konan emeğin/çabanın görünür kılınması/takdir edilmesi formal gücü artırmaktadır. Kurum içi ve dışı iletişim ağı kurulması, ekip iletişimi ve etkileşimi gibi özellikler de informal gücü desteklemektedir (Laschinger ve Havens 1996). Kanter’in teorisi rehberliğinde Laschinger ve arkadaşları (2001) tarafından tanımlanan dört temel bileşen şu şekilde açıklanmaktadır:

Fırsat: Gelişim ve ilerleme olanakları bileşenin temelini oluşturmaktadır. Çalışanların gelişimi aynı zamanda kurumun başarısını etkilemektedir. Eğitim gereksinimleri

doğrultusunda kurum dışı eğitim etkinlerinin yanı sıra hizmet içi eğitim fırsatlarının sağlanması bu bileşen kapsamında çalışan gelişimini desteklemektedir.

Bilgi: Kurumsal amaç, hedef ve beklentilerin çalışanlarla açıkça paylaşılması bu bileşenin başarılmasında önem taşımaktadır. Sözlü ya da yazılı olarak belirli aralıklarla bilgi akışının sağlanması, süreçlerde yaşanan değişikliklere ilişkin çalışanların bilgilendirilmesini sağlamaktadır. Böylelikle hem çalışan kendisine değer verildiğini hissetmekte hem de değişikliklere daha kolay uyum göstermektedir.

Destek: Ekip üyelerinin ihtiyaç duyduğu her türlü desteğin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Çalışanların sorularına yanıt bulabilmeleri, danışmanlık alabilmeleri, yapıcı geribildirim alabilmeleri gibi, ihtiyaçları yeterli ölçüde karşılanması iyi bir desteğin sunulduğu anlamına gelmektedir.

Kaynak: İş ortamında gerekli kaynaklara (para, zaman ve insan gücü gibi) rahat ulaşabilmeyi ifade eden bu bileşen, söz konusu kaynaklar için kurum içinde kime, nasıl ulaşacağı konusunda çalışanların bilgi sahibi olmasını vurgulamaktadır.

Yapısal güçlendirme bileşenlerine erişim sağlandıkça hemşirelerin performansı ve motivasyonu olumlu yönde etkilenmektedir (Fragkos, Makrykosta, Frangos 2020, Orgambídez ve Almeida 2020). Bu durum, işlerin etkin yürütülmesi ve iş doyumuna katkı sağlayarak sağlık hizmetlerinin temel hedefi olan güvenli ve nitelikli bakım ortamının oluşturulmasında yararlı olmaktadır (Goedhart, Van Oostveen, Vermeulen 2017, Laschinger ve Fida 2015). Yapısal güçlendirme varlığında daha iyi koşullarda çalışan hemşirelerin, güvenli hasta bakımına ilişkin farkındalığı artmaktadır (Dirik ve İntepeler 2017b). Söz konusu farkındalık ekip üyelerince de benimsendikçe bakımın kalitesini etkileyen temel etmenlerden olan ekip etkileşiminin geliştirilmesi yönünde kazanımlar elde edilmektedir (Laschinger ve Smith 2013, Regan ve ark. 2016). Birim ve kurum bazında karar alma süreçlerinde ekip üyelerinin katılımının desteklenmesi bu açıdan önem taşımaktadır (Van Bogaert ve ark. 2016). Katılımcı yönetim anlayışı çerçevesinde tüm değişkenler göz önünde bulundurularak uygun koşulların yaratılması güçlendirmenin başarılmasını kolaylaştırmaktadır. Bu kapsamda, hemşire yöneticileri ve liderlerin, hemşireler için çalışma koşullarının güçlendirilmesi yönünde çaba göstermesi gerekmektedir (Goedhart ve ark. 2017).

2.3.2. Psikolojik Güçlendirme

Spreitzer'e (1995) göre psikolojik güçlendirme, güçlendirmeye yönelik kurumsal kapasite ile çalışanlar tarafından deneyimlenen psikolojik durumları kapsamaktadır. Sosyal-psikolojik kuramlar çerçevesinde güçlendirme ise içsel motivasyon ile ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda psikolojik güçlendirme, rol ve sorumlulukları hakkında çalışanların kişisel inançlarını yansıtmaktadır (Kanter 1977, Laschinger ve ark. 2004). Yapısal güçlendirmenin odak noktasında çalışma ortamındaki güçlendirici koşullara ilişkin çalışanların algısı yer alırken, psikolojik güçlendirmede çalışanların yapısal güçlendirme koşullarını psikolojik olarak nasıl yorumladıkları ve anlamlandırdıkları ele alınmaktadır (Wagner ve ark. 2010).

2.3.2.1. Psikolojik Güçlendirme Bileşenleri

Psikolojik güçlendirme bileşenleri; anlam, yeterlilik, özerklik ve etki olmak üzere dört boyutta incelenmektedir (Spreitzer 1995).

Anlam: Amaçlara ulaşip başarılı olmanın çalışanlarda yarattığı değer algısı ile çalışanların yaptıkları işi önemseme ve işlerinin önemli olduğunu düşünme düzeyiyle ilişkilidir.

Yeterlik: Çalışanların görev ve sorumluluklarını yerine getirme, bir diğer deyişle işlerini iyi yapabilmeleri konusunda bilgi birikimi, deneyim ve yeteneklerine duydukları güven düzeyiyle ilgilidir.

Özerklik: Çalışanların işlerin nasıl yapılacağına ilişkin karar verme özgürlüğünü ve gücünü ifade eden özerklik, otonomi düzeyiyle yakından ilişkilidir.

Etki: Kurumsal işleyiş ve hedeflere ulaşmada çalışanların yaptığı işlerin kuruma bir etki/bir iz bıraktığını hissetmesi ile ilgilidir. Kurum tarafından çalışanların fikir ve önerilerinin ciddiye alınması ve önemsenmesi yine bu bileşen kapsamında ele alınmaktadır.

Psikolojik güçlendirmenin sağlık bakım hizmetlerindeki sorunların tanımlanması, sorunlara ilişkin çözüm üretilmesi ve sonrasında ekip desteği ile birlikte üretilen fikirlerin hayata geçirilmesinde fayda sağladığı belirtilmektedir (Knol ve Van Linge 2009). Psikolojik açıdan güçlendirici koşullara erişebilme bu açıdan sağlık profesyonelleri için önem taşımaktadır. Süreç içinde önce kendini güçlenmiş hisseden çalışanlar, zamanla güçlenmenin pekiştirilmesi ve özümsemesiyle davranışsal olarak da kazanımlar elde etmektedir (Laschinger ve ark. 2010, Shapira-Lishchinsky ve Benoliel 2019). Söz konusu güçlendirme koşulları, çalışanların işlerini iyi yaptıkları inancını olumlu etkileyerek bir yandan iş doyumu

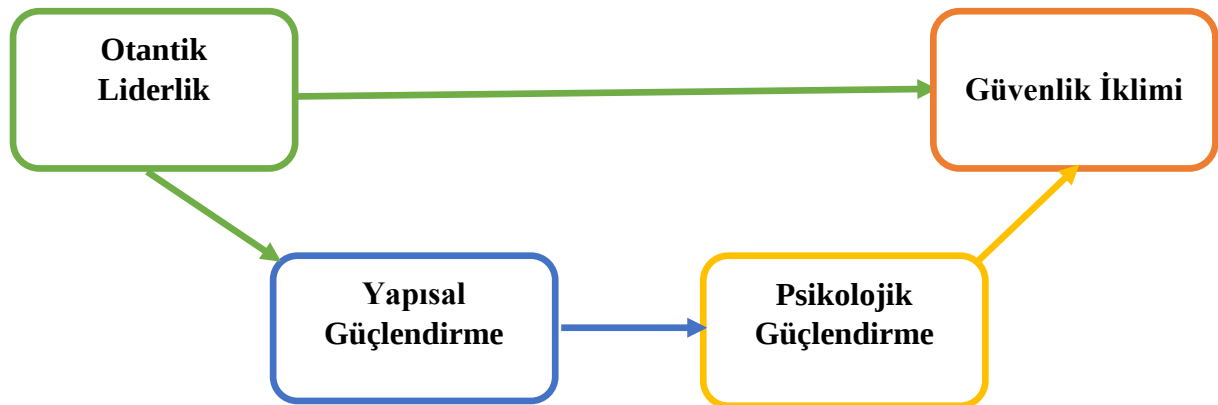
sağlarken, diğer yandan çalışanların daha başarılı işler yapmak adına motive olmalarında aracılık etmektedir (Cicolini, Comparcini, Simonetti 2014, Li ve ark. 2018). İş doyumuna yönelik girişimlerde hemşirelerin üretkenliğini ve yaratıcılığını geliştirmeye odaklanması önerilmektedir (Wagner ve ark. 2010). Artan iş doyum ve motivasyon, çalışanların işlerine ve kurumlarına bağlılık duymasında yardımcı olmaktadır (Ouyang, Zhou, Qu 2015). Bununla birlikte, güçlendirici çalışma ortamı koşulları hemşirelere özerklik ve güven duygusu kazandırmada önemli bir rol üstlenmektedir (Watkins, Hart, Mareno 2016). Güven duygusu ve otonomik karar alma gücü, hemşirelerin işlerinde anlam bulmalarında ve işlerini önemli görmelerinde etkili olmaktadır (Dinapoli ve ark. 2016). Yapılan işlerin takdir edilmesi ve geribildirim verilmesi de hemşirelerin kurumda bir etkiye sahip oldukları inancının pekiştirilmesinde yarar sağlamaktadır (Mok ve Au-Yeung 2002). Böylelikle, kendilerini güçlendirilmiş hisseden hemşireler aracılığıyla hastalara nitelikli ve güvenli bir bakım ortamı sunma yönünde kazanımlar elde edilmektedir (Laschinger ve ark. 2010).

Sağlık bakım ortamlarının karmaşık yapısı göz önünde bulundurulduğunda, yönetici hemşire ve klinik/servis hemşirelerini güçlendirmek ve zorluklarla baş etme becerilerini geliştirmek üzere güçlendirme programlarının planlanması ve uygulanması önerilmektedir. Özellikle yapısal ve psikolojik güçlendirmeye temellendirilen programların, çalışma ortamlarının iyileştirilmesi yönünde faydalı olduğu öne sürülmektedir. Programlar aracılığıyla, yönetici hemşirelerin kendilerine olan güven duygularının artacağı, böylelikle rol ve sorumluluklarını yerine getirme konusunda daha başarılı olacakları ifade edilmektedir. Bununla birlikte, programlardan edindikleri deneyimlerle güçlendirme stratejilerini kullanan yönetici hemşirelerin, çalışanlarla daha etkili ve olumlu etkileşim kurarak hemşirelerin güçlendirilmesine katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (Macphee ve ark. 2012). Teorik çerçeve olarak yapısal ve psikolojik güçlendirmenin kullanıldığı bir çalışmada, güçlendirme temelli programın lider ve izleyenlere olası etkileri araştırılmıştır. Programın, liderlerin güçlendirme özelliklerini kullanımlarına ilişkin algısını olumlu etkilediği belirlenmiştir. Güçlendirme özelliklerinin öğretilebilir olduğu ve eğitim programının kurumsal güçlendirme süreçleriyle bütünleştirildiğinde güçlendirme özelliklerinin pekiştirileceği sonucuna ulaşılmıştır (Macphee ve ark. 2014, Dahinten ve ark. 2014). Tayvan'da halk sağlığı hemşirelerini güçlendirmeye yönelik yürütülen başka bir program sonucunda, didaktik oturumlar ve atölye çalışması sonucunda psikolojik güçlendirmeye (özellikle “yeterlik” ve “etki” alt boyutlarında) ilişkin iyileşme kaydedilmiştir (Chang, Liu ve Yen 2008). Programda teorik çerçeve olarak Thomas ve Velthouse'un (1990) bilişsel güçlendirme modeli

uygulanmıştır. Bu model ile yöneticinin ve/veya deneyimli çalışanların rehberliği ve eğitim girişiminin etkilili değerlendirilmiştir. Programda ayrıca, oturum ve atölye çalışmalarında güçsüzlüğe yol açan etmenler tartışılmıştır. Güçsüzlüklerin çözümlenmesinde üç aşamalı reflektif yöntem (Zimmerman 2000) kullanılmıştır. Dinleme-diyalog-eylem olarak ifadelendirilen aşamalar esnasında; çalışanların birbirini “dinlemesi” yoluyla sorunların tanımlanması, “diyalog” yoluyla sorunların analizi, son olarak “eylem” planı doğrultusunda stratejiler oluşturulması hedeflenmiştir. Yapısal güçlendirmenin iyileştirilmesine yönelik yürütülen Kanada’da gerçekleştirilen bir çalışmada ise, ekip işbirliğini temel alan bir düzenlemenin etkileri araştırılmıştır. Birime özgü konu ya da sorunların ekip üyelerince çözümlenmesi süreçlerinde yararlı bulunan bu düzenleme (toolkit), yapısal güçlendirmenin özellikle “destek” ve “kaynak” alt boyutlarında etkili bulunmuştur. Düzenleme ile ekip üyeleri arasında artan etkileşim “destek” alt boyutundaki etkiyle, sorunları çözmek üzere kaynak arayışı da “kaynak” alt boyutundaki etkiyle ilişkili bulunmuştur (Laschinger, Leiter ve ark. 2012).

Sonuç olarak güçlendirme temelli programlarda yapısal ve psikolojik güçlendirme temaları üzerinde durulmuş ancak söz konusu programlarda güvenlik iklimi ya da otantik liderlik konularına yer verilmemiştir. Mevcut çalışma, güçlendirmenin yanı sıra otantik liderlik ve güvenlik iklimini birlikte ele alan ilk çalışma olarak hemşirelik alanyazına katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri gösteren, otantik liderlik ve güçlendirme teorileri önermeleri ile alanyazın incelemesine dayanarak (örneğin, AACN 2005, Avolio ve ark. 2004, Purdy ve ark. 2010, Laschinger ve Fida 2015) oluşturulan varsayımsal kavramsal model aşağıda gösterilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Kavramsal Model

Tez çalışması iki aşamada gerçekleştirildiğinden; **Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç** bölümleri her bir aşama altında ayrı ayrı düzenlenerek aktarılmıştır.

Birinci aşama: Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin Psikolinguistik ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

İkinci aşama: Güvenlik İklimi, Otantik Liderlik ve Güçlendirme Programının Etkililiği



BİRİNCİ AŞAMA: GÜVENLİK İKLİMİ ÖLÇEĞİ İLE OTANTİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ’NİN PSİKOLİNGÜİSTİK VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın ilk aşaması, Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği’nin Türkçeye uyarlanması sürecinde metodolojik ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bir üniversite hastanesi ile iki kamu hastanesinde Ocak – Haziran 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Üniversite hastanesi 1000 yatak kapasitesi ve 748 hemşiresi ile, kamu hastaneleri de sırasıyla 650 yatak kapasitesi ve 376 hemşiresi ile (kamu hastanesi 1), 1140 yatak kapasitesi ve 761 hemşiresi ile (kamu hastanesi 2) topluma hizmet sunmaktadır. Ölçek uyarlama sonuçlarının genellenebilirliği açısından farklı yapıdaki kurumlar tercih edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Üniversite hastanesi ile iki kamu hastanesinde çalışan tüm hemşireler evreni oluşturmaktadır. Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizi yapabilmek için ölçek madde sayısının en az yedi katı katılımcı olması önerilmektedir. Bununla birlikte, katsayı önerisinin 3-20 arasında, örneklem sayısı önerisinin 100 ila 1000 arasında olmak üzere değişkenlik gösterdiği de belirtilmektedir (Mundfrom, Shaw ve Ke 2005). Uyarlanacak ölçeklerdeki madde sayıları temel alınarak (Güvenlik İklimi Ölçeği 19 madde, Otantik Liderlik Ölçeği 16 madde), olasılıksız örneklem yöntemiyle çalışmaya katılmayı kabul eden Güvenlik İklimi Ölçeği için 434, Otantik Liderlik Ölçeği için 382 hemşire örneklem kapsamına alınmıştır. Test tekrar test analizi için ise 50-100 (Güvenlik İklimi Ölçeği 82, Otantik Liderlik Ölçeği 52) arasında çalışana ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bu aşama, metodolojik tasarımda gerçekleştirildiği için bağımlı ve bağımsız değişken bulunmamaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

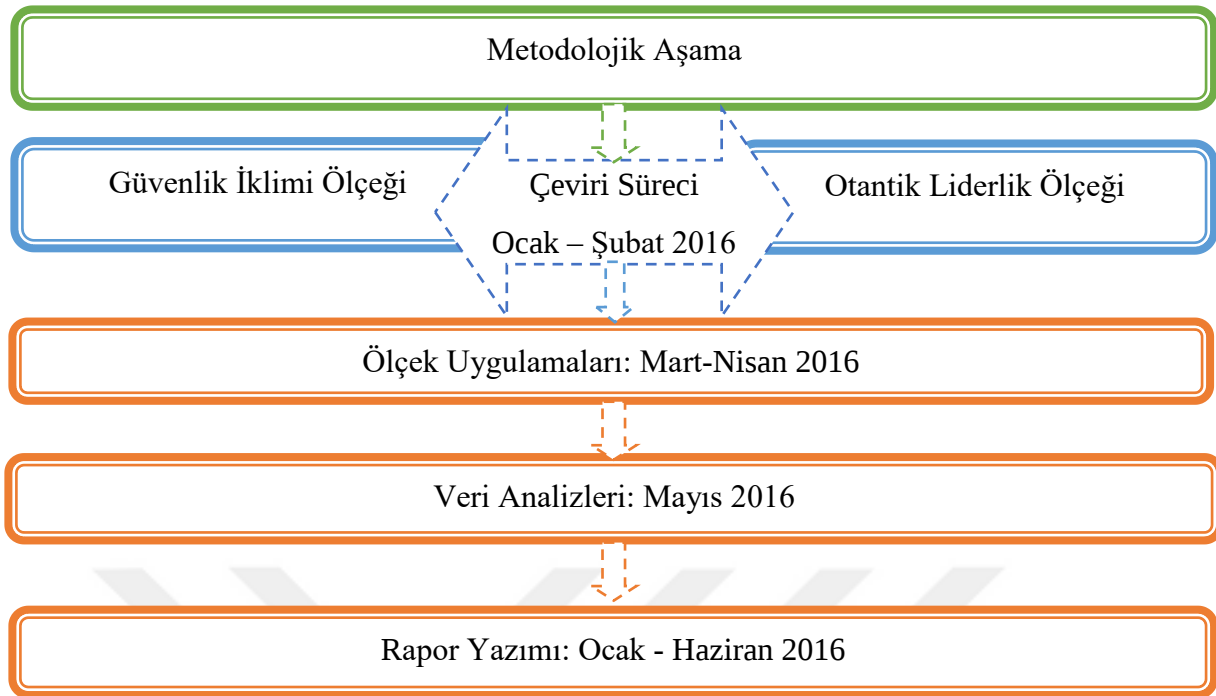
Veriler; Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Soru Formu (**Ek 1**), Güvenlik İklimi Ölçeği (**Ek 2**), Otantik Liderlik Ölçeği (**Ek 3-4**) kullanılarak elde edilmiştir.

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

Güvenlik İklimi Ölçeği: Sağlık İyileştirme Enstitüsü'nün (The Institute for Healthcare Improvement) güvenlik iklimi iyileştirme çalışmaları kapsamında kullanılmasını önerdiği ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. On dokuz maddeden oluşan tek boyutlu Güvenlik İklimi Ölçeği, 5'li likert ölçeği ile derecelendirilmektedir. Katılımcılardan ölçek maddelerini; (1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) ne katılıyorum ne katılmıyorum, (4) katılıyorum, (5) kesinlikle katılıyorum, (6) bilgim/yorumum yok şeklinde değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçek puan hesaplamalarında bilgim/yorumum yok seçeneği değerlendirme dışı tutulmaktadır. Ayrıca, diğer maddelerden farklı olarak 18. madde negatif puanlanmaktadır. Toplam ölçek puanı hesaplanmasında tüm maddelerin toplanması ve madde sayısına bölünmesi işlemi uygulanmaktadır. İşlem sonucu bir ile beş arasında ortalama puan elde edilmektedir. Yorumlama aşamasında ortalama puandan bir çıkarılarak 25 ile çarpılmakta ve çıkan sonuç yüzölçümde değerlendirilmektedir. Yetmiş beş ve üzeri olumlu güvenlik iklimi algısını göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı orijinal çalışmada 0.87, uyarlama çalışmasında 0.90 olarak belirlenmiştir.

Otantik Liderlik Ölçeği: Araştırmada, Walumbwa ve arkadaşları tarafından (2008) geliştirilen Otantik Liderlik Ölçeği (Authentic Leadership Questionnaire) kullanılmıştır. Geliştirme çalışması farklı ülke (Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Kenya) ve farklı örneklem gruplarında (öğrenci ve şirket çalışanları) yürütülmüştür. Ölçek, lider (self form) ve lideri izleyenler (rater form) için olmak üzere iki ayrı formda düzenlenmiştir. Türkçeye uyarlaması araştırmacılar tarafından yapılan 16 maddeli ölçeğin dört alt boyutu; öz farkındalık, ilişkilerde şeffaflık, içselleştirilmiş ahlak anlayışı ve bilginin dengeli değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Otantik Liderlik Ölçeği, beşli likert tipindedir ve sıklık durumu; (0)'dan (4)'e ('Hiç'ten 'Her zaman/değilse sıklıkla'ya) doğru puanlanmaktadır. Her bir boyut ve toplam ölçek puanı madde sayısına bölünerek 0-4 arasında bir ortalama ile değerlendirilmektedir. Elde edilen yüksek değerler yüksek otantik liderlik algısına işaret etmektedir. Ulaşılmaması gereken istendik değer, üç ve üzeri olarak belirtilmiştir (Mind Garden 2019). Ölçeğin güvenirlik katsayıları orijinal çalışmada 0.70-0.77 arasında, uyarlama çalışmasında 0.73-0.94 arasında değerler almıştır.

3.7. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması kapsamında; psikolinguistik ve psikometrik özellikler test edilmiştir. Ölçeklerin güvenirlik analizlerinde; tutarlığı ölçmek için test-tekrar test yöntemi uygulanmış; iç tutarlığı ölçmek için ise madde-toplam puan analizi ve Cronbach α güvenirlik katsayısı incelenmiştir. Geçerlik analizlerinde, kapsam (içerik) geçerliği ile yapı geçerliğinde doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Uyarlamalara ilişkin analizler, **Tablo 1**'te gösterilmiştir. Analizler için SPSS 22.0 ve LISREL 8.80 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Analizler

Ölçek Uyarlama Analizleri	Geçerlik	Güvenirlik
	Dil geçerliği (Yüzeysel geçerlik)	Tutarlık
	• Çeviri – Geri çeviri • Pilot uygulama	• Test-tekrar test yöntemi
	Kapsam geçerliği	İç Tutarlık
	• Kapsam geçerlik indeksi	• Cronbach alfa katsayısı
Yapı geçerliği	• Doğrulayıcı faktör analizi	• Madde toplam puan analizi

3.8.1. Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi

Uyarlama sürecinde dil geçerliği için hedef dildeki en uygun cümle yapısı ile deyimlerin seçilmesi/kullanılmasına dikkat edilmesi; ayrıca, kültüre tamamen yabancı maddelerin değiştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla, çeviri ve geri çeviri sonrası pilot uygulama yapılması önerilmektedir (Wild ve ark. 2005).

Dil geçerliği kapsamında ölçeklerin çevirisi ve geri çevirisi yapılmıştır. Orijinal dilden (İngilizce) hedef dile (Türkçe) çeviri, İngilizceyi iyi düzeyde bilen üç uzman tarafından gerçekleştirilmiştir. Çeviri sonrası ölçekler, araştırmacılar tarafından düzenlenerek çevirilerdeki uyumsuzluk ve farklılıkların giderilmesi sağlanmıştır. Türkçeden İngilizceye geri çeviri sürecinde ölçeklerin önceden çevirisini yapmamış farklı iki uzmandan destek alınmıştır. Sonrasında, uzmanlardan gelen iki çeviri araştırmacılar tarafından tek bir form haline getirilmiştir. Böylelikle, harmanlama işlemi de tamamlanmıştır. Çeviri daha sonra kontrol amacıyla ölçek sahiplerine gönderilmiş ve çeviri uygunluğu onayları alınmıştır. Son aşamada ise, her bir ölçek için 10 hemşire ile pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sırasında hemşirelerden maddeleri anlaşılabilirlik ve açıklık yönlerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Düzeltme önerileri sonrası ölçeklerin son hali oluşturulmuştur.

3.8.2. Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Psikometrik özellikler kapsamında iki temel özellik olan geçerlik ve güvenirlik incelenmektedir. Geçerlik, ölçümlere ilişkin ölçebilme derecesini ifade ederken, güvenirlik ölçümlerin değişmez ve tutarlı olmasını tanımlamaktadır. Güvenirliğin alt başlıklarını tutarlık, iç tutarlık ve eşdeğerlik oluşturmaktadır. Geçerlik yöntemleri ise içerik, ölçüt ve yapı geçerliği olarak sıralanmaktadır (Polit ve Beck 2010).

3.8.2.1. Güvenirlik

Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin güvenirlik analizinde; ölçeğin tutarlığını ölçmek için test-tekrar test yöntemi uygulanmış; iç tutarlığını ölçmek için ise madde-toplam puan analizi ve Cronbach α güvenirlik katsayısı incelenmiştir.

Tutarlık

Benzer sonuçların elde edilme derecesini yani zamana göre değişmezliği göstermekte kullanılmaktadır (Polit ve Beck 2010).

Test-tekrar test yöntemi: Ölçüm aracının aynı örneklem grubuna belli bir aralıkla iki kez uygulanmasıdır (Polit ve Beck 2010). Örneklem sayısının 50 ile 100 arasında olması önerilmektedir (Keszei, Novak ve Streiner 2010, Promis 2016). Katılımcıların maddeleri hatırlama olasılıklarının önüne geçmek için iki ölçüm arası sürenin en az 10-14 gün olmasına dikkat edilmelidir (Terwee ve ark. 2007). Hesaplama için sınıf içi korelasyon katsayısı kullanılmaktadır. Elde edilen korelasyon katsayısı değerleri dört sınıflamada (<0.5: zayıf, 0.5-0.75: orta, 0.75-0.9: iyi, >0.9: mükemmel) olarak değerlendirilmektedir (Koo ve Li 2016).

İç Tutarlık

Genellikle madde puanı içeren ölçekler ve testler için kullanılmaktadır. Ölçek maddelerinin aynı özelliği ölçme düzeyini, ölçeğin kendi içinde tutarlı olup olmadığını göstermektedir (Polit ve Beck 2010).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı: İç tutarlılık genellikle alfa katsayısı (veya Cronbach alfa) hesaplanarak değerlendirilmektedir. Katsayı için normal değer 0 ile 1 arasında değişiklik göstermektedir. Yüksek değerler ölçeğin tutarlılığını desteklemektedir (Polit ve Beck 2010). İdeal olarak değerlerin 0.70 ve üzerinde olması beklenmektedir (Griffin-Sobel 2003).

Madde Toplam Puan Analizi: Ölçeğin maddelerinin uygunluğuna (değişip değişmeyeceği) ilişkin her bir maddeye ait puan ile korelasyon değerleri incelenmektedir. Elde edilen değerlerin 0.20'nin üzerinde olması kabul edilebilir düzey olarak tanımlanmaktadır (Kline 1986).

3.8.2.2. Geçerlik

Geçerlik ve güvenirlik kavramlarının birbirinden bağımsız olmadığı belirtilmektedir. Öyle ki, bir ölçüm aracı güvenilir değilse geçerli de olamayacağı vurgulanmaktadır. Ayrıca, güvenilir bir ölçüm aracının bazı durumlarda geçersiz çıkabileceğine de dikkat çekilmektedir. Psikolinguistik özellikler bağlamında yüzeysel geçerlik (face validity) incelenirken, psikometrik özelliklerde kapsam, ölçüt ve yapı geçerliği olmak üzere üç çeşit geçerlik analizi uygulanmaktadır (Polit ve Beck 2010). Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin geçerlik analizinde kapsam (içerik) geçerliği ile yapı geçerliğinde doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Kapsam Geçerliği

Alanında uzman kişilerce (en az 5-8) ölçüm aracındaki maddelerin ölçülmek istenen kavram dışında bir yapıyı içerip içermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır (Souza,

Alexandre ve Guirardello 2017, Wild ve ark. 2005). Uzman önerileri doğrultusunda maddelerin değerlendirilmesi, gözden geçirilmesi ve gerekli durumlarda değişiklik yapılması süreçleri gerçekleştirilmektedir. Değerlendirmede kapsam geçerlik indeksi (KGI) kullanılmaktadır. KGI için önce ölçüm aracı maddeleri uzmanlarca (1 = hiç uygun değil, 2 = uygun değil, 3 = uygun, 4 = çok uygun) puanlanmaktadır. Daha sonra her bir madde için “üç” ve “dört” puan veren uzman sayısı toplanmakta ve tüm uzman sayısına bölünmektedir. Çıkan sonuç, KGI değerini vermektedir. KGI değerinin ölçek maddeleri için 0.78 ve üzeri, toplam ölçek için de ideal olarak 0.90 ve üzeri olması istenmektedir (Polit, Beck ve Owen 2007).

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği ile ölçüm aracındaki yapıyla ilişkili olduğu düşünülen faktörlerin/öğelerin söz konusu yapıyı temsil etme düzeyi değerlendirilmektedir (Polit ve Beck 2010). Ölçek yapısındaki faktörlerin belirlenmesi, varsa alt boyut ve o alt boyutta yer alan maddelerin uygunluğunun incelenmesinde yararlı olmaktadır. Yapı geçerliğinde genellikle faktör analizi (açıklayıcı, doğrulayıcı) ile yapısal eşitlik modellemesi yöntemleri kullanılmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde (AFA) değişkenler tüm faktörlerde yük üretirken, doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) değişkenler yalnızca modele atanan faktörlerde yük üretmektedir. Bu nedenle, ölçüm araçlarının doğrulanmasında DFA kullanılması önerilmektedir (Mokkink ve ark. 2010, Polit 2015). Orijinal yapının bozulmaması için mevcut çalışmada da DFA tercih edilmiştir. DFA sonucunda elde edilen uyum indeksleri için kabul edilebilir değerler şu şekilde sıralanmaktadır (Schermerhorne-Engel, Moosbrugger ve Müller 2003). Ki-kare/Serbestlik derecesi (Chi-square/Degrees of freedom): $2 \leq 3$, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index – NFI): ≥ 0.90 , Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index - CFI): ≥ 0.95 , Fazlalık Uyum İndeksi (Incremental Fit Index - IFI): ≥ 0.95 , Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index – GFI): ≥ 0.90 , Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Squared Error of Approximation - RMSEA): ≤ 0.08 .

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Verilerin ölçekler aracılığıyla subjektif toplanması, tepki yanlılığı açısından sınırlılık olarak kabul edilebilir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Ölçek sahiplerinden ölçek izinleri **(Ek 8)**, hastanelerden uygulama izinleri **(Ek 9)** ile Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan onay (Karar Tarihi: 22.01.2015, Karar No: 2015/02-20) **(Ek 10)** alınmıştır.



4.BULGULAR

Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin psikolinguistik ve psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

4.1. Güvenlik İklimi Ölçeği'ne İlişkin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Geçerlik güvenirlik çalışmasına katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri **Tablo 2'de** yer almaktadır.

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri (n = 434)

Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} = 35.29 \pm 7.12$)		
Cinsiyet		
Kadın	403	92.9
Erkek	31	7.1
Eğitim Durumu		
Lise	26	6
Ön lisans	66	15.2
Lisans	289	66.6
Lisansüstü	53	12.2
Hastane Tipi		
Üniversite hastanesi	169	38.9
Kamu hastanesi 1	125	28.8
Kamu hastanesi 2	140	32.3
Birim		
Dâhili birimler	171	39.4
Cerrahi birimler	174	40.1
Yoğun bakımlar ve acil servis	89	20.5
Mesleki Deneyim Süresi ($\bar{x} = 13.38 \pm 7.85$)		
Haftalık Çalışma Saati ($\bar{x} = 45.42 \pm 6.51$)		

Katılımcıların yaş ortalaması 35.29 (SS = 7.12) olup çoğunluğu (%92.9) kadındır. Eğitim durumu ağırlıklı (%66.6) lisans mezunudur. Hemşirelerin hastanelere göre dağılımı birbirine yakın orandadır. Mesleki deneyim süresi ortalama 13.38 (SS = 7.85) yıl, haftalık çalışma saati ortalama 45.42 (SS = 6.51)'dir (**Tablo 2**).

4.1.1. Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Psikolinguistik Özellikleri

Çeviri sonrası uzman görüşü önerileri doğrultusunda ölçek maddelerinde kelime değişiklikleri ile cümle kurgularında değişiklikler yapılmıştır (Maddeler 5-7, 9, 13, 14, 16-18). Örneğin, beşinci madde “Kurumda, hasta güvenliğine odaklanan bir liderlik anlayışı hâkimdir.” iken, öneriler sonrası “Bu kurumda, çalışanları hasta güvenliğine odaklanmaya yönlendiren bir liderlik anlayışı vardır.” olarak düzenlenmiştir. Cümlelerde anlamsal olarak değişiklik önerisi gelmemiştir.

Tablo 3. Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri

Uzman – Madde	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10	Uyum (artı sayısı)	KGİ (uyum /toplam sayı)
1	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	9	0.90
2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
4	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	9	0.90
5	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	8	0.80
6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
7	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
11	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
13	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	9	0.90
14	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	9	0.90
15	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
16	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
17	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
18	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
19	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
Uyum	19	19	19	17	18	19	19	19	16	19	KGİ Madde 0.97	
KGİ	1.00	1.00	1.00	0.89	0.95	1.00	1.00	1.00	0.84	1.00	KGİ Uzman 0.97	

Toplam 10 uzman görüşü alınarak hesaplanan KGİ değerleri ölçek maddeleri için 0.80-1.00 arasında, ölçeğin toplamı için ise ortalama 0.97 olarak bulunmuştur. Uzmanlar için hesaplanan KGİ değeri de 0.97 olarak saptanmıştır. Uzmanlar, tüm maddelerde %80'in üzerinde anlaşma oranı sağlayarak maddelerin ölçek kapsamı ile ilgili olduğunu belirtmiştir. (Tablo 3).

4.1.2. Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri

4.1.2.1. Güvenirlik

Ölçeğin **tutarlılığı**, test-tekrar testi (iki hafta arayla) ile değerlendirilmiştir. Analiz esnasında model olarak “two way mixed”, tip olarak “absolute agreement” seçenekleri işaretlenmiştir. İlk ve son test toplam puan ortalamaları ($n = 82$) arasında sınıf içi korelasyon katsayısı 0.84 (%95 güven aralığında, alt sınır 0.71, üst sınır 0.91) olarak hesaplanmıştır. Elde edilen sonuç, zamana göre değişmezliğin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin **iç tutarlılığı** ise Cronbach alfa ve madde toplam puan korelasyonu ile test edilmiştir. Cronbach alfa değeri 0.90 (iyi düzey) olarak hesaplanmıştır. Madde toplam puan katsayıları **Tablo 4’de** gösterilmiştir.



Tablo 4. Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

Ölçek Maddeleri	r
1. Bu birimde, hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	0.33
2. Bu birimde, tıbbi hatalar uygun bir biçimde ele alınır.	0.63
3. Hastane(m)deki tepe yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.	0.52
4. Çalıştığım birimdeki hekim ve hemşire yöneticiler/liderler beni dinler ve kaygılarımı önemser.	0.67
5. Bu kurumda, çalışanları hasta güvenliğine odaklanmaya yönlendiren bir liderlik anlayışı vardır.	0.70
6. Hasta güvenliğine ilişkin önerilerim yönetim tarafından dikkate alınır ve bu doğrultuda harekete geçilir.	0.66
7. Hastane yönetimi, verimlilik etkilense bile hasta güvenliği ile ilgili konularda bilerek ödün vermez.	0.40
8. Hasta güvenliğini tehdit eden durumları raporlandırmam konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	0.61
9. Hasta güvenliği (raporlama, vb.) ile ilgili sorularımı yöneltebileceğim uygun yolları bilirim.	0.61
10. Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.	0.52
11. Bir hasta olarak bu birimde tedavi görsem, kendimi güvende hissederim.	0.64
12. Nöbet tesliminde hastaların durumuna ilişkin yapılan bilgilendirme, (beklenmedik olası durumlar için planlama konusunda) güvenliğin önemli bir parçasıdır.	0.57
13. Bu birimde sıklıkla bilgi paylaşım toplantıları yapılır.	0.62
14. Birimimdeki klinik liderin ulaşılabilir olmasından memnunum.	0.61
15. Bu kurumda, hasta güvenliği konusunda geçen yıla göre daha fazla çaba sarf edilmektedir.	0.66
16. Çoğu istenmeyen (advers) olayın sistem başarısızlıkları sonucunda ortaya çıktığına; bireysel kaynaklı olmadığına inanırım.	0.41
17. Bu birimin tüm çalışanları, hasta güvenliğiyle ilgili sorumluluk alır.	0.66
18. Bu birim için oluşturulmuş kural veya prosedürler, çalışanlar tarafından çoğunlukla göz ardı edilir.	0.68
19. Hasta güvenliği, bu klinik ortamın önceliği olarak sürekli desteklenir.	0.33

Madde toplam puan korelasyon katsayıları 0.33 ile 0.70 (kabul edilebilir düzey) arasında belirlenmiştir. En düşük değer birinci ve 19. maddede, en yüksek değer ise beşinci maddede görülmüştür (**Tablo 4**).

4.1.2.2. Geçerlik

Doğrulamalı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeks değerleri aşağıda tabloda kabul edilebilir değerlerle birlikte gösterilmiştir.

Tablo 5. Güvenlik İklimi Ölçeği Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Kabul Edilebilir Değerler	Mevcut Çalışma
$\chi^2/d.f.$	$2 \leq 3$	3.28 $\chi^2(2) = 482.2, d.f. = 147,$ $p = 0.000$
NFI	≥ 0.90	0.95
CFI	≥ 0.95	0.97
IFI	≥ 0.95	0.97
GFI	≥ 0.90	0.90
RMSEA	≤ 0.08	0.07

Bulgular doğrultusunda model uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

4.2. Otantik Liderlik Ölçeği'ne İlişkin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Geçerlik güvenirlik çalışmasına katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri **Tablo 6'da** yer almaktadır.

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri (n = 382)

Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} = 34.23 \pm 6.94$)		
Cinsiyet		
Kadın	345	90.3
Erkek	37	9.7
Eğitim Durumu		
Lise	26	6.8
Ön lisans	71	18.6
Lisans	247	64.6
Lisansüstü	38	10
Hastane Tipi		
Üniversite hastanesi	133	34.8
Kamu hastanesi 1	113	29.6
Kamu hastanesi 2	136	35.6
Birim		
Dâhili birimler	139	36.4
Cerrahi birimler	158	41.4
Kritik bakım (Yoğun bakım ve acil servis)	85	22.2
Mesleki Deneyim Süresi ($\bar{x} = 12.14 \pm 7.67$)		
Haftalık Çalışma Saati ($\bar{x} = 45.95 \pm 6.78$)		

Katılımcıların yaş ortalaması 34.23 (SS = 6.94) olup çoğunluğu (%90.3) kadındır. Eğitim durumu ağırlıklı (%64.6) lisans mezunudur. Hemşirelerin hastanelere göre dağılımı birbirine yakın orandadır. Mesleki deneyim süresi ortalama 12.14 (SS = 7.67) yıl, haftalık çalışma saati ortalama 45.95 (SS = 6.78)'dir (**Tablo 6**).

4.2.1. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Psikolinguistik Özellikleri

Çeviri sonrası uzman görüşü önerileri doğrultusunda ölçek maddelerinde kelime değişiklikleri ile cümle kurgularında değişiklikler yapılmıştır (Maddeler 4, 7, 8, 14, 15). Örneğin, yedinci maddede yer alan “öz değer” ifadesi “temel değer” olarak değiştirilmiştir. Cümlelerde anlamsal olarak değişiklik önerisi gelmemiştir.

Tablo 7. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri

Uzman	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10	Uyum	KGİ
– Madde												
1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
2	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	8	0.80
3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
4	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	9	0.90
5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
6	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	9	0.90
7	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
8	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
11	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
13	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
14	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	9	0.90
15	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
16	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	1.00
Uyum	16	16	16	14	15	16	15	16	15	16	KGİ madde 0.97	
KGİ	1.00	1.00	1.00	0.88	0.94	1.00	0.94	1.00	0.94	1.00	KGİ uzman 0.97	

Toplam 10 uzman görüşü alınarak hesaplanan KGİ değerleri ölçek maddeleri için 0.80-1.00 arasında, ölçeğin toplamı için ise ortalama 0.97 olarak bulunmuştur. Uzmanlar için hesaplanan KGİ değeri de 0.97 olarak saptanmıştır. Uzmanlar, tüm maddelerde %80'in üzerinde anlaşma oranı sağlayarak maddelerin ölçek kapsamı ile ilgili olduğunu belirtmiştir (Tablo 7).

4.2.2. Otantik Liderlik Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri

4.2.2.1. Güvenirlik

Ölçeğin **tutarlılığı**, test-tekrar testi (iki hafta arayla) ile değerlendirilmiştir. Analiz esnasında model olarak “two way mixed”, tip olarak “absolute agreement” seçenekleri işaretlenmiştir. İlk ve son test toplam puan ortalamaları ($n = 52$) arasında sınıf içi korelasyon katsayısı 0.80 (%95 güven aralığında, alt sınır 0.65, üst sınır 0.89) olarak hesaplanmıştır. Elde edilen sonuç, zamana göre değişmezliğin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin **iç tutarlılığı** ise Cronbach alfa ve madde toplam puan korelasyonu ile test edilmiştir. Cronbach alfa değeri ölçek toplamı için 0.94 (mükemmel düzey), alt boyutlarda “öz farkındalık” 0.91, “ilişkilerde şeffaflık” 0.73, “içselleştirilmiş ahlak anlayışı” 0.87 ve “bilginin dengeli değerlendirilmesi” 0.89 olarak belirlenmiştir. Alt boyut bazında da ölçeğin alfa katsayısı değerlerinin 0.70 ve üzerinde olduğu görülmektedir. Madde toplam puan katsayıları **Tablo 8’de** gösterilmiştir.

Tablo 8. Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

Ölçek Maddeleri	<i>r</i>
1. Söylemek istediğini açıkça ifade eder.	0.55
2. Hata yapıldığında kabul eder.	0.64
3. Çevresindekileri düşüncelerini ifade etmeleri için cesaretlendirir.	0.74
4. Acı gerçeği olduğu gibi söyler.	0.26
5. Duygularını, içindeki hisleri tam olarak yansıtacak şekilde açığa vurur.	0.43
6. Davranışlarının, inandıkları ile tutarlı olmasına dikkat eder.	0.78
7. Kararlarını temel değerlerine göre alır.	0.68
8. Çalışanlardan temel değerlerini destekleyecek duruş sergilemelerini bekler.	0.68
9. Zor kararlar alırken, yüksek etik standartları gözetir.	0.77
10. Çok inandığı konularda bile karşıt görüşleri dinler.	0.74
11. Bir karara varmadan önce ilgili verileri inceler.	0.78
12. Bir sonuca ulaşmadan önce farklı görüşleri dikkate alır.	0.81
13. Çalışanlarla etkileşimini geliştirmek için geri bildirim almaya çalışır.	0.79
14. Yeteneklerinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiğinin farkındadır.	0.74
15. Önemli konulardaki duruşunu, yeniden değerlendirmesi gereken zamanı bilir.	0.80
16. Belirli olayların çalışanları nasıl etkilediğini anladığını gösterir.	0.80

Madde toplam puan korelasyon katsayıları 0.26 ile 0.81 (kabul edilebilir düzey) arasında belirlenmiştir. En düşük değer dördüncü maddede, en yüksek değer 12. maddede görülmüştür (**Tablo 8**).

4.2.2.2. Geçerlik

Doğrulamalı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeks değerleri aşağıda tabloda kabul edilebilir değerlerle birlikte gösterilmiştir.

Tablo 9. Otantik Liderlik Ölçeği Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Kabul Edilebilir Değerler	Mevcut Çalışma
$\chi^2/d.f.$	$2 \leq 3$	2.68 ($\chi^2(2) = 259.8$, d.f. = 97, $p = 0.000$)
NFI	≥ 0.90	0.98
CFI	≥ 0.95	0.99
IFI	≥ 0.95	0.99
GFI	≥ 0.90	0.92
RMSEA	≤ 0.08	0.07

Bulgular doğrultusunda model uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

5.TARTIŞMA

Güvenlik İklimi Ölçeği ve Otantik Liderlik Ölçeği'nin test edilmeyen geçerlik ve güvenirlik analizlerinin de incelenmesi, alanyazına katkı bağlamında önem taşımaktadır.

Elde edilen bulgular, başlıklar altında aşağıda tartışılmıştır.

5.1. Güvenlik İklimi Ölçeği Uyarlaması

5.1.1. Güvenirlik

5.1.1.1. Tutarlık

İki hafta arayla yapılan test-tekrar testi sonucunda sınıf içi korelasyon katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir. Kho, Carbone, Lucas ve Cook (2005), Kanada Ontario'da üçüncü basamak tıp merkezinde toplam dört yeni yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, ICC değerini 0.92 olarak belirlemiştir. Elde edilen sonuçlar, her iki çalışma için de zamana göre değişmezliğin iyi düzeyde olduğunu desteklemektedir.

5.1.1.2. İç tutarlık

İç tutarlık kapsamında Cronbach alfa katsayısı ile madde toplam puan korelasyonu analizleri yapılmış olup Cronbach alfa değeri 0.90, madde toplam puan korelasyon katsayıları 0.33 ile 0.70 arasında hesaplanmıştır. Kho ve arkadaşlarının (2005) Kanada Ontario'da yoğun bakımlarda yürüttükleri çalışmada Cronbach alfa değeri 0.86 olarak belirlenmiştir. Hollanda genelinde cerrahi asistan hekimlerinin güvenlik iklimine ilişkin algılarının değerlendirildiği çalışma sonucunda ise bu değer 0.87 olarak saptanmıştır (Martowiriono, Wagner ve Bijnen 2014). Ayrıca, ölçeğin Fransızca ve Almanca dillerine uyarlandığı, İsviçre hastanelerin ameliyathane ve cerrahi servislerinde çalışan 523 hekim ve 1321 hemşirenin yer aldığı çalışma sonucunda Almanca versiyonun Cronbach alfa katsayısı 0.86, Fransızca versiyonun 0.84 olarak rapor edilmiştir (Gehring, Mascherek, Bezzola, Schwappach 2015). Tüm uyarlama çalışmalarında Cronbach alfa değerinin 0.70 ve üzerinde bulunması (Griffin-Sobel 2003), ölçeğin ülkeler arası iç tutarlığının kabul edilebilir düzey ve üzerinde olduğunu göstermektedir.

Madde toplam puan korelasyonu analizinin yapıldığı ek bir ölçek uyarlama çalışmasına ulaşılamamıştır. İç tutarlık kapsamında söz konusu analizin bu çalışmada test edilmesi, ölçeğin uluslararası geçerliğine katkı sunmaktadır.

5.1.2. Geçerlik

5.1.2.1. Kapsam geçerliği

Uzman görüşleri doğrultusunda; ölçek maddeleri için KGİ 0.80-1.00 değerleri arasında, ölçeğin toplamı için ise ortalama 0.97 olarak saptanmıştır. Uzmanlar için hesaplanan KGİ değeri de 0.97 olarak belirlenmiştir. Martowirono ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında KGİ hesaplanmamış ancak çalışmaya katılan asistan hekimlerin ölçek maddelerini ölçeğin kapsamı açısından ‘uygunluk’ ölçütüyle değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların görüşleri sonucunda ölçek maddelerinin güvenlik iklimi açısından uygun olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, kapsam geçerliğini desteklemek üzere ölçek maddelerinin “(6) bilgim/yorumum yok” açısından yüzdelik değerleri hesaplanmıştır. Bu oranın tüm maddeler için düşük olduğu, en yüksek oranın %10 ile ölçeğin altıncı maddesine ait olduğu belirlenmiştir. Yüzde onluk bir değer araştırmacılar açısından kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir (Martowirono ve ark. 2014).

5.1.2.2. Yapı geçerliği

Doğrulamalı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeks değerleri, istendik değerlerle (Schermelleh-Engel ve ark. 2003) karşılaştırıldığında model uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir. Yapı geçerliğine ilişkin alanyazında başka bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu açıdan faktör analizi sonuçları alanyazındaki boşluğu doldurarak ölçeğin geçerliğine önemli bir katkı sağlamıştır.

5.2. Otantik Liderlik Ölçeği Uyarlaması

5.2.1. Güvenirlilik

5.2.1.1. Tutarlık

Tutarlığın değerlendirilmesinde test-tekrar testi yöntemi kullanılmış olup, iki hafta arayla yapılan ölçümler sonucunda sınıf içi korelasyon katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir. Panczyk ve arkadaşlarının (2019) dört hafta arayla 91 katılımcı ile gerçekleştirdikleri test-tekrar testi sonucunda ICC değerleri alt boyutlar için 0.79-0.97 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar, iki çalışma için de zamana göre değişmezliğin benzer, iyi düzeyde ve kabul edilebilir değerde olduğunu göstermektedir.

5.2.1.2. İç tutarlık

İç tutarlık, Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu ile test edilmiştir. Cronbach alfa değeri ölçek toplamı için 0.94, alt boyutlarda ise 0.73 ile 0.91 arasında değerler almıştır. Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada, farklı ülkeler ve farklı örneklem gruplarına ilişkin yapılan analizler sonucunda ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları en düşük 0.70 en yüksek 0.92 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin tamamına ilişkin Cronbach alfa değeri verilmemiştir (Walumbwa ve ark. 2008). Polonyalı (Leh) hemşirelerde yürütülen uyarlama çalışmalarında bu değer, ölçeğin tamamı için sırasıyla 0.80 ve 0.84 (alt boyutlar 0.60-0.78) olarak rapor edilmiştir (Sierpińska 2013, Panczyk ve ark. 2019). Moriano ve arkadaşlarının (2011) İspanyolcaya uyarladığı çalışmada, iç tutarlık analizi için Cronbach alfa yerine bütünlük güvenirlik (composite reliability) analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda ölçek alt boyutlarının birleşik güvenirlik katsayıları 0.84 ile 0.90 arasında bulunmuştur. Cervo ve arkadaşlarının (2016) Brezilya ve Portekiz örneklemelerinde yürüttükleri çalışmada ise, iç tutarlık açısından hem Cronbach alfa hem de bütünlük güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Her iki analizle de elde edilen değerler 0.70 ve üzerinde saptanmıştır. Madde toplam puan korelasyon katsayılarının hesaplandığı tek bir çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmadaki katsayılar 0.36 ile 0.57 arasında belirtilmiştir (Panczyk ve ark. 2019). Tüm bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, iç tutarlığa ilişkin bulguların kabul edilebilir düzey ve üzerinde olduğu ve böylelikle iç tutarlığın söz konusu ülke örneklemelerinde desteklendiği belirtilebilir.

5.2.2. Geçerlik

5.2.2.1. Kapsam geçerliği

On uzman görüşü doğrultusunda KGİ değerleri ölçek maddeleri için 0.80-1.00 arasında, ölçeğin toplamı için ise ortalama 0.97 olarak saptanmıştır. Kapsam geçerliğinin incelendiği başka bir çalışmada yedi uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzman olarak Sağlık Bakanlıından temsilci, Leh Hemşireler Derneği üyesi, öğrenci, hemşirelik müdürü, halk sağlığı uzmanı, insan kaynakları uzmanı ve bir psikolog yer almıştır. Analizler sonucunda üç madde eşik değerin altında kalmıştır. Ayrıca, uzmanlar tarafından bu maddelerin hemşirelikte otantik liderliği temsil etmediği ya da çok az temsil ettiği belirtilmiştir. Bununla birlikte, söz konusu maddelerin (üçüncü madde: karar verirken ekip arkadaşlarının görüşlerini alma, onuncu madde: tartışmalı konulara ilişkin sergilenen tutum ve davranış ve onikinci madde: hata yapmamaya özen gösterme) mesleki gelişim ve hasta güvenliği için gerekli özellikler

olduğu vurgulanmıştır. Ancak, kapsam geçerliği ölçütlerini sağlamadığından ölçeğin Leh versiyonundan bu maddelerin çıkarılmasına karar verilmiştir (Panczyk ve ark. 2019). Ölçeğin Türkçe versiyonunda tüm maddeler eşik değer kabul edilen 0.78 (Polit, Beck ve Owen 2007) üzerinde değerler aldığı için, herhangi bir madde çıkarımı yapılmamıştır. İki çalışma arasında farklı sonuçlar, uzman panelinin farklı üyelerden oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

5.2.2.2. Yapı geçerliği

DFA sonucunda elde edilen uyum indeks değerleri model uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir. Ölçeğin orijinal geliştirme çalışmasında farklı örneklemelerde yapılan DFA analizleri de dörtlü yapıyı desteklemektedir (Walumbwa ve ark. 2008). Benzer şekilde Brezilya ve Portekiz örneklemelerinde ölçeğin değişmezliğinin test edildiği bir çalışma sonucunda, DFA analizleri ile ölçeğin metrik değişmezliği kanıtlanmıştır. Analiz sonuçları ile aynı zamanda dört faktörlü yapı da korunmuştur. Brezilya örnekleme için indeks değerleri $\chi^2(2) = 863.4$, $\chi^2/d.f. = 8.81$, d.f. = 98, CFI = 0.94, RMSEA = 0.09; Portekiz örnekleme için indeks değerleri $\chi^2(2) = 549.8$, $\chi^2/d.f. = 5.61$, d.f. = 98, CFI = 0.92, RMSEA = 0.07 olarak belirlenmiştir (Cervo et al. 2016). Moriano ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise, orijinal yapıya göre daha iyi uyum indeksleri elde edildiği için “ilişkilerde şeffaflık” alt boyutundan iki, “içselleştirilmiş ahlak anlayışı” alt boyutundan bir madde olmak üzere toplamda üç maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Maddeler çıkarılmadan yapılan analiz sonucunda elde edilen değerler $\chi^2(100) = 593.1$, GFI = 0.86, CFI = 0.91 ve RMSEA = 0.08 iken modifikasyon sonrası yeni değerler daha iyi uyum göstermiştir ($\chi^2(61) = 335.9$, GFI = 0.91, CFI = 0.95, RMSEA = 0.08). Yapı geçerliği için DFA’nın yanı sıra AFA analizinin yapıldığı bir çalışmada dörtlü yapı yerine üç alt boyutlu bir yapı oluşturulmuştur. Alt boyutlardan “bilgiyi dengeli değerlendirme” çıkarılmış ve üç faktörlü modelin daha uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada, dörtlü yapı indeks değerleri GFI = 0.93, AGFI = 0.91, RMSEA = 0.07 olarak rapor edilmiştir. Üç faktörlü yapının indeks değerleri ise şu şekildedir: GFI = 0.97, AGFI = 0.96, RMSEA = 0.05 (Panczyk ve ark. 2019). Çalışmalarda benzer sonuçların yanı sıra orijinal yapının değiştiği durumlarla da karşılaşıldığı görülmektedir. Bu noktada, ülkelerin liderliğe bakış açısındaki farklılıkların, geleneksel ve sosyo-kültürel yapıların ve örnekleme özgü özelliklerin sonuçları etkileyebileceği düşünülebilir. Sonuçların çeşitlilik göstermesinde, subjektif değerlendirmelerin de kaynaklık ettiği öne sürülebilir. Katılımcıların, kendilerine ya da beraber çalıştıkları kişilere atfettikleri otantik liderlik özelliklerini farklı şekillerde kavramsallaştırdığı söylenebilir. Aynı zamanda, otantik liderlik özelliklerinin hemşirelik mesleğiyle bütünleştirilmesi açısından da

örneklem arası farklılık olabileceği ileri sürülebilir. Bu özelliklerin yöneticilerce özömsenmesi ve çalışanlara yansıtılması, benzer algılamının oluşturulmasında yarar sağlayabilir. Böylelikle, küresel ölçekte daha geçerli sonuçlar alınması yönünde kazanımlar elde edilebilir.



6. SONUC VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tezin ilk aşamasında uyarlama çalışmaları kapsamında Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir olduğu, Türkiye'deki hemşire popülasyonunda kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Güvenlik İklimi Ölçeği'nin zamana göre değişmezliği iyi, Cronbach alfa değeri iyi, madde toplam puan korelasyon katsayıları kabul edilebilir düzeyde olduğu için güvenilir; dil açısından uygun, içerik açısından ilgili, model uyumu kabul edilebilir düzeyde olduğu için geçerli olduğu belirlenmiştir.

Otantik Liderlik Ölçeği'nin zamana göre değişmezliği iyi, Cronbach alfa değeri ölçek geneli için mükemmel, alt boyutlarda iyi-mükemmel, madde toplam puan korelasyon katsayıları kabul edilebilir düzeyde olduğu için güvenilir; dil açısından uygun, içerik açısından ilgili, model uyumu kabul edilebilir düzeyde olduğu için geçerli olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Hasta güvenliğinin kurum kültürü haline gelmesinde yöneticilerin ve çalışanların hasta güvenliğini sahiplenmesi, yönetici-çalışan birlikteliğinin kurulması, hasta güvenliğine ilişkin politika ve prosedürlerin düzenli aralıklarla revize edilmesi önerilmektedir (Morello ve ark. 2013). Bu kapsamda, belirli aralıklarla hasta güvenliğine ilişkin durumun analiz edilmesi yararlı olacaktır. Güvenlik İklimi Ölçeği, tek boyutlu olması, madde sayısının çok olmaması sebebiyle kolay uygulanabilir bir ölçektir. Bununla birlikte, madde içeriklerinde hasta güvenliğinin önceliklendirilmesi, liderlik, hatalardan öğrenme kültürü gibi konuları yer alması değerlendirmenin kapsamlı olması açısından da fayda sağlayacaktır. Böylelikle, uzun erimde güvenlik kültürünün oluşturulmasına katkı sunulabilecektir.

Geçerlik ve güvenilirliğin kapsamını genişletmek için, özel hastanelerde ve ulusal düzeyde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini test eden çalışmalar yürütülebilir.

Güvenlik ikliminin yanı sıra sağlıklı çalışma ortamı içinde temel rolün liderlik olması, özellikle otantik liderliğin, sağlık kurumlarındaki yöneticilerin liderlik özelliklerini geliştirmelerini şart koşturmaktadır. Yöneticilerin ise öncelikle liderlik özelliklerini değerlendirmeleri gelişim açısından ön koşul niteliği taşımaktadır. Otantik Liderlik Ölçeği'nde öz-farkındalığa ilişkin maddelerin olması, bu gereksinimin karşılanmasında

faydalı olabilir. Ayrıca, etik değerler, şeffaf iletişim ve adil kararlar almaya yönelik diğer maddeler, yönetici hemşirelerin otantik liderlik özelliklerinin geliştirilmesi açısından ölçeğin yardımcı araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Çalışma sonucunda geçerli ve güvenilir olarak belirlenen ölçek, gerek kurumlar tarafından gerekse araştırmacılar tarafından çeşitli girişimlerin etkilerini incelemede kullanılabilir.

Geçerlik ve güvenirliğe katkı sunmak için farklı kurumlarda, örneğin özel hastaneler ve aile/toplum sağlığı merkezlerinde de çalışmalar tasarlanıp yürütülebilir.



İKİNCİ AŞAMA: GÜVENLİK İKLİMİ, OTANTİK LİDERLİK VE GÜÇLENDİRME PROGRAMININ ETKİLİLİĞİ

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın ikinci aşaması, tek grup öntest-sontest yarı deneysel tasarımda yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Metodolojik aşamadaki üniversite hastanesinden farklı, başka bir üniversite hastanesinde Temmuz 2016 - Ocak 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu hastanenin seçilme nedeni, 55 Ana Bilim Dalı ile bölge nüfusunun büyük bir bölümüne hizmet sunması, yatak kapasitesinin ve dolayısıyla hemşire sayısının fazla olmasıdır. Ayrıca, akreditasyon çalışmaları hali hazırda kurumda devam ettiğinden hastane yönetimi ile işbirliği kurulması ve böylelikle; liderlik ve güçlendirme stratejileri ile kurum çalışanlarının hasta güvenliğine yönelik uygulamalarının geliştirilmesine katkıda bulunulması planlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Üniversite hastanesinde görev yapan hemşireler evreni oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden (raporlu ve izinli hemşireler hariç) 36 sorumlu hemşire (42 katılımcı ile başlanmış, altı katılımcı kurum/birim değişikliği yaşamıştır) örnekleme alınmıştır. Ayrıca, uygulanacak girişimlerin klinik hemşirelere yansıma düzeyini belirlemek amacıyla, her bir klinik için, en az 3-8 hemşire (Mind Garden 2019) olmak üzere, sorumlu hemşirelerin liderlik özelliklerini değerlendirecek 153 (184 hemşire ile başlanmış, sorumlu hemşirelerdeki değişiklikler izleyen sayısındaki kayıpları etkilemiştir) hemşire araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken güvenlik iklimi, bağımsız değişkenler ise liderlik ve güçlendirme özellikleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Soru Formu (**Ek 1**), Güvenlik İklimi Ölçeği (**Ek 2**), Otantik Liderlik Ölçeği (**Ek 3-4**), Yapısal Güçlendirme Ölçeği (**Ek 5**), Psikolojik Güçlendirme Ölçeği (**Ek 6**) kullanılarak elde edilmiştir.

Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Soru Formu, Güvenlik İklimi Ölçeği ile Otantik Liderlik Ölçeği özellikleri birinci aşamada aktarılmıştır. Ek olarak Otantik Liderlik Ölçeği'nin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları aşağıda **Tablo 10'da** gösterilmiştir.

Tablo 10. Otantik Liderlik Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek ve Alt Boyutları	Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)		
	Orijinal form değerleri	Uyarlama aşaması	Müdahale aşaması
İlişkilerde şeffaflık (1-5)	0.77	0.73	0.75
İçselleştirilmiş ahlak anlayışı (6-9)	0.73	0.87	0.86
Bilginin dengeli değerlendirilmesi (10-12)	0.70	0.89	0.93
Öz farkındalık (13-16)	0.73	0.91	0.91
Ölçek toplam (16 madde)	-	0.94	0.94

Yapısal Güçlendirme Ölçeği: Yapısal güçlendirmeyi ölçmede Laschinger, Finegan, Shamian ve Casier (2000) ve Laschinger ve arkadaşları (2001) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılan Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi-II (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Sürgevil, Tolay ve Topoyan (2013) tarafından yapılmıştır. Mevcut çalışmada kullanım olarak Yapısal Güçlendirme Ölçeği ifadesi tercih edilmiştir.

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

Beşli likert tipindeki ölçek, (1)'den (5)'e doğru ('Hiç'ten 'Çok'a kadar) puanlamaya göre değerlendirilmektedir. Ölçeğin her alt boyut puanı ayrı ayrı hesaplanmakta (1-5 arasında) ve tek bir toplam puanla birleştirilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 6-13 arasındaki toplam puan düşük düzey, 14-22 arasındaki toplam puan orta düzey ve 23-30 arasındaki

toplam puan yüksek düzeydeki güçlendirmeyi tanımlamaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları **Tablo 11’de** yer almaktadır.

Tablo 11. Yapısal Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)		
	Laschinger ve ark. (2000)	Sürgevil ve ark. (2013)	Dirik (2020)
Fırsat (3 madde)	0.81	0.78	0.90
Bilgi (3 madde)	0.80	0.92	0.94
Destek (3 madde)	0.89	0.91	0.92
Kaynak (3 madde)	0.84	0.76	0.85
Formal Güç (3 madde)	0.69	0.77	0.87
İnformel Güç (4 madde)	0.67	0.80	0.83
Ölçek toplam (19 madde)	0.89	-	0.94

Psikolojik Güçlendirme Ölçeği: Psikolojik güçlendirmenin dört boyutunu ölçmek için Spreitzer (1995) tarafından geliştirilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeği (Psychological Empowerment Instrument) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Sürgevil ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır.

Ölçek 12 maddeden ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; anlamlılık, yeterlilik, özerklik ve etki şeklinde tanımlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, kendi içlerinde değerlendirilerek her bir boyut için sonuçlar alınabildiği gibi, tüm boyutların toplanmasıyla da toplam psikolojik güçlendirme puanı elde edilmektedir.

Psikolojik Güçlendirme Ölçeği, 5’li likert ölçeği ile derecelendirilmektedir. Buna göre katılımcılardan, ifadelere katılma düzeylerini (1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) ne katılıyorum ne katılmıyorum, (4) katılıyorum, (5) kesinlikle katılıyorum seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Belirtilen yüksek değerler yüksek psikolojik güçlendirme algısına işaret etmektedir. Ölçeğin alt boyutları ve güvenirlik katsayıları **Tablo 12’de** yer almaktadır.

Tablo 12. Psikolojik Güçlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Toplam ve Alt Boyutları	Ölçek Güvenirlik Katsayıları (α)		
	Spreitzer (1995)	Sürgevil ve ark. (2013)	Dirik (2020)
Anlam (3 madde)	-	0.83	0.91
Yeterlik (3 madde)	-	0.85	0.89
Özerklik (3 madde)	-	0.85	0.86
Etki (3 madde)	-	0.89	0.92
Ölçek toplam (12 madde)	0.72	-	0.88

Çok-yönlü Eğitim Müdahalesi ve Pekiştirme Girişimleri

Programın ana girişimi olan eğitim oturumları, üç aylık süre içinde aylık ortalama 14 yönetici hemşire olmak üzere üç grupta toplam 42 hemşire ile yürütülmüştür. Oturumlar, her grup için ikişer günde tamamlanmıştır. Program, 10.00-17.00 saatleri arasında her biri ortalama 45 dakika süren 10 oturum şeklinde düzenlenmiştir.

Program tasarımı sırasında, bir liderlik programında yer alması istenen bileşenler (öğrenme hedefleri, anlaşılır içerik, uygun içerik akışı, çok-yönlü aktiviteler, öğrenilen bilgilerin uygulama ortamına aktarılması için fırsat, program sırası ve sonrasında geri bildirimler ile katılımcıların motivasyonunun sağlanması, pekiştirme uygulamaları) rehberliğinde hazırlıklar yapılmıştır (Yukl 2013). Ayrıca, tepe yönetimin desteği ile kurumsal olanaklar da göz önünde bulundurularak destekleyici bir ortamda programın yürütülmesi planlanmıştır (Blumenthal, Bernard, Bohnen, Bohmer 2012). Bu doğrultuda, hemşirelik hizmetleri yönetimi ile program paylaşılarak destek ve işbirliği sağlanmaya çalışılmıştır.

İlk oturumda katılımcılarla tanışma ve ısınma egzersizleri uygulanarak olumlu etkileşim kurulması hedeflenmiştir. Ayrıca, karşılıklı beklentiler ile program içeriğinin paylaşımı da ilk oturum kapsamında yer almıştır. Son oturumda ise, katılımcılardan geribildirim alınarak programın değerlendirmesi yapılmıştır. Diğer oturumlarda liderliğin, güçlendirmenin ve hasta güvenliğinin özünde yer alan temel bilgi ve becerilere ilişkin çeşitli etkinlikler yürütülmüştür. Otantik liderliğe ilişkin eşleştirme egzersizi, güçlendirme özelliklerine ilişkin istasyon egzersizi ve hasta güvenliğine ilişkin de altı şapka egzersizi

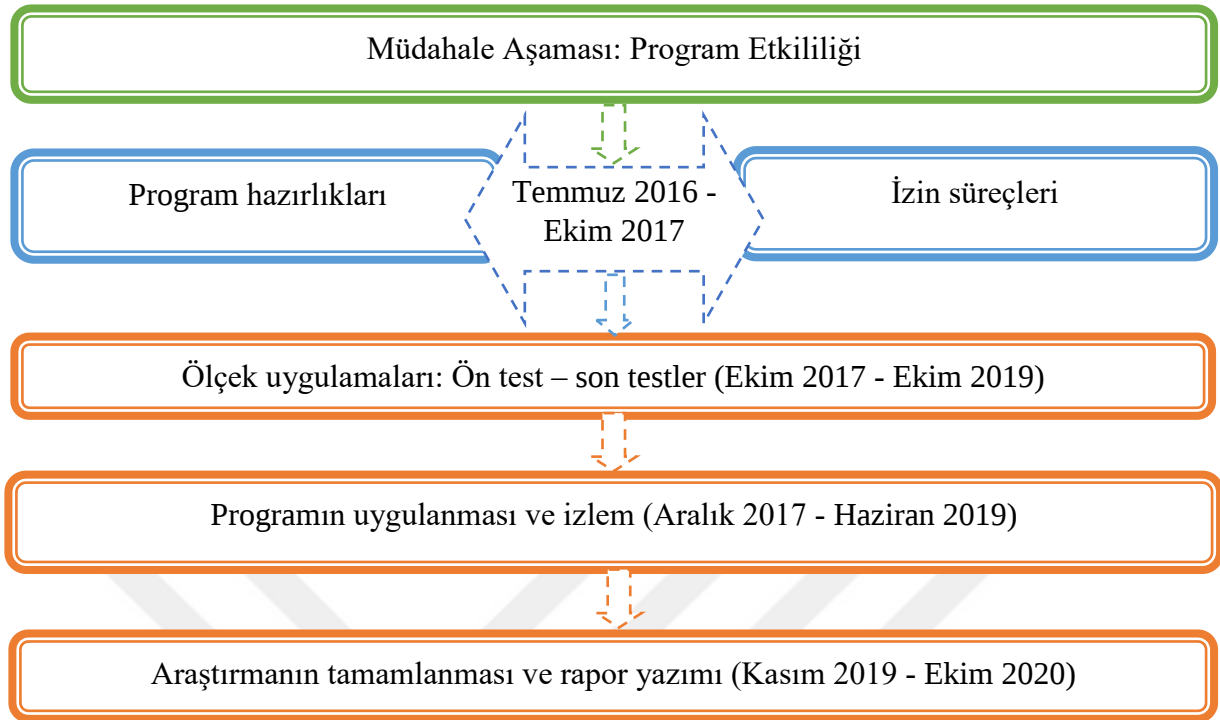
uygulanmıştır. Bu üç egzersizin daha önceki programlarda kullanılmamış olması, çalışmanın özgünlüğü açısından önem taşımaktadır. Bununla birlikte, sunuların yer aldığı oturumlar; grup çalışmaları, soru-cevap, vaka çalışmaları gibi ek aktivitelerle zenginleştirilmiştir. Oturumlarda yer alan bilgilerin daha kalıcı olmasını destekleyici, öğrenilenlerin klinik ortama aktarılmasına yardımcı pekiştirme girişimleri ise ana oturumları izleyen altı aylık periyotta gerçekleştirilmiştir. Her bir birim üç kez ziyaret edilerek programa ilişkin görüşmeler yapılmıştır. Ziyaretlerin süresi ortalama 60 dakika sürmüştür. Görüşmelerde ayrıca birim hemşirelerinin de katıldığı pekiştirme oturumları düzenlenmiştir. Bu oturumlarda program içeriği, araştırmacıların da desteği ile yönetici hemşireler tarafından ekip üyelerine aktarılmıştır. Böylelikle ekip etkileşiminin artırılması ve yönetici hemşirelerin kalıcı öğrenmelerine katkı sağlanması amaçlanmıştır. Hem hatırlatıcı, hem ilgiyi artırıcı hem de rehberlik etmesi açısından içeriğinde egzersizlerin yer aldığı bir kitapçık hazırlanmıştır. Hazırlanan kitapçıklar pekiştirme oturumlarında katılımcılara dağıtılmıştır. Son olarak, program anısı bağlamında katılımcılara program temalarından ilhamla tasarlanan bir anahtarlık hediye edilerek program tamamlanmıştır. Program kapsamı, programda kullanılan materyaller ile programın değerlendirilmesine ilişkin belgeler **Ek 7’de** sunulmuştur.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Hemşirelerin Tanıtıcı ve Çalışma Özellikleri Soru Formu ile birlikte ölçek sorularını yanıtlamaları istenmiştir. Verilerin elde edilmesinde formların zarf içinde dağıtımı ve aynı gün ya da birkaç gün içinde zarf içinde geri alınması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Program öncesi-sonrası süreçlerinde ise, yönetici hemşirelere ve hemşirelere ön test-son test olarak Otantik Liderlik Ölçeği, Yapısal Güçlendirme Ölçeği, Psikolojik Güçlendirme Ölçeği ve Güvenlik İklimi Ölçeği uygulanmıştır. Yönetici hemşirelere eğitim oturumlarından sonra iki kez, hemşirelere bir kez son test uygulaması yapılmıştır. Programa aktif katılım gösterenler için değerlendirmelerin programdan hemen sonra (öğrenme durumu) ve altı ay sonrasında (davranış değişikliği) yapılması önerildiği için yönetici hemşirelere ilişkin ölçümler program sonrası iki kez yapılmıştır (Dunne ve ark. 2015). Ayrıca, program sonrası programın içeriğine yönelik yönetici hemşirelere program değerlendirme formu uygulanmıştır.

3.7. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma özelliklerine ilişkin anket verileri, ölçek toplam ve alt boyutları sayı, yüzde ve aritmetik ortalama olarak tanımlayıcı istatistikler kapsamında değerlendirilmiştir. Programın etkililiği kapsamında liderlik, güçlendirme ve güvenlik ikliminin zaman içindeki değişimini karşılaştırmada tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (yönetici hemşireler) ile bağımlı gruplarda t testi (hemşireler) uygulanmıştır. Post-hoc analizlerde Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Değişkenlerin yordayıcılıkları hiyerarşik regresyon ile analiz edilmiştir. Analizler için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın bir üniversite hastanesinde yürütülmesi genellebilirlik açısından sınırlılıktır. Ayrıca, yarı deneysel tek grup tasarımı bir çalışma olması, neden sonuç ilişkisi ve karıştırıcı faktörler açısından da sınırlılıklar kapsamında değerlendirilebilir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Ölçek sahiplerinden ölçek izinleri (**Ek 8**), hastanelerden uygulama izinleri (**Ek 9**) ile Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan onay (Karar Tarihi: 22.01.2015, Karar No: 2015/02-20) (**Ek 10**) alınmıştır.

4.BULGULAR

Müdahale aşamasına ilişkin bulgular kapsamında öncelikle programa katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri sunulmuştur. Sonrasında program etkililiğine yönelik tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, bağımlı gruplarda t testi analizi ile hiyerarşik regresyon analizi sonuçları aktarılmıştır.

Tablo 13. Yönetici Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri (n = 36)

Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} = 43.78 \pm 5.90$)		
Eğitim Durumu		
Lise-Ön lisans	2	5.6
Lisans	28	78.8
Lisansüstü	6	16.7
Birim		
Dâhili birimler	17	47.22
Cerrahi birimler	14	38.89
Kritik bakım (Yoğun bakım ve acil servis)	5	13.89
Mesleki Deneyim Süresi ($\bar{x} = 22.33 \pm 6.91$)		
Yönetici Deneyimi Süresi ($\bar{x} = 11.08 \pm 7.02$)		
Haftalık Çalışma Saati ($\bar{x} = 41.58 \pm 3.95$)		

Programa katılan yönetici hemşirelerin tamamı kadın olup daha öncesinde herhangi bir liderlik programına katılmamışlardır. Ortalama yaş 43.78 (SS = 5.90)'dir. Çoğunlukla lisans mezunu olan (%78.8) yönetici hemşirelerin dâhili ve cerrahi birimlere göre dağılımı birbirine yakın değerler almaktadır. Ortalama mesleki deneyim yılı 22.33 (SS = 6.91), ortalama yöneticilik deneyimi 11.08 (SS = 7.02) yıl ve hatalık ortalama çalışma saati 41.58 (SS = 3.95) olarak belirlenmiştir (**Tablo 13**).

Tablo 14. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri (n = 153)

Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} = 36.16 \pm 6.75$)		
Cinsiyet		
Erkek	3	2
Kadın	150	98
Eğitim Durumu		
Lise - Ön lisans	14	9.1
Lisans	129	84.3
Lisansüstü	10	6.6
Birim		
Dâhili birimler	72	47.06
Cerrahi birimler	60	39.22
Kritik bakım (Yoğun bakım ve acil servis)	21	13.72
Mesleki Deneyim Süresi ($\bar{x} = 13.73 \pm 7.47$)		
Haftalık Çalışma Saati ($\bar{x} = 42.39 \pm 5.11$)		

Programa katılan yönetici hemşirelerle birlikte çalışan hemşirelerin çoğunluğu kadın olup yaş ortalaması 36.16 ($SS = 6.75$)’dir. Eğitim durumları incelendiğinde hemşirelerin çoğunlukla lisans mezunu (%84.3) olduğu görülmektedir. Birimlere dağılım özellikleri yönetici hemşirelerin dağılımı ile paralellik göstermektedir. Ortalama mesleki deneyim yılı 13.73 ($SS = 7.47$), haftalık ortalama çalışma saati 42.39 ($SS = 5.11$) olarak belirlenmiştir. (Tablo 14).

Tablo 15. Yönetici Hemşirelerin Güvenlik İklimi, Otantik Liderlik, Güçlendirme Puan Ortalamalarının Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizine Göre Karşılaştırılması (n = 36)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Öntest	Sontest 1	Sontest 2	F	p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Güvenlik İklimi	3.65 ± 0.51	3.68 ± 0.52	3.94 ± 0.50	4.955	0.026	3>1
Otantik Liderlik	3.26 ± 0.27	3.44 ± 0.29	3.45 ± 0.32	7.011	0.002	2>1; 3>1
İlişkilerde Şeffaflık	3.09 ± 0.33	3.34 ± 0.38	3.26 ± 0.39	4.177	0.025	2>1
İçselleştirilmiş Ahlak Anlayışı	3.35 ± 0.41	3.52 ± 0.38	3.54 ± 0.44	2.952	0.075	-
Bilginin Dengeli Değerlendirilmesi	3.42 ± 0.40	3.55 ± 0.45	3.65 ± 0.45	3.196	0.060	-
Özfarkındalık	3.26 ± 0.37	3.40 ± 0.33	3.42 ± 0.40	2.147	0.135	-
Yapısal Güçlendirme	3.27 ± 0.57	3.52 ± 0.69	3.46 ± 0.59	2.189	0.142	-
Fırsat	3.93 ± 0.69	4.27 ± 0.63	4.13 ± 0.69	2.779	0.091	-
Bilgi	3.03 ± 0.93	3.38 ± 1.04	3.33 ± 0.82	2.584	0.094	-
Destek	3.16 ± 0.99	3.56 ± 0.93	3.37 ± 0.82	3.601	0.044	2>1
Kaynak	3.17 ± 0.81	3.27 ± 0.80	3.24 ± 0.90	0.235	0.736	-
Formal Güç	2.64 ± 0.96	2.88 ± 1.02	2.86 ± 0.91	0.911	0.380	-
İnformal Güç	3.49 ± 0.69	3.67 ± 0.79	3.79 ± 0.68	2.826	0.081	-
Psikolojik Güçlendirme	4.06 ± 0.47	4.30 ± 0.54	4.14 ± 0.44	3.148	0.062	-
Anlam	4.49 ± 0.54	4.64 ± 0.52	4.59 ± 0.54	1.203	0.306	-
Yeterlik	4.51 ± 0.47	4.61 ± 0.51	4.50 ± 0.56	0.491	0.614	-
Özerklik	3.73 ± 0.80	4.02 ± 0.80	3.81 ± 0.66	2.296	0.118	-
Etki	3.46 ± 0.87	3.87 ± 0.89	3.69 ± 0.62	3.897	0.041	2>1

Yönetici hemşirelerin **güvenlik iklimi** puan ortalaması program öncesi 3.65 ± 0.51 , program sonrası 3.68 ± 0.52 ve altıncı ayda 3.94 ± 0.50 olarak bulunmuştur. Son ölçümdeki puan ortalamasının dörde yakın bir değer alması, olumlu güvenlik iklimi algısına yaklaşıldığını göstermektedir. Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.026$). Bonferroni post-hoc testi sonucuna göre farklılık birinci ve üçüncü ölçüm arasındadır. Üçüncü ölçüm puan ortalaması birinci ölçüm puan ortalamasından yüksektir.

Otantik liderlik puan ortalaması program öncesi 3.26 ± 0.27 , program sonrası 3.44 ± 0.29 ve altıncı ayda 3.45 ± 0.32 olarak bulunmuştur. Tüm ölçüm değerlerinin istendik değer olan üç ve üzerinde olduğu görülmektedir. En temel hedefin dörde ulaşmak olduğundan yola çıkılarak, puan ortalamasının her ölçümde artması gelişim açısından olumlu olarak değerlendirilebilir. Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.002$). Bonferroni post-hoc testi sonucuna göre farklılık birinci ve ikinci ölçüm ile birinci ve üçüncü ölçüm arasındadır. İkinci ve üçüncü ölçüm arasında fark bulunmamıştır. İkinci ölçüm ile üçüncü ölçüm puan ortalaması birinci ölçüm puan ortalamasından yüksektir. Alt boyutlara bakıldığında “**ilişkilerde şeffaflık**” alt boyutunda ölçümler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0.025$). Bonferroni post-hoc testi sonucuna göre farklılık birinci ve ikinci ölçüm arasındadır. İkinci ölçüm puan ortalaması birinci ölçüm puan ortalamasından yüksektir.

Yapısal güçlendirme puan ortalaması program öncesi 3.27 ± 0.57 , program sonrası 3.52 ± 0.69 ve altıncı ayda 3.46 ± 0.59 olarak belirlenmiştir. İkinci ölçümde puan ortalaması yükselmiş, üçüncü ölçümde ikinci ölçüme göre puan ortalaması düşmüştür. Bununla birlikte, tüm ölçümlerde puan ortalaması orta düzeydedir. Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0.142$). Alt boyutlara bakıldığında “**destek**” alt boyutunda ölçümler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p = 0.044$). Bonferroni post-hoc testi sonucuna göre farklılık birinci ve ikinci ölçüm arasındadır. İkinci ölçüm puan ortalaması birinci ölçüm puan ortalamasından yüksektir.

Psikolojik güçlendirme puan ortalaması program öncesi 4.06 ± 0.47 , program sonrası 4.30 ± 0.54 ve altıncı ayda 4.14 ± 0.44 olarak hesaplanmıştır. İkinci ölçümde puan ortalaması yükselmiş, üçüncü ölçümde ikinci ölçüme göre puan ortalaması düşmüştür. Ancak, tüm ölçümlerde puan ortalamasının dört ve üzerinde olması, algının tüm ölçümlerde yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucuna göre puan

ortalamları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.062$). Alt boyutlara bakıldığında “etki” alt boyutunda ölçümler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p = 0.041$). Bonferroni post-hoc testi sonucuna göre farklılık birinci ve ikinci ölçüm arasındadır. İkinci ölçüm puan ortalaması birinci ölçüm puan ortalamasından yüksektir (Tablo 15).

Tablo 16. Hemşirelerin Güvenlik İklimi, Otantik Liderlik, Güçlendirme Puan Ortalamalarının Bağımlı Gruplarda T-Testine Göre Karşılaştırılması (n = 153)

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Öntest	Sontest	<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Güvenlik İklimi	3.40 ± 0.59	3.58 ± 0.57	-2.698	0.008
Otantik Liderlik	2.77 ± 0.71	2.95 ± 0.73	-2.274	0.024
İlişkilerde Şeffaflık	2.73 ± 0.71	2.98 ± 0.72	-2.912	0.004
İçselleştirilmiş Ahlak Anlayışı	2.90 ± 0.77	3.04 ± 0.78	-1.666	0.098
Bilginin Dengeli Değerlendirilmesi	2.74 ± 0.10	2.92 ± 0.90	-1.785	0.076
Özfarkındalık	2.66 ± 0.87	2.87 ± 0.96	-2.017	0.045
Yapısal Güçlendirme	3.03 ± 0.65	3.32 ± 0.64	-4.095	0.000
Fırsat	3.71 ± 0.92	3.98 ± 0.79	-2.941	0.004
Bilgi	2.79 ± 1.05	3.17 ± 0.96	-3.163	0.002
Destek	2.98 ± 0.93	3.35 ± 0.89	-3.482	0.001
Kaynak	2.94 ± 0.85	3.14 ± 0.86	-2.210	0.029
Formal Güç	2.27 ± 0.84	2.71 ± 0.92	-4.568	0.000
İnformal Güç	3.33 ± 0.81	3.58 ± 0.76	-2.914	0.004
Psikolojik Güçlendirme	3.96 ± 0.56	4.10 ± 0.48	-2.514	0.013
Anlam	4.37 ± 0.80	4.50 ± 0.60	-1.641	0.103
Yeterlik	4.58 ± 0.55	4.57 ± 0.54	0.174	0.862
Özerklik	3.88 ± 0.84	3.98 ± 0.72	-1.137	0.257
Etki	3.01 ± 0.96	3.30 ± 0.87	-2.907	0.004

Hemşirelerin **güvenlik iklimi** puan ortalaması program öncesi 3.40 ± 0.59 , program sonrası altıncı ayda 3.58 ± 0.57 olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları, olumlu güvenlik iklimi algısı eşik değeri olan dörtten düşük olmakla birlikte; ikinci ölçüm puan ortalaması birinci ölçüm puan ortalamasından yüksektir. Bağımlı gruplarda t testi analizi sonucuna göre iki ölçüm arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.008$)

Hemşirelerin (izleyenlerin) yönetici hemşirelere ilişkin **otantik liderlik** puan ortalaması program öncesi 2.77 ± 0.71 , program sonrası altıncı ayda 2.95 ± 0.73 olarak belirlenmiştir. İkinci ölçüm puan ortalamasının istendik değer olan üçe yaklaştığı ve birinci ölçüm puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Bağımlı gruplarda t testi analizi sonucuna göre iki ölçüm arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.024$). Alt boyutlar kapsamında da “ilişkilerde şeffaflık” ($p = 0.004$) ve “özfarkındalık” ($p = 0.045$) alt boyutunda ölçümler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Hemşirelerin **yapısal güçlendirme** puan ortalaması program öncesi 3.03 ± 0.65 , program sonrası altıncı ayda 3.32 ± 0.64 olarak belirlenmiştir. İki ölçüm için de puan ortalaması orta düzeydedir. Bununla birlikte, ikinci ölçümde puan ortalaması birinci ölçüme göre yükselmiştir. Bağımlı gruplarda t testi analizi sonucuna göre iki ölçüm arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$). Ölçek genelinin yanı sıra **tüm alt boyutlarda “fırsat”** ($p = 0.004$), **“bilgi”** ($p = 0.002$), **“destek”** ($p = 0.001$), **“kaynak”** ($p = 0.029$), **“formal güç”** ($p = 0.000$) ve **“informal güç”** ($p = 0.004$) olmak üzere ölçümler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Hemşirelerin **psikolojik güçlendirme** puan ortalaması program öncesi 3.96 ± 0.56 , program sonrası altıncı ayda 4.10 ± 0.48 olarak hesaplanmıştır. İki ölçüm için de puan ortalaması yüksek düzey olmakla birlikte, ikinci ölçüm puan ortalamasında artış görülmüştür. Bağımlı gruplarda t testi analizi sonucuna göre iki ölçüm arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p = 0.013$). Alt boyutlar incelendiğine **“etki”** alt boyutunda ölçümler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0.004$) (Tablo 16).

Tablo 17. Hemşirelerin Güvenlik İklimi Son Test Verilerine Göre Hiyerarşik Regresyon Sonuçları (n = 153)

Model	Standardize <i>B</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>F</i>
Model 1					
Güvenlik İklimi Ön test	0.05	0.584	0.00	0.00	0.301
Model 2					
Güvenlik İklimi Ön test (a)	-0.01	0.855			
Otantik Liderlik Son test (b)	0.70	0.000	0.49	0.49	46.694
Etkileşim etkisi (a×b)	-0.00	0.971			
Model 3					
Güvenlik İklimi Ön test (a)	-0.00	0.941			
Otantik Liderlik Son test (b)	0.49	0.000	0.66	0.17	70.350
Etkileşim etkisi (a×b)	-0.10	0.287			
Yapısal Güçlendirme Son test	0.51	0.000			
Model 4					
Güvenlik İklimi Ön test (a)	-0.00	0.950			
Otantik Liderlik Son test (b)	0.50	0.000	0.66	0.00	56.074
Etkileşim etkisi (a×b)	-0.11	0.269			
Yapısal Güçlendirme Son test	0.50	0.000			
Psikolojik Güçlendirme Son test	0.03	0.580			

Hiyerarşik regresyon analizi; “demografik - çalışma özellikleri”, “güvenlik iklimi ön test ölçümü” ve “otantik liderlik son test ile güvenlik iklimi öntest verileri arasındaki olası etkileşim etkisi” kontrol edilerek gerçekleştirilmiştir. Model 1’de güvenlik iklimi ön test değişkenine yer verilmiştir. Model 2’de otantik liderlik son test, Model 3’de yapısal güçlendirme son test ve son olarak Model 4’te psikolojik güçlendirme son test değişkeni eklenmiştir. Model 2’de otantik liderliğin yordayıcı olması ile H1 kabul, Model 3 ve Model 4’te yapısal güçlendirmenin yordayıcı olması ile H2 kabul, psikolojik güçlendirmenin yordayıcı olmaması ile H3 reddedilmiştir. Otantik liderlik son test yordayısının Model 2’de açıkladığı ek varyans %49, Model 3’de yapısal güçlendirmenin açıkladığı ek varyans %17 olmuştur. Toplam açıklanan varyans ise %66’dır (**Tablo 17**).

5.TARTIŞMA

Çalışmada, hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik otantik liderlik ve güçlendirmeye temellendirilmiş bir program hazırlanmıştır. Ana girişim olarak çok-yönlü eğitim stratejisi (anlatının yanı sıra atölye çalışmaları kapsamında istasyon tekniği, altı şapka uygulaması, senaryo çözümlemesi gibi yöntemlerle) uygulanmıştır. Sonrasında altı aylık izlem sürecinde çeşitli ek stratejiler (ziyaretler, kitapçık, ek mini birime özgü oturumlar) uygulanarak program tamamlanmıştır. Programın etkililiği hem programa katılan yönetici hemşireler hem de beraber çalıştıkları hemşireler açısından incelenmiş ve aşağıda tartışılmıştır. Tek grupta öntest-sontest tasarımı gerçekleştirilen çalışmanın zaman içindeki değişiminin izlenmesi, teorik çerçeve olarak otantik liderliği ve güçlendirmeyi temel alması, eğitimin yanı sıra pekiştirici stratejiler kullanılması programın önemli ve öne çıkan özellikleri olarak belirtilebilir.

5.1. Güvenlik İklimi

Alanyazında hasta güvenliği iklimine yönelik yürütülen araştırmaların çoğunun tanımlayıcı nitelik taşıdığı ve genellikle de çalışma ortamı özellikleri ile hasta güvenliği ilişkileri üzerinde durulduğu belirtilmektedir. Girişimsel çalışmalar ise oldukça sınırlı kalmakla birlikte, söz konusu çalışmalarda çeşitli stratejiler kullanılmakta ve etkileri değerlendirilmektedir (Morello ve ark. 2013, Weaver ve ark. 2013).

Bu çalışmada, program sonrasında güvenlik iklimi puanlarında hem yönetici hem de beraber çalıştıkları hemşireler açısından anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim programlarının hasta güvenliği iklimine etkilerinin araştırıldığı diğer çalışmalarda şu sonuçlar elde edilmiştir: Ginsburg ve arkadaşlarının (2005) Kanada'daki iki eğitim hastanesinde yürüttükleri çalışmada; programa katılımın, güvenliği önemseme ve önceliklendirme anlayışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Kurumlardaki liderlik algısının ise, güvenliği önemsemenin yanı sıra suçlama kültürü de dahil olmak üzere güvenlik iklimini her açıdan etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ürdün'de yürütülen bir başka çalışmada, eğitim girişiminin özellikle hasta güvenliği iklimi bağlamında “tıbbi hataların raporlanması” ve “hatalara ilişkin suçlayıcı yaklaşımdan uzaklaşması” açılarından yararlı olduğu belirlenmiştir (AbuAlRub ve Abu Alhijaa 2014). Xie ve arkadaşlarının (2017) yürüttükleri programın da yine güvenlik iklimi algısını olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaların temel olarak mevcut çalışmaya benzer şekilde yapılandırılmış bir eğitim programı rehberliğinde yürütüldüğü görülmektedir.

Birebir aynı içerikte olmamakla birlikte eğitim içeriklerinde güvenlik iklimi öğeleri yer verilmesi ortak yön olarak tanımlanabilir.

Hasta güvenliği iklimini iyileştirmeye ilişkin girişimlerin değerlendirildiği iki sistematik incelemede de yukarıdaki sonuçlarla benzer şekilde, yapılandırılmış eğitim programlarının etkili ve aynı zamanda sıkça kullanılan strajilerden biri olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte girişimlerin etkilerine yönelik daha fazla araştırmaya gereksinim olduğunun da altı çizilmiştir (Morello ve ark. 2013, Weaver ve ark. 2013).

Yöneticilerin yanı sıra izleyenlerin de dâhil edildiği randomize kontrollü bir araştırmada ise, kontrol grubuna göre deney grubunda güvenlik iklimi puanlarında anlamlı artış saptanmıştır. Program içeriğinde özellikle çalışanların hasta güvenliği konularını açıkça konuşmaları için cesaretlendirilmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca, hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik etkili ekip iş birliğinin (TEAMSTEPSS) önemi tartışılmıştır. Tüm bu içerik poster ve broşürler ile desteklenerek pekiştirilmiştir (Amiri ve ark. 2018). Yönetici dışında birim çalışanlarına yönelik düzenlenen bir programda da, ekip çalışması ve iletişim stratejilerine odaklanan eğitim oturumu sonrasında acil servis hemşirelerinin tutumlarında iyileşmeler kaydedildiği rapor edilmiştir (Wong ve ark. 2016). Birim çalışanlarına yönelik yürütülen diğer bir çalışmada ise ek strateji yerine farklı bir eğitim yöntemini tercih edilerek ters-yüz sınıf tekniği ile program yürütülmüştür (Ling ve ark. 2016). Kurs içeriğinde acil durum vakası üzerinden iletişim ve ekip dinamikleri, nöbet teslimleri açısından da SBAR tekniği tartışılmıştır. Ayrıca, oturum sonunda katılımcıların birimlerindeki hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmeleri istenmiştir. Birim yerine kurum genelini kapsayan bir çalışmada girişimler kapsamında da SBAR tekniği işlenmiş, sonrasında aylık birim ziyaretleri gerçekleştirilmiştir (Edwards ve ark. 2008). Çalışma sonuçlarında hasta güvenliği iklimine ilişkin olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Edwards ve ark. 2008, Ling ve ark. 2016). Programlarda, etkili iş birliğine yönelik özel yöntemlere yer verilmesi, güvenlik ikliminin diğer bir temel bileşeni olan ekip iş birliğinin (Sammer ve ark. 2010) önceliklendirildiğini göstermektedir (Amiri ve ark. 2018, Edwards ve ark. 2008, Wong ve ark. 2016). Mevcut çalışma, yalnızca hemşireleri kapsadığı için, ekip çalışmasına yönelik bir girişim yer almamıştır. Ancak, oturumlarda ekip işbirliğinin güvenlik iklimi açısından yararları üzerinde durulmuştur. Suçlama kültüründen uzaklaşarak hatalardan öğrenme kültürüne odaklanmanın gerekliliği yine oturumlar kapsamında tartışılmıştır. Diğer özellikler açısından, katılımcıların aktif katılımını sağlamak üzere oturumlarda çeşitli etkinliklerin kullanılması (altı şapka tekniği, güvenliğe ilişkin yaşanmış deneyimlerin paylaşılması, birimlerdeki güvenli

uygulamaların analizi gibi) ve birim ziyaretleri söz konusu çalışma içerikleri ile paralellik göstermektedir.

5.2. Otantik Liderlik

Program öncesi ve sonrası ölçümler sonucunda hem yönetici hemşireler hem de izleyenler açısından otantik liderlik puanlarında anlamlı fark saptanmıştır. Genel etkinin yanı sıra alt boyutlar özelinde yöneticiler için “ilişkilerde şeffaflık”, izleyenler için “ilişkilerde şeffaflığın” yanı sıra “öz farkındalık” alt boyutunda puan değişimi anlamlı bulunmuştur. Amerika’da (Mansfield) otantik liderliğe ilişkin 11 yönetici hemşirenin dâhil edildiği bir pilot çalışmada, uygulanan programdan iki ay sonra değerlendirme yapılmış ve ölçeğin geneli ile alt boyutlarında puan artışı saptanmıştır. Ancak puan değişimlerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Madde bazında yapılan ek analizler sonucunda yalnızca “öz-farkındalık” alt boyutunda yer alan “Önemli konulardaki duruşumu, yeniden değerlendirmem gereken zamanı bilirim.” maddesindeki değişim anlamlı bulunmuştur (Frasier 2019). Liderlik kapasitesinin geliştirilmesinde öncelikle bireyin güçlü ve zayıf yönlerin farkında olması yani kendine yönelik iç görü kazanması beklenmektedir. İç görü kazanımı, yönetici hemşirelerin gelişim imkânlarına yönelik algılarının daha açık olmasını sağlamaktadır. Böylece, yönetici hemşire kurumsal hedef ve izleyenlerin beklentilerinin/ihtiyaçlarının karşılanması bağlamında da gelişim gösterebilmektedir (Grossman ve Valiga 2005, Luthans ve Avolio 2003). Liderlik özelliklerinin geliştirilmesinde öncelikli şartın öz farkındalık kazanımı olması, çalışmalarda öne çıkan bulgunun “öz farkındalık” alt boyutu olmasını destekler niteliktedir. Bununla birlikte, bir diğer öne çıkan alt boyut olan “ilişkilerde şeffaflık” ise, katılımcıların lider-izleyen etkileşimine verdiği önemi göstermektedir. Bu bulgu, çağdaş liderlik yaklaşımlarının en temelde “ilişkisel” yapıda olması gereksinimi ile de örtüşmektedir (Cummings ve ark. 2018). İlişkilerin dürüstük ve açıklık temeline oturtulması, etkileşim kurulmasında yarar sağlamakta ve böylelikle çalışanların yöneticilerine fikir ve düşüncelerini çekinmeden iletebilmesinin önünü açmaktadır (Norman, Avolio ve Luthans 2010). Yöneticilerin iletişim süreçlerinde söz konusu alt boyutu göz önünde bulundurması bu açıdan ayrıca önem taşımaktadır.

Cooper, Scandura ve Schriesheim (2005), otantik liderliğin geliştirilmesinde planlı müdahalelerin daha etkili olacağını vurgulamaktadır. Ana eğitim oturumlarına ek olarak bireysel danışmanlık yapılması ve yerinde öğrenme etkinlikleriyle teorik öğrenmenin pratiğe aktarımının sağlanması önerilmektedir. Söz konusu önerilerden yola çıkarak Kanada’da 93

yöneticinin (çeşitli kamu ve özel kuruluşlarından) katıldığı üç yıllık bir kohort çalışma sonucunda otantik liderlik algısında olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma sonuçları, “öğretme/anlatma” tekniği yerine doğru öğrenme ortamı yaratılarak aktif öğrenme yöntemlerinin kullanımı ile istendik sonuçların elde edilmesine kanıt sunmuştur (Baron 2016). Mevcut çalışmada da ana oturumlar ve sonrasındaki pekiştirme uygulamaları aktif öğrenmeye hizmet edecek şekilde tasarlanmıştır. Oturumların sadece anlatıya dayalı olmadan aktif katılımı destekleyen etkinliklerle yürütülmesi ve katılımcılara ziyaretlerde bulunularak teorinin pratiğe aktarılması yönünde rehberlik edilmesi bu görüş ile paralellik göstermektedir.

5.3. Güçlendirme

Yöneticilerin yapısal ve psikolojik güçlendirmeye ilişkin sonuçları incelendiğinde; ortalama puanlarda hem ölçek geneli hem de alt boyutların neredeyse tamamında son test sonuçlarında artış görülmüştür. Oturumlarda sunumların yanı sıra istasyon tekniği ile her bir güçlendirme bileşeninin özümzenmesine yönelik etkinlikler yürütülmüştür. Ayrıca, kendilerine ve birimlerine ilişkin güçsüzlük yaşadıkları/hissettikleri durumların oturumlarda tartışılması sağlanmıştır. Yapılan tüm bu girişimlerin etkileri diğer çalışmalarla aşağıda tartışılmıştır.

Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin etkilerinin hem yöneticiler hem de izleyenler açısından ele alındığı başka bir çalışmada (Dahinten ve ark. 2014, Macphee ve ark. 2014) bu çalışmadakine benzer şekilde son test ölçümlerinde puan artışları rapor edilmiştir. Her iki çalışmada son test ölçümlerinde artış görülmesi güçlendirme özelliklerinin öğretilebilir olduğunu göstermektedir. Bu noktada, program yapılandırılması ve uygulanmasında kullanılan yetişkinlere özgü çeşitli eğitim-öğretim tekniklerinin etkisinden söz edilebilir (Cummings ve ark. 2008, Delamater ve Hall 2018). Ayrıca, katılımcıların program sürecinde güçlendirme özellikleri açısından kendilerini ve birlikte çalıştıkları ekip üyeleriyle olan dinamikleri değerlendirmiş olmaları, farkındalık açısından kazanım sağlamış olabilir. Farkındalıktaki artışın da son test puanlarındaki artışı etkileyebileceği öne sürülebilir.

Aynı çalışmada yöneticilere ilişkin bağımlı gruplarda t testi analizlerine göre yapısal güçlendirmeki değişim anlamlı değilken, psikolojik güçlendirme puanındaki değişim istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Macphee ve ark. 2014). Mevcut çalışmada ise, istatistiksel açıdan anlamlılık yapısal güçlendirmenin “destek” ve “informal güç” alt boyutları ile psikolojik güçlendirmenin “etki” alt boyutunda saptanmıştır. Her iki çalışmada da programın zaman içindeki değişime etkisinin sınırlı kaldığı belirtilebilir. Psikolojik

güçlendirmedeki sınırlı etki, yönetici hemşirelerin ön test ölçümünde psikolojik güçlendirmeye ilişkin puan ortalamasının yüksek düzeyde saptanmasıyla (tavan etkisi) açıklanabilir. Yapısal güçlendirme açısından ise, programların etkisiz ya da çok az etkili bulunması, yönetici hemşirelerin yapısal güçlendirmeyi katalizör gibi görmelerinden kaynaklanmış olabilir. Yönetici olarak yetkileri dâhilinde kurumdaki fırsat-bilgi-destek-kaynak yapılarına erişim imkânına sahip olduklarından, yapısal güçlendirmeyi kendilerinden çok birlikte çalıştıkları hemşireleri güçlendirmede kullanacaklarını düşünmüş olabilirler. Ayrıca, bu sonuç, yapısal güçlendirmenin, program dışında kurumdaki diğer kurumsal etmenlerden de (kurum olanakları, kurumun organizasyonel yapısı gibi) etkilendiğine işaret etmektedir. Yapısal güçlendirmenin geliştirilmesinde tüm yönetim kademeleri ile tüm sağlık profesyonellerin birlikteliğinin önerilmesi de (Cougot ve ark. 2019), çalışmalarda sınırlı etkileri açıklar niteliktedir. Alt boyutlar özelinde, informal güç alt boyutunda anlamlı fark saptanması, birimlerdeki özellikle yönetici ile izleyen arasındaki iletişim ağının ve etkileşimin ön planda olduğunu göstermektedir. Destek alt boyutundaki anlamlı fark da yine yönetici izleyen ilişkisinde etkileşime atıfta bulunarak yapıcı geri bildirimin önemini pekiştirmektedir.

İzleyen sonuçları incelendiğinde, yönetici sonuçlarına göre daha etkili sonuçlar elde edildiği görülmektedir. İzleyenler açısından hem yapısal hem de psikolojik güçlendirme puanlarındaki değişimin ön test verilerine göre istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Alt boyut sonuçları incelendiğinde; yapısal güçlendirmenin tüm alt boyutlarında, psikolojik güçlendirmenin ise “etki” alt boyutundaki fark anlamlıdır. Dahinten ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, izleyen sonuçlarında yapısal güçlendirme puanı program öncesine göre anlamlı saptanırken, psikolojik güçlendirme puanında değişim anlamlı bulunmamıştır. Kanada’da yürütülen başka bir çalışmada, ekip iş birliğine odaklı bir güçlendirme programının yapısal güçlendirme açısından etkileri araştırılmıştır (Laschinger, Leiter ark. 2012). Programın, özellikle yapısal güçlendirmenin “destek” ve “kaynak” alt boyutlarında etkili olduğu saptanmıştır. Tayvan’da halk sağlığı hemşirelerini güçlendirmeye yönelik yürütülen bir çalışma sonucunda ise programın psikolojik güçlendirmenin özellikle “yeterlik” ve “etki” alt boyutlarında etkili olduğu bulunmuştur. Ancak, yapısal güçlendirmeye ilişkin bir etki gösterilememiştir (Chang ve ark. 2008). İzleyenlere yönelik yürütülen çalışmaların sonuçları çeşitlilik göstermektedir. Bizim çalışmamızda, diğer değişkenler açısından elde edilen bulgular ışığında yönetici çalışan arasındaki ilişkide şeffaflığın (otantiklik özelliklerinden) ve yapıcı geri bildirimin (yapısal güçlendirme özelliklerinden) öne çıktığı belirtilebilir. Kurumdaki bu özellikler, izleyenlerin fikir ve önerilerini yöneticiyle

paylaşabilmesiyle ilişkili olan “etki” alt boyutunun anlamlı çıkması sonucuyla örtüşmektedir. Mok ve Au-Yeung (2002)’un çalışmasında da belirtildiği üzere hemşirelerin yaptıkları işlerden dolayı takdir görmesi ve yapıcı geribildirim alması, “kurumda bir etkiye” sahip oldukları inancının pekiştirilmesinde yarar sağlamaktadır. Chang ve arkadaşlarının (2008) çalışmasındaki psikolojik güçlendirme puanlarındaki anlamlı artış, programdaki eğitim etkinliklerinin reflektif yöntemle (dinleme-diyalog-eylem) (Zimmerman 2000) işlenmesiyle açıklanmıştır. Reflektif yöntemle güçsüzlüğe yol açan etmenlere odaklanılması, hemşire motivasyonun sağlanmasında etkili olmuştur. Laschinger, Leiter ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise yapısal güçlendirmeye ilişkin olumlu etki, ekip çalışmasını pekiştirecek düzenlemelerle sağlanmıştır. Bu tarz düzenlemelerin, birime özgü konuların/sorunların çözümlenmesinde ekip üyelerinin destek ve kaynaklara ilişkin farkındalığını artırdığı öne sürülmüştür. Sonuçlar göstermektedir ki, yapısal güçlendirmenin iyileştirilmesinde “kurumsal” düzenlemeler (özellikle tüm yönetim kademesinin ve tüm sağlık profesyonellerin birlikteliği ve eğitiminin kurumsal olanaklarla pekiştirilmesi), psikolojik güçlendirmenin iyileştirilmesinde ise “birey”e odaklı girişimler etkili olabilmektedir.

5.4. Güvenlik İklimi, Otantik Liderlik ve Güçlendirme

Bu çalışma ile otantik liderlik ile güçlendirmenin yarı deneysel bir tasarımla güvenlik iklimine etkileri ilk kez araştırılmıştır. Hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda, hemşirelerin yönetici hemşirelere yönelik otantik liderlik algıları ile yapısal güçlendirme özelliklerinin güvenlik ikliminin yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Psikolojik güçlendirmenin ise yordayıcı özellik taşımadığı saptanmıştır. Daha önceki çalışmalarda, güvenlik iklimi ile otantik liderlik arasında ilişki kesitsel bir çalışma ile gösterilmiştir (Dirik ve İntepeler 2017a). Yapısal güçlendirme ile güvenlik iklimi ilişkisi yine bir kesitsel çalışmada (Dirik ve İntepeler 2017b) ve kapsam incelemesinde (Goedhart ve ark. 2017) desteklenmiştir. Yapısal güçlendirmenin yordayıcı olarak saptanması, güvenlik ikliminin sağlanmasında gelişim-eğitim olanaklarının, bilgiye erişimin, yeterli zaman ve donanıma sahip olmanın ve ekip desteğinin önemini pekiştirmiştir. Otantik liderliğin hemşirelerin güvenlik iklimine ilişkin algılarında etkili olduğu sonucu ise, hemşirelerin yöneticilerinde bu özelliklere (şeffaf-açık iletişim, etik değerler, çok yönlü adilane değerlendirme ve kendine/çevresine karşı dürüstlük) dikkat ettiğini göstermiştir. Psikolojik güçlendirmenin etkili bulunmaması ise, oturumların grup şeklinde yürütülüp birebir etkileşimin sınırlı kalmasından kaynaklanmış olabilir. Bu kapsamda, özellikle Chang ve arkadaşlarının (2008) kullandığı reflektif yöntem (Zimmerman

2000) gibi katılımcının bilişsel farkındalık kazanımını hedefleyen yöntemlerle programların yapılandırılması gelecek çalışmalarda avantaj sağlayabilir.



6. SONUC VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yönetici hemşireler açısından olumlu etkiler kısmi kalmakla birlikte, hemşirelerdeki olumlu etkiler her değişkende görülmüştür.

Yönetici hemşirelerin güvenlik iklimi ile otantik liderlik genel puan ortalamalarında program öncesine göre anlamlı fark olduğu, yapısal güçlendirme ile psikolojik güçlendirme genel puanlarındaki değişimin ise anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alt boyutlarda anlamlı farklılık otantik liderliğin “ilişkilerde şeffaflık”, yapısal güçlendirmenin “destek”, psikolojik güçlendirmenin de “etki” alt boyutunda saptanmıştır.

Hemşirelerin güvenlik iklimi, otantik liderlik (yönetici hemşirelere ilişkin), yapısal güçlendirme, psikolojik güçlendirme genel puan ortalamalarındaki değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar için etkiler; otantik liderliğin “ilişkilerde şeffaflık” ve “özfarkındalık” alt boyutlarında, yapısal güçlendirmenin tüm alt boyutlarında, psikolojik güçlendirmenin ise “etki” alt boyutunda görülmüştür.

Değişkenler arasındaki yordayıcılık açısından ise otantik liderlik ile yapısal güçlendirmenin güvenlik ikliminin yordayıcısı olduğu, psikolojik güçlendirmenin ise yordayıcı özellik taşımadığı sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Çok yönlü bir eğitim programı olmasının, katılımcılara bilgilerini tazelemeleri ya da yeni bilgi edinmeleri yönünde yarar sağladığı belirtilebilir. Bununla birlikte, katılımcıların genel olarak programdan memnun kalmasına dayanarak, oturumlarda yer alan etkinliklerin hemşirelerin dikkatini çekmede, motive olmalarında ve aktif katılımlarını sağlamada etkili olduğu öne sürülebilir. Bu kapsamda, program yapılandırma aşamasında, bir programda yer alması gerekenlere ilişkin önerilerin yer aldığı rehberlerden/kaynaklardan (Blumenthal ve ark. 2012, Dunne ve ark. 2015, Shen ve ark. 2018, Yukl 2013) yararlanılması önerilebilir. Gelecek çalışmalar tasarlanırken de söz konusu rehberlerden yararlanılarak program içerikleri oluşturulabilir.

Program etkililiğini daha iyi değerlendirebilmek/gösterebilmek için olanaklar göz önünde bulundurularak daha büyük örneklemelerde kontrol gruplu çalışmalar tasarlanabilir. Program öncesi, uygulanması ve sonrasında kurumsal alt yapının yeterliği ile her düzey yönetici desteğinin de göz önünde bulundurulması önem taşımaktadır.

Otantik liderliğe ilişkin farkındalığın sağlanması, benimsenmesi ve davranışa yansımaları süreçlerinde, programla birlikte kurumsal destek ortamının oluşturulması da önem taşımaktadır. Yönetici hemşirelere bu özellikleri sergileyebilecekleri çalışma ortamı sağlanması yönünde yaklaşım/anlayış olması (hemşire ve aynı zamanda diğer yöneticilerin), bu süreçte kolaylaştırıcı rol üstlenecektir. Söz konusu anlayış aynı zamanda, “liderin gelişimi”nin yanı sıra kurumdaki “liderlik kapasitesi”nin geliştirilmesine de katkı sunacaktır (Elliott 2017).

Otantik liderliğin diğer liderlik yaklaşımları ile kontrol edildiği çalışmalarla liderlik yaklaşımlarının birbirlerine göre etkileri araştırılarak alana katkı sağlanabilir.

Bu çalışmadaki program yönetici hemşirelerle yürütülmüş, hemşirelere etkisi dolaylı yoldan olmuştur. Gelecek çalışmalarda, her hemşirenin aslında liderlik özelliği taşıdığı varsayımından yola çıkılarak yönetici hemşire dışındaki hemşirelere de çok yönlü programlar uygulanabilir. Böylelikle, ekip etkileşimi açısından da ekipteki her üyenin farkındalığı artırılabilir (Paterson ve ark. 2010, 2015, Scott ve Miles 2013).

Güçlendirmeye yönelik yürütülecek çalışmalarda; yapısal güçlendirme için en temelde kurumsal olanaklar ile tüm yönetici ve diğer sağlık disiplinlerinin işbirliği gerektiği (Cougot ve ark. 2019), psikolojik güçlendirmeye yönelik yürütülecek çalışmalarda da bireysel motivasyona (Chang ve ark. 2008, Havaei ve ark. 2014) odaklanılması yönünde planlama yapılması unutulmamalıdır.

7. KAYNAKLAR

AbuAlRub RF, Abu Alhijaa EH. The impact of educational interventions on enhancing perceptions of patient safety culture among Jordanian senior nurses. Nurs Forum. 2014;49(2):139-50.

Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI). Health and safety commission. Human factors study group third report: Organising for safety. 1993.

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

Alilyyani B, Wong CA, Cummings G. Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2018;83:34-64.

American Association of Critical Care Nurses (AACN). Healthy work environments. 2005 <https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments> Erişim tarihi: 06.10.2020

American Organization of Nurse Executives (AONE). The AONE nurse executive competencies. 2015. <https://www.aonl.org/sites/default/files/aone/nec.pdf> Erişim tarihi: 06.10.2020

Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. BMC Med Educ. 2018;18(1):158.

Avolio BJ, Gardner WL, Walumbwa FO, Luthans F ve ark. Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. The Leadersh Q. 2004;15:801–823.

Avolio BJ, Gardner WL. Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. The Leadersh Q. 2005;16:315–338.

Barker AM, Sullivan DT, Emery MJ. Leadership Competencies for Clinical Managers: The Renaissance of Transformational Leadership. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.

Baron L. Authentic leadership and mindfulness development through action learning. Journal of Managerial Psychology. 2016;31(1), 296-311.

Bass BM. Handbook of leadership theory research & managerial application. New York: The Free Press; 1990.

- Bass B. Two Decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1999;8(1):9-32.
- Bennis WG. Why leaders can't lead: The unconscious conspiracy continues. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1989.
- Blake N, Leach LS, Robbins W, Pike N ve ark. Healthy work environments and staff nurse retention: the relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. *Nurs Adm Q*. 2013;37(4):356-370.
- Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership guide to patient safety. Innovation series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006.
- Cemaloğlu N. Liderlik. İçinde S Özdemir (editör). Eğitim yönetiminde kuram ve uygulama. Ankara: Pegem Akademi; 2013.
- Daly J, Jackson D, Anders R, Davidson PM. Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. *J Clin Nurs*. 2020;29(15-16):2751-52.
- Duygulu S. Önderlik. İçinde Ü Baykal, E Türkmen (editörler). Hemşirelik hizmetleri yönetimi. İstanbul: Akademi Basın; 2014.
- Centers for Disease Control and Prevention - Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri. Healthcare-associated infections. 2020. <https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html> Erişim tarihi: 06.10.2020
- Cervo CS, Mónico LDSM, dos Santos NR, Hutz CS ve ark. Authentic Leadership Questionnaire: Invariance between samples of Brazilian and Portuguese employees. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2016;29(1), 40.
- Chang LC, Liu CH, Yen EH. Effects of an empowerment-based education program for public health nurses in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2008;17(20):2782-90.
- Cicolini G, Comparcini D, Simonetti V. Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *J Nurs Manag*. 2014;22(7):855-71.
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(5):364-6.
- Cook CW, Hunsaker PL, Coffey RE. Management and organizational behavior. Columbus, U.S.A: McGraw-Hill Inc; 1997.

Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D ve ark. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *MedGenMed*. 2000;2(3):E38.

Cooper CD, Scandura TA, Schriesheim CA. Looking forward but learning from our past: Potential challenges to developing authentic leadership theory and authentic leaders. *Leadersh Q*. 2005;16(3), 475-93.

Cougot B, Gauvin J, Gillet N, Bach-Ngohou K ve ark. Impact at two years of an intervention on empowerment among medical care teams: study protocol of a randomised controlled trial in a large French university hospital. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):927.

Cummings G, Lee H, Macgregor T, Davey M ve ark. Factors contributing to nursing leadership: A systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(4):240-8.

Cummings G, Tate K, Lee S, Wong CA ve ark. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018;85:19-60.

Dahinten VS, Macphee M, Hejazi S, Laschinger H ve ark. Testing the effects of an empowerment-based leadership development programme: Part 2 - staff outcomes. *J Nurs Manag*. 2014;22(1):16-28.

Delamater L, Hall N. Charge nurse development: What does the literature say? *Nurs Manage*. 2018;49(7):34-40.

DiNapoli JM, O'Flaherty D, Musil C, Clavelle JT ve ark. The relationship of clinical nurses' perceptions of structural and psychological empowerment and engagement on their unit. *J Nurs Adm*. 2016;46(2):95-100.

Dirik HF, Seren Intepeler S. The influence of authentic leadership on safety climate in nursing. *J Nurs Manag*. 2017a;25(5):392-401.

Dirik HF, Seren Intepeler S. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. *J Nurs Manag*. 2017b;25(4):256-65.

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

Dunne S, Lunn C, Kirwan M, Matthews A, Condell S. Planning and Selecting Evaluation Designs for Leadership Training: A Toolkit for Nurse Managers and Educators. *J Prof Nurs*. 2015;31(6):475-81.

Duygulu S, Kublay G. Transformational leadership training programme for charge nurses. *J Adv Nurs*. 2011;67(3):633-42.

Edwards PJ, Scott T, Richardson P, Espinoza S ve ark. Using staff perceptions on patient safety as a tool for improving safety culture in a pediatric hospital system. *J Patient Saf* 2008;4(2):113-8.

Elliott N. Building leadership capacity in advanced nurse practitioners - the role of organisational management. *J Nurs Manag*. 2017;25(1):77-81.

Faulkner J, Laschinger H. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *J Nurs Manag*. 2008;16(2):214-21.

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):109-115.

Fragkos KC, Makrykosta P, Frangos CC. Structural empowerment is a strong predictor of organizational commitment in nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(4):939-962.

Frankel A, Gandhi TK, Bates DW. Improving patient safety across a large integrated health care delivery system. *Int J Qual Health Care*. 2003;15 Suppl 1:i31-40.

Frankel A, Grillo SP, Pittman M, Thomas EJ ve ark. Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. *Health Serv Res*. 2008;43(6):2050-66.

Frasier N. Preparing nurse managers for authentic leadership: A pilot leadership development program. *J Nurs Adm*. 2019;49(2):79-85.

Gardner WL, Avolio BJ, Luthans F, May DR ve ark. "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *Leadersh Q*. 2005;16(3):343-72.

Gehring K, Mascherek AC, Bezzola P, Schwappach DL. Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(2):332-8.

Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, Lewis S. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. *Health Serv Res*. 2005;40(4):997-1020.

Girerd-Genessay I, Michel P. Faut-il mettre en place des rencontres de sécurité des soins? Revue de la littérature [Should we establish patient safety leadership walkrounds? A systematic review]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015;63(5):315-23. French.

- Goedhart NS, van Oostveen CJ, Vermeulen H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: A scoping review. *J Nurs Manag.* 2017;25(3):194-206.
- Griffin-Sobel JP. Research in practice: Evaluating an instrument for research. *Gastroenterol Nurs.* 2003;26(3):135-6.
- Grossman SC, Valiga TN. Followership and empowerment. The new leadership challenge: Creating the future of nursing. Philadelphia: FA Davis Company; 2005.
- Gu X, Itoh K. A pilot study on safety climate in Chinese hospital. *J Patient Saf.* 2011;7(4):204-212.
- Hannah ST, Sumanth JJ, Lester P, Cavarretta F. Debunking the false dichotomy of leadership idealism and pragmatism: Critical evaluation and support of newer genre leadership theories. *Journal of Organizational Behavior.* 2014;35(5):598-621.
- Harter S. Authenticity. In CR Snyder, S Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology.* Oxford UK: Oxford University Press; 2002.
- Harter JK, Schmidt FL, Hayes TL. Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *J Appl Psychol.* 2002;87(2):268-79.
- Havaei F, Dahinten VS, MacPhee M. Psychological competence: the key to leader empowering behaviors. *J Nurs Adm.* 2014;44(5):276-283.
- Holly C, Igwee G. A systematic review of the influence of transformational leadership style on nursing staff in acute care hospitals. *Int J Evid Based Healthc.* 2011;9(3):301.
- Hutchinson M, Jackson D. Transformational leadership in nursing: Towards a more critical interpretation. *Nurs Inq.* 2013;20(1):11-22.
- Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety Leadership WalkRounds. 2020. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx> Erişim tarihi: 16.20.2020
- Ilies R, Morgeson FP, Nahrgang JD. Authentic leadership and eudaemonic well-being: Understanding leader–follower outcomes. *Leadersh Q.* 2005;16(3):373–94.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

Institute of Medicine (US) Committee on Data Standards for Patient Safety. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.

Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

International Council of Nurses (ICN). 2020. <https://www.icn.ch/who-we-are/icn-mission-vision-and-strategic-plan> Erişim tarihi: 06.10.2020

Kanter RM. Men and Women of the corporation. New York: Basic Books; 1977.

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

Katz-Navon T, Naveh E, Stern Z. Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach. Acad Manag J. 2005;48(6):1075-89.

Kernis MH. Toward a conceptualization of optimal self-esteem. Psychol Inq. 2003;14(1):1-26.

Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. J Psychosom Res. 2010;68(4):319-23.

Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ. Safety Climate Survey: Reliability of results from a multicenter ICU survey. Qual Saf Health Care. 2005;14(4):273-8.

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

Kline, K. Computing test-reliability. A handbook of test construction: Introduction to psychometric design. New York: Methuen & Co; 1986.

Knol J, Van Linge R. Innovative behaviour: The effect of structural and psychological empowerment on nurses. *J Adv Nurs*. 2009;65(2):359–370.

Koçel T. İşletme yöneticiliği. İstanbul: Beta Basım Yayım; 2014.

Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2):155-63.

Kouzes JM, Posner BZ. *The Five Practices of Exemplary Leadership: Nursing*. 2011.

Laschinger HK. Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: Further testing the nursing worklife model. *J Nurs Care Qual*. 2008;23(4):322-30.

Laschinger HK, Fida R. A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2014a;23(5):739-753.

Laschinger HK, Fida R. New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*. 2014b(1):19-28.

Laschinger HK, Fida R. Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: The role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *J Nurs Adm*. 2015;45(5):276-83.

Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Casier S. Organizational trust and empowerment in restructured healthcare setting: Effects on staff nurse commitment. *J Nurs Adm*. 2000; 30(9):413-425.

Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *J Organ Behav*. 2004;25:527-545.

Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *J Nurs Adm*. 2001;31(5):260-272.

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

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

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

Laschinger HK, Leiter MP, Day A, Gilin-Oore D ve ark. Building empowering work environments that foster civility and organizational trust: Testing an intervention. *Nurs Res.* 2012;61(5):316-25.

Laschinger HK, Purdy N, Almost J. The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. *J Nurs Adm.* 2007;37(5):221-229.

Laschinger HK, Smith LM. The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional collaboration. *J Nurs Adm.* 2013;43(1):24-9.

Laschinger HK, Wong CA, Grau AL. The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(10):1266-76.

Laschinger HK, Wong CA, Grau AL. Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses. *J Nurs Manag.* 2013;21(3):541-52.

Laschinger HK, Wong CA, Ritchie J, D'Amour D ve ark. A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals. *Healthc Q.* 2008;11(2):85-94.

Li H, Shi Y, Li Y, Xing Z ve ark. Relationship between nurse psychological empowerment and job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2018;74(6):1264-1277.

Ling L, Gomersall CD, Samy W, Joynt GM ve ark. The effect of a freely available flipped classroom course on health care worker patient safety culture: A prospective controlled study. *J Med Internet Res.* 2016;18(7):e180.

Luthans F, Avolio BJ. Authentic leadership development. In: Cameron KS, Dutton JE, Quinn RE, editors. *Positive organizational scholarship*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2003.

MacPhee M, Dahinten VS, Hejazi S, Laschinger H ve ark. Testing the effects of an empowerment-based leadership development programme: Part 1 - leader outcomes. *J Nurs Manag.* 2014;22(1):4-15.

Macphee M, Skelton-Green J, Bouthillette F, Suryaprakash N. An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. *J Adv Nurs.* 2012;68(1):159-169.

Marques J. The changed leadership landscape: What matters today. *J Manag Dev.* 2015;34(10):1310-22.

Martin R. Followership: The natural complement to leadership. *FBI Law Enforcement Bulletin.* 2008;77(7):8-11.

Martin JS, McCormack B, Fitzsimons D, Spirig R. Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *J Nurs Manag.* 2012;20(1):72-80.

Martowirono K, Wagner C, Bijnen AB. Surgical residents' perceptions of patient safety climate in Dutch teaching hospitals. *J Eval Clin Pract.* 2014;20(2):121-8.

Mind Garden. Tools for positive transformation. 2019. <https://www.mindgarden.com/> Erişim tarihi: 16.20.2020

Mok E, Au-Yeung B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *J Nurs Manag.* 2002;10(3):129-37.

Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J ve ark. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2010;63(7):737-45.

Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R ve ark. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(1):11-18.

Moriano JA, Molero F, Lévy Mangin JP. Liderazgo auténtico. Concepto y validación del cuestionario ALQ en España [Authentic leadership. Concept and validation of the ALQ in Spain]. *Psicothema.* 2011;23(2):336-41. Spanish.

Mundfrom DJ, Shaw DG, Ke TL. Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *International Journal of Testing.* 2005;5(2), 159-68.

Nakamura J, Csikzentmihalyi M. The construction of meaning through vital engagement. In: CLM Keyes, J Haidt, editors. *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived.* Washington, DC: American Psychological Association; 2003.

National Patient Safety Agency (NPSA). National Health Service. The seven steps to patient safety. 2004. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787> Erişim tarihi: 06.20.2020

National Patient Safety Foundation (NPSF). National agenda for action: Patients and families in patient safety - Nothing about me without me. 2003. <http://s197607105.onlinehome.us/pdf/paf/AgendaFamilies.pdf> Erişim tarihi: 06.20.2020

Nielsen MB, Eid J, Mearns K, Larsson G. Authentic leadership and its relationship with risk perception and safety climate. *Leaders Org Dev J*. 2013;34(4):308-325

Norman SM, Avolio BJ, Luthans F. The impact of positivity and transparency on trust in leaders and their perceived effectiveness. *Leadersh Q*. 2010;21(3), 350-64.

O'Connell PK. A simplified framework for 21st century leader development. *The Leaders Q*. 2014;25(2):183-203.

Orgambídez A, Almeida H. Exploring the link between structural empowerment and job satisfaction through the mediating effect of role stress: A cross-sectional questionnaire study. *Int J Nurs Stud*. 2020;109:103672.

Ouyang YQ, Zhou WB, Qu H. The impact of psychological empowerment and organisational commitment on Chinese nurses' job satisfaction. *Contemp Nurse*. 2015;50(1):80-91.

Panczyk M, Jaworski M, Iwanow L, Cieślak I, Gotlib J. Psychometric properties of Authentic Leadership Self-Assessment Questionnaire in a population-based sample of Polish nurses. *J Adv Nurs*. 2019;75(3):692-703.

Paterson K, Henderson A, Burmeister E. The impact of a leadership development programme on nurses' self-perceived leadership capability. *J Nurs Manag*. 2015;23(8):1086-93.

Paterson K, Henderson A, Trivella A. Educating for leadership: a programme designed to build a responsive health care culture. *J Nurs Manag*. 2010;18(1):78-83.

Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67.

Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

Polit DF. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1746-53.

PROMIS. Minimum requirements for the release of PROMIS instruments after translation and recommendations for further psychometric evaluation. 2016.

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

Regan S, Laschinger HK, Wong CA. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *J Nurs Manag.* 2016;24(1):E54-61.

Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: A concept whose time has come? *N Z Med J.* 2010;123(1314):68-78.

Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA ve ark. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh.* 2010;42(2):156-165.

Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online.* 2003;8(2), 23-74.

Schwendimann R, Milne J, Frush K, Ausserhofer D ve ark. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: A cross-sectional study. *Am J Med Qual.* 2013;28(5):414-21.

Scott ES, Miles J. Advancing leadership capacity in nursing. *Nurs Adm Q.* 2013;37(1):77-82.

Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, Frankel TC ve ark. Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(4):261-270.

Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB ve ark. Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(10):814-22.

Shapira-Lishchinsky O, Benoliel P. Nurses' psychological empowerment: An integrative approach. *J Nurs Manag.* 2019;27(3):661-670.

Shen Q, Peltzer J, Teel C, Pierce J. Kansas nurse leader residency programme: Advancing leader knowledge and skills. *J Nurs Manag.* 2018;26(2):148-157.

Sierpińska L. Walidacja polskiej wersji kwestionariusza autentycznego przywództwa na potrzeby oceny autentycznego przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarstwa krajowych oddziałów szpitalnych [Validation of the Polish version of The Authentic Leadership

Questionnaire for the of evaluation purpose of nursing management staff in national hospital wards]. Pol Merkur Lekarski. 2013;35(207):159-62. Polish.

Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S ve ark. Patient safety climate in 92 US hospitals: Differences by work area and discipline. Med Care. 2009;47(1):23-31.

Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(3):649-59. English, Portuguese.

Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. Acad Manage J.1995;38(5):1442-1465.

Stanley D. Congruent leadership: Values in action. J Nurs Manag. 2008;16(5):519-24.

Sürgevil O, Tolay E, Topoyan M. Yapısal Güçlendirme ve Psikolojik Güçlendirme Ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri. Journal of Yaşar University. 2013;8(31): 5371-91.

Swansburg RC, Swansburg RJ. Introduction to management and leadership for nurse managers. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1999.

Swearingen S. A journey to leadership: Designing a nursing leadership development program. J Contin Educ Nurs. 2009;40(3):107-12; quiz 113-4, 143.

Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA ve ark. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007;60(1):34-42.

The Health Foundation. Does improving safety culture affect patient outcomes? 2011. <http://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf> Erişim tarihi: 06.10.2020

The Joint Commission. Patient safety. 2020. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/> Erişim tarihi: 06.10.2020

Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A ve ark. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. BMC Health Serv Res.2005;5(1):28.

Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. The Academy of Management Review, 1990;15(4):666-81.

Türk Tabipler Birliği. Füsün Sayek TTB raporları / kitapları - Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya. 2011. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf Erişim tarihi: 06.10.2020

Van Bogaert P, Peremans L, Diltour N, Van heusden D ve ark. Staff nurses' perceptions and experiences about structural empowerment: A qualitative phenomenological study. PLoS One. 2016;11(4):e0152654.

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

Walumbwa FO, Avolio BJ, Gardner WL, Wernsing TS ve ark. Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. J Manage. 2008;34(1):89-126.

Watkins C, Hart PL, Mareno N. The effect of preceptor role effectiveness on newly licensed registered nurses' perceived psychological empowerment and professional autonomy. Nurse Educ Pract. 2016;17:36-42.

Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER ve ark. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. Ann Intern Med. 2013;158(5 Pt 2):369-74.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S ve ark. ISPOR task force for translation and cultural adaptation. Value Health. 2005;8(2):94-104.

Wong AH, Gang M, Szyld D, Mahoney H. Making an "Attitude Adjustment": Using a simulation-enhanced interprofessional education strategy to improve attitudes toward teamwork and communication. Simul Healthc. 2016;11(2):117-25.

Wong CA. Connecting nursing leadership and patient outcomes: State of the science. J Nurs Manag. 2015;23(3):275-8.

Wong CA, Cummings GG. The influence of authentic leadership behaviors on trust and work outcomes of health care staff. J Leadersh Stud. 2009;3(2):6-23.

Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. J Nurs Manag. 2013;21(5):709-24.

Wong CA, Giallonardo LM. Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. J Nurs Manag. 2013;21(5):740-752.

Wong CA, Laschinger HK. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *J Adv Nurs*. 2013;69(4):947-59.

Wong CA, Laschinger HK, Cummings GG. Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *J Nurs Manag*. 2010;18(8):889-900.

World Health Organization (WHO). Global priorities for patient safety research. Better knowledge for safer care. 2009. Erişim tarihi: 06.10.2020 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). Patient safety. 2019. Erişim tarihi: 06.10.2020 <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

Xie JF, Ding SQ, Zhong ZQ, Zeng SN ve ark. A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Educ Pract*. 2017;27:128-133.

Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G ve ark. Patient Safety 2030. London. UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, 2016.

Zaheer S, Ginsburg L, Chuang YT, Grace SL. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: Examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(1):13-23.

Zakari NM. Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. *Life Science Journal*. 2011;8(3), 230-7.

Zimmerman BJ. Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In M Boekaerts, PR Pintrich, M. Zeidner, editors. *Handbook of self-regulation*. Academic Press; 2000.

8. EKLER

Ek 1. TANITICI VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ ANKET FORMU

Değerli meslektaşım,

Bu çalışma ‘Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi’ başlıklı doktora tezi kapsamında planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgileriniz sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Gerçeği yansıtan sonuçlar elde edilmesi için soruların içtenlikle cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Arş.Gör. Hasan Fehmi DİRİK

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

☐ Erkek ☐ Kadın

3. Eğitim durumunuz:

☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐ Doktora

4. Mesleki çalışma yılınız:

5. Çalıştığınız birim:

6. Haftalık ortalama çalışma saatiniz:

Yöneticilerin formunda ek olarak aşağıdaki maddeler yer almıştır:

7. Göreviniz:

☐ Sorumlu hemşire ☐ Başhemşire ☐ Süpervizör hemşire

8. Yönetici olarak deneyim süreniz:

9. Daha önce liderlikle ilgili bir etkinliğe (eğitim, kurs ya da program) katıldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Evet ise, katıldığınız etkinliğin adı:

11. Evet ise, katıldığınız etkinliğin süresi:

Ek 2. GÜVENLİK İKLİMİ ÖLÇEĞİ

1= Kesinlikle katılmıyorum	4= Katılıyorum	1	2	3	4	5
2= Katılmıyorum	5= Kesinlikle katılıyorum					
3= Ne katılıyorum, ne katılmıyorum						
1. Bu birimde, hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.						
2. Bu birimde, tıbbi hatalar uygun bir biçimde ele alınır.						
3. Hastane(m)deki tepe yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.						
4. Çalıştığım birimdeki hekim ve hemşire yöneticiler/liderler beni dinler ve kaygılarımı önemser.						
5. Bu kurumda, çalışanları hasta güvenliğine odaklanmaya yönlendiren bir liderlik anlayışı vardır.						
6. Hasta güvenliğine ilişkin önerilerim yönetim tarafından dikkate alınır ve bu doğrultuda harekete geçilir.						
7. Hastane yönetimi, verimlilik etkilense bile hasta güvenliği ile ilgili konularda bilerek ödün vermez.						
8. Hasta güvenliğini tehdit eden durumları raporlandırmam konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.						
9. Hasta güvenliği (raporlama, vb.) ile ilgili sorularımı yöneltebileceğim uygun yolları bilirim.						
10. Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.						
11. Bir hasta olarak bu birimde tedavi görsem, kendimi güvende hissedirim.						
12. Nöbet tesliminde hastaların durumuna ilişkin yapılan bilgilendirme, (beklenmedik olası durumlar için planlama konusunda) güvenliğin önemli bir parçasıdır.						
13. Bu birimde sıklıkla bilgi paylaşım toplantıları yapılır.						
14. Birimimdeki klinik liderin ulaşılabilir olmasından memnunum.						
15. Bu kurumda, hasta güvenliği konusunda geçen yıla göre daha fazla çaba sarf edilmektedir.						
16. Çoğu istenmeyen (advers) olayın sistem başarısızlıkları sonucunda ortaya çıktığına; bireysel kaynaklı olmadığına inanırım.						
17. Bu birimin tüm çalışanları, hasta güvenliğiyle ilgili sorumluluk alır.						
18. Bu birim için oluşturulmuş kural veya prosedürler, çalışanlar tarafından çoğunlukla göz ardı edilir.						
19. Hasta güvenliği, bu klinik ortamın önceliği olarak sürekli desteklenir.						

Ek 3. OTANTİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ – LİDER FORMU

0=Hiç	1=Nadiren	2=Bazen	3=Oldukça	4=Her zaman ya da çok sık	0	1	2	3	4
Bir lider olarak ben...									
1. söylemek istediğimi açıkça ifade ederim.									
2. hata yaptığımda kabul ederim.									
3. çevremdekileri düşüncelerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm.									
4. acı gerçeği olduğu gibi söylerim.									
5. duygularımı, içimdeki hisleri tam olarak yansıttak şekilde açığa vururum.									
6. davranışlarımın inandıklarımla tutarlı olmasına dikkat ederim.									
7. kararlarımı temel değerlerime göre alırım.									
8. çalışanlardan temel değerlerini destekleyecek duruş sergilemelerini beklerim.									
9. zor kararlar alırken, yüksek etik standartları gözetirim.									
10. çok inandığım konularda bile karşıt görüşleri dinlerim.									
11. bir karara varmadan önce ilgili verileri incelerim.									
12. bir sonuca ulaşmadan önce farklı görüşleri dikkate alırım.									
13. çalışanlarla etkileşimimi geliştirmek için geri bildirim almaya çalışırım.									
14. yeteneklerimin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiğinin farkındayım.									
15. önemli konulardaki duruşumu, yeniden değerlendirmem gereken zamanı bilirim.									
16. belirli olayların çalışanları nasıl etkilediğini anladığımı gösteririm.									

Ek 4. OTANTİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ – İZLEYEN FORMU

0=Hiç	1=Nadiren	2=Bazen	3=Oldukça	4=Her zaman ya da çok sık	0	1	2	3	4
Yöneticim/liderim...									
1. Söylemek istediğini açıkça ifade eder.									
2. Hata yapıldığında kabul eder.									
3. Çevresindekileri düşüncelerini ifade etmeleri için cesaretlendirir.									
4. Acı gerçeği olduğu gibi söyler.									
5. Duygularını, içindeki hisleri tam olarak yansıtabilecek şekilde açığa vurur.									
6. Davranışlarının, inandıkları ile tutarlı olmasına dikkat eder.									
7. Kararlarını temel değerlerine göre alır.									
8. Çalışanlardan temel değerlerini destekleyecek duruş sergilemelerini bekler.									
9. Zor kararlar alırken, yüksek etik standartları gözetir.									
10. Çok inandığı konularda bile karşıt görüşleri dinler.									
11. Bir karara varmadan önce ilgili verileri inceler.									
12. Bir sonuca ulaşmadan önce farklı görüşleri dikkate alır.									
13. Çalışanlarla etkileşimini geliştirmek için geri bildirim almaya çalışır.									
14. Yeteneklerinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiğinin farkındadır.									
15. Önemli konulardaki duruşunu, yeniden değerlendirmesi gereken zamanı bilir.									
16. Belirli olayların çalışanları nasıl etkilediğini anladığını gösterir.									

Ek 5. YAPISAL GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

Ek 6. PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

1=Hiç 5=Çok anlamına gelmektedir. 1 ile 5 arası puanlama yapınız.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ANLAMLILIK						
1.	Yaptığım iş benim için çok önemlidir.					
2.	İşimi yerine getirirken yaptığım faaliyetler bana anlamlı gelmektedir.					
3.	Yaptığım iş benim için anlamlıdır.					
YETERLİLİK						
1.	İşimi yapmak için yeteneklerime güveniyorum.					
2.	İşimle ilgili faaliyetleri yerine getirecek kapasiteye sahip olduğumdan eminim.					
3.	İşim için gerekli olan becerilerimi geliştirdim.					
ÖZERKLİK						
1.	İşimi nasıl yapacağımı belirlemede önemli ölçüde özerkliğe sahibim.					
2.	İşimi nasıl yapacağıma kendim karar verebilirim.					
3.	İşimi bağımsız ve özgür yapabilmek için önemli fırsatlara sahibim.					
ETKİ						
1.	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde etkim büyüktür.					
2.	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde kontrol sahibiyim.					
3.	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde sözüm geçer.					

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - PROGRAM KAPSAMI VE PLANI

Hasta Güvenliği, Liderlik ve Güçlendirme Programı

Bu program ile hemşirelerin; liderlik, güçlendirme ve hasta güvenliği uygulamalarının önemini kavraması ve bu uygulamaları günlük işleyişe entegre ederek kullanmaları amaçlanmaktadır.

Eğitim sonucunda beklenen program çıktıları:

Yönetim ve liderlik özelliklerini tanımlama, aralarındaki farkları belirleme

Liderliğin tarihsel sürecini ve liderlik yaklaşımlarını öğrenme

Etkili liderlik ve etkili yönetim özelliklerini keşfetme ve bütünleştirme

Hemşirelikte liderliğin öneminin farkına varabilme

Kişisel liderlik uygulamalarını belirleyebilme

Liderlik uygulamalarını kendi liderlik uygulamalarıyla ilişkilendirip bütünleştirme

Otantik liderlik: Bir lider olarak güçlü ve zayıf yanlarının farkına varma

Otantik liderlik: İlişkilerde şeffaflığın önemini pekiştirme

Otantik liderlik: Bilgiyi çok yönlü toplama ve değerlendirmenin önemini kavrama

Otantik liderlik: Temel değerler ve etik standartların önemini vurgulama

Liderlik kapasitesini geliştirmek üzere plan oluşturma ve yürütme

Profesyonel amaçları gerçekleştirmede güçlendirme yollarını tartışabilme

Çalışanlarının yaptıkları işte daha başarılı olmalarını sağlayacak koşulları oluşturma

Hasta güvenliğini iyileştirmede liderlik ve güçlendirmenin etkilerini analiz edebilme

Programın uygulanmasında yararlanılacak yöntem ve teknikler:

-Soru Sorma (soru-yanıt tekniği)

-Anlatım (görsel ve ilgi uyandırıcı powerpoint ve prezi programlarında hazırlanmış sunular ile video gösterimi)

-Tartışma (geçmiş ve olası gelecek uygulama ve deneyimlerin tartışılması)

-Rol Oynama (gerçek ortama hazırlık ve prova niteliğinde katılımcıların geliştirmesi gereken yönlerine ayna tutan tiyatral yöntem)

-Senaryo çalışması: Çeşitli senaryolar üzerinden grup çalışması ve grup paylaşımını destekleyerek konu içeriğinin anlaşılabilirliğinin pekiştirilmesine aracı yöntem

-Beyin Fırtınası (yaratıcılığı cesaretlendiren, kısıtlama olmaksızın akla gelen alternatifleri ön plana çıkarmada kullanılan yöntem)

-Altı Şapkalı Düşünme Tekniği (Düşüncelerin organizasyonu ve yönetimi ile yaratıcı ve yapıcı sonuçlar elde etmede kullanılabilecek bir teknik)

-İstasyon Tekniği (İşbirliğini, iletişim becerisini, yarım kalan işlerin tamamlanması ve yaratıcılığın geliştirilmesini destekleyici bir teknik)

Programın değerlendirilmesi:

Programdan duyulan memnuniyet, oturum sayı ve sürelerinin yeterliği, konuların anlaşılabilirliği ve öğrenme aktivitelerinin etkililiğine yönelik 11 maddeden oluşan form kullanılmıştır. Form, 5'li likert şeklinde tasarlanmıştır (1 = kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum, 5 = kesinlikle katılıyorum). Shen, Peltzer, Teel ve Pierce'in (2018) liderlik programları için hazırladığı içerik/oturum değerlendirme formu örnek alınarak hazırlanmıştır.

Program Planı

I.Bölüm

Yöneticilik, Liderlik ve Otantik Liderlik

Hedefler

- 1-Yönetim ve liderlik kavramlarını tartışabilme
- 2-Yöneticilik ve liderlik arasındaki farklılıkları ayırt edebilme ve söz konusu kavramları bütünleştirebilme
- 4-Hemşirelikte liderliğin öneminin farkına varabilme
- 5-Otantik liderlik kavramını tanımlayabilme
- 6-Otantik liderlik özelliklerini/bileşenlerini sayabilme

İçerik

Oturum Kapsamı	Yöntem	Süre
• Yönetim • Liderlik • Yönetici ve Lider Arasındaki Farklar • Yönetim ve Liderliği Bütünleştirme • Liderliğin Önemi	-Temel kavramların açıklayıcı sunu ile ele alınması -Yönetici ve lider kavramlarının ayırt edici özelliklerinin soru yanıt tekniği ile tartışılması -Ayırt edici ve bütünleşen yönlerin video üzerinden grup çalışması ile gösterilmesi -Uygulama örneklerinin katılımcılarla birlikte tartışılması	30 dakika sunu - Soru cevap ve tartışmalar için 15 dakika 15 dakika ek opsiyonel süre (ara ve olası aksaklıklar için)
• Çağdaş Liderlik Yaklaşımları Transaksional Liderlik Transformasyonel Liderlik Hizmetkâr Liderlik İlişkisel Liderlik Enstrümantal Liderlik Otantik Liderlik -Otantik Liderliğin Özellikleri -Hemşirelik ve Otantik	-Yaklaşımların temel noktalarının anlatıldığı sunum -Rollere odaklanan senaryo egzersizi ile oturumun sürdürülmesi (her bir liderlik için hazırlanmış vakaların önce bireysel sonra da küçük gruplarda tartışılması, daha sonra tüm grupta geri bildirimler sonucunda özellikle otantik liderliğin tartışılması	45 dakika sunu 30 dakika etkinlik çalışması 15 dakikalık ek opsiyonel süre (ara ve olası aksaklıklar için)
• Liderlik Programı Bileşenleri	-Liderlik programı bileşenlerinin grup üyeleri ile sunum ile aktarılması	

II. Bölüm – Liderlik ve Güçlendirme

Etkileme Süreci: Güçlendirme

Hedefler

- 1- Güçlendirme kavramının tanımlanması
- 2- Yapısal ve psikolojik güçlendirme unsurlarının tanımlanması ve anlaşılması
- 3- Güçlendirme ve güçsüzlük ilişkisinin ortaya konulması
- 4- Otantik liderlik ve güçlendirme arasındaki ilişkinin kurulması
- 5- Güçlendirme stratejilerinin çalışma ortamına yansıtılmasında izlenebilecek yol ve yöntemlerin tartışılması

İçerik

Oturum Kapsamı	Yöntem	Süre
• Güçlendirme	Sunu öncesi kavramlara	Beyin fırtınası 15 dakika
• Yapısal Güçlendirme	ilişkin beyin fırtınası tekniği	Sunu 30 dakika
-Yapısal Güçlendirme	ile ilgi uyandırılması	Egzersiz 15 dakika
Unsurları	Kavramlara ilişkin	Opsiyonel 15 dakika süre
• Psikolojik Güçlendirme	bilgilendirici sunu	(ara ve olası aksaklıklar
-Psikolojik Güçlendirme	İstasyon tekniği: yapısal ve	için)
Unsurları	psikolojik güçlendirme	
	unsurlarının her birini bir	
	istasyon olarak kurgulayıp	
	katılımcıların dönüşümlü	
	olarak istasyonlara geçerek	
	görsel/yazılı materyal	
	hazırlamaları	
	Gelecek oturuma hazırlık:	
	Klinik ortamda güçsüzlüğe	
	neden olan etmenleri yazılı	
	olarak oturuma getirilmesi	
Durum Saptaması:	Güçsüzlüğe yol açan	45 dakika
Çalışma Ortamında	etmenlerden en öncelikli	15 dakika opsiyonel süre
Güçsüzlüğe Yol Açan	olanların belirlenmesi, grup	(ara ve olası aksaklıklar
Etmenler	tartışması	için)

Otantik Liderlik ve Güçlendirme	Otantik liderlik ve güçlendirme sunumu	Sunu 15 dakika
Güçlendirme Stratejileri	Stratejilerin ele alındığı sunum	Sunu 30 dakika
	Stratejilere dikkati artırmak üzere materyal kullanılması	15 dakika ek opsiyonel süre (ara ve olası aksaklıklar için)

III. Bölüm - Hasta Güvenliğinde Liderlik ve Güçlendirme

Hasta Güvenliği, Liderlik ve Güçlendirme

Hedefler

- 1- Hasta güvenliği tanımlayabilme
- 2- Hasta güvenliği iklimi ve bileşenlerini tanımlayabilme
- 3-Hasta güvenliğinde liderlik ve güçlendirmenin önemini kavrayabilme

İçerik

Kapsam	Yöntem	Süre
• Hasta Güvenliği	Temel kavramlar - sunu	Sunu 45 dakika
• Hasta Güvenliği İklimi	‘Altı şapkalı düşünme tekniği’ ile güvenliğine ilişkin sorunların	Opsiyonel 15 dakika süre (ara ve olası aksaklıklar için)
-Hasta Güvenliği İklimi Bileşenleri	incelenmesi ve çözümler	Etkinlik 45 dakika
-Hasta Güvenliği İklimi ile Liderlik ve Güçlendirme İlişkisi	üretilmesine ilişkin grup ile tartışılması	Opsiyonel 15 dakika süre (ara ve olası aksaklıklar için)
		Grup tartışması 60 dakika

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ

LİDERLİK GELİŞİMİ SUNU

LİDERLİK GELİŞİMİ



1

LİDERLİK GELİŞİMİ

Liderlik becerileri/özellikleri nasıl geliştirilir?

Nasıl iyi/etkili lider olunur?

2

LİDERLİK GELİŞİMİ

Liderlik, **kademeli** bir yapı içinde gelişimin gerçekleştiği bir süreçtir.

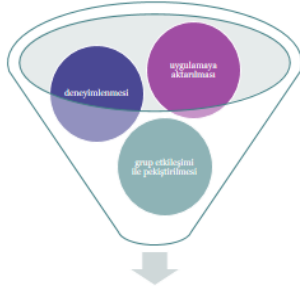
Bu süreçte **iç görü, liderlik kapasitesi ve liderlik becerilerinin geliştirilmesi** temel bileşenleri oluşturmaktadır.

Söz konusu bileşenler doğrultusunda kazanılan edinimler gelecekte ulaşılacak diğer hedeflere de **zemin** oluşturarak kademeli yapıyı desteklemektedir.

Grossman ve Valiga 2005

3

Öğrenilen bilgi ve becerilerin

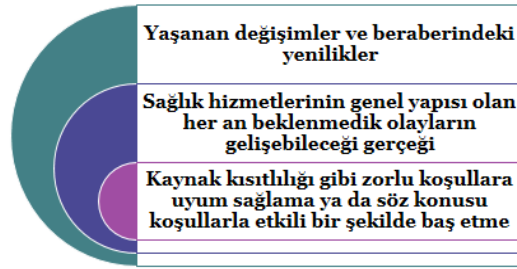


daha ileri düzeyde liderliğin de öncüsü olmaktadır.

Grossman ve Valiga 2005

4

LİDERLİK GELİŞİMİ



Grossman ve Valiga 2005

5

LİDERLİK GELİŞİMİ

Formal eğitim almaksızın atama/görevlendirme

Yetersiz deneyim

Deneme yanılma ile öğrenme

'nurses don't leave hospitals, they leave managers'

Kurum yapısı, kültürüne özgü/uyumlu

Program sonrası pratikte uygulama imkanı/ortamı

Swearingen 2009

6

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

LİDERLİK GELİŞİMİ SUNU - DEVAM

Liderlik gelişimi: tartışmalar

- Lider geliştirme? Liderlik geliştirme?
- Kişisel? Kişilerarası?
- Süre ve süreklilik?
- Değerlendirme ve gelişimi izleme: alfa, beta, gama?

Day ve ark. 2014

7

Liderlik gelişimi: tartışmalar

- Hangi liderlik tipi en ideali?
- Deneyimli ve deneyimi az hemşirelerde öğrenme hızı, isteği?
- Grup içi etkileşimi ve öğrenme süreci?
- Günlük hayat ve işlere entegrasyon?

Day ve ark. 2014

8

Programlar

Didaktik

Kurs/seminer/program

Tartışma, anlatım
(discussion, lecture)

Grossman ve Valiga 2005

9

Programlar

Diğer katılımcılar ile
etkileşim (more than single)

Stimulate thinking: liderlik
ve izleyenliğin doğası

Ek aktiviteler? Film, kitap,
kişi tartışmaları?

Grossman ve Valiga 2005

10

Değerlendirme: Değişimler ve İzlem

- **Alpha:** Kişilerarası ilişki becerilerim eskisine göre daha iyi!..
- **Beta:** Programda öğrendiklerimle fark ettim ki aslında düşündüğümde daha farklıymış kişiler arası ilişkiler!..
- **Gamma:** Kişiler arası ilişkilerin temeli iyi iletişim kurmaktır diye düşünüyordum ancak destekleyici yaklaşım kadar gayret gerektiren zorlu görevler vermek de iletişim kurmanın bir parçasıymış!..

Heartley ve Hinkelman 2003

11

Değerlendirme

Örnek Sorular

Rol ve sorumluluklarımızı yerine getirmede yararlı oldu mu?

Liderlik/yönetim yaklaşımınıza nasıl bir etkisi oldu?
Liderlik yaklaşımınızla bütünleşti mi?

Birlikte çalıştığınız iş arkadaşlarınıza yansımaları nasıl olur?

12

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

LİDERLİK YAKLAŞIMLARI SUNU

LİDERLİK



Bennis (1989) liderliği güzelliğe benzetmiştir:
'Tanımlanması zordur ama gördüğünüzde tanırırsınız.'

İÇERİK

LİDERLİK
LİDERLİK YAKLAŞIMLARI
ETKİLİ LİDERLİK VE YÖNETİM

GİRİŞ

- Sağlık hizmetleri ve kurumları:
 - karmaşık yapı (hasta, sağlık çalışanları, vb)
 - bilinmezlik
 - her an beklenmedik olaylara gebe olma durumu
 - teknolojik gelişmeler, beklentiler
- Etkili liderlik!?

Geleneksel tanımlar:

- Liderlerin grubu/ekibi/çalışanları ortak amaçlara ulaştırmada işbirliği yapmanın onlar için en iyi yol olduğuna ikna etmelerini içeren mantıksal süreç vurgusu

Geleneksel tanımlar:



Son dönemde:



SON DÖNEMDE



Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

LİDERLİK YAKLAŞIMLARI SUNU - DEVAM



9

★



10

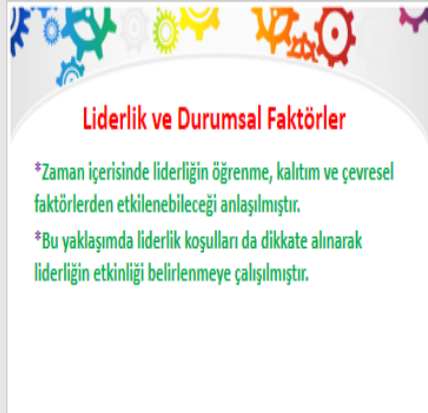


11

★



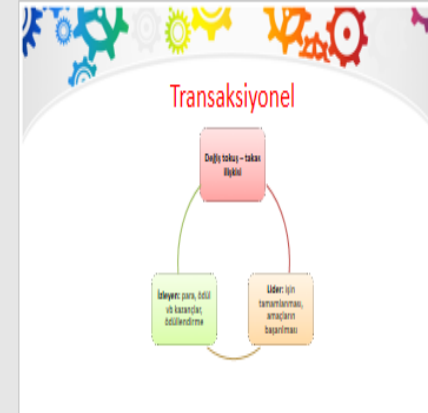
12



13



14



15



16

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

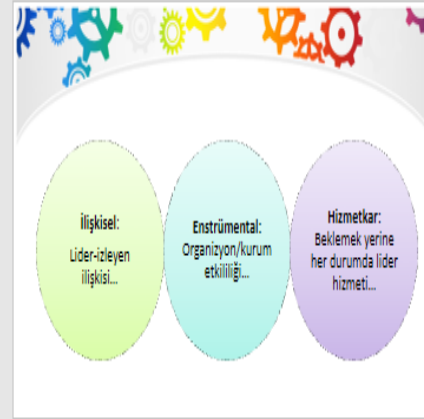
LİDERLİK YAKLAŞIMLARI SUNU - DEVAM



17



18



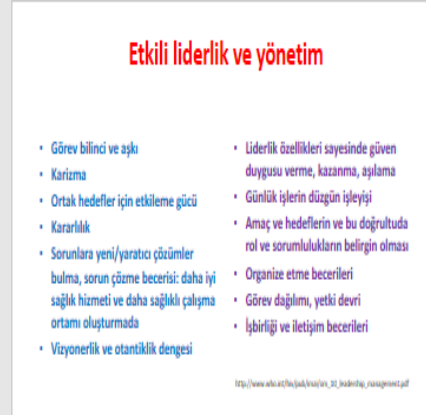
19



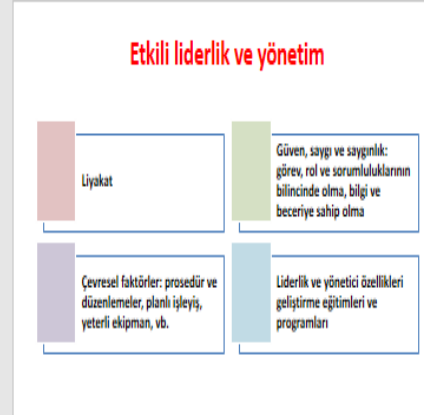
20



21



22



23



24

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

LİDERLİK YAKLAŞIMLARI SUNU - DEVAM

LİDERLİK VE İZLEYENLER

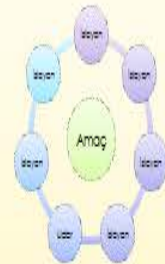


25

Önceki Bakış Açısı



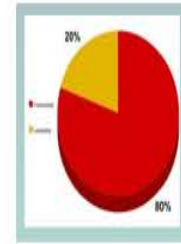
Sonraki Bakış Açısı



26

Kurum Başarısı-Hedeflere Ulaşma

İzleyen mi?



Liderlik mi?



27

Yönetici-lider ve izleyen birlikteliği



28

Son söz...

Kararlara katılımın desteklendiği
öz-sorumluluk bilincinin aşılandığı (günlük işleyiş ve
ötesine geçebilen bir sorumluluk anlayışı) ortam
fırsatının sunulması:

güçlendirme ☺

29

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

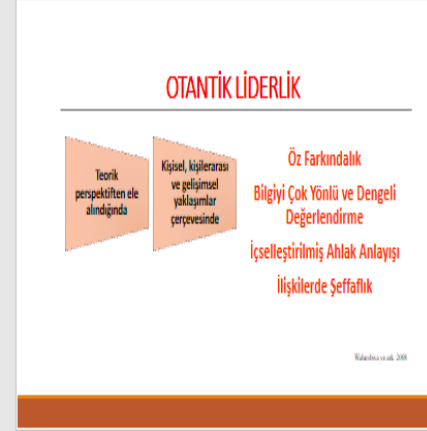
OTANTİK LİDERLİK SUNU



1



2



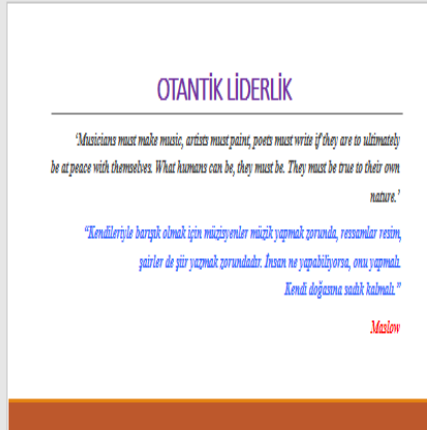
3



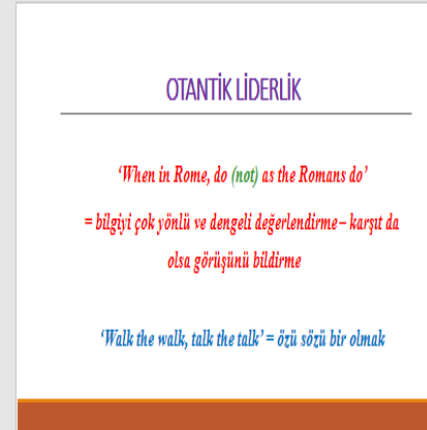
4



5



6



7

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

GÜÇLENDİRME SUNU

GÜÇLENDİRME

İçerik

GİRİŞ

GÜÇ VE GÜÇ KAYNAKLARI

GÜÇLENDİRME

GÜÇLENDİRME STRATEJİLERİ

Giriş

Değişimin çok hızlı yaşandığı sağlık hizmetleri

Kaliteli ve güvenli sağlık bakımı

Bilgi, güç, izleyen-lider etkileşimi

Amaç ve hedefleri gerçekleştirme

Neden güçlendirme?

- kurumsal ve yönetimsel etkinliğin en temel bileşeni
- ekip bilincinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde merkezi rol
- çalışanın işe katılımı, iş zenginleştirme
- bilgi ve yetki yönünden daha donanımlı çalışanlar
- Sorumluluk bilinci ile artan kurumsal etkililik

1

2

3

4

ICN's three Pillars are
Professional Practice, Regulation,
and Socio-Economic Welfare

ICN Strategic Plan 2014-2018

Theme	Goal	Actions across the pillars
The global voice	GOAL 1: To bring solidarity and cooperation across the profession in collaboration with other stakeholders.	• Develop and promote financial sustainability by implementation of funds and technical support that increase capacity of members to address key challenges. • Augment existing leadership programmes with resources to address NMA strengthening, financial management and leadership capacity building. • Increase leverage with WHO, World Bank, WTO, ILO, UN, OECD and the UN agencies. • Promote and facilitate partnership within countries.
Strategic leadership	GOAL 2: To provide strategic leadership to empower nurses and nursing organisations to advance nursing worldwide through coherent, efficient, effective and judicious advocacy by and for nurses, nursing and health.	• Participate in prioritised policy development groups in each of the three pillars of activity. • Profile evidence that establishing and enforcing standards and competence are critical to protecting the public, providing quality services and building responsive and transformation educational, regulatory and service-driven organisations. • Provide critical comment on policy documents whenever possible (and promoting nursing and other research that helps advance our vision, goals and objectives either independently or in collaboration with others). • Improve the availability and use of ICN resource documents. • Provide expertise, actively and regularly in high-level international or regional health, education, social and economic policy events as the recipient and valued voice of nurses and nursing internationally.

5

LİDERLİK



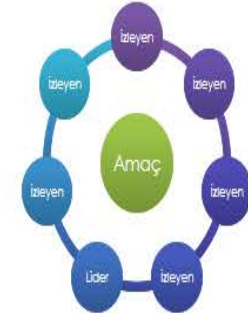
6

Önceki Bakış Açısı



7

Sonraki Bakış Açısı



8

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

GÜÇLENDİRME SUNU - DEVAM

GÜÇ

Güç en genel anlamda başkalarını etkileyebilme yeteneği olarak; bir başkasının kendi başına yapmayacağı davranışları yapmasına yol açan bireysel bir yetenek ya da potansiyel olarak tanımlanmaktadır.

9

Güç ve Güç Kaynakları

Güç, kimi zaman negatif bir anlam taşısa da liderlik sürecinin önemli bir bileşeni olarak gösterilmektedir.

Gücün çalışanları kontrol ederek değil, grubun yönünü etkileme ve vizyonu gerçekleştirmede kullanılması, gücün olumlu yönünü yansıtmaktadır.

10

Güç ve Güç Kaynakları

Eğer bir lider çalışanları hedeflenenleri gerçekleştirmek üzere yönlendirebiliyorsa, güç kaynaklarını etkili kullandığı öne sürülebilir.

11

The Role of Power in Effective Leadership

Gelecek 5 yıl içinde ön plana çıkması beklenen güç tipleri bilgi, kaynak ve ödüllendirici güç.

Öneriler:
etkili liderlik için geliştirilecek stratejilerde ilişkiler ağına, bilgilendirmeye ve ödüllendirmeye (özellikle sözel ifade edilen tebrik ve takdir) özen gösterilmesi

12

*

GÜÇLENDİRME

GENEL OLARAK GÜÇLENDİRME:
çalışanların kendilerini motive olmuş hissettikleri, bilgi ve uzmanlıklarına güvendikleri, inisiyatif kullanarak harekete geçme arzusu duydukları, olayları kontrol edebileceklerine inandıkları ve kurumun amaçları doğrultusunda uygun buldukları işleri yapmalarını sağlayan uygulamaları ve koşulları ifade etmektedir.

13

GÜÇLENDİRME

Kaliteli Hasta Bakımı
Daha İyi Hasta Bakım Sonuçları
Hasta Memnuniyeti
Hasta Güvenliği İklimi
Çalışma Ortamı
Profesyonel Yaşam: Amaç ve Hedefler

14

Güçlendirme Stratejileri Boyutları

İş Etkliliği
İş geliştirme-zenginleştirme
Ekip işbirliği
Ekip etkileşimi
Kurumsal ağ-katılım

15

Güçlendirme Stratejileri Önerileri

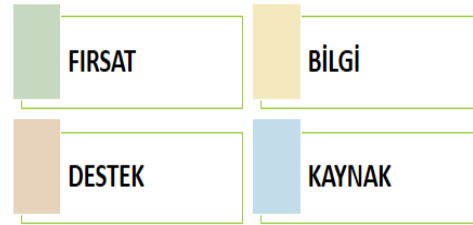
1.Delegasyon	Kararlara katılımın desteklenmesi ve artırılması
2.Eğitim/Gelişim	Uygun düzeyde ve yeterli miktarda eğitim/gelişim olanakları sunma
3.Bilgi paylaşımı	Bilgiye (ilgili ve stratejik) erişim imkanı tanıma
4.Ödüllendirme/geri bildirim	İşlerin tamamlanması ve iyi işler başarılmasında ödüllendirme ve geri bildirim

16

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

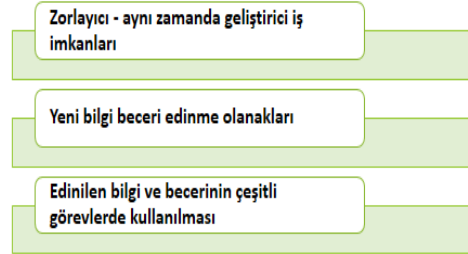
YAPISAL GÜÇLENDİRME SUNU

YAPISAL GÜÇLENDİRME



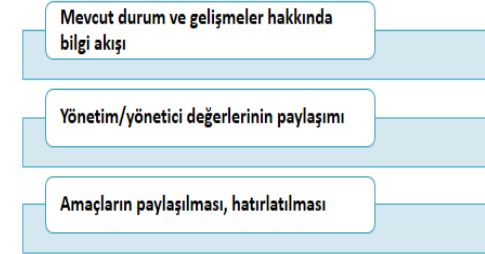
1

FIRSAT



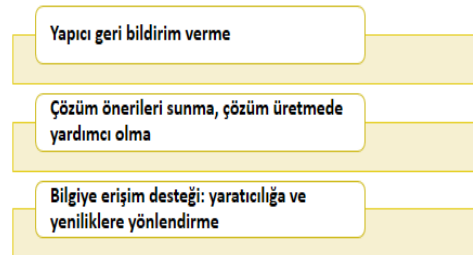
2

BİLGİ



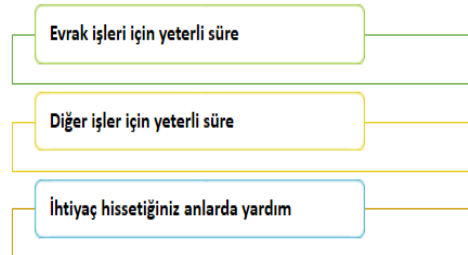
3

DESTEK



4

KAYNAK



5

YAPISAL GÜÇLENDİRME



6

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

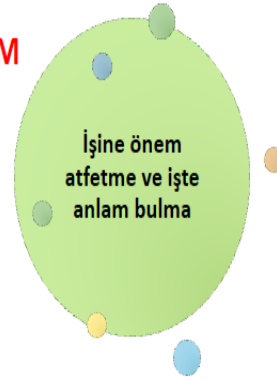
PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME SUNU

PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME



7

ANLAM



8

YETERLİK



9

ÖZERKLİK



10

ETKİ



11

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

HASTA GÜVENLİĞİ SUNU



1



2



3



4



5



6

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

HASTA GÜVENLİĞİ SUNU - DEVAM

Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olaylar

Aktif-kişisel, gizil-sistemsel

- Zaman baskısı
- Yeterli deneyime sahip olma/ deneyimsiz ekiple çalışma
- Teknik sorunlar, eksik malzeme
- İnsan gücü
-

JCI 2017

HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİ



JCI 2018

2017 + İntihar riski

JCI - HEMŞİRELİK

- Kimlik doğrulama
- İlaç güvenliği
- Enfeksiyon
- Düşme
- Bası yarası



HASTA GÜVENLİĞİ

*Sağlık hizmetine bağlı hata ve hataların neden olduğu

*hasta zararlarının önlenmesi veya azaltılması

Sağlık süreçlerinden kaynaklanan istenmeyen olay/yaralanmalara ilişkin

*önlem alma ve iyileştirme çalışmaları

WHO 2003

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Hasta güvenliğinin çeşitli yönleriyle ele alınarak yapılandırılması ve uygulamaya geçirilmesi

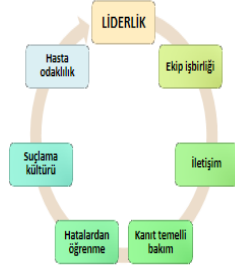
Güvenliğe ilişkin gelişmelerin önceliklendirilmesi ve desteklenmesi

The Health Foundation 2011

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

HASTA GÜVENLİĞİ SUNU - DEVAM

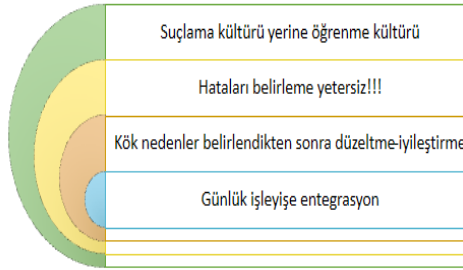
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ



Sammer ve ark. 2010

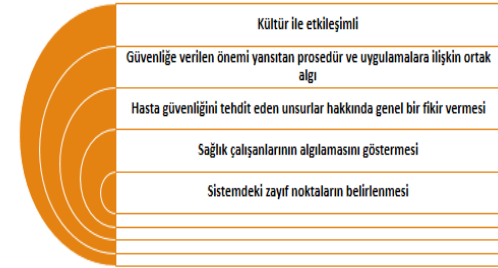
13

SUÇLAMA KÜLTÜRÜ - HATALARDAN ÖĞRENME



14

HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ

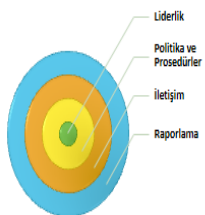


Flin ve ark. 2006, Holby ve Seddon 2010, Singer ve ark. 2009

15

HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ

Colla ve ark. (2005)



Katz-Navon ve ark. (2005)



16

RAPORLAMA



17

RAPORLAMA

Sistematik raporlama sistemi

Basit, az zaman alan bir sistem

Sonuçların analiz edilmesi

Gerçekleşen olayların yanı sıra ramak kala olayların da önemi

Günlük işleyişe iyileştirme olarak kazandırma

18

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

HASTA GÜVENLİĞİ SUNU - DEVAM

GÜVENLİK KÜLTÜRÜ-GÜVENLİK İKLİMİ

GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

Hasta güvenliğinin ele alınma ve uygulanma şekli, oluşturulmuş yapılar ve süreçler
Kurumsal değerler ve uygulamalar
Daha geniş çerçeve

GÜVENLİK İKLİMİ

Güvenliğin ele alınış-yönetiliş biçimine ilişkin çalışan algısı
Ölçülebilir – izlenebilir boyut
İyileştirmelere rehber

Singer ve ark. 2000, The Health Foundation 2011

19

GÜVENLİK KÜLTÜRÜ-GÜVENLİK İKLİMİ



Colla ve ark. 2005, Kato-Narita ve ark. 2005, Sammer ve ark. 2010

20

Temel bileşen kapsamında;



Aspin et al. 2004, Page 2004

21

OTANTİK LİDERLİK – HASTA GÜVENLİĞİ



AACN 2005, AHA 2016, Harrison 2008, Leuchter ve Fida 2015, Wong ve Gulimando 2011, Wong ve Leuchter 2011

22

GÜÇLENDİRME – HASTA GÜVENLİĞİ



Armstrong ve Leuchter 2006, Armstrong, Leuchter, Wong 2009, Armfield, Quin, Griffin, Fitzpatrick 2010, Donahue ve ark. 2008, IOM 2000, IOM 2011, Kim, An, Kim, Noh 2007, Leuchter 2008, Promove ve ark. 2006

23

OTANTİK LİDERLİK

Otantik liderliğin alt boyutları ile yakından ilişkili uygulamaların - eğitimlerin klinik uygulamalara yansıtılması

Örneğin;

- bilgi paylaşımı
- çalışanlarla iletişim ve etkileşimde açık ve dürüst olunması
- her düzeyde çalışandan öneri ve geribildirim alınması
- çalışanların kararlara katılımının sağlanması
- alınan kararlarda temel değerlerin-etik standartların gözetilmesi

24

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

LİDERLİK TİPLERİ EŞLEŞTİRME EGZERSİZİ

LİDER A

Bir lider olarak başarıyı hemşirelerin ihtiyaçlarını yerine getirmeme borçluyum. Bunun anlamı, öncelikle hemşirelerin ihtiyaçlarını karşılamak ve potansiyellerini tam olarak gerçekleştirebilmeleri için güçlerine güç katmaktır. Kendi menfaatlerimi feda etmemi gerektirse bile, çalışma arkadaşlarıma yardımcı olmayı bir görev addederim. Benim için önemli olan, bir lider olarak konumum ve statüm değil, çalışma arkadaşlarımdan yeteneklerinden yararlanmak ve onların benim başarılarımdan yararlanmalarına olanak sağlamaktır. Çalışma arkadaşlarımdan bakış açıları anlamaya, üzüntü ve travma yaşadıklarında onlara duygusal destek sağlamaya ve iyileşmelerine yardımcı olmaya çalışırım. Ayrıca, hemşirelerin duygusal durumlarının farkında olmaya ve onlara ilgi ve özenle yaklaşmaya çalışırım. Davranışlarımda, bencillik etmemeye, özverili olmaya çalışırım. Kasıt olmadan yapılan hataları öğrenmenin bir fırsatı olarak görürüm ve bu nedenle affedici olmaya çalışırım. Son olarak, birlikte çalıştığım hemşirelere karşı sorumlu olmam gerektiğine inanır, fikir ve eleştirilerini hoşgörüyle karşılar ve bu fikir ve eleştirilerden bir şeyler öğrenirim.

LİDER B

Çevredeki gelişmeleri izlemede uzmanlık bilgimi kullanmak ve hemşirelere çözüm üretmelerinde ve üretilen çözümleri uygulamalarında yardımcı olmak, başarılı bir lider olmamda rol oynamaktadır. Liderlik anlayışım, kurumun kısıtlılıklarını anlamakla başlamaktadır. Bunu yapmak, kurumun verimini artırmak açısından değiştirilmesi gerekenleri belirlememi kolaylaştırmaktadır. Hemşirelerin, vizyonumu açık ve net bir şekilde anlamalarını sağlarım. Misyonu da birlikte çalıştığım hemşireler için belirli hedefler haline getiririm. Hemşirelerin hedeflerine ulaşabilmeleri için engelleri ortadan kaldırmaya çalışırım. Ayrıca, amaçlarına ulaşmaları için yeterli kaynağa sahip olmalarını sağlarım. Bunların yanında, hemşirelere hatalardan ders alarak doğruyu öğrenmeleri konusunda yardımcı olurum. Hata yaptıkları zaman vermiş olduğum yapıcı geribildirimler, işlerini daha iyi yapmalarına ve dolayısıyla kurum başarısının da artmasına katkı sağlar.

LİDER C

Başarılı bir lider olmamın nedeni, davranışlarımda her zaman özgün olmaya çalışmaktır. Fikir ve düşüncelerimi iletirken, ne demek istediğimi açık bir dille belirtirim. Bildiklerimi, hemşirelerle açıkça paylaşıyorum. Kararlarımı kendi ahlaki standartlarım ve temel inançlarıma göre veririm. İnanç ve davranışlarımda tutarlı olmaya çalışır, değerlerime ters düşen bir şey yapmam istenirse, yapılan baskılara karşı direnç gösteririm. Öte yandan, birlikte çalıştığım kişileri, benimkilerden farklı olabilecek karşıt görüş ve düşüncelerini belirtmeleri yönünde cesaretlendiririm. Bir sonuca ulaşmadan önce alternatif görüşleri dikkatle dinler, ilgili verileri objektif bir bakış açısıyla analiz ederim. Son olarak, güçlü ve zayıf yönlerimin farkında olduğumdan, yeteneklerimin çalışma arkadaşlarımdan tarafından nasıl değerlendirildiğini bilirim. Bunu bilmek, onlar üzerindeki etki gücümü fark etmeme yardımcı olur.

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

LİDERLİK TİPLERİ EŞLEŞTİRME EGZERSİZİ - DEVAM

LİDER D

Kendimi, çalıştığım kurumun geleceğine adadığım ve bu kurumla ilgili vizyonumu çalışanlara aktarmak üzere çok çaba sarf ettiğim için başarılı bir lider olarak düşünürüm. Hemşireler için yüksek hedefler belirleyerek, onların bu hedeflere ulaşması için ellerinden geldiği kadar çok çalışmalarını beklerim. Bununla birlikte, yalnızca verimlilik için çalışmalarını değil, aynı zamanda potansiyellerine ulaşmaya çalışmalarını ve ellerinden gelenin en iyisini yapmalarını isterim. Ayrıca, ne kadar iyi olabileceklerinin ve ne kadar çok şey üretebileceklerinin farkında olmalarını da isterim. İşlerin, geçmişte yapılandan farklı şekilde yapılması amacını taşıyım ve bir şeylerin nasıl geliştirilebileceğini göstermek için de bir takım değişiklikler yapmaya istekli olurum. Hemşirelerime, işlerin yerine getirilmesi sürecinde yaratıcılıklarını kullanarak yeni yol-yöntem keşfetmeleri bağlamında güvenirim. Onların, bu süreci, sıradan herhangi bir iş gibi görmesini istemem. Onun yerine, kendilerini, daha özel, daha önemli ve fark yaratacak bir şeyin parçası gibi hissetmeleri için çabalarım.

LİDER E

Bir lider olarak başarıyı, hemşirelerin refahına (iyilik haline, mutluluğuna) gösterdiğim ilgiye bağlıyorum. Hemşirelerle olan tüm etkileşimlerimde yapmaya çalıştığım ilk şey, onlara nazik ve anlayışlı bir biçimde yaklaşmaktır. Ortamın çok stresli olduğu ya da yapılacak çok iş olduğu durumlarda bile, dostça davranmaya ve saygılı olmaya çaba gösteririm. Hemşirelerle ilişkilerimde üzerinde durduğum bir diğer nokta ise iletişimdir. Hastanede yürütülen projeler veya onları etkileyebilecek diğer her türlü kurumsal konunun gidişatı ile ilgili onları bilgilendiririm. Kişisel veya işle ilgili olup olmamasına bakmaksızın hemşirelerin sorunlarını dinlemeye her zaman açıgımdır. Bütün bunların yanında, hemşirelerime, onlara güvendiğimi ve inandığımı gösteririm. İyi bir iş çıkarabileceklerini düşündüğümü bilmelerini ve aynı zamanda kendilerini işlerinin bir parçası olarak hissetmelerini isterim. Hemşirelerle ilgili son konu, onların kuruma yaptığı katkıların farkında olmamla ilgilidir. Çok çalışıp iyi işler çıkardıklarında, emeklerinin takdir edildiğini bilmeleri için daha fazla çaba sarf ederim.

LİDER F

Görevlerin başarı ile tamamlanmasına verdiğim önem, başarılı bir lider olmamda etkili olmaktadır. İşe, hemşirelerin kendilerine bir hedef belirlemelerine yardımcı olmakla başlarım. Gerçekleşmesi olanaksız hedeflerle onları boğmak yerine gerçekçi ama aynı zamanda gayret gerektiren zorlu amaçlar edinmelerini sağlarım. İşlerin yerine getirilmesinde yapılması gerekenlerin belirlenmesi konusuna çok özen gösterir, ayrıntılara çok önem veririm. Herhangi bir belirsizlik olmasını istemem, hemşireler tarafından neyin ne zaman yapılması gerektiği tam olarak bilinmelidir. Yapılacak şeyler için gerekenleri bildikleri anda, işleri yapabilmeleri için ihtiyaç duyacakları her şeyi sağlamaya çalışırım. İşlerinde başarılı olabilmeleri için gerekli olan malzeme, teçhizat ve teknik desteği sunarım. Son olarak, üstlerine düşen görev ve sorumlulukları öğrenmeleri açısından işlerin koordinasyonu sağlayarak tüm hemşirelerin kurum hedeflerinin başarılmasına verdikleri katkıları görmelerine yardımcı olurum.

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM**İSTASYON EGZERSİZİ – BİLEŞENLERİ TAMAMLAMA**

OTANTİK LİDERLİK	YAPISAL GÜÇLENDİRME	PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
GÜÇLENDİRME STRATEJİLERİ		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ - DEVAM

ÖZLÜ SÖZLERİ TEMALARLA EŞLEŞTİRME EGZERSİZİ



"Söz kalpten
çıkarsa kalbe
kadar gider,
dilden
çıkarsa
kulağı
aşamaz."

"Ne kadar az
yüksekten
uçarsan
düştüğün
zaman o
kadar az
incinirsin."

"Gül sunan
bir elde
daima bir
miktar gül
kokuşu
kalır."

"Anlatırsanız
unuturum,
gösterirseniz
hatırlarım,
yaptırırsanız
anlarım."

"Bilgi
sahibiyle her
yeri dolaşan
bir
hazinedir."

Ek 7. PROGRAM BELGELERİ – DEVAM

GÖRSELLERİ TEMALARLA EŞLEŞTİRME EGZERSİZİ





HASTA GÜVENLİĞİ VE HEMŞİRE GÜÇLENDİRMEDE OTANTİK LİDERLİK

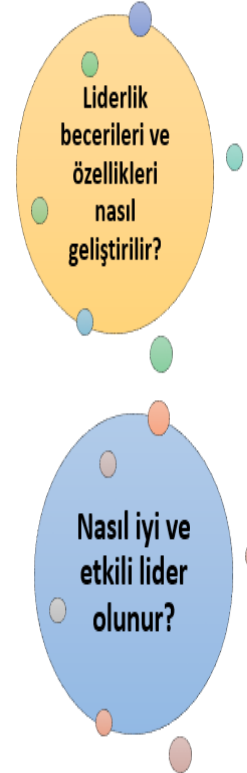
Ars Gör. Hasan Fehmi DİRİK

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

İÇİNDEKİLER

Başlıklar	Sayfa No
Liderliğin Anahtarları	1-3
<i>Düşünme Balonları Egzersizi</i>	2
Liderlik Tanımı ve Bileşenleri	4-5
Liderlik Yaklaşımları	6-7
<i>Tarihsel Süreç Egzersizi</i>	6
Otantik Liderlik	8-11
<i>Bileşenleri Belirleme Egzersizi</i>	9
Liderlik ve Yöneticiliği Bütünleştirme	12-13
<i>Temel Özellikleri Belirleme Egzersizi</i>	12
Güçlendirme	14
<i>Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme</i>	15-18
<i>Güçlendirme Önerileri Egzersizi</i>	16-17
Hasta Güvenliği	19-20

1



2



LİDERLİĞİN ANAHTARLARI

3



LİDERLİĞİN ANAHTARLARI

ÖĞRENİLEN BİLGİ VE BECERİLER

UYGULAMAYA AKTARIM

DENEYİMLEME

EKİP ETKİLEŞİMİ İLE
PEKİŞTİRME

4

LİDERLİK NASIL TANIMLANIR?

Bennis (1989) liderliği
güzelliğe benzetmiştir:

*'Tanımlanması zordur
ama gördüğünüzde
tanırırsınız.'*



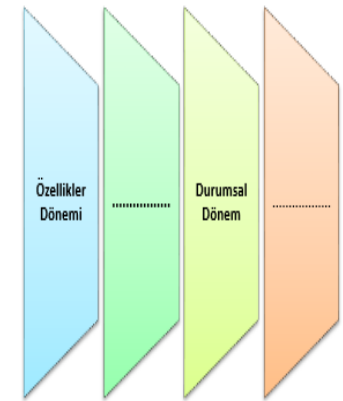
5

LİDERLİK NASIL TANIMLANIR?

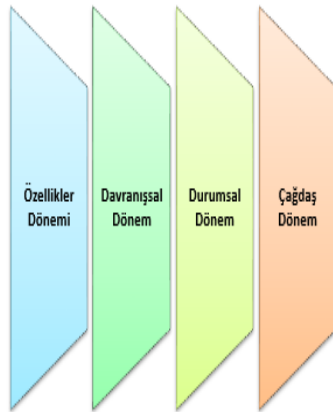


6

LİDERLİK YAKLAŞIMLARI

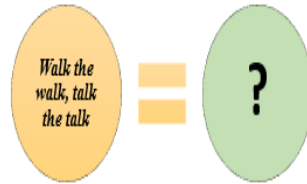


LİDERLİK YAKLAŞIMLARI



6

OTANTİK LİDERLİK



7

OTANTİK LİDERLİK



OTANTİK LİDERLİK



8

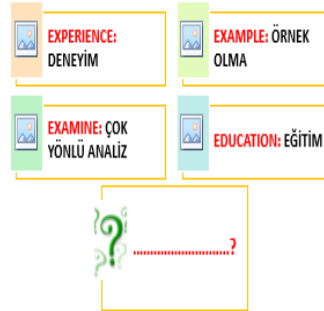
OTANTİK LİDERLİĞİN HEMŞİRELİĞE KATKILARI



EKİP İŞBİRLİĞİ VE ETKİLİ İLETİŞİM
SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI
HASTA GÜVENLİĞİ

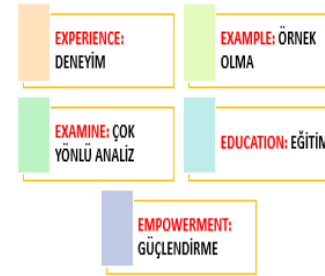
9

LİDERLİĞİ YÖNETİCİLİKLE BÜTÜNLEŞTİRME “5E MODELİ”



*GÜVEN DUYGUSU AŞILAMA
*GÖREV BİLİNCİ & AŞKIYLA ÇALIŞMA

LİDERLİĞİ YÖNETİCİLİKLE BÜTÜNLEŞTİRME “5E MODELİ”



*GÜVEN DUYGUSU AŞILAMA
*GÖREV BİLİNCİ & AŞKIYLA ÇALIŞMA

10

GÜÇLENDİRME



11

GÜÇLENDİRME ÖNERİLERİ

YAPISAL GÜÇLENDİRME



☐ BİLGİ AKIŞI - BİLGİ ERİŞİMİ SAĞLAMA

☐ GELİŞİM OLANAKLARI SUNMA

☐ REHBERLİK ETME

☐

☐ YETERLİ KAYNAK SAĞLAMA

☐

☐

GÜÇLENDİRME ÖNERİLERİ

YAPISAL GÜÇLENDİRME



☐ BİLGİ AKIŞI - BİLGİ ERİŞİMİ SAĞLAMA

☐ GELİŞİM OLANAKLARI SUNMA

☐ REHBERLİK ETME

☐ YAPICI GERİBİLDİRİM VERME

☐ YETERLİ KAYNAK SAĞLAMA

☐ İŞ GELİŞTİRME VE İŞ ZENGİNLEŞTİRME

☐ EKİP İŞBİRLİĞİ RUHU AŞILAMA

12

GÜÇLENDİRME ÖNERİLERİ

PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME



☐ İŞİNDE ANLAM BULMADA YARDIMCI OLMA

☐

☐ YETKİN OLMASINI DESTEKLEME

☐ "BİR İMZASI" OLDUĞUNU HİSSETTİRME

☐ "İZ BIRAKTIĞINI" HİSSETTİRME

GÜÇLENDİRME ÖNERİLERİ

PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME



☐ İŞİNDE ANLAM BULMADA YARDIMCI OLMA

☐ İŞİNİN ÖNEMLİ OLDUĞUNU HİSSETTİRME

☐ YETKİN OLMASINI DESTEKLEME

☐ "BİR İMZASI" OLDUĞUNU HİSSETTİRME

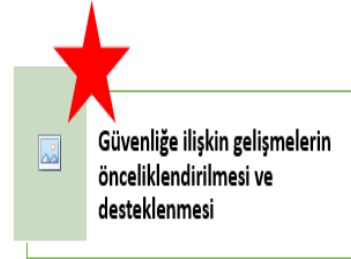
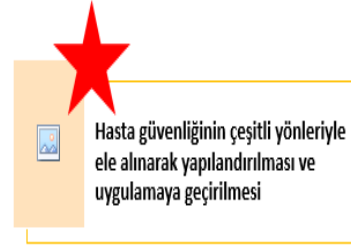
☐ "İZ BIRAKTIĞINI" HİSSETTİRME

13



14

HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ



15

OTANTİK LİDERLİK



**HASTA GÜVENLİĞİ
İKLİMİNDE
REHBER GÜÇTÜR!**

OTANTİK LİDERLİĞİN GÜCÜ



**HASTA VE HEMŞİRELERİ
GÜÇLENDİRİR!**

PROGRAM DEĞERLENDİRME FORMU

Yönetici Hemşirelerin Eğitim Programına İlişkin Değerlendirmeleri (n = 36)

Maddeler	$\bar{x}$	SS
1. Program, liderlik uygulamalarımı geliştirmemde yardımcı olacaktır.	4.58	0.50
2. Program, güçlendirme uygulamalarımı geliştirmemde yardımcı olacaktır.	4.52	0.51
3. Program, hasta güvenliği uygulamalarımı geliştirmemde yardımcı olacaktır.	4.61	0.49
4. Genel olarak program içeriğinden memnun kaldım.	4.67	0.48
5. Her bir oturum için ayrılan süre yeterliydi.	4.72	0.45
6. Oturum sayısı uygundu.	4.75	0.44
7. Oturumlarda yer alan konuları anladım.	4.61	0.55
8. Öğrenme aktiviteleri, konuları öğrenmemde yardımcı oldu.	4.72	0.45
9. Liderlik oturumundaki bilgileri kullanmayı planlıyorum.	4.78	0.42
10. Güçlendirme oturumlarındaki bilgileri kullanmayı planlıyorum.	4.78	0.42
11. Hasta güvenliği oturumundaki bilgileri kullanmayı planlıyorum.	4.78	0.42
Genel	4.68	0.34

Değerlendirmeler göre oturumlara katılan yönetici hemşirelerin programa yönelik puanlamalarının yüksek olduğu; oturum sayısı, süresi, konuların anlaşılabilirliği, öğrenme aktivitelerinden memnun kaldıkları ve oturumda tartışılan içerikleri uygulamaya aktarma anlamında istekli oldukları görülmektedir. Formun Cronbach alfa değeri 0.91 olarak mükemmel düzeyde belirlenmiştir.

Ek 8. ÖLÇEK VE DEĞERLENDİRME FORMU KULLANIM İZİNLERİ

Re: reminder; permission for Turkish adaption of safety climate survey

↑ ↓ x



Outlook.com [Active View](#) ^



[Download as zip](#) [Save to OneDrive](#)

Hello attached please find the article as requested. Best wishes with your research -

Michelle



e-mail

Warning: Email sent over the internet is not secure. Information sent by e-mail may not remain confidential.

Disclaimer: This email is intended only for the individual to whom it is addressed. It may be used only in accordance with applicable laws. If you received this e-mail by mistake, notify the sender and destroy the e-mail.

© 2015 Microsoft [Terms](#) [Privacy & cookies](#) [Developers](#) [English \(United States\)](#)

Trans Agrmnt for signature



Mind Garden  5/18/2015  Documents

To: hf dirik 



1 attachment (191.0 KB)

Outlook.com [Active View](#) 



[Download as zip](#) [Save to OneDrive](#)

Hello Hasan Fehmi Dirik,

Thank you for completing the Translation Agreement Request application online requesting permission to translate the ALQ Self & Rater into Turkish.

I have assigned Translation Agreement Number TA-491 and I am attaching a copy of TA-491 within this email.

Please review Translation Agreement TA-491 and print 2 hard copies.

Sign both hard copies and mail them to us at the following address:



Once received, we will sign both hard copies and return one hard copy.

© 2015 Microsoft [Terms](#) [Privacy & cookies](#) [Developers](#) [English \(United States\)](#)

Re: YAPISAL GÜÇLENDİRME ve PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME ÖLÇEKLERİ

↑ ↓ × ^



"Olca Sürgevil" Add to contacts 1/21/2015

To: hf dirik

Merhaba Sevgili Hasan Fehmi,

Çalışmamıza gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederim.

Ölçekleri kullanmanız bizi mutlu eder. İyi çalışmalar dileklerimizle,

Olca

>

>

>



Qihua Shen

to me ▾

Hi Hasan,

You're welcome. Please feel free to use the items that fit your project and it is a good idea to check the validity of the items.

Regards,
Qihua



Ek 9. UYGULAMA İZİNLERİ

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANE
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ
GÜNEY BÖLGESİ KIBRIS YOLU
KARAHAYATLI ÇAYIRI
35080 İZMİR - TÜRKİYE

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 23592379/044
Konu : Araştırma İzni

İZMİR DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Doktora Öğrencisi
Hasan Fehmi DİRİK'in " Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve
Güçlendirme Stratejilerinin Etkiliğinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasıyla ilgili
evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın
gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde
yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

02/07/2015

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
02/07/2015



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 - 904 - 13346
KONU: Tez Çalışması Hk.

09.06 / 2015

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE**

İLGİ: 1088 sayılı ve 06.05.2015 tarihli yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora programı öğrencisi Hasan Fehmi DİRİK'in "Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Mayıs 2015 - Aralık 2018 tarihleri arasında kliniklerde çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapabilmeleri ve araştırma sonuçlarının Başhekimliğimize bildirilmesini, ayrıca Ege Üniversitesi Hastanesi isminin kullanılması halinde izin alınması koşulu ile uygun görülmüş olup, Nöroloji Anabilim Dalında, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalında, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalında, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Çocuk Onkoloji Bilim Dalında yapması uygun görülmemiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.





T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ
KİTİBSİ EĞİTİM KOORDİNATÖRLÜĞÜ BİRİMİ
09/10/2013 12:37 / 23592379 / 044 / 0018



00013829787

Sayı : 23592379/044
Konu : Hasan Fehmi Dirik'in Araştırma
Yazısı

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
DAĞITIM YERLERİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğrencisi Hasan Fehmi Dirik'in "Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nde Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

DAĞITIM:

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Ek 10. ETİK KURUL İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı: 51

23.01.2015

Sayın Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER,

Kurulumuz tarafından 22.01.2015 tarih ve 1898-GOA protokol numarah 2015/02-20 karar numarası ile görüşülen **“Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ACIK	[Empty Box]
TELE	
FAKS	
E-PO	

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1898-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/02-20	Tarih: 22.01.2015
	Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER'in sorumlusu olduğu "Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkliliğinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın yapılacağı ilgili kurumdaki izin belgesi alınması koşuluyla etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ilişkili n
		DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☒ H ☐
		DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☐
		DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☐
		D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☐

(Araştırmacı) olduğundan araştırma dosyası görüşülürken toplantıda

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 6/6

03.08.2015

Sayın Doç.Dr.Şeyda SerenİNTEPELER,

Kurulumuz tarafından 30.07.2015 tarih ve 1898-GOA protokol numaralı 2015/18-19 karar numarası ile görüşülen **"Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi "** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADI	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	
FAKS	
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1898-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hosta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKÖL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/18-19	Tarih: 30.07.2015
	Doç.Dr.Seyda Seren INTEPELER'in sorumlu olduğu "Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait 15.07.2015 tarihli amparator dilekçesine ilişkin olarak; -Kurum izin belgeleri incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?
		DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒
		DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒
		D.E.Ü Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒

araştırmacı olduğundan araştırma dosyası görüşülürken toplantıda

Araştırma Etik Kurulu Sayın Üyeleri

Ek 11. ÖZGEÇMİŞ



HASAN FEHMİ DİRİK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

Web Adresi

Öğrenim Bilgileri

26 Ocak 2015 - Şu Anda (5 yıl 9 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİKTE YÖNETİM (DR)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 4.0 / 4.0

01 Ekim 2012 - 26 Aralık 2014 (2 yıl 3 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİKTE YÖNETİM (YL)
Tez Başlığı: Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi
Tez Konusu: Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi
Tarih: 2014
Tez Danışmanı: ŞEYDA SEREN İNTEPELER
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.7 / 4.0

06 Eylül 2007 - 03 Haziran 2011 (3 yıl 9 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, EGE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 177
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.94 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

22 Kasım 2012 - Şu Anda (7 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HEMŞİRELİK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ek 11. ÖZGEÇMİŞ – DEVAM

Makaleler

H. F. DİRİK & Ş. SEREN İNTEPELER, Geçmişten Günümüze Otantik Liderlik ve Sağlık Alanına Yansımaları, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2019, 2149-018, 2, 6, 164-170.

H. F. DİRİK, M. YILDIRIM, Ş. SEREN İNTEPELER & A. HEWISON, Nurses'xx Identification and reporting of medication errors, JOURNAL OF CLINICAL NURSING, 2019, 0962-1067, 28, 5-6, 931-938.

Ş. SEREN İNTEPELER, G. ESREFGİL, F. YILMAZMİS, N. BENGÜ, D. N. GÜNEŞ, S. İLERİ, Z. ATAMAN & H. F. DİRİK, Role of Job satisfaction and work environment on the organizational commitment of nurses: a cross-sectional study, CONTEMPORARY NURSE, 2019, 1037-6178, 55, 4-5, 380-390.

H. F. DİRİK & Ş. SEREN İNTEPELER, The Influence of authentic leadership on safety climate in nursing, JOURNAL OF NURSING MANAGEMENT, 2017, 0966-0429, 25, 5, 392-401.

H. F. DİRİK & Ş. SEREN İNTEPELER, The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey, JOURNAL OF NURSING MANAGEMENT, 2017, 0966-0429, 25, 4, 256-265.

Ş. SEREN İNTEPELER, M. YILDIRIM & H. F. DİRİK, Kalite Geliştirme Araçlarının Risk Yönetiminde Kullanımı İlaç Hatası Örneği, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014, 2148-7472, 1, 1, 67-73.

Bildiriler

E. AVCI, S. ŞAHİN, M. YILDIRIM, H. F. DİRİK & Ş. SEREN İNTEPELER, Hemşirelikte Gizli Cevher: Nursen Ülke, Poster Sunumu, 18. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 25 Nisan 2019, 27 Nisan 2019.

S. ÖZMEN, S. YILDIRIM, H. F. DİRİK, M. YILDIRIM & Ş. SEREN İNTEPELER, Meslek İçi Profesyonel İşbirliğinde Paydaş Görüşleri Engeller ve Kolaylaştırıcılar, Sözlü Sunum, 18. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 25 Nisan 2019, 27 Nisan 2019, 74 - null.

H. F. DİRİK & Ş. SEREN İNTEPELER, Adaptation of the Safety Climate Survey in Turkish Nurses, Sözlü Sunum, 7th International Nursing Management Conference, 25 Ekim 2018, 27 Ekim 2018.

H. F. DİRİK & Ş. SEREN İNTEPELER, Turkish Version of the Authentic Leadership Questionnaire, Sözlü Sunum, 7 th International Nursing Management Conference, 25 Ekim 2018, 27 Ekim 2018.

H. F. DİRİK & Ş. SEREN İNTEPELER, Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi, Sözlü Sunum, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10 Eylül 2015, 12 Eylül 2015.

Ş. SEREN İNTEPELER, H. F. DİRİK & V. K. BARIŞ, Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Değişim Yönetimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Sözlü Sunum, VII. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, 08 Nisan 2015, 10 Nisan 2015.

Ş. SEREN İNTEPELER, H. F. DİRİK & M. YILDIRIM, Evaluation of Nurses Medication Errors Identification and Reporting, Sözlü Sunum, 6th International Nursing Management Conference, 27 Ekim 2014, 29 Ekim 2014.

Ş. SEREN İNTEPELER, M. YILDIRIM & H. F. DİRİK, Using Quality Improvement Tools in Risk Management Medication Error Example, Sözlü Sunum, 8th International Congress on Quality in Healthcare, Accreditation and Patient Safety, 24 Nisan 2014, 27 Nisan 2014.

Ek 12. TEZLE İLİŞKİLİ VE TEZDEN YAPILAN YAYINLAR

Dirik HF, Seren İntepeler Ş, "Geçmişten günümüze otantik liderlik ve sağlık alanına yansımaları", Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2/6/167-170/2019, Derleme (Review) Makale, ULAKBİM (**Tezden Yapılan**)

Dirik HF, Samur M, Seren İntepeler Ş, Hewison A, "Nurses' identification and reporting of medication errors.", Journal of Clinical Nursing, 28/931-938/2019, Araştırma (Research) Makale, SCI Expanded (**Tezle İlişkili**)

Dirik HF, Seren İntepeler Ş, "The influence of authentic leadership on safety climate in nursing", Journal of Nursing Management, 25/5/392-401/2017, Araştırma (Research) Makale, SSCI (**Tezle İlişkili**)

Dirik HF, Seren İntepeler Ş, "The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey", Journal of Nursing Management, 25/4/256-265/2017, Araştırma (Research) Makale, SSCI (**Tezle İlişkili**)