



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİKTE KALİTE İYİLEŞTİRME TUTUM
ÖLÇEĞİ'NİN PSİKOLİNGÜİSTİK VE PSİKOMETRİK
ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Özlem GÜR
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ

Bandırma, 2023

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİKTE KALİTE İYİLEŞTİRME TUTUM
ÖLÇEĞİ'NİN PSİKOLİNGÜİSTİK VE PSİKOMETRİK
ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Özlem GÜR
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ

Bandırma, 2023

Bu çalışma Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından BAP-22-1010-001 Proje numarası ile desteklenmiştir.



BANDIRMA ONYEDİ EYLÖL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY FORMU

Bu çalışma 22 /06 /2023 tarihindeaşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı,
Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul
edilmiştir.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içine elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Özlem GÜR

(22/ 06/2023)

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince, bilgisini, zamanını, desteğini kendisini ne zaman arasam benimle paylaşan, sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, aslında her eleştirisinin beni bir adım öteye taşıdığını fark ettiğim, sadece danışman değil akademik sosyal hayatta da mentorluğumu üstlendiği için kıymetli danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ'a

Uzaktan eğitim ile başlayan eğitim serüvenimizde görmeden içimin ısındığı bir hoca, bir anne, bir meslektaş olabilecek her türlü vasıfsal özelliklerle bizi kucaklayan yüz yüze gelince de hayatımda ayrı bir yer edinen çok değerli hocam Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'a

Bana bu yolun başlangıcından sonuna kadar hep inanıp beni destekleyen, yalnız bırakmayan, hep bir adım ileri gidebilmem konusunda bana değerli katkılarda bulunan iş arkadaşlarıma,

Ben kendi hayallerimin peşinde koşarken onlardan çaldığım zaman için beni yargılamadan seven, benim hep peşimde ve yanımda olan çocuklarıma (umarım bende sizin bu süreçlerinize şahit olurum) ve bu süreçte desteğini esirgemeyen eşime,

Yüksek lisans sırasında tanıdığım fakat yıllardır tanıyormuş gibi arkadaş olduğum çok kıymetli dönem arkadaşlarıma, sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum,

Özlem GÜR

Bandırma

(22/06/2023)

ÖZET

HEMŞİRELİKTE KALİTE İYİLEŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN PSİKOLİNGÜİSTİK VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma "Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği"nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırma Nisan-Kasım 2022 tarihleri arasında, Ordu il merkezi ile iki ilçesinde bulunan üç kamu hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 519 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve ölçeğin Türkçe versiyonu ile toplanmıştır. Ölçeğe önce psikolinguistik sonra psikometrik analizler yapılmıştır. Ölçeğin uzman görüşü sonrası kapsam geçerliği ortalaması 0,87 olarak bulunmuştur. Madde analizi yapılan ölçeğin ilk aşamasında toplam madde-toplam korelasyonu 0,30'dan küçük olan maddeler orijinal ölçek tek boyuttan oluştuğu için çıkarılmamıştır. Faktör analizi sonucuna göre madde çıkarma işlemi hedeflenmiş ve açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre 27 madde ve dört boyuttan oluşan bir yapı elde edilmiştir. Bu sonuç doğrulayıcı faktör analizi, ölçek madde geçerlik ve yakınsak-ıraksak geçerlik ile desteklenmiştir. Faktörler "Kalite İyileştirme İnancı", "Kurum ve Güvenlik Kültürü", "Ekip Çalışması ve İş birliği" ve "Hata Bildirimi" olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin ve tüm alt boyutlarının test-tekrar test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p>0,05$) ve puanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,001$). İç tutarlılık analizinde ölçek geneli Cronbach alfa katsayısının 0,93, alt boyutlarında ise 0,72-0,93 arasında değiştiği belirlenmiştir. Son aşamada ölçeğin tüm maddelerin madde-toplam puan değerleri 0,332-0,727 arasında bulunmuştur ve tüm maddelerin birbiriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak, ölçeğin Türkçe formunun, hemşirelerin kalite iyileştirme tutumlarının belirlenmesinde geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Kalite, Kalite İyileştirme, Kalite Tutumu, Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE PSYCHOLINGUISTIC AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE QUALITY IMPROVEMENT NURSING ATTITUDE SCALE

The research is methodologically designed to determine the Turkish validity and reliability of the "Quality Improvement Attitude Scale in Nursing". It was conducted between April-November 2022 with 519 nurses in three public hospitals and one training and research hospital in the center of Ordu and its two districts. Data were collected with the "Descriptive Information Form" and the Turkish version of the scale. Psycholinguistic and psychometric analyzes were performed on the scale. The mean content validity in the expert opinion is 0.87. In the first item analysis, items with an item-total correlation of less than 0.30 were not excluded since the original scale consisted of one dimension. Item extraction was aimed with factor analysis. In the explanatory factor analysis, 27 items and a four-dimensional structure were formed. This confirmatory factor analysis was supported by scale item validity and convergent-divergent validity. Factors are named as "Quality Improvement Belief", "Culture of Institution and Safety", "Teamwork and Collaboration", "Error Reporting". There is no significant difference between the test-retest mean scores of the scale and its sub-dimensions ($p>0.05$), there is a significant correlation between the scores ($p<0.001$). In internal consistency, the Cronbach's alpha coefficient of the scale is 0.93, and that of the sub-dimensions is between 0.72-0.93. The item-total score values of all items of the last scale are between 0.332 and 0.727. All items are interrelated. It has been determined that the Turkish version of the scale is valid and reliable in determining the quality improvement attitudes of nurses.

Keywords: Nursing, Quality, Quality Attitude, Quality Improvement, Health Services

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAY FORMU	
BEYAN.....	i
ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kalite.....	4
2.1.1.Kalite Kavramının Tanımı	4
2.1.2. Kalitenin Tarihi Gelişimi	4
2.2. Sağlıkta Kalite.....	6
2.2.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı.....	6
2.2.2. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi	6
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	7
2.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimi.....	8
2.3. Hemşirelik ve Kalite	9
2.3.1. Hemşirelikte Kaliteyi Etkileyen Faktörler	10
2.4. Ulusal ve Uluslararası Alanda Yapılmış Çalışmalar.....	11
2.5. Ölçek Uyarlama Çalışması	13
2.5.1. Psikolingustik Özelliklerin İncelenmesi	14
2.5.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Soruları	16
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme/Edilmeme Kriterleri.....	17
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.7. Veri Toplama Araçları.....	17
3.8. Verilerin Toplanması	18
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	19
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	20
3.12. Araştırma Süreci	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	21
4.2. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Psikolinguistik Özelliklerine İlişkin Bulgular	23
4.3. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	23
4.3.1. Geçerlik Analizleri	24
4.3.2. Güvenirlik Analizleri	40
4.4. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Son Yapısı ve Değerlendirilmesi.....	43
5.TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER.....	55
9. ÖZGEÇMİŞ.....	73

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklem Dağılımı	17
Tablo 3.2. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Analizler	19
Tablo 3.3. Araştırmanın Süreci	20
Tablo 4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulgular	21
Tablo 4.2. Hemşirelerin Kalite Konusunda Özelliklerinin Dağılımı	22
Tablo 4.3. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeğinin Maddelere Göre Kapsam Geçerlik İndeksi	25
Tablo 4.4. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Birinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n=519)	28
Tablo 4.5. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	29
Tablo 4.6. Orijinal Ölçek ile Uyarlanan Ölçekteki Maddelerin Karşılaştırılması ve Faktörlere Göre Dağılımı	30
Tablo 4.7. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği Değerleri	36
Tablo 4.8. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Madde Ayırt Geçerlik İstatistik Değerleri (DFA veri seti n:267)	38
Tablo 4.9. AVE ve CR değeri (DFA veri seti n:267)	39
Tablo 4.10. Uyarlanan Ölçeğin Cronbach Alfa Değerleri	40
Tablo 4.11. Yarıya Bölme Metodu ile Güvenilirlik Hesaplaması (n=519)	41
Tablo 4.12. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri ve Cronbach Alfa Katsayısı	42
Tablo 4.13. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Yöntemi ile Güvenilirlik Hesaplaması(n:33)	44
Tablo 4.14. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği ve alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (n:519)	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

**Şekil 4.2. Hemşirelik Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Birinci
Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Modelin
Path Diyagramı**

37



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi)

AHRQ: Health Research and Quality Agency (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)

AVE: Average Variance Extracted (Ortalama Açıklanan Varyans)

CFI: Comparati ve Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

CR: Composite Reliability (Bileşik Güvenirlik)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

GFI: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)

ISO: İnternational Organizasyon forStandardization

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

NNFI: ~~Non~~-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)

RMSEA: Root Mean SquareError of Approximation (Yaklaşık hataların ortalama karekökü)

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TÜSKA: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

1. GİRİŞ

Teknolojinin hızlı gelişimi ve sağlık hizmetlerine entegrasyonu, hasta beklentilerinin artması ve yoğun rekabet koşulları, sağlık kuruluşlarını hizmet kalitesini sürekli olarak iyileştirmeye teşvik etmiştir (Şahin, 2020). Bu durum, sağlık hizmetleri sektöründe kalite standardının sürekli bir evrim içinde olmasını gerektirir. Ayrıca artan kalite beklentileri, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasındaki eksiklikler ve hatalardan kaynaklanan tehditler, hizmet kalitesinin arttırılmasını kaçınılmaz kılmıştır (Spear, 2005).

Kalite, genel olarak "ürün veya hizmetin, tüketicinin beklentilerini karşıladığı ölçüde" tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet çıktılarının etkin, etkili ve hatasız bir şekilde sunulmasını gerektiren bir faktör olmuştur. Temel hedef, hemşirelerin sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaya zarar vermemek, yani güvenliği sağlamak, aynı zamanda en iyi şekilde fayda sağlamaktır (Spear, 2005). Kalite yoğun iş akış sürecinde farkındalığın oluşmadığı popülasyonda iş yükü ve akışı yavaşlatan bir etmen olarak görülsede karmaşık yapıdaki sağlık sisteminde iş basamaklarını kullanıcıya adım adım anlatmakta ve süreçte karşılaşılabilecek muhtemel güvenlik risklerini en aza indirmeye yardımcı olmaktadır. Ancak, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik yoğun çabalara rağmen, birçok hasta hala her gün önlenemez zararlarla karşılaşmaktadır (Chassin ve Lohebe, 2013).

Sağlık sektöründe, hastalarla doğrudan etkileşimde olan hemşireler, hizmet kalitesi algıları ve kaliteye karşı tutumları, hizmetin kalitesini belirleyen önemli faktörler arasındadır (İkiz ve Gülhan, 2015). Hemşirelerin hizmet talebinde bulunanların isteklerini karşılamak ve ihtiyaçlarına cevap verebilmek amacıyla kaliteye yönelik tutumları ve kalite hakkındaki düşünceleri büyük önem taşımaktadır. Bakımın ön saflarında yer alan hemşirelerin kalite çalışmalarına katılımı, kalite iyileştirme süreçlerinin sürdürülebilirliği için kritik öneme sahiptir. Örgütsel düzeyde, iyileştirme sürecine kültür gibi bağlamsal faktörler dahil edilmemesi, bu süreç yönetiminin başarısızlıkla sonuçlanması ve sürdürülebilirliğin sağlanamaması riskini beraberinde getirmektedir (Alexander ve ark., 2021). Hastaların bakımı için önemli sorumluluğa olan hemşireler, hasta bakımını ve sistemdeki süreçleri iyileştirmeye yönelik ulusal çabaların hâlâ yeterince kullanılmayan bir kaynağını oluşturmaktadır (Tschannen ve ark., 2020).

Hemşirelik mesleği, hemşirelik bakım standartları ile hasta bireylerin ihtiyaç duyduğu bakımı belirli bir kalite seviyesine ulaştırmayı hedefler. (Ovayolu ve Bahar, 2006). Bu durum hastaların memnuniyetini artırmakta ve kalite belgesinin alınması ve sürdürülmesinde etkili olmaktadır (El-Jardalı, 2008). Bu nedenle, hemşirelerin kalite iyileştirme tutumlarının belirlenmesi, klinik ortamda kaliteyi gerçekleştirme yeteneğini geliştirmek için araştırmalar ve literatüre öneriler sunmaktadır. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkileyen temel unsurlar arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti, güvenli ve etkin bakım ile birlikte belirlenen hedeflerin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesini içerir. Hemşirelerin bu hizmetlerin sunumunda taşıdığı rol, onların kalite iyileştirme tutumlarının anlaşılması ve iyileştirilmesi gerekliliğini vurgular.

Hemşirelik mesleği, hemşirelik bakım standartları ile hasta bireylerin ihtiyaç duyduğu bakımı belirli bir kalite seviyesine ulaştırmayı hedefler (Ovayolu ve Bahar, 2006). Bu durum, hastaların genel memnuniyetini artırırken, aynı zamanda sağlık kurumlarının kalite belgelerini kazanmasında ve sürdürmesinde de önemli bir role sahiptir (El-Jardalı, 2008). Çünkü hemşireler, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkileyen kilit faktörlerden biridir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin başarıyla sağlanması, hasta memnuniyetini yükseltmeyi ve etkin bir bakım sunmayı içerir. Belirlenen hedeflere ulaşmada hemşirelerin taşıdığı rolün önemi büyüktür. Bu nedenle, hemşirelerin kalite iyileştirme tutumlarını belirlemek, klinik ortamlarda kalite hedeflerine ulaşma yeteneğini artırmak için önemli bir adımdır.

Hemşirelerin sağlık hizmetlerinde kaliteyi ne derece önemsedikleri ve bu konuda ne tür tutumlar hemşirelerin kalite iyileştirme tutumları, hasta bakımının etkinliği ve verimliliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bununla birlikte, hemşirelerin kalite iyileştirme tutumları, sağlık kurumlarının kalite yönetim stratejileri ve uygulamaları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Ayrıca hemşirelerin kalite iyileştirme tutumların belirlenmesi, hemşirelik eğitiminin ve uygulamalarının daha da geliştirilmesi için yol gösterici olabilir (Eglseer ve ark. 2021).

Ulusal literatür incelendiğinde, hemşirelerin kalite iyileştirme tutumlarına ilişkin araştırmaların sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Dahası, bu tutumları ölçebilecek bir Türkçe ölçüm aracının eksikliği belirlenmiştir. Bu boşluğu doldurmayı hedefleyen bu tez çalışması, Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği (HKİTÖ)'nin Türkiye'de psikolinguistik ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanarak literatüre kazandırılması ile hemşirelerin kalite iyileştirme tutumlarına yönelik bilimsel bir ölçüm aracı elde edilmesi ve bu alanda gelecekte yapılacak çalışmalara destek verilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu ölçüm aracı ile hemşirelerin kalite iyileştirme tutumları belirlenerek bu tutumları iyileştirecek ve kalite iyileştirme süreçlerinin daha etkin yönetilmesine katkı sağlayacak stratejiler geliştirilebilir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalite

2.1.1. Kalite Kavramının Tanımı

Tarihsel süreçte kalite kavramı, çeşitli uzmanlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Juran, bu kavramı "kullanıma uygunluk" olarak, Taguchi ise "müşterinin ürüne sahip olduğu an itibarıyla aldığı faydanın en üst seviyede olması" olarak tanımlamıştır. Crosby kaliteyi "ihtiyaçlara uygun ürün", Deming ise "tüketicinin işletmenin ürettiği ürün ya da hizmet hakkındaki yargısı" olarak nitelendirmiştir (Sevimler, 2010). Bunun yanında, Uluslararası Standartlar Organizasyonu-ISO, kaliteyi bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olası gereksinimleri karşılama yeteneği olarak tanımlamıştır (Lohr, 1990). Bu tanımlamalar ışığında kalitenin genel bir tanımı ise şu şekildedir: “Müşterinin istek ve ihtiyaçlarının önceden belirlenmesi ve hizmetin bu doğrultuda sunulması, hizmet sunumunda tüm planlamaların güvenilir bir şekilde gerçekleştirilmesi, performans ve güvenliğin belgelenmesi, hizmetin söz verilen zamanda ve hasta odaklı bir şekilde verilmesi ve hizmet sonrasında müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır” (Turali, 2021). Bu tanım, hemşirelik uygulamalarının kalite standartlarına uygunluğu açısından büyük bir önem taşır.

Kalite, bir hizmetin fiziksel bir özelliği değil, hizmetin sonucunda ortaya çıkan hasta memnuniyeti ile ilişkilidir. Kalitenin var oluş amacı, geleneksel tanımlamalarda kusur tespiti üzerine odaklanırken, günümüzde odak noktası, kusur önleme, sürekli süreç iyileştirme ve hastaların ihtiyaçlarına göre yönlendirilen sonuç odaklı sistemler olmuştur (Aggarwal ve ark., 2019). Bu durum, kalitenin sağlık hizmetlerinde, özellikle hemşirelikte, önemli bir rol oynadığının altını çizmekte ve hemşirelerin kalite iyileştirme tutumlarını anlama ve geliştirmenin önemini vurgulamaktadır.

2.1.2. Kalitenin Tarihi Gelişimi

Kalite kavramı, son zamanlarda daha yoğun bir şekilde incelenmeye ve önemsenmeye başlasa da tarih öncesi dönemlerden bu yana sürekli evrilen ve değeri giderek daha çok fark edilen bir konudur.

İlk kez M.Ö. 2150 yıllarında Hammurabi Kanunları'nda iş yapma yöntemleri ve işi doğru yapmamanın sonuçları çerçevesinde karşımıza çıkan kalite kavramı, bir inşaat ustasının işlerinde gerekli kalite standartlarını karşılamasını ve bu standardın altında bir iş yapıldığında uygulanacak cezayı belirlemektedir (Çaylak, 2005).

Modern anlamdaki kalite kavramının evrimine bakıldığında, Sanayi Devrimi ile daha belirgin bir şekilde kendini göstermeye başladığı görülmektedir. Ancak modern anlamdaki kalite çalışmalarının başlangıcı genellikle 1950'li yılların savaş sonrası Japonya'sında kabul edilir. Bu dönemde Japonya, kalite çalışmalarını müşterilerin mal veya hizmete olan bağlılığını artırmak ve rekabet üstünlüğü sağlamak amacıyla kullanmıştır. Bu çalışmalarda "sürekli gelişme" prensibi ön plana çıkarılarak, kalitenin bir sonu olmayan ve sürekli evrilmeye açık bir yolculuk olduğu vurgulanmıştır. Türkiye'de ise kalite çalışmaları, diğer ülkelerden daha geç bir dönemde, 1990'lı yıllarda Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği önderliğinde başlamıştır (Oksay, 2016).

Tıp alanında kalite iyileştirmesi, tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat'ın insanlara hastalıklara karşı yeni bir bakış açısı kazandırmasıyla sürekli bir hedef haline gelmiştir. Hipokrat'ın öncülük ettiği bu değişimler; biyokimya, bilgi teknolojisi, eczacılık ve tıp teknolojisi gibi birçok farklı alanın desteklemesiyle günümüzdeki kanıta dayalı tıp kültürünü ortaya çıkarmıştır (Guyatt ve ark., 2004). Bu süreç boyunca, kalitenin sağlık hizmetleri sistemi içinde derinlemesine yerleştiği daha da belirgin hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kapsamlı bir kalite güvencesi, multidisipliner bir ekibin başlatmış olduğu bir süreçtir. Her sağlık hizmeti sağlayıcısının her hasta için mükemmel bir hizmet verme ve bunu garanti etmesi büyük önem taşır (Jonge ve ark., 2011). Bu nedenle, hemşirelik uygulamalarında kalitenin tarihsel gelişimini anlamak ve bu bilgiler ışığında daha kaliteli hizmetler sunabilmek, büyük önem arz eder. Hemşirelik uygulamalarında kalite iyileştirme çabalarının, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırmak ve hastaların memnuniyetini garanti etmek için vazgeçilmez olduğunu unutmamak gerekir.

2.2. Sağlıkta Kalite

2.2.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı

Bir ülkenin kalkınma seviyesi, sağlık hizmetlerinin ne ölçüde etkin sunulduğuyla doğrudan ilişkilidir ve bu durum genellikle önemli bir gösterge olarak kabul edilir (Shaw, 1997). Bu, bir ülkenin sağlık politikası, ekonomik durumu ve sosyo-kültürel yapısının, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini belirleyen önemli faktörler olduğunu gösterir.

Türkiye'de 1961 yılında yasalaşan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'a göre; sağlık hizmetleri "insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, toplumun bu faktörlerden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve bedensel ve zihinsel yetenekleri azalmış olanların iş hayatına kazandırılması için yapılan tıbbi faaliyetler" olarak tanımlanmıştır (Akın Sakarya, 2021). Aynı zamanda, sağlık hizmetleri, ertelenemeyen ve acil olarak sunulması gereken, ne zaman ve ne ölçüde talebin oluşacağını kullanıcıların belirleyemediği toplumsal bir hizmettir. Uzmanlık düzeyi yüksek olan bu hizmetlerde, hizmeti alanların, kendilerine sunulan hizmetleri denetleyebilecekleri veya değerlendirebilecekleri bilgi düzeylerine genellikle sahip olmadıkları görülür (Taşkın, 2016).

Sağlık sektörünü diğer hizmet sektörlerinden ayıran ve onu benzersiz kılan en önemli özelliğide budur. Bu çerçevede hemşirelik hizmetlerinin de toplumun genel sağlık gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi ve uygulanması önem taşımaktadır. Bu, toplum sağlığını koruyup geliştirmek, bireylerin ve toplumun yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelik hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını gerektirir.

2.2.2. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde kalite ne basit bir kavramdır ne de tek bir otorite tarafından yönlendirilebilecek veya yönetilebilecek bir konudur. Sağlıkta kalite karmaşıklığına rağmen nasıl tanımlandığı ve ölçüldüğü oldukça önemli bir kavramdır.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin tarihi gelişimi; Selçuklu ve Osmanlı dönemi olarak adlandırılan Cumhuriyet öncesi dönem ve Cumhuriyet sonrası dönem olmak üzere ikiye ayrılır. Selçuklu ve Osmanlı döneminde sağlık hizmetleri genellikle vakıflar aracılığıyla sunulmuştur.

Ancak bu sağlık hizmetlerinden halkın tamamının yararlanabilmesi mümkün olmamıştır. Çünkü hizmetler esasen saray halkını ve askeri personeli kapsamıştır (avdar ve Karcı, 2014). Bu durum dönemin koşullarında özel hekimliğin gelişmesine olanak sağlamış ve maddi gücü yeterli olanların 19. yüzyılın sonlarına kadar evlerinde özel hekimler tarafından tedavi edilip, sağlık bakım hizmeti almalarına neden olmuştur.

Türkiye'de devlet tarafından hizmet sunulan ilk tam donanımlı hastane olarak Gülhane kabul edilirken bu döneme kadar bu düzeyde bir sağlık kurumu bulunmamıştır. Ancak Gülhane Askeri Hastanesi Batı'daki hastanelere kıyasla hem ekipman hem de bilgi düzeyi bakımından oldukça geride kalmıştır (avmak ve avmak, 2017).

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte sağlık hizmetleri üzerinde daha fazla durulmuş ve Sağlık Bakanlığı ilk kurulan bakanlıklardan biri olmuştur. Bakanlık düzeyinde sağlık örgütlenmesi uygulaması da devam ettirilmiştir (Fedai 2019). Zaman içinde dünya genelinde etkili olan refah ve sosyal devlet akımları Türkiye'yi de etkilemiş ve sağlık hizmetlerinin devlet tarafından garanti edilerek sunulması beklentisi oluşmuştur.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri sektöründe, kalite sağlamak son derece önemli bir gereklilik olmuştur. Teknolojik ilerlemeler ve küresel düşünceye sahip olmanın sonucu olarak, sağlık kuruluşları sürekli olarak kaliteli bakım sağlama zorluğuyla karşı karşıya kalmaktadır. Yeni ve gelişmekte olan teknolojiler, yaşlanan nüfus, sürdürülebilir iş gücüne ilişkin sorunlar ve sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti, devletlerin sağlık hizmetlerini sunmasını zorlaştırmaktadır (Lowe ve ark., 2011).

Sağlık sektöründe kalite, genellikle ihtiyaç ve beklentilere yanıt verme, etkin ve etkili hizmet sunma, belirlenen zamanlarda eksiksiz hizmet sağlama ve hizmet sonrası ölçüm ve değerlendirme ile karakterize edilir (Yücel, 2013). Kalite, ayrıca kaynakların etkin ve verimli kullanımını, hizmetlere erişimde adaletin sağlanması ve hizmet alanların memnuniyetini de içerir (Uz, 1995).

Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalite etkin, etkili, zamanında ve en düşük maliyetle hizmet sunmayı ve bunun sonucunda hedef kitlenin memnuniyetini sağlamayı hedefler. Sağlık hizmetlerinde kalite sürekli bir iyileştirme süreci gerektirir. Sağlık hizmetinin kaliteli olabilmesi için, hizmetin herkes tarafından kolayca ulaşılabilir, bilimsel standartlara uygun ve sürekli olması gerekir.

Kalite, bireylerin taleplerine göre hizmet sunmayı içerdiğinden sağlıkta kalitenin temel amacı, hizmet çıktılarının kalitesini ve maliyet etkinliğini sürekli olarak artırmaktır (Pakdil, 2007). Çünkü sağlık hizmetleri, insan hayatını doğrudan etkilediği için, hizmet sunan kişilerin ve hizmetin kalitesi hayati öneme sahiptir. Çalışan veya kurum kaynaklı hatalar, bazen geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle, sağlıkta kalite beklentisi bir seçenek değil, bir zorunluluktur. Sürekli değişen ve gelişen bir sistem içinde, sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunmak bir gereklilik haline gelmiştir (Yıldız, 2010).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için her sağlık kurumu, kendi misyon ve vizyonu çerçevesinde, kendine en uygun olan yöntemleri seçer ve uygular (Arpat, 2014). Çalışanların kaliteli iş ve çıktıları merkeze alındığı, her çalışanın sadece bedenini değil, zihnini ve ruhunu da işe kattığı bir yaklaşım kabul edilmiştir. Bu yaklaşım, yenilikçi fikirlerin oluşturulmasında, değişik düşünme biçimlerinin teşvik edilmesinde ve küçük değişimlerin test edilmesinde kritik bir rol oynar (White ve ark., 2014).

2.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde kalite, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de öncelikli hedeflerden biridir. 2003 yılından bu yana uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sistemi üzerinde reformlar gerçekleştirilmiştir. Bu program kapsamında “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” ifadesine yer verilerek sağlık sisteminin değişen ve artan beklentilere yanıt verme kapasitesini artırmıştır (Say, 2020). Bununla birlikte, 2014 yılında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) kurulmuştur. TÜSEB, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon standartlarının belirlenmesi, bu alanda bilimsel faaliyetlere katkı sağlama ve ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu gerçekleştirme görevlerini üstlenmiştir (TÜSEB, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite standartları, Avcı (2018) tarafından sağlık kuruluşlarında farkındalık ve bilgi düzeyinin oluşmasını sağlamak amacıyla bir 'kalite hareketi' olarak tanımlanmıştır. Bu hareket, sağlık sisteminde hizmette kalitenin sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için gerekli standartların sağlık kurumlarında uygulanması ve bu standartlar arasında bağlantı olacak kalite yönetim sistemlerinin oluşturulmasına yönelik çalışmaları kapsamaktadır (Avcı, 2018).

Bunun için Sağlık Bakanlığı, hizmet sunumunda sürekli iyileştirme ve hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması yönünde çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile belirlenen hedeflere ulaşmak için sağlık kurumlarının denetlenmesi ve hizmetin değerlendirilmesi süreçleri düzenli olarak gerçekleştirilmektedir (Çaklı, 2021).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalitenin gelişiminin önemli bir hususu da kalitenin sadece sağlık kuruluşları tarafından sağlanan hizmetlerin standardına değil, aynı zamanda bireysel ve toplumsal boyutlara da odaklanmasıdır. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu, hem bireylere talep ettikleri hizmeti almanın tatminini sağlarken, hem de devlete daha gelişmiş bir sağlık sistemi ile topluma hizmet vermiş olmanın tatminini yaşatmaktadır. Bu çerçevede, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli olarak geliştirilmesi önemli bir hedeftir (Say, 2020).

2.3. Hemşirelik ve Kalite

Hemşirelik; hizmet alanını etik değerlerle şekillendiren, mesleki hizmetlerini ve görevlerini yerine getirmek için profesyonel bir çerçeve oluşturan bir meslek dalıdır. Ancak hemşireliğin rolü, eğitimi ve hakları, toplum ve diğer sağlık çalışanları tarafından tam olarak anlaşılmamaktadır (Taşkın, 2016). Sağlık hizmetlerinin en büyük sağlayıcıları olan hemşireler, kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi süreçlerinde merkezi bir rol oynamaktadır. Özellikle "Hasta Memnuniyeti" kavramının öne çıktığı ve "hemşirelik bakımının" önemine vurgu yapılan modern sağlık anlayışında, bu durum daha belirgin hale gelmiştir (Koç, 2020).

Hemşirelerin önemini ve kritik rolünü, Amerika'daki Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı'nın (AHRQ) hasta mortalite ve morbidite oranlarını azaltmada hemşirelerin kritik bir rol oynadığını belirtmesiyle daha net bir şekilde anlaşılmıştır (Katanya ve ark., 2021).

Ayrıca, COVID-19 pandemisinin ortaya çıkardığı durumlar, hemşirelerin sadece günlük bakım hizmetleri sunmakla kalmayıp, aynı zamanda kriz durumlarına profesyonelce yanıt verme yeteneklerini de göstermiştir (Bender ve ark., 2021). Bu bağlamda, hemşirelerin hastalarla olan etkileşimleri ve hastaların bakış açılarına, değerlerine ve davranışlarına anlayış göstermeleri, küresel sağlık ve hemşirelik alanında önemli bir ilgi konusu haline gelmiştir.

Hastaların bakımını sürdürmek, geliştirmek ve iyileştirmek için farklı sosyal ve kültürel geçmişlere sahip hizmet alanlar arasında gerekli bakımın sağlanması, hemşirelerin artan küresel sağlık sorunlarına doğrudan katılımını gerektirmektedir (Cho ve Choi, 2021).

Hemşirelik uygulamalarında hastanın tüm yönleriyle ele alınan, hasta odaklı bir bakım modeli teşvik edilir (Ovayolu ve Bahar, 2006). Bu yaklaşım, hastaların ihtiyaç duyduğu bakımın belirli bir kalite standardına ulaşmasını sağlar. Hemşirelik kalite uygulamalarının kullanımı, kurumların güçlü yönlerini ve iyileştirme potansiyelini artırmalarına yardımcı olur, aynı zamanda toplanan verilerin başka kurumlarla karşılaştırılmasına olanak tanır. Bu, sistemdeki değişiklikler, eğilimler veya iyileştirmeler hakkında bilgi sağlar ve bakım kalitesini artırmak için hedeflenen girişimlerin başlatılmasını teşvik eder. Bu tür değişiklikler ve iyileştirmeler genellikle iyi hasta sonuçlarıyla sonuçlanır ve bu da hasta hizmetinin kalitesiyle doğru orantılıdır (Eglseer ve ark. 2020).

2.3.1. Hemşirelikte Kaliteyi Etkileyen Faktörler

Hemşirelerin profesyonel kaliteye olan ilgi ve bağlılıkları, bakım standartlarının iyileştirilmesi ve mükemmeliyet arayışıyla doğrudan ilişkilidir. Ancak, bu ilgi ve bağlılık, çeşitli faktörlerle etkilenmektedir. Örneğin, hastanede yürütölen kalite çalışmaları ve hemşirelere sunulan kalite eğitimleri, hemşirelerin kalite algıları ve hizmet sunma süreçlerinde gösterdikleri çaba ile rahatsızlık seviyeleri arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Tüfekçi, 2021). Bunun yanı sıra, hemşirelerin kaliteye karşı tutumları üzerinde uzun çalışma saatlerinin olumsuz bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Çünkü uzun çalışma süreleri yetersiz uyku ve dinlenmeyi beraberinde getirir, bu da hasta güvenliğini tehdit eden olayların yaşanmasına neden olabilir. Bu sorunu çözmek için hemşire yöneticileri hemşirelerin çalışma programlarını düzenlemeli ve daha fazla hemşire istihdam etmeyi hedeflemelidir (Alağah ve ark., 2022).

Hemşirelikte kaliteyi olumsuz etkileyen bir diğer önemli husus da ortak dilin kullanılmamasıdır. Bu durum, hemşirelik bilgilerinin diğer sağlık profesyonelleri ve politika yapıcılarla paylaşılmasını zorlaştırır (Kaya, 2021). Ortak bir dilin kullanılması, hemşirelik uygulamalarının daha geniş bir kitleye görünür olmasını sağlayabilir.

Ayrıca, hasta verilerinin toplanması, bakım standartlarına uyum, hemşirelik yeterliliklerinin ve eğitiminin değerlendirilmesi gibi süreçler de bu ortak dili gerektirir (Rutherford, 2008).

Sağlık bakım ortamlarındaki kalitenin artması hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının memnuniyetini etkilemektedir. Artan kalite standartları, hemşirelerin motivasyonunu yükseltir ve performanslarını artırır, bu da onların örgütsel bağlılıklarını güçlendirir. Türe (2020) tarafından yapılan bir çalışma, hemşirelikte iş memnuniyetinin, hastaların sonuçları üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemli bir göstergesi ve aynı zamanda hemşirelik bakımının kalitesinin değerlendirilmesinde somut bir ölçüt olarak kabul edilir. Karaca ve Durna (2018) tarafından yapılan bir araştırma, hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin, hastanede kalış süreleri boyunca tüm hizmetlerle ilgili genel memnuniyeti etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermiştir.

Hemşirelik uygulamalarının kalitesi ile birlikte hasta memnuniyeti üzerinde etkili olan bir diğer faktör de hemşirelerin profesyonel gelişimleridir. Ülkemizde hemşireler, bağımsız işlevlerini öne çıkararak ve eleştirel düşünmeyi tüm görevlerinde kullanarak, hasta bakımını güçlendirebilirler. Bu, hemşirelerin kendilerini geliştirmelerini teşvik eder ve sağlık bakımının kaliteli bir şekilde sunulmasını destekler (Özbudak ve Koç, 2021).

Sonuç olarak, sağlık kurumlarının, kalite iyileştirme süreçlerinin aktif olmasını ve hemşirelerin bu süreçlere katılımının artmasını sağlamak için, hemşirelerin karşılaştığı engelleri ve mevcut tutumları anlaması gerekmektedir. Bu engellerin ortadan kaldırılması ve kolaylaştırıcı faktörlerin kullanılması, daha yüksek katılım düzeylerine ulaşmayı sağlayabilir (Tschannen ve ark., 2020).

2.4. Ulusal ve Uluslararası Alanda Yapılmış Çalışmalar

Bu bölümde ulusal ve uluslararası düzeyde hemşirelikte kalite konusuna ilişkin yapılan bazı araştırmalara yer verilmiştir. Akbayrak (1999) çalışmasında yaptığı araştırmada hemşirelerin çevrelerindeki değişimlere sadece gözlemci olarak değil, aynı zamanda öncü olarak katılmalarının etkili ve kaliteli bir sağlık bakım sisteminin oluşmasında önemli olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin kalite çalışmalarına aktif bir şekilde katılmaları ve bu süreçte önemli bir role sahip olmaları gerektiğini vurgulayan Akbayrak, bu amaçla bireylerde değişim isteği, bilgiye ulaşma kararlılığı ve sürekli eğitim sürecine aktif katılım gibi özelliklerin gerekli olduğunu belirtmiştir (Akbayrak, 1999).

Teles (2011) ise, çağdaş sağlık hizmetlerinde kalitenin bir yandan güvenliğin sağlanması, diğer yandan sunulan hizmetten en yüksek yararı elde etmek olduğunu vurgulamıştır. Hasta güvenliği ile bakım kalitesinin doğrudan ilişkili olduğunu belirten Teles, bu iki kavramın birbirinden ayrılamayacağını, güvenlik kavramının kalitenin önemli bir alt bileşeni olmasına rağmen kalitenin kendi başına bir kültür oluşturduğunu ve kurum kültürü ile uyumlu olması gerektiğini ifade etmiştir (Teles, 2011).

Top (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, kalitenin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için tüm çalışanların kalite konusunda bilgi sahibi olmaları gerektiği vurgulanmıştır. Top'a göre, sağlık sisteminin işleyişi bir zincir gibidir ve bu zincirin her halkasında kalite konusunda bilgi ve deneyime sahip personellerin olması gerekmektedir (Top, 2013).

Gürbüz (2014) ise, sağlık personelinin kalite algısının bireysel performansa etkisini değerlendiren bir çalışma yapmış ve kalite yaklaşımının temel faktörünün insan olduğu sonucuna varmıştır. Gürbüz'e göre, sürekli iyileşme, sorunların analizi ve çözümü, ekip oluşturma ve hedef belirleme gibi kalitenin temel unsurları, tüm çalışanların aktif katılımı ile sağlanabilir. Gürbüz, günümüzde hızlı değişim ve kalite olgularının, sağlık işletmelerini etkilediğini ve işletmelerin ayakta kalabilmeleri ve rekabet avantajını yakalayabilmeleri için hizmetin kalitesinin en önemli faktör olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunun kalitesinde en önemli rolün sağlık personeline ait olduğu sonucuna varılmıştır (Gürbüz, 2014).

Sherwood (2010), hemşireler, ebeler ve diğer sağlık profesyonellerinin, sağlık hizmetlerinin gelişiminde ve iyileştirilmesinde yeni roller ve sorumluluklar üstlenmekte olduğunu belirtmiştir. Diğer sektörlerden geliştirilen kalite ve güvenlik sistemlerini destekleyen uygulamaları hayata geçirerek, sağlık profesyonelleri kişisel sorumluluk ve hesap verebilirliğin ötesine geçip sistemleri yeniden tasarlamada önemli rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri, multidisipliner bir ekip çalışması ile kalite sistemlerindeki boşlukları keşfetmek ve mevcut açıklıkları kapatmak için kalite geliştirme ekipleri oluşturup, disiplinler arası iş birliği ve ekip çalışmasını teşvik etmek için kurum kültürünü dönüştürmektedir (Sherwood, 2010).

Dolansky ve Moore (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin kendilerini ve işlerini nasıl algıladıklarını, bulundukları sistemlerin yapı ve süreçleri tarafından belirlendiği ifade edilmiştir. Hemşireler, çok işlevli ve karmaşık yapıya sahip sağlık kuruluşlarında çalışmaktadırlar. Bu nedenle sistem, hemşirelerden daha fazla düşünme becerisi, hata azaltma, öncelik belirleme, problem çözme ve karar verme becerilerinin geliştirilmesi, diğer sağlık profesyonelleri ve hastalarla etkin iletişim kurma becerisi, kendi hizmet kalitesini ve iş yeri kalitesini iyileştirme potansiyeli beklentisi içindedir. Sistem, bu özelliklere sahip olan çalışanların yüksek kaliteli bakım sunumunda kilit bir bileşen olduğunu belirtmiştir (Dolansky ve Moore, 2013).

Dunagan (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, örgüt kültüründe hemşirelerin güvenlik sorunlarını bildirmelerinin ve bakımı iyileştirmeye yönelik çabalarında kendilerini değerli hissetmelerinin, sistemi iyileştirmede teşvik edici bir davranış olduğu ileri sürülmüştür.

Abdi ve diğerleri (2015) ise, hemşire yöneticilerin, hemşireleri hataları bildirmeye ve hatalardan öğrenmeye teşvik ederek, profesyoneller arası iletişim sorunlarını ele almanın, bir güvenlik ve kurum kültürünün geliştirilmesine katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir (Abdi ve ark., 2015).

2.5. Ölçek Uyarlama Çalışması

Ölçüm araçları, farklı değişkenlerin sonuçlarını standartlaştırılmış bir çerçevede karşılaştırabilme ve analitik olarak değerlendirme imkânı sağlar. Bunlar, güvenilir ve geçerli sonuçları ekonomik ve etkin bir şekilde elde etmenin temel yöntemlerindendir.

Sübjektif ölçümleri, analiz edilebilir ve ölçülebilir nesnel verilere dönüştürerek sağlık müdahale süreçlerinin etkilerinin doğrulanmasını mümkün kılarlar. Bu tür karşılaştırmalar, genellikle daha az maliyetli kaynak kullanımını gerektirir (De Lima Barroso ve ark., 2018).

Ayrıca, yeni bir araç oluşturma getireceği karmaşıklık önemli ölçüde azaltır. Kültürel açıdan uyarlanmış ölçüm araçları, orijinal araçtan sapmadan güvenilir ve geçerli bir ölçüm sağlamak için tasarlanır ve farklı bölgelerde elde edilen sonuçların karşılaştırılmasına imkân verir (Nyongesa ve ark., 2022).

Bir ölçeğin farklı bir kültürel ortama uyarlanabilmesi için üç temel faktörün dikkate alınması gerekmektedir. Öncelikle dil uyarlaması çerçevesinde psikolinguistik özelliklerin incelenmesi, ardından geçerlik ve güvenilirlik kapsamında psikometrik özelliklerin değerlendirilmesi ve son olarak da kültürlerarası niteliklerin karşılaştırılmasıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

2.5.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Kültürlerarası dil uyarlama çalışmalarının hedefi, belirli bir popülasyondaki gizli yapıların anlamını, net ve özlü bir biçimde aktarmaktır. Bu sebeple, farklı bir dil ve kültür çerçevesinde hazırlanmış ölçüm araçlarının uyarlama süreci, dikkatli bir çeviri sürecini gerektirmektedir (Karaçam,2019)

Kalitesiz çevirilerin yapılması, araştırma sonuçlarının genelleştirilebilirliğini ve karşılaştırma doğruluklarını önemli ölçüde etkiler. Ayrıca çevirmenlerin dil ve konuyla ilgili uzmanlıkları üzerine detaylı bilgilendirme eksikliği, çevirilerin bağımsız olarak yapılıp yapılmadığı ve çevirilen metinlerin birbirleriyle karşılaştırılmaması birçok çalışmanın metodolojik titizliğini zayıflatabilir. İçerik ve görünüm doğrulama için uzman panel sürecinin olmaması da kültürel olarak kabul edilebilir bir çeviri oluşturma yeteneğini riske atabilir (Corten ve ark., 2018).

2.5.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Bir ölçme aracının psikometrik özelliklerinin incelenmesi, genellikle aracın geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasını içerir. Geçerlik, ölçme aracının hedeflediği özelliği ne ölçüde doğru bir şekilde ölçebildiğinin bir göstergesidir. Diğer yandan, güvenilirlik, aynı özelliğin tekrarlanan ölçümler arasındaki tutarlılık derecesini ifade eder.

Teknik anlamda, güvenilirlik, gerçek değerlerin varyansının gözlenen değerlerin varyansına olan oranını temsil eder. Gözlenen değerler, gerçek değerlerle birlikte ölçüm hatalarından oluşur (Cheung, 2013). Ölçüm aracı ile yapılan çalışmaların sonuçlarından amaçlara uygun kararları sağlıklı şekilde verebilmek için bu sonuçların sağlıklı olması gerekmektedir ve bu sağlıklılık durumu ölçme aracının geçerlik ve güvenilirliğine bağlıdır (Ünal, 2014)

Geçerlik Testleri: Geçerlik, bir ölçüm aracının hedeflediği değişkeni ne ölçüde doğru ölçebildiğinin ve kullanılma amacına ne kadar hizmet ettiğinin belirleyicisidir. Bununla birlikte, bir ölçüm aracının geçerliliği, ölçümün uygulandığı örnekleme bağı olarak değişiklik gösterebilir. Bu nedenle, geçerliği etkileyen faktörler genellikle ölçümü yapan araştırmacıdan bağımsızdır ve ölçeğin kendisiyle ilgilidir. Bir ölçeğin geçerlik derecesi, geçerlik analizleri sonunda elde edilen geçerlik katsayılarının büyüklüğüyle doğru orantılıdır (Tavşancıl, 2002; Adın, 2019). Farklı araştırmacılar, çalışmalarının doğasına göre farklı geçerlik türlerini kullanırlar. Ölçeğin geçerliliğini belirlemek için literatürde sıklıkla üç temel unsurdan yararlanılır. İlk olarak, kullanılan ölçüm aracının, ölçülmek istenen niteliğe ne kadar uygun olduğu değerlendirilir. İkinci olarak, ölçümün, belirlenen prosedürlere ne derece bağılı kaldığı incelenir. Üçüncü ve son olarak ise, ölçüm verilerinin, ölçülmek istenen özelliği ne ölçüde yansıttığı göz önüne alınır (Şencan, 2005).

Bu çalışmada, uyarlanan ölçeğin her bir maddesinin ölçeğin genel amacına ne derece hizmet ettiğinin analiz edilmesi için kapsam geçerlik indeksi hesaplanmıştır ve kapsam geçerliği için uzman görüşlerine başvurulmuştur (almanasreh ve ark., 2019). Ölçekte yer alan soruların birbirleriyle ve genel yapıyla ne ölçüde ilişkili olduğunu belirlemek için yapı geçerliği testi kapsamında faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analiz sürecinde, ölçeği temsil eden boyutları belirlemek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) uygulanmış ve AFA sonuçlarının doğrulanması amacıyla da doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır (Kurşun ve Kanan, 2012).

Güvenirlilik Testleri: Güvenirlilik, bir ölçüm aracının hedeflenen değişkeni ne kadar tutarlı bir şekilde ölçtüğü veya ölçüm sonuçlarının ne kadar hata içermediği ile ilgilidir. Güvenirlilik, sadece ölçüm aracının özelliği olmayıp, aynı zamanda ölçüm sonuçlarına da bağılı bir niteliktir (Erefe, 2002). Güvenirliliği değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanılır (Kurşun ve Kanan, 2012).

Bu çalışmada, güvenirlilik analizi kapsamında, ölçekteki her bir maddenin birbiriyle olan ilişkisi ve aynı yapıyı ölçme tutarlılığı Cronbach's Alpha katsayısı ile hesaplanmıştır. İki yarıya bölme yöntemi kullanılarak da iç tutarlılık kontrol edilmiştir (Karaçam, 2019). Ölçeğin zaman veya yer değişikliğine karşın aynı örnekleme uygulandığında tutarlı sonuçlar verip vermediği, yani ölçümün kararlılığının kontrolü için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır (Ercan ve Kan, 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma "Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği"nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

Çalışmanın amacı doğrultusunda, çalışma sürecinde aşağıdaki araştırma sorusuna yanıt aranmıştır.

- “Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği” Türkiye’deki hemşirelerin kalite iyileştirme tutumlarını ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2021- Ocak 2022 tarihlerinde araştırma konusunun belirlenmesi/literatür taranması ile başlamıştır ve gerekli izinler alınarak araştırma kapsamına alınan hastanelerde Nisan-Kasım 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bu araştırma Ordu il merkezi ile iki ilçesinde bulunan üç kamu hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Ordu il merkezinde bulunan kamu hastanesi, 478 yatak kapasitesi ve 354 hemşire kadrosuyla hizmet vermekte olup, eğitim ve araştırma hastanesi ise 270 yatak kapasitesi ve 344 hemşire kadrosuyla topluma hizmet sunmaktadır. İki ilçedeki kamu hastaneleri ise sırasıyla 370 yatak kapasitesi ve 336 hemşire sayısı ile (İlçe Kamu Hastanesi-1), ve 360 yatak kapasitesi ve 324 hemşire sayısı ile (İlçe Kamu Hastanesi-2) hizmet sağlamaktadırlar. Ölçek uyarlama sonuçlarının genellenebilirliği açısından farklı örneklem sayıları tercih edilmiştir.

Bu araştırma Haziran 2023 tarihinde tez savunması ile sonlandırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ordu il merkezi ve iki ilçesinde bulunan üç kamu hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere dört farklı hastanede görev yapan 1358 hemşire oluşturmaktadır.

Literatürde, ölçek uyarlama çalışmalarında geçerlik ve güvenirlik analizlerinde ölçeğin uygulandığı grubun önemli bir etkisi olduğu belirtilmektedir.

Bu açıdan ölçeğin amacına uygun hedef kitlenin belirlenmesi ve yeterli sayıda kişiye uygulanması önemlidir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bununla birlikte, ölçek uyarlama çalışmalarında ölçek madde sayısının 10 katı katılımcı sayısı önerilmektedir (Boateng, 2018). Analiz sonuçlarında yüksek bir tutarlılık oranı elde etmek ve en iyi sonuca ulaşmak amacıyla, 35 maddelik ölçek göz önünde bulundurularak en az 35 hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Bulguların genellenebilirliğini artırmak için dört farklı hastaneden heterojen bir örneklem seçilmiştir. Bu çalışmada, gönüllülük esasına dayalı olarak 536 hemşireye ulaşıldı. Ancak, 17 katılımcının en az bir soruyu yanıtızsız bırakması nedeniyle eksik veri kabul edilerek çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu çalışmada toplam 519 hemşire örneklem kapsamına alınmıştır.

Bu çalışmanın pilot uygulaması 32 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamanın verileri araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir. Test tekrar test analizi için ise 33 kişilik örnekleme üç hafta arayla ölçüm aracı ikinci kez uygulanmıştır. Araştırmada metodolojik olarak hedeflenen örnekleme ulaşılmıştır.

Tablo 3.1. Araştırmanın evren ve örneklem dağılımı

Hastane Türü	Yatak sayısı	Evren	Örneklem
Ordu İlçe Kamu Hastanesi-1	370	336	244
Ordu İlçe Kamu Hastanesi-2	360	324	129
Ordu İli Kamu Hastanesi	478	354	76
Ordu İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi	270	344	70

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme/Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri araştırma kapsamına alınan hastanelerde hemşire olarak çalışmak, araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olmak, veri toplandığı süre içerisinde izinli ve raporlu olmamaktır. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri ise veri toplama formunu eksik doldurmaktır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bu çalışma metodolojik tasarımı gerçekleştirildiği için bağımlı ve bağımsız değişkenleri bulunmamaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği’nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Katılımcıların bireysel-mesleki özellikleri vekalet ile ilgili düşüncelere yönelik soruları içeren ve araştırmacılar tarafından oluşturulan 13 soruluk bir formdur. Sorular katılımcıların kurumu, yaşı, medeni durumu, eğitimi, cinsiyeti, mesleki ve kurum deneyimi, pozisyonu, birimi, kurumda yürütülen kalite çalışmaları, katılımcıların kalite eğitimi alma durumları, kurumun kalite faaliyetleri hakkında bilgileri, bölüm kalite çalışmalarına katılımları ile ilgilidir.

Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği (HKİTÖ): Ölçek, hemşirelerin çalışma ortamlarında kalite iyileştirme konusundaki tutumlarını ölçmek için Dunagan (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplamda 35 madde olup tek boyuttan oluşmaktadır. Her bir madde 5'li Likert tipinde derecelendirilir (1=Kesinlikle katılmıyorum ile 5= Kesinlikle katılıyorum). Ölçekte 2 madde (23. ve 32. maddeler) ters puanlanmaktadır. Orijinal ölçekte 2 madde (23. ve 32. maddeler) ters puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 35-175 arasındadır. Buna göre ölçekten alınabilecek toplam puanın artması, hemşirelerin kalite iyileştirmedeki rollerine ilişkin daha olumlu hemşirelik tutumlarına sahip olduklarını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı orijinal ölçekte 0,97 olup bu uyarılama çalışmasında 0,92 olarak belirlenmiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama süreci, Nisan 2022 ile Kasım 2022 tarihleri arasında tamamlanmıştır (Bkz. Tablo 3.3 Araştırmanın Süreci). Araştırmada kapsamına alınan hastanelerden gerekli izinler alındıktan sonra, saha ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Hastanenin birimlerinde görev yapan ve ulaşılabilir durumda olan hemşirelere araştırmanın amaç ve süreci hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelerden, bilgilendirilmiş onam formunu doldurmaları ve veri toplama formunu tamamlamaları rica edildi. Formların doldurulması işlemi birimin çalışma akışını sekteye uğratmayacak bir biçimde, ortalama olarak 10 dakika içerisinde tamamlanmış ve formlar katılımcılardan geri alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması sürecinde, psikolinguistik ve psikometrik özellikler değerlendirilmiştir. Uyarlamalara ilişkin analizler, Tablo 3.2'te gösterilmiştir. Analizler için SPSS 25.0 ve AMOS 21 programları kullanılmıştır. İstatistiksel sonuçlar %95 güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde kabul edilmiştir.

Tablo 3.2. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler

Psikolinguistik ve Psikometrik testler	Geçerlik	Güvenirlilik
	Dil geçerliği Çeviri-Geri çeviri	Zamana Göre Değişmezlik Test Tekrar Test Yöntemi
	Kapsam Geçerliği - Kapsam Geçerlik İndeksi (12 uzman görüşü) - Yüzeysel geçerlik (pilot uygulama) (32 katılımcı)	İç Tutarlık Cronbach Alpha katsayısı İki Yarıya Bölme Yöntemi Madde Toplam Puan Korelasyonu
	Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi (AFA, DFA)	
	Ölçek Madde Geçerliği Yakınsak ve Iraksak Geçerlik	

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlanmadan önce çeşitli izinler alınmıştır. Öncelikle, orijinal ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması için ölçeği geliştiren yazardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK 4). Daha sonra Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 11.03.2022; No:2022-22) (EK 5). Araştırmanın yürütüleceği dört farklı hastane ile ilgili resmi izinler ise ilgili İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı olarak alınmıştır (Tarih: 17.08.2022) (EK 6).

Veri toplama aşamasında, katılımcılara araştırmanın amacı ve süreci detaylı olarak anlatılmış ve bu aşamada gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu imzalatılmıştır (EK 7). Katılımcılar anket formlarını isim belirtmeden doldurmuşlardır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Verilerin toplanma süreci yüz yüze toplanması tercih edilmiş, katılımcıların işlerinin aksamaması adına esneklik gösterilmiştir. Bu nedenle iş yükü ağır olan birimlerde (acil servis, yoğun bakım, ameliyathane gibi) tam katılım sağlanamamıştır. Ayrıca gönüllülük esasına dayalı bir veri toplama yöntemi uygulandığı için bu aşamalar çalışmanın güçlükleri oluşturmaktadır.

Elde edilen sonuçlar, örneklemin dahil olduğu hastanelerde çalışan hemşirelerin bakış açılarına göre genelleştirilebilir ve verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Ayrıca, ölçeğin Türkiye dışındaki diğer ülkelerde kullanımı için dil ve kültür uyarlamasına yönelik geçerlik ve güvenirlik testleri henüz yapılmamıştır. Bunlar çalışmanın genel uygulanabilirliği konusunda belirli bir sınırlılık oluşturmaktadır.

3.12. Araştırma Süreci

Araştırmanın yönetim süreci aşağıdaki tabloada verilmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Araştırmanın süreci

Yönetilen SüreçTarih Aralığı	
Literatür Tarama/Tez Konusu Belirleme	Aralık 2021- Ocak 2022
Özgün Ölçek Sahibinden İzin Alınması	Ocak 2022
Tez Önerisi-Etik Kurul Başvuru/Onayı	Şubat-Mart 2022
Dil Geçerliliği-Kapsam Geçerliliği	Nisan-Eylül2022
Kurum İzninin Alınması	Ağustos 2022
Verilerin Toplanması	Nisan-Kasım 2022
Verilerin Analizi	Aralık 2022
Tezin Yazımı	Nisan 2022- Nisan 2023
Tezin Enstitüye Teslimi	Mayıs 2023
Tezin Sunumu	Haziran 2023

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç başlık altında değerlendirilmiştir.

1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin psikolinguistik özelliklerine ilişkin bulgular
3. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin bireysel-mesleki özellikleri ve kalite konusundaki özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine yönelik bulgular (n:519)

		n	%
Çalışılan Kurum	Ordu İlçe Kamu Hastanesi -1	244	47
	Ordu İlçe Kamu Hastanesi -2	129	24,9
	Ordu İli Kamu Hastanesi	76	14,6
	Ordu İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi	70	13,5
Cinsiyet	Kadın	413	79,6
	Erkek	106	20,4
Yaş (Ort.±SS) → 38,42±8,58	20-30 yaş	126	24,3
	31-40yaş	140	27,0
	41-50yaş	226	43,5
	51 yaş ve üstü	27	5,2
Medeni Durum	Evli	417	80,3
	Bekar	102	19,7
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	28	5,4
	Ön lisans	92	17,7
	Lisans	386	74,4
	Yüksek lisans	13	2,5
Hastanedeki Görev	Birim hemşiresi	404	77,8
	Yönetici Hemşire	59	11,2
	Diğer (Poliklinik, özel birimler ...vb)	56	10,8
Çalışılan Birim	Yataklı birimler	180	34,7
	Acil servis	61	11,8
	Ameliyathane	34	6,6
	Yoğun bakım birimi	121	23,3
	Diğer (Poliklinik, özel birimler...vb.)	123	23,7
Meslekte Toplam Çalışma Süresi (Ort.±SS) → 16,56±9,63	5 yıl ve daha az	82	15,8
	6-10 yıl	88	17,0
	11-15 yıl	77	14,8
	16-20 yıl	77	14,8
	21 yıl ve üstü	195	37,6
Kurumda Toplam Çalışma Süresi (Ort.±SS) → 8,89±7,91	5 yıl ve daha az	247	47,6
	6-10 yıl	104	20,0
	11-15 yıl	50	9,6
	16-20 yıl	68	13,1
	21 yıl ve üstü	50	9,6

Ordu merkez il ve iki ilçesindeki dört hastanede görev yapan toplam 519 hemşire bu çalışmaya katılmıştır. Katılımcıların bireysel özellikleri incelendiğinde, çoğunluğunun kadın (%79,6), 41-50 yaş aralığında (%43,5), evli (%80,3) ve lisans mezunu (%74,4) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde, %77,8'i (404) birim hemşiresi, %11,2'si (59) servis sorumlusu/üst düzey yönetici ve %10,8'si (56) diğer birimlerde görev yapmaktadır. Bu hemşirelerin %37,6'sı (195) 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahipken ve %47,6'sı (247) mevcut kurumlarında 5 yıl ve daha az süredir çalışmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hemşirelerin kalite konusundaki özelliklerinin dağılımı (n:519)

		n	%
Kalite ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	421	81,1
	Hayır	48	9,2
	Hatırlamıyorum	50	9,6
Kurumdaki kalite faaliyetleri hakkında bilgi durumu	Evet	341	65,7
	Kısmen	144	27,7
	Hayır	34	6,6
Kurumdaki yürütülen kalite çalışması*	SKS	487	93,8
	TTKY	127	24,5
	İSO	91	17,5
	Diğer(SKS+İSO)	8	1,5
Bölüm kalite çalışmalarına gönüllük esasına dayalı olarak katılıyor musunuz?	Her zaman	99	19,1
	Sık sık	82	15,8
	Arasıra	263	50,7
	Hiçbir zaman	75	14,5

*n katlanmıştır.

Örneklem grubundaki hemşirelerin %81,1'i kalite üzerine eğitim almış ve %65,7'si kendi kurumlarındaki kalite çalışmaları hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2.).

Kurumlarda yürütülen kalite faaliyetleri göz önüne alındığında, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) %98,3 ile en yaygın uygulama iken, Uluslararası Standartlar Organizasyonu (ISO) %17,5 ile en az uygulanan olmuştur. Katılımcıların %19,1'i her zaman, %15,8'i sık sık, %50,7'si ise ara sıra kalite çalışmalarına gönüllü olarak katıldığını belirtirken, %14,5'i hiç katılmadığını belirtmiştir (Tablo 4.2.).

4.2. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Psikolinguistik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde ölçeğin psikolinguistik özelliklerin (dil geçerliği) incelenmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Dil geçerliği çalışması öncesinde, ölçeğin yazarı Pamela B. Dunagan ile e-posta yoluyla iletişim kurulmuş ve ölçeğin tam metni ile Türk kültürüne uyarlanması için gereken izin alınmıştır.

Çeviri-Geri Çeviri Yöntemi: Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, kavramsal ve ifade farklılıkları nedeniyle orijinal ölçeğin mevcut yapısında değişikliklere sebep olabilir. Çeviriyi gerçekleştirecek kişinin anadili, hedef dil olmalı ve ayrıca orijinal ölçeğin kültürüne ve terminolojisine aşina olmalıdır (Çapık ve ark., 2018). Bu bilgiler ışığında, uyarlama sürecinin ilk aşaması olan çeviri işlemi gerçekleştirilmiştir ve İngilizce olan ölçek, Türkçeye çevrilmiştir (EK 8). Bu aşamada “Çeviri-Geri Çeviri” yöntemi kullanılmıştır. İki dili bilen ve anadili Türkçe olan iki bağımsız çevirmen tarafından ölçeğin maddeleri Türkçeye çevrilmiştir. Ardından, çeviriler incelenmiş ve anlaşılabilirliği kontrol edilerek tek bir formda birleştirilmiştir.

Türkçe taslak form, iki dili bilen fakat ana dili İngilizce olan iki bağımsız çevirmen tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir. Orijinal ölçek ve çeviri sonucunda elde edilen Türkçe ve İngilizce formlar karşılaştırıldığında, ifadelerin paralellik gösterdiği görülmüştür. Bu aşama sonrasında, psikolinguistik incelemesi tamamlanan ölçeğin kapsam geçerliği için uzman görüşlerine başvurulmuştur. Uzman görüşü alma sürecinin amacı, çeviri esnasında karşılaşılan sorunlu ifadeleri belirlemek, çözümlemek ve iki dil arasındaki uyumsuzlukları tespit etmektir. Uzmanlar, bu sorunların giderilmesi için gerekli ifadeleri inceleyebilir ve gerektiğinde alternatif öneriler sunabilir (WHO, 2017). Dil geçerliği çalışması sonucunda elde edilen veriler tek bir formda düzenlenerek uzman görüşü için hazırlanmıştır.

4.3. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde ölçeğin psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular geçerlik ve güvenirlik olarak detaylandırılmıştır.

4.3.1. Geçerlik Analizleri

Geçerlik, bir ölçüm aracının hedeflediği değişkeni başka parametrelerle karıştırmadan ne derece doğru bir şekilde ölçebildiğinin göstergesidir (Ercan ve Kan, 2014). Doğru bir analiz ve raporlama yapabilmek için geçerlik analizlerinin uygulanması gerekmektedir, çünkü bu analiz bir çalışmanın etkinliği ve kullanılabilirliği hakkında bilgi sağlar (Şencan, 2005).

Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi: Kapsam geçerliği için hazırlanan uzman görüş formu, farklı üniversitelerde ve Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda görev alan 12 akademisyene e-posta yoluyla iletilmiştir. Katılımcılardan, her bir maddeyi değerlendirmeleri ve çevirinin uygunluğunu, maddelerin netliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri talep edilmiştir. Uzmanlara, ölçeğin her maddesini 1 ile 4 arasında bir puanlama sistemiyle değerlendirmeleri istenmiştir. Bu puanlama; 1 “Uygun Değil”, 2 “İfade Uygun”, 3 “Uygun, İfade Biraz Değişiklik Gerekliyor”, 4 “Çok Uygun” olarak belirlenmiştir. Uzmanlardan 1-2-3 puanlarına denk gelen maddeler için ek önerilerde bulunmaları talep edilmiştir.

Uzman görüşlerinin analizinde Davis Tekniği kullanılarak Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Uzmanların maddelere verdikleri (3) ve (4) puanların toplamı ile KGİ değerleri Tablo 4.3'te verilmiştir. KGİ hesaplaması yapılırken, üç (3) ve üzeri puanların toplamının toplam uzman sayısına bölünmesi gerekmekte ve sonuç 0,80 değerine eşit veya daha yüksek olmalıdır (Yurdagül, 2005).

Tablo 4.3. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin kapsam geçerlik indeks değerleri

Maddeler	(3) ve (4) Puan Toplamı	Kapsam Geçerlilik İndeksi
Madde 1	8	0,66
Madde 2	12	1
Madde 3	12	1
Madde 4	10	0,83
Madde 5	11	0,91
Madde 6	8	0,66
Madde 7	9	0,75
Madde 8	9	0,75
Madde 9	9	0,75
Madde 10	10	0,83
Madde 11	12	1
Madde 12	12	1
Madde 13	12	1
Madde 14	6	0,50
Madde 15	9	0,75
Madde 16	12	1
Madde 17	12	1
Madde 18	9	0,75
Madde 19	10	0,83
Madde 20	12	1
Madde 21	12	1
Madde 22	11	0,91
Madde 23	11	0,91
Madde 24	9	0,75
Madde 25	12	1
Madde 26	12	1
Madde 27	11	0,91
Madde 28	12	1
Madde 29	12	1
Madde 30	10	0,83
Madde 31	11	0,91
Madde 32	11	0,91
Madde 33	11	0,91
Madde 34	11	0,91
Madde 35	11	0,91

*Ölçek KGİ değeri 0,876'dir.(≥0,80)

Toplam 12 akademisyenin uzman görüşü alınarak hesaplanan Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) değerleri ölçek maddeleri için 0.50-1.00 arasında, ölçeğin toplamı için ise ortalama 0,87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin maddelerinin kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu nedenle, orijinal ölçeğe olan bağlılığı korumak amacıyla, 0,80 değerinin altında olan dokuz madde ölçekten çıkarılmamıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda, ölçek maddelerinde gereken düzeltmeler yapılmış ve sonraki pilot uygulama öncesinde taslak ölçeğin nihai hali oluşturulmuştur (Tablo 4.3).

Yüzeysel Geçerliliğinin İncelenmesi: Pilot uygulama aşamasında hedef popülasyondan seçilmiş bir grup (örneğin 30 veya 40 kişi) üzerinde taslak ölçek uygulanır ve katılımcıların ölçek maddelerini ne kadar anlaşılır ve kabul edilebilir buldukları hakkında geri bildirimler alınır. Bu süreç, araştırmacılara ölçeğin basitlik, açıklık, anlaşılabilirlik ve bağlam uygunluğu gibi özelliklerini belirlemek için imkân sağlar (Karaçam, 2019). Uzman görüşlerinin alınmasından sonra oluşturulan taslak ölçeğin ön uygulaması, araştırma kapsamına alınan hastanelerde görev yapan 32 hemşireye uygulanmıştır. Hemşirelerden her bir maddeyi 'uygun/anlaşılır' veya 'uygun değil/anlaşılır' olarak değerlendirmeleri ve anlaşılmayan bir madde varsa bu maddenin nasıl daha anlaşılır hale getirilebileceğine dair önerilerde bulunmaları istenmiştir.

Geri bildirimlerde tüm maddelerin anlaşılabilirliği konusunda olumlu dönüşler alındığı için ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Böylece, taslak ölçek son uygulama için uygun hale getirilmiş ve sonraki analizlere devam edilmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin birinci aşamadaki madde-toplam puan korelasyonları (n=519)

Madde Numarası	Öge Silinmişse Ölçek Ortalaması	Öge Silinmişse Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Öge Silinmişse Cronbach'ın Alfa'sı
Madde1	134,2620	198,889	,461	,919
Madde2	134,2755	196,231	,567	,917
Madde3	134,2563	197,361	,573	,917
Madde4	134,3661	197,526	,484	,918
Madde5	134,4181	194,298	,593	,917
Madde6	134,4027	194,975	,628	,917
Madde7	134,2543	198,414	,547	,918
Madde8	134,1888	198,559	,584	,918
Madde9	134,3353	195,988	,652	,917
Madde10	134,3757	195,918	,652	,917
Madde11	134,1965	197,031	,644	,917
Madde12	134,2890	196,198	,621	,917
Madde13	134,5703	193,825	,599	,917
Madde14	134,3699	194,365	,661	,916
Madde15	134,1618	198,619	,579	,918
Madde16	134,1368	199,485	,536	,918
Madde17	134,2582	199,161	,540	,918
Madde18	134,2871	199,132	,535	,918
Madde19	134,3353	197,648	,564	,918
Madde20	134,6590	197,862	,433	,919
Madde21	134,7553	197,266	,407	,919
Madde22	134,7283	196,086	,504	,918
Madde23	136,0289	202,754	,137	,925

Tablo 4.4'ün devamıdır.

Madde Numarası	Öge Silinmişse Ölçek Ortalaması	Öge Silinmişse Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Öge Silinmişse Cronbach'ın Alfası
Madde24	134,9653	194,671	,474	,918
Madde25	135,0154	193,289	,540	,917
Madde26	134,9538	193,017	,566	,917
Madde27	135,1869	196,565	,402	,920
Madde28	134,8709	194,707	,544	,917
Madde29	134,7823	195,364	,520	,918
Madde30	134,7996	194,473	,532	,918
Madde31	134,5299	196,613	,536	,918
Madde32	136,5568	205,568	,049	,926
Madde33	134,4143	197,529	,533	,918
Madde34	134,5145	200,200	,338	,920
Madde35	135,2832	198,848	,253	,923

Bu çalışmanın kapsamında, uyarlanan ölçeğin güvenirlik analizi için başlangıç olarak Cronbach Alfa katsayısı ve ölçek maddelerinin korelasyon değerleri dikkate alınmıştır. Bu incelemelerin sonuçlarına göre, ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir. Ancak bazı maddelerin (23., 32., 35. maddeler) korelasyon değeri 0.30'un altında çıkmıştır. Orijinal ölçeğin tek boyutlu bir yapıya sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Tablo 4.4' teki değerlere dayanarak herhangi bir madde çıkarımına gidilmemiştir. Yapı geçerliliği analizleri, maddelerin birbiriyle olan ilişkisini değerlendirmek için önemli bir araç olduğundan (Seçer, 2018), bu analizlerin de dikkate alınması gerektiğine karar verilmiştir. Sonuç olarak, bu analizlerin dikkate alınarak maddeler arasındaki korelasyonlar incelenmesi ve buna bağlı olarak potansiyel boyut oluşturma ve çıkarma stratejileri belirlenmesi hedeflenmiştir.

Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi (Faktör Analizi): Yapı geçerliği, test skorlarının ölçülmek istenen yapıyı yalnızca bu yapının belirleyicileriyle ölçülebilen ölçemediğini belirtir. İstatistik alanında 1900'lerin başından beri kullanılan bu metot, açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki teknik içerir (Koyuncu ve Kılıç, 2019). Açıklayıcı faktör analizi (AFA), birçok değişkenin az sayıda değişkene indirgenmesi ve indeks değişkenlerin üretimi veya ölçüm araçlarının boyutlarının belirlenmesi için kullanılır (Büyüköztürk, 2018). Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ise, bir çalışmanın faktör yapısını test etmek, maddelerin birbirleriyle ilişkisini belirlemek, faktör yüklerini ölçmek ve ölçek ile alt boyutlar arasındaki uyumu saptamak için kullanılır (Çapık, 2014).

Bu çalışma kapsamında toplanan veri seti, faktör analizleri için uygunluk sağlaması için tesadüfî yöntemle iki farklı gruba ayrılmıştır. Tesadüfî olarak iki gruba ayrılan katılımcılardan elde edilen verilerin 252'si Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), 267'si ise Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) için kullanılmıştır. AFA için gereken örneklem sayısına dair alan yazında çeşitli görüşler bulunmakla birlikte, yaygın kullanılan görüş, 50 ve üzeri örneklem AFA analizi için yeterli olduğu yönündedir (Temel, 2022). Bu doğrultuda, bu çalışmada 252 katılımcıdan elde edilen verinin AFA analizi için uygun olduğu ifade edilebilir. DFA analizi için ise, kabul görmüş bir gereklilik, örneklem sayısının AFA analizinde kullanılanı daha fazla olması gerektiğidir (Temel, 2022; Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu çalışmada, DFA için kullanılan veri setinin boyutu AFA'dan büyük olduğu görülmüştür. Ayrıca, farklı hastanelerden katılım sağlayan katılımcıların sayılarının birbirinden önemli ölçüde farklı olmamasına özen gösterilmiştir.

Açıklayıcı Faktör Analizi: Örneklem yeterliliğinin belirlenmesi amacıyla AFA uygulaması öncesi Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett'in Küresellik testi gerçekleştirilmiştir. KMO değerlerinin 0 ile 1 arasında değişebilir ve 0.8 ile 0.9 arasında bir değer, verilerin faktör analizi için oldukça uygun olduğunu göstermektedir (Yurdugül, 2020). Yapılan analizler sonucunda, KMO değerinin 0.91 olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, örneklem büyüklüğünün ve maddelerin faktör analizi için 'yeterli' olduğuna işaret etmektedir. Bartlett'in Küresellik testinin sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki-kare değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2(351) = 4151,817, p < 0,01$). Bu bulgu verilerin çok değişkenli normal dağılımdan kaynaklandığı varsayımını desteklemektedir.

Ölçeğin faktör yapısının uygunluğunu test etmek amacıyla AFA uygulanmıştır. Bu analiz için veri setinden toplamda 519 katılımcıdan 252'si rastgele seçilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin dört boyutlu olduğu ortaya çıkmıştır. Bu süreçte, teorik açıdan anlamsız görünen ve binişik yüklenme gösteren maddeler (14.,20.,21.,22.,23.,27.,32.,35. maddeler) ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin nihai hali ölçek yazarına e-posta ile bildirilmiştir.

Binişik maddelerin çıkarılmasının ardından, ölçeğin faktör desenini incelemek için temel bileşenler analizi ve varimax döndürme yöntemleri uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda, uyarlanan ölçeğin toplam varyansın %61,155'ini açıkladığı görülmüştür. Ek olarak, birinci faktörün %25,822, ikinci faktörün %15,467, üçüncü faktörün %12,421 ve dördüncü faktörün %7,445 oranında varyansı açıkladığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu bulgular ışığında, ölçeğin taslak halinin teorik yapıya uyumlu olduğu ve faktör deseninin kabul edilebilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu şekilde, orijinali tek boyutlu ve 35 maddeden oluşan ölçek, dört alt boyutlu ve 27 maddeden oluşan yeni halini almıştır (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeğinin açıklayıcı faktör analizi sonuçları (n:252)

	Faktörler			
	Faktör I	Faktör II	Faktör III	Faktör IV
Madde 11	0,784			
Madde 10	0,760			
Madde 2	0,756			
Madde 6	0,754			
Madde 9	0,728			
Madde 3	0,716			
Madde 12	0,692			
Madde 1	0,678			
Madde 8	0,674			
Madde 4	0,674			
Madde 5	0,654			
Madde 7	0,611			
Madde 13	0,547			
Madde 25		0,849		
Madde 24		0,785		
Madde 29		0,752		
Madde 28		0,750		
Madde 26		0,687		
Madde 30		0,687		
Madde 17			0,786	
Madde 16			0,737	
Madde 18			0,697	
Madde 15			0,687	
Madde 19			0,616	
Madde 34				0,772
Madde 33				0,717
Madde 31				0,611
Öz değer	10,587	3,063	1,601	1,261
Açıklanan Varyans Oranı	25,822	15,467	12,421	7,445
KMO =0,916 X ² (351) =4151,817; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000				
Toplam Açıklanan Varyans Oranı=61,155				

Yapılan analiz çalışması sonunda elde edilen ölçeğin dört faktörlü yapısını oluşturan maddeler incelenmiş ve bu faktörlerin her biri içerdiği maddelere göre adlandırılmıştır. Orijinal ölçekte yer alan maddelerin uyarlanan ölçekteki eşleşmeleri ve bu maddelerin hangi alt faktörler altında gruplandığını detaylı bir şekilde sunumu aşağıda yer verilmiştir. Ayrıca her madde için orijinal ve yeni ölçekteki numaralar, alt boyutları ve metinleri de Tablo 4.6’da açıklanmıştır. Ayrıca, faktör analizi sonucunda orijinal ölçekten çıkarılan maddeler de tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Orijinal ölçek ile uyarlanan ölçekteki maddelerin karşılaştırılması ve faktörlere göre dağılımı

Madde No	Uyarlanan	Maddeler
Orijinal	Ölçek	
Ölçek	Ölçek	
Faktör 1: Kalite İyileştirme İnancı		
1	1	Birimimde kaliteli sonuçlara ulaşmak için kendi katkılarıma değer veririm.
2	2	Bakım kalitesini iyileştirmek için birimimdeki değişimin bir parçası olmaktan keyif alırım.
3	3	Bakımı iyileştirmeye yönelik kurumsal çabalara değer verdiğime inanırım.
4	4	Bakım standartlarından sapmanın bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediğine inanırım
5	5	İyi bir hasta bakımının, kalite iyileştirme araçlarının kullanımına bağlı olduğuna inanıyorum
6	6	Sürekli kalite iyileştirme faaliyetlerinin birim/klinik hemşirelerinin günlük çalışmalarının önemli bir parçası olduğuna inanırım.
7	7	Bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hastalar ile aktif iş birliği yapılmasına değer veririm.
8	8	Hastalarımın bakımında hasta değerlerinin, tercihlerinin ve belirtilen ihtiyaçların bireysel olarak ifade edilmesine saygı duyarım ve teşvik ederim.
9	9	Kaliteli bakım uygulamaları için kanıt sağlayan araştırmaların uygulamalarıma katkı sağlamasına değer veririm.
10	10	Uygulama standartlarına yeni kanıtların eklenmesini kolaylaştırmak için çalışma ortamının yapılandırılmasına katılmam gerektiğine inanırım.
11	11	Klinik karar verme, hata önleme ve bakım koordinasyonu süreçlerini destekleyen teknolojilere değer veririm.
12	12	Hasta bakımını desteklemek için bilgi teknolojilerinin tasarımına, seçimine ve kullanımına katılmam gerektiğine inanırım.
13	13	Güvenli olmayan uygulamaları ve hataları analiz etmede, sistem iyileştirmelerini planlamada bir rolüm olduğuna inanırım.
Faktör 2: Ekip Çalışması ve İş Birliği		
15	14	Kaliteli bakımı etkin bir şekilde sunmak için tüm sağlık ekibi üyeleriyle iletişim kurabilmem gerektiğine inanırım.
16	15	Hasta bakımıyla ilgili kararlar alırken diğer sağlık ekibi üyelerinin bakış açılarına ve uzmanlıklarına saygı duyarım.
17	16	Hastam için bakım planladığımda, en iyi uygulamaların, hasta tercihlerinin ve disiplinler arası katkıların güvenli kaliteli bakım için gerekli olduğuna inanırım.
18	17	Hastam için güvenlik risklerini değerlendirirken hastadan, aile üyelerinden, diğer sağlık profesyonellerinden gelen önerileri, elektronik tıbbi kayıta belgelenmiş bilgileri ve mevcut kanıtları dikkate alırım.
19	18	Teknolojinin ve elektronik tıbbi kayıt kullanımının, hastalarım için güvenli kaliteli sonuçlar elde etmede, diğer hemşireler ve sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapma fırsatı sağladığına inanırım

Tablo 4.6'nın devamıdır.

Faktör 3: Kurum ve Güvenlik Kültürü		
24	19	Yöneticilerimin, birimimdeki bakımın kalitesini etkileyen çalışma alışkanlıkları hakkında değerli bilgilere sahip olduğuna inanırım.
25	20	Hasta güvenliği ve kaliteli bakımla ilgili konuların ve sorunların kurumdaki yöneticiler tarafından zamanında yeterince ele alındığına inanırım.
26	21	Kalite iyileştirme sürecine önemli ölçüde dahil olduğumu hissediyorum.
28	22	Hasta güvenliği tehlikeye girdiğinde, bunun güvenilir bir şekilde rapor edildiğini hissediyorum.
29	23	Birimimde bir “Güvenlik Kültürü”ne sahip olduğumuzu hissediyorum.
30	24	Birimimdeki bakımın kalitesine ilişkin görüşlerimi ifade ettiğimde, dikkate alındığımı hissediyorum.
Faktör 4: Hata Bildirimi		
31	25	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bunu belgeleyerek raporlarım.
33	26	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bir yöneticiye bildiririm.
34	27	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, endişemi başka bir çalışana bildiririm.
Çıkarılan Maddeler*		
14	Maddeler çıkarıldı	Kalite çıktıların; hastaların bakımına katkıda bulunmasına, elektronik tıbbi kayıtların ve hemşirelik araştırmalarının doğru kullanımına ve ekip üyeleriyle sürekli iş birliğine bağlı olduğuna inanırım.
20		Hastanın güvenliğini tehlikeye atacak bir risk fark ettiğimde, bunun sistemden kaynaklı bir sorun olup olmadığını düşünürüm.
21		Hemşirelerin zamandan veya iş gücünden tasarruf etmek için en iyi uygulamaların dışına çıkmaması gerektiğine inanırım.
22		Hastaya verilen zararı azaltma veya kalite sonuçlarını iyileştirme çabalarımda bana rehberlik etmesi için sıklıkla hasta tercihlerini ve mevcut araştırmaları incelemeye çalışırım.
23		Diğer hemşirelerin bakım standartlarına uymadıklarını gördüğümde, onların uygulamalarına müdahale etme konusunda kendimi yetersiz hissedirim.
27		Hasta güvenliği ile ilgili konuların yöneticilerim tarafından bir “Sistem Sorunu” olarak görüldüğünü hissediyorum.
32		Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bunu kendime saklarım.
35		Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, düzeleceğini umarım.

*Orijinal ölçek tek boyuttan oluştuğu için çıkan maddeler tablonun en sonunda listelenmiştir.

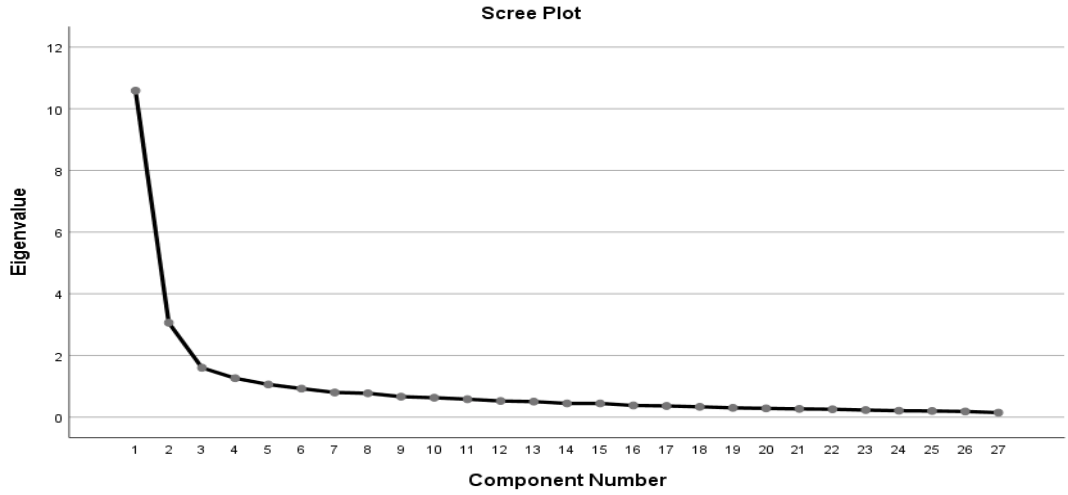
Orijinal ölçek ile uyarlanan ölçekteki maddelerin karşılaştırılması ve faktörlere göre dağılımı Tablo 4.5’ de verilmiştir. Bu tabloya göre:

1. **Kalite İyileştirme İnancı:** Bu çalışmada belirlenen faktörlerden (boyutlardan) ilki “Kalite İyileştirme İnancı” olarak adlandırılmıştır. Bu boyut, orijinal ölçeğin ilk 13 maddesinden oluşmaktadır ve hemşirelerin kalite iyileştirme süreçlerine, teknoloji entegrasyonuna, kanıta dayalı uygulamalara ve hasta merkezli bakıma yönelik kalite iyileştirme inanç ve tutumlarını yansıtmaktadır. Bu boyutun içeriği maddeler aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

- *Kalite iyileştirme süreçlerine katılım ile ilgili maddeler:* Hemşirelerin, kendi birimlerindeki bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik değişikliklere katılmaktan memnuniyet duydukları ve bu süreçlere değerli katkılar sağladıklarını belirtmektedir. Bu kapsamdaki ilgili maddeler: 1., 2., 3., 4., 6. ve 13. maddelerdir.
 - *Hasta merkezli bakım ile ilgili maddeler:* Hemşirelerin, hastaların değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına saygı gösterdiklerini, onların bakımında aktif bir ortaklık kurduklarını ve kalite iyileştirme araçlarının kullanımının iyi hasta bakımına katkı sağladığına inandıkları ifade etmektedir. Bu kapsamdaki ilgili maddeler: 5., 7. ve 8. maddelerdir.
 - *Kanıtı dayalı uygulamalar ile ilgili maddeler:* Hemşirelerin, araştırmanın kendi uygulamalarına nasıl katkı sağladığına değer verdiklerini ve yeni kanıtların uygulama standartlarına entegrasyonunu desteklemek için çalışma ortamlarını yapılandırmada rol almaları gerektiğine inandıklarını belirtmektedir. Bu kapsamdaki ilgili maddeler: 9. ve 10. maddelerdir.
 - *Teknoloji entegrasyonu ile ilgili maddeler:* Hemşirelerin, klinik karar verme, hata önleme ve hasta bakımının koordinasyonunu destekleyen teknolojilere değer verdiklerini ve bu teknolojilerin seçimine ve kullanımına aktif olarak dahil olmaları gerektiğine inandıkları belirtilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili maddeler: 11. ve 12. maddelerdir.
- 2. Ekip Çalışması ve İş Birliği:** Bu çalışmada belirlenen ikinci faktör (boyut), “Ekip Çalışması ve İş Birliği” olarak adlandırılmıştır. Bu boyut, orijinal ölçeğin 15., 16., 17., 18. ve 19. maddelerini içermektedir. Hemşirelerin sağlık hizmeti sunarken diğer sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim ve iş birliği yapma, farklı görüşlerin değerini kabul etme ve teknolojinin kullanımı ile ilgili tutum ve algılarını yansıtmaktadır. Bu boyutun içeriği maddeler aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:
- *İletişim becerileri ile ilgili madde:* Hemşirelerin, kaliteli bakım sağlamak için tüm sağlık ekibi üyeleriyle etkili bir şekilde iletişim kurabilmeleri gerektiğine inandıkları ifade edilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 15. maddedir.
 - *Farklı görüşlere saygılı olma ile ilgili madde:* Hemşirelerin, hasta bakımı hakkında kararlar alırken diğer sağlık ekibi üyelerinin görüşlerine ve uzmanlığına saygı gösterdikleri belirtilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 16. maddedir.

- *İş birliği ve en iyi uygulamalar ile ilgili madde:* Hemşirelerin, güvenli ve kaliteli bakım sağlamak için en iyi uygulamaları, hasta tercihlerini ve disiplinler arası katkıları dikkate alarak planlamaları gerektiğine inandıkları ifade edilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 17. maddedir.
 - *Güvenlik risklerinin değerlendirilmesi ile ilgili madde:* Hemşirelerin, hastalar için güvenlik risklerini değerlendirirken, hastanın ve ailesinin görüşlerini, diğer sağlık profesyonellerinden gelen bilgileri, elektronik tıbbi kayıtlardaki bilgileri ve mevcut kanıtları dikkate aldıkları belirtilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 18. maddedir.
 - *Teknoloji ve iş birliği ile ilgili maddeler:* Hemşirelerin, teknoloji ve elektronik tıbbi kayıtların kullanımının, diğer hemşireler ve sağlık profesyonelleriyle iş birliği yaparak hastalar için güvenli ve kaliteli sonuçlar elde etmelerine olanak sağladığına inandıkları ifade edilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 19. maddedir.
- 3. Kurum ve Güvenlik Kültürü:** Bu çalışmada belirlenen üçüncü boyut “Kurum ve Güvenlik Kültürü” olarak isimlendirilmiştir. Bu boyut orijinal ölçeğin 24., 25., 26., 28., 29. ve 30. maddelerini kapsamaktadır. Bu boyut, hemşirelerin çalışma ortamlarındaki liderlik, yönetim, kalite iyileştirme ve güvenlik kültürü ile ilgili tutum ve algılarına odaklanmaktadır. Bu boyutun içeriği maddeler aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:
- *Yöneticilerin bilgi sağlaması ile ilgili madde:* Hemşirelerin, yöneticilerinin kaliteyi etkileyen çalışma alışkanlıkları hakkında değerli bilgilere sahip olduğuna inandıkları ifade edilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 24. maddedir.
 - *Sorunların yeterince ele alınması ile ilgili madde:* Hemşirelerin, hasta güvenliği ve kaliteli bakımla ilgili konuların ve sorunların yöneticiler tarafından zamanında ve yeterince ele alındığına inandıkları belirtilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 25. maddedir.
 - *Kalite iyileştirme sürecine katılım ile ilgili madde:* Hemşirelerin, kalite iyileştirme sürecine önemli ölçüde dahil olduklarını hissettikleri ifade edilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 26. maddedir.

- *Hasta güvenliği raporlaması ile ilgili madde:* Hemşirelerin, hasta güvenliği tehlikeye girdiğinde bunun güvenilir bir şekilde rapor edildiğini hissettikleri belirtilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 28. maddedir.
 - *Güvenlik kültürü ile ilgili madde:* Hemşirelerin, çalıştıkları birimde bir "Güvenlik Kültürü"ne sahip olduklarını hissettikleri ifade edilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 29. maddedir.
 - *Görüşlerin dikkate alınması ile ilgili madde:* Hemşirelerin, birimlerindeki bakımın kalitesine ilişkin görüşlerini ifade ettiklerinde, dikkate alındıklarını hissettikleri belirtilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 30. maddedir.
- 4. Hata Bildirimi:** Bu boyut, orijinal ölçeğin 31., 33. ve 34. maddelerini içermektedir ve “Hata Bildirimi” olarak adlandırılmıştır. Bu boyut, hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili potansiyel riskleri ve hataları nasıl ele aldıkları, bu tür durumları nasıl rapor ettiklerini yansıtmaktadır. Hata bildiriminin hasta güvenliğinde meydana gelen hataları ve riskleri belirleme ve düzeltme sürecinde kritik bir role sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu boyutun içeriği maddeler aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:
- *Dokümantasyon ile raporlama ile ilgili madde:* Hemşirelerin, hasta güvenliğini tehlikeye atan bir risk gördüklerinde, bunu dokümantasyon yoluyla rapor ettikleri belirtilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 31. maddedir.
 - *Yöneticiye bildirme ile ilgili madde:* Hemşirelerin, hasta güvenliğini tehlikeye atan bir risk gördüklerinde, bu durumu bir yöneticiye bildirdikleri ifade edilmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 33. maddedir.
 - *Başka bir çalışana endişeyi ifade etme ile ilgili madde:* Hemşirelerin, hasta güvenliğini tehlikeye atan bir risk gördüklerinde, endişelerini başka bir çalışana ifade ettiklerini belirtmektedir. Bu kapsamdaki ilgili madde 34. maddedir.



Grafik 1: ScreePlottesti

Ölçeğin faktör sayısını belirlemek amacıyla ScreePlot testi uygulanmıştır. Elde edilen grafik, dördüncü faktörden sonra bir kırılım göstermiştir (Grafik 1).

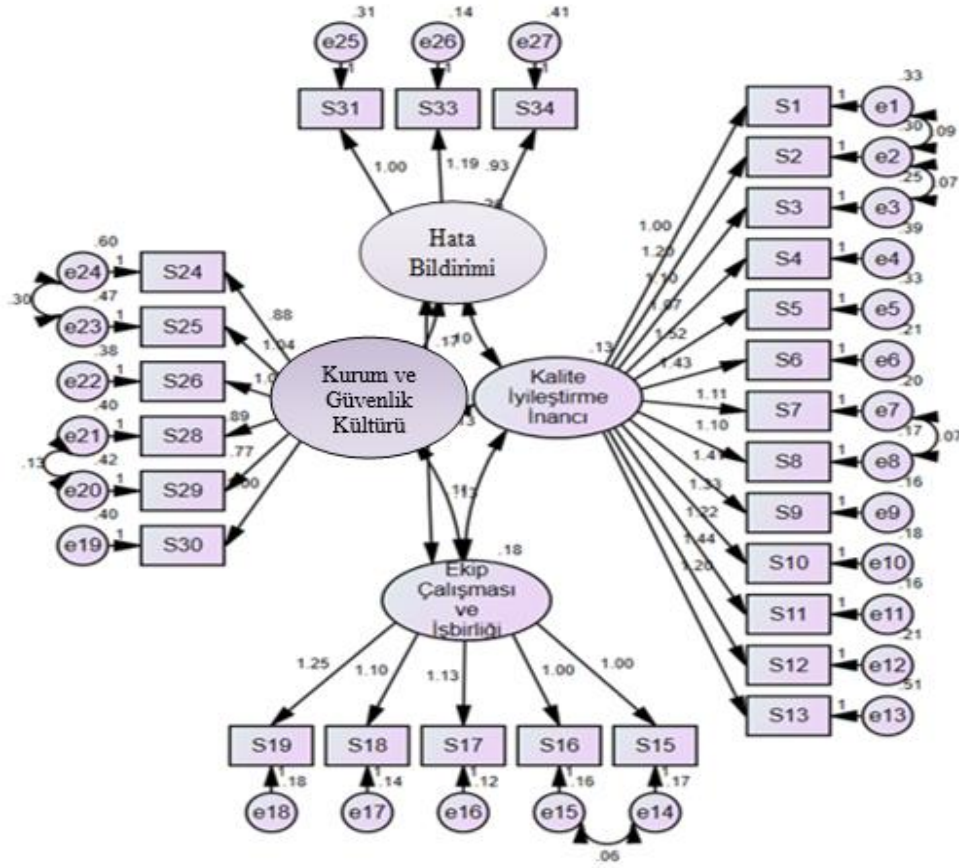
Bu kırılım noktası, ölçeğin dört boyutlu olduğunu ve dört faktörün en ideal dağılımı temsil ettiğini göstermektedir. Bunun yanı sıra, dördüncü faktörden sonrasının ek bilgi getirmediği anlaşılmaktadır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi: DFA analizinde, veri setindeki diğer 267 katılımcı üzerinde çalışılmıştır. DFA ile Türk kültüründe model uyumunun incelenmesi gerçekleştirilmiştir. Model uyum iyiliği indekslerine dayanarak DFA sonuçları değerlendirilmiştir (Tablo 4.7). Yapısal denklem modeli sonucu, $p=0,000$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu, ölçeğin 27 maddesi ve dört faktörlü yapısının modelle uyumlu olduğunu göstermektedir. Modelde gerekli düzeltmeler ve iyileştirmeler yapıldıktan sonra, modelin son hali elde edilmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği değerleri

İndeks	Mükemmel Uyum	Kabul edilebilir uyum	Modifikasyon Öncesi	Modifikasyon Sonrası
χ^2/SD	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2,668	2,037
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,079	0,062
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,067	0,059
CFI	$0,95 \leq CFI$	$0,85 \leq CFI$	0,858	0,913
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	0,801	0,851
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	0,763	0,820
IFI	$0,90 \leq IFI \leq 1,00$	$0,80 \leq IFI$	0,589	0,914
TLI	$0,90 \leq TLI$	$0,80 \leq TLI$	0,843	0,902
NI	$0,90 \leq NFI$	$0,80 \leq NFI$	0,782	0,844

İyileştirmeler sırasında, MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey çok faktörlü DFA sonuçlarına göre ölçeğin uyum iyiliği indekslerini incelendiğinde, RMSEA'nın 0,062 ile kabul edilebilir bir uyum gösterdiği ve χ^2 (Cmin/df) değerinin 2,037 ile mükemmel bir uyum sergilediği görülmüştür. Sonuç olarak, ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).



Şekil 4.2. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizine ilişkin modelin Path Diyagramı

Yapısal eşitlik modeli sonucunda elde edilen değişkenler, t değerleri, faktör yükleri, açıklanamayan varyanslar ve model uyum iyiliği değerleri, Path Diyagramında (Çapık, 2014) görsel olarak sunulmuştur. Diyagram, değişkenlerin birbiriyle olan ilişkilerini görsel bir biçimde sunmaktadır. Şekil 4.2'deki Path Diyagramı incelendiğinde, faktörler ve ilgili maddeler arasındaki faktör yüklerine dayanarak, ölçeğin dört boyut ve 27 maddeden oluştuğu bulunmuştur.

Ölçek Madde Geçerliğinin İncelenmesi: Ölçekte bulunan maddelerin ayrıştırma yeteneklerini belirlemek amacıyla, ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. Alt %27 ile üst %27'deki grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırıldı. Tablo 7'de %27'lik alt ve üst grupların madde ortalama puanları detaylı bir şekilde sunulmuştur.

Tablo 4.8. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin madde ayırt geçerlik istatistik değerleri (DFA veri seti n:267)

	r	Standardize edilmiş factor yükü	t (Alt % 27-Üst %27)**	p değeri (Alt % 27-Üst %27)
F1: Kalite İyileştirme İnancı				
Madde 1	0,538	0,536	9,180	0,000*
Madde2	0,633	0,624	15,173	0,000*
Madde3	0,640	0,624	15,340	0,000*
Madde4	0,503	0,529	13,532	0,000*
Madde5	0,666	0,698	16,816	0,000*
Madde6	0,714	0,752	16,816	0,000*
Madde7	0,646	0,669	15,312	0,000*
Madde8	0,671	0,700	13,657	0,000*
Madde9	0,738	0,793	15,962	0,000*
Madde10	0,710	0,751	16,624	0,000*
Madde11	0,708	0,747	22,841	0,000*
Madde12	0,703	0,755	16,429	0,000*
Madde13	0,456	0,523	9,263	0,000*
F2: Ekip Çalışması ve İşbirliği				
Madde15	0,709	0,852	18,329	0,000*
Madde16	0,711	0,851	18,405	0,000*
Madde17	0,740	0,844	23,437	0,000*
Madde18	0,695	0,855	19,751	0,000*
Madde19	0,698	0,856	18,101	0,000*
F3: Kurum ve Güvenlik Kültürü				
Madde24	0,625	0,596	14,294	0,000*
Madde25	0,707	0,702	14,757	0,000*
Madde26	0,617	0,738	13,291	0,000*
Madde28	0,636	0,677	13,048	0,000*
Madde29	0,585	0,615	12,308	0,000*
Madde30	0,650	0,719	13,958	0,000*
F4: Hata Bildirimi				
Madde31	0,469	0,677	13,255	0,000*
Madde33	0,711	0,850	15,413	0,000*
Madde34	0,476	0,598	12,041	0,000*

** n1 = n2 =72 r= Madde Toplam Puan Korelasyonu * p < 0,05 için anlamlı değerler.

Tablo 4.8’de, %27’lik alt ve üst grupların karşılaştırılmasında, alt ve üst grupların madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, ölçeğin belirli bir özelliği ölçme yeteneğinin ayırt edici olduğunu ifade edebilir. Ayrıca, tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,523 ile 0,850 arasında bir değere sahip olduğu ($\geq 0,30$) belirlenmiştir. Bu durum, maddelerin yapıya uygun olduğunu ve yapının doğrulandığını göstermektedir.

Yakınsak ve İraksak Geçerliğin İncelenmesi: Yakınsak geçerlik, değişkenler arası ve oluşturulan faktörle olan ilişkinin derinliği incelenirken; ıraksak geçerlik, değişkenlerin kendi dışında kalan faktörlerle olan ilişkilerinin daha az olması gerektiği anlayışına dayanmaktadır (Yaşlıoğlu, 2017).

Uyum ve ayırt edici geçerlik analizleri, bu faktörün modelden çıkarılıp çıkarılmayacağına karar vermek için kullanılabilir (Yaşlıoğlu, 2017). Bu çalışmada ölçme modelinin geçerliği hem uyum hem de ayırt edici geçerlik açısından test edilmiştir.

Uyum geçerliği, bir yapıyı oluşturan gözlemlenebilir değişkenler arasındaki ilişkinin yoğunluğunu belirtir ve bu ilişkinin yüksek olması beklenir. Uyum geçerliği için, her bir yapıdaki ortalama açıklanan varyans AVE (Average Variance Extracted) değerinin 0,5'ten büyük olması; bileşik güvenilirlik CR (Composite Reliability) değerinin ise AVE değerinden büyük olması gerekmektedir. Ayrıca, Cronbach Alfa değerinin yanı sıra, CR'nin 0,70'in üzerinde olması da ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için ek bir ampirik kanıt sunar (Yerlisu Lapa ve ark., 2020) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. AVE ve CR değeri sonuçları (DFA veri seti n:267)

Yeni Ölçek Alt Boyutları	1	2		AVE	AVE karekök	CR
Kalite İyileştirme İnancı	1,00			0,46	0,68	0,91
Kurum ve Güvenlik Kültürü	0,467**	1,00		0,58	0,76	0,87
Ekip Çalışması ve İşbirliği	0,644**	0,384**	1,00	0,46	0,68	0,83
Hata Bildirimi	0,489**	0,399**	0,497** 1,00	0,51	0,71	0,76

**p<0,01

Tablo 4.9'a göre, “Kalite İyileştirme İnancı”, “Kurum ve Güvenlik Kültürü”, “Ekip Çalışması ve İş Birliği” ve “Hata Bilidirimi” alt boyutları incelendiğinde, CR değerlerinin tümü 0,70'in üzerinde çıkmıştır. Bu sonuç, her bir alt boyutun yüksek güvenilirliği sağladığını ve beklenen kriterleri sağladığı anlaşılmıştır. Ancak, “Kurum ve Güvenlik Kültürü” ve “Hata Bildirimi” alt boyutlarının AVE değerleri 0,50'nin üzerinde bulunmuşken, “Kalite İyileştirme İnancı” ve “Ekip Çalışması ve İş Birliği” alt boyutlarının AVE değeri bu değerin altında kalmıştır. Literatürde belirtildiği gibi, CR değerinin 0,6'dan büyük olduğu durumlarda, AVE'nin 0,5'ten küçük olması kabul edilebilir bir durum olabilir. Ayrıca, AVE<0,5 durumunda eğer CR>AVE koşulu sağlanıyorsa, bu durum da benzeşim geçerliğinin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (Temel, 2022). “Kalite İyileştirme İnancı” ve “Ekip Çalışması ve İş Birliği” alt boyutları için bu koşulun sağlandığı görülmüştür.

4.3.2. Güvenirlik Analizleri

Ölçeklerde kullanılan ifadelerin birbiriyle uyumlu olup olmadığı ve aynı temayı ele alıp almadığı güvenirlik analizi ile değerlendirilir (Yaşlıoğlu, 2017). Bu çalışmada Ölçeğin güvenirliliği test etmek için iç tutarlılık ve test tekrar test yöntemleri kullanılmıştır.

İç Tutarlılık Analizinin İncelenmesi: Bu uyarlama çalışmasında, ölçeğin iç tutarlılık katsayısının belirlenmesinde Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı, iki yarıya bölme yöntemi ve madde toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir.

Cronbach Alfa (α) Katsayısı, ölçekteki ifadelerin birbirleriyle ne kadar uyumlu olduğunu ve aynı kavramı ölçüp ölçmediğini ortaya koymakta kullanılır. Yüksek bir Cronbach alfa katsayısı, ifadelerin birbirleriyle tutarlı olduğunu ve maddelerin aynı niteliği ölçtüğünü belirtir (Uzunsakal ve Yıldız, 2018). Yapı geçerliliğin Açıklayıcı ve Doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirilen ölçeğin güvenirlik analizi için her iki örneklem grubuna ait Cronbach's Alpha katsayıları ayrı ayrı hesaplanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Uyarlanan ölçeğin cronbach alfa değerleri

Ölçek ve alt boyutları	Madde sayısı	Cronbach Alfa Katsayısı (n*=252)**	(n=267)***
Kalite İyileştirme İnancı	13	0,93	0,91
Kurum ve Güvenlik Kültürü	6	0,87	0,85
Ekip Çalışması ve İş Birliği	5	0,84	0,87
Hata Bildirimi	3	0,72	0,72
Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği	27	0,93	0,92

*n= Örneklem sayısı

**= Açıklayıcı Faktör Analizi veri setinde elde edilen iç tutarlılık katsayısı

***= Doğrulayıcı Faktör Analizi veri setinde elde edilen iç tutarlılık katsayısı

Ölçeğin hem Açıklayıcı Faktör Analizi (n=252) hem de Doğrulayıcı Faktör Analizi (n=267) veri setlerinde Cronbach Alfa katsayı değerleri Tablo 4.10'da verilmiştir. Kalite iyileştirme inancı alt boyutu 13 maddeye sahip olup, Cronbach Alfa Katsayısı AFA veri setinde 0,93, DFA veri setinde ise 0,91 olarak hesaplanmıştır. Kurum ve Güvenlik Kültürü alt boyutu 6 maddeye sahipken, bu boyutun Cronbach Alfa Katsayısı AFA'da 0,87, DFA'da ise 0,85 olarak belirlenmiştir.

Ekip Çalışması ve İş Birliği alt boyutu 5 maddeye sahip olup, bu boyutun Cronbach Alfa Katsayısı AFA'da 0,84, DFA'da ise 0,87 olarak saptanmıştır. Hata Bildirimi alt boyutu 3 maddeye sahip olup, bu boyutun Cronbach Alfa Katsayısı hem AFA hem de DFA veri setlerinde 0,72 olarak bulunmuştur. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği 27 maddeye sahip olup, Cronbach Alfa Katsayısı AFA'da 0,93, DFA'da ise 0,92 olarak tespit edilmiştir.

Yarıya Bölme Metodu, ile ölçek, iki eşit parçaya bölünmüş ve her parça için ayrı ayrı Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. İlk parça;1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 25, 28, 30, 16, 18, 31, 34 maddelerinden oluşurken, bu bölümün Cronbach Alfa değeri 0,86 olarak belirlenmiştir. İkinci parça ise 2, 4, 6, 8, 10, 12, 24, 26, 29, 15, 17, 19, 33 maddelerinden oluşurken, bu bölümün Cronbach Alfa değeri 0,86 olarak belirlenmiştir. Bu durum, ölçüm aracının iç tutarlılığının yüksek olduğunu ve dolayısıyla güvenilir olduğunu göstermektedir. Yarıya bölme metodu, bir ölçüm aracının iki yarıya ayrıldığında benzer sonuçlar verip vermediğini test etmek için kullanılan bir tekniktir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Sonuç olarak, iki yarının korelasyon katsayısı 0,92; Spearman Brown katsayısı 0,95 ve Guttman katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Yarıya bölme metodu ile güvenirlik hesaplaması (n=519)

Cronbach's Alpha	Bölüm 1= 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 25, 28, 30, 16, 18, 31, 34.	0,862
	Bölüm 2= 2, 4, 6, 8, 10, 12, 24, 26, 29, 15, 17, 19, 33	0,864
İki yarı arasındaki korelasyon		0,921
Spearman-Brown katsayısı		0,959
Guttman Split-Half katsayısı		0,958

Madde Toplam Puan Güvenirliği Ölçeğin genel ve alt boyu toplam puanları ile ölçekteki her bir ifadenin korelasyonlarının incelenmesiyle gerçekleştirilen iç tutarlılık göstergesidir. Ölçekte bulunan maddelerin homojenliğini gösterir. İlişki katsayısının düşük bulunduğu maddelerin yeterince güvenilir olmadığına karar verilir (Çakmur, 2012) Tablo 4.12'deki verilere göre, 0,30'un altında olan herhangi bir madde bulunmadığı görülmüştür. Tüm maddelerin madde-toplam puan değerleri 0,332 ile 0,727 arasında değişmiştir. Madde-toplam puan korelasyonu tablosu incelendiğinde, tüm maddelerin birbiriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 4.12. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon değerleri ve cronbach alfa katsayısı

Madde No	Madde silinirse ölçeğin ortalaması	Madde silinirse ölçeğin varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam puan korelasyonu	Madde silinirse ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı
Madde 1	107,0516	134,726	,532	,931
Madde 2	107,0476	132,316	,641	,930
Madde 3	106,9841	133,665	,633	,930
Madde 4	107,1389	134,375	,502	,932
Madde 5	107,1865	132,567	,562	,931
Madde 6	107,1944	131,655	,664	,929
Madde 7	107,0357	134,680	,597	,930
Madde 8	106,9841	134,805	,659	,930
Madde 9	107,0913	133,031	,685	,929
madde10	107,1429	132,744	,696	,929
madde11	106,9881	133,247	,727	,929
madde12	107,0714	133,453	,668	,930
madde13	107,2897	131,386	,650	,929
madde24	107,7143	132,667	,463	,933
madde25	107,7381	132,338	,505	,932
madde26	107,7143	132,157	,508	,932
madde28	107,6032	132,224	,562	,931
madde29	107,4921	132,546	,529	,931
madde30	107,4921	132,410	,549	,931
madde15	106,9246	135,369	,625	,930
madde16	106,9008	136,138	,585	,931
madde17	107,0238	136,804	,503	,932
madde18	107,0873	136,231	,544	,931
madde19	107,1111	135,996	,509	,931
madde31	107,2817	133,908	,561	,931
madde33	107,1389	134,335	,593	,930
madde34	107,2381	137,433	,332	,934

Zamana Göre Değişmezliğin İncelenmesi: Çalışmada uyarlanan ölçeğin, güvenirlik bulgularının değerlendirilmesinde test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Örneklem grubundan 33 katılımcıya üç hafta arayla iki defa ölçüm gerçekleştirilmiş ve bu ölçümlerden elde edilen puanlar arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Analiz sonuçları, ölçeğin alt boyutları ve genel puanın zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur ($p>0,05$). İki ayrı ölçüm sonrasında gerçekleştirilen bağımlı örneklem t testi, ölçek geneli korelasyon katsayısının $r=0,781$ olduğunu ve ölçüm aracının ilk ve ikinci uygulama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu göstermiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin test-tekrar test yöntemi ile güvenirlik hesaplaması (n:33)

		Ort	SS	t değeri	p değeri	Korelasyon değeri ®
Kalite İyileştirme İnancı	1.ölçüm	57,78	6,20	-0,349	0,729	0,776
	2.ölçüm	58,03	5,84			
Kurum ve Güvenlik Kültürü	1.ölçüm	23,28	4,53	-1,367	0,182	0,823
	2.ölçüm	23,91	3,45			
Ekip Çalışması ve İş birliği	1.ölçüm	22,53	2,34	0,166	0,869	0,589
	2.ölçüm	22,47	2,34			
Hata Bildirimi	1.ölçüm	12,44	1,68	0,530	0,600	0,517
	2.ölçüm	12,28	1,71			
Hemşirelik Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği	1.ölçüm	116,03	12,73	-0,464	0,646	0,781
	2.ölçüm	116,69	10,88			

4.4. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Son Yapısı ve Değerlendirilmesi

Türkçeye çevrilen Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği (HKİTÖ), yürütülen analizler sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak değerlendirilebilir. Son halini 4 alt boyut ve 27 maddeyle kazanan ölçek, Kalite İyileştirme İnancı (13 madde), Kurum ve Güvenlik Kültürü (6 madde), Ekip Çalışması ve İş Birliği (5 madde), Hata Bildirimi (3 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır (Ek 9).

Tablo 4.14. Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler (n:519)

	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Kalite İyileştirme İnancı	13,00	65,00	55,37	6,48
Kurum ve Güvenlik Kültürü	8,00	30,00	22,10	4,18
Ekip Çalışması ve İş birliği	14,00	25,00	21,73	2,38
Hata Bildirimi	6,00	15,00	12,29	1,74
Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği	54,00	135,00	111,50	11,83

HKİTÖ, "Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum (5)" şeklinde beşli Likert tipi bir ölçektir. Orijinal ölçekte ters kodlanan 23. ve 32. maddeler, bu versiyona dahil edilmediği için, bu çalışmada ters kodlama gerektiren bir madde bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan, 27 ile 135 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt boyutlarına dair istatistiksel veriler Tablo 4. 14' de sunulmuştur.

5.TARTIŞMA

Sağlık sektöründe, multidisipliner çalışma tarzı ve sistemin karmaşık yapısı nedeniyle hizmet sunumu da karmaşıktır. Kalite iyileştirme, karmaşık bir sistem içerisinde sağlık kuruluşunun hizmet sunumu sırasında karşılaştığı güçlükleri kolaylaştıran bir süreç yaklaşımıdır (Zerenler ve Öğüt, 2007). Hemşireler ise bu ekibin en büyük bölümünü oluşturdukları için kaliteye yönelik tutumları ile sistemin temel amacı olan güvenlik ve memnuniyetin sağlanmasında kilit role sahiptirler.

Bu çalışma, 'Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ve bu uyarlanan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde, konuyla ilgili olarak yapılmış olan çalışmalar, elde edilen araştırma bulguları doğrultusunda ele alınacak ve tartışılacaktır.

Ölçek uyarlama bir ölçeğin hedeflenen dile olduğu gibi çevrilip kullanılması değil kapsam ve içerik bakımından bir bütün olarak ele alınıp, gerekli analizlerin yapılması sonucu hedef dil ve kültüre kazandırılmasıdır (Seçer, 2018). Bu çalışmada da ölçek uyarlama da literatürdeki ölçek uyarlama basamakları takip edilmiş olup, ilk önce özgün ölçek sahibinden uyarlama yapılabilmesi için izin alınmıştır.

Ölçeğin güvenilirliği üzerine yapılan çalışmalara geçmeden önce, hazırlık aşamasında dil ve kapsam geçerliliğini değerlendirmek önemlidir. Bu nedenle, dil geçerliliğinin analizi için çeviri-geri çeviri tekniği ve kapsam geçerliliği için Davis Tekniği gibi yaygın olarak kabul görmüş ve önerilen teknikler uygulanmıştır (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Ölçeğin hedef dili İngilizce olduğu için, çeviri-geri çeviri sürecinde hem İngilizce hem de Türkçe dilini çok iyi bilen, birbirinden bağımsız çevirmenler tarafından Türkçeye ve sonra tekrar İngilizceye çevirme işlemi yapılmış ve bu iki formun birbiriyle örtüşmesini kontrol etmek amacıyla karşılaştırmalar yapılarak Türkçe form oluşturulmuştur.

Ölçek uyarlama çalışmalarında kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesindeki temel amaç, ölçeğin tamamının ve orijinal ölçekten sonra oluşturulan ölçeğin her bir maddesinin hedef dile ne ölçüde çevrildiğini belirlemektir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamak için hemşirelik yönetimi alanında 12 akademisyenin görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşü sonrası yapılan değerlendirmelere göre Kapsam Geçerlilik İndeksi hesaplanmış ve 0,87 olarak bulunmuştur.

KGI değerinin 0.80'den büyük çıkması beklenmektedir. KGI sonuçlarına göre oluşturulan ölçeğin son hali için yzeyssel geçerlik (Face Validity) yöntemine başvurulabilir. Yzeyssel geçerlik için örneklem grubunun özelliklerini gösteren, fakat örneklem grubuna dahil edilmeyecek küçük bir gruptan anlamakta zorlandıkları maddeleri değerlendirmeleri istenip, gerekli çalışmalar tamamlandıktan sonra ölçeğin son hali oluşturulur (Ercan ve Kan, 2004). Bu aşama 32 hemşire ile gerçekleştirilmiş olup ölçek uygulanmış ve geri bildirimler doğrultusunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Kapsam geçerlilik aşaması tamamlanan ölçek, asıl örneklem grubuna uygulanacak hale getirilmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek üç aşamadan oluşur. İlk aşama, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılarak rneklemen faktör analizi için yeterli olup olmadığının test edilmesidir. Literatürde, KMO testinde ulaşılan 0,50 ve altındaki değerlerin kabul edilemez; 0,80 ve üzeri değerlerin ise önemli olarak nitelendirildiği; Bartlett testinin istatistiksel olarak anlamlılığının ise istenen durum olduğu belirtilmektedir (Hair vd., 2014; Balı ve Dönmez, 2013). Analiz sonuçlarına göre, KMO değerinin 0,91 olduğu bulunmuştur. Bu sonuçta rneklemen ve ölçek maddelerinin faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2002).

İkinci aşama, verilerin faktör analizine uygunluğunun teyit edilmesi ve Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme yöntemlerinin kullanılmasıdır. Döndürme işlemi, araştırmacının verileri daha net ve anlamlı bir şekilde yorumlamasına yardımcı olur. Eksenlerin döndürülmesi maddelerin bir faktördeki ağırlılığını artırırken, diğerlerinde azaltır. Bu, faktörlerin kendileriyle yüksek bir ilişki veren maddeleri belirlemesini kolaylaştırır, dolayısıyla faktörler daha kolay yorumlanabilir hale gelir (Büyüköztürk, 2002).

Açıklayıcı faktör analizi (AFA) sonucunda belirlenen boyutların isimlendirilmesi, özgün ölçek ve maddelerin özelliklerini dikkate alarak yapılır (Kılıçer ve Odabaşı, 2010). Uyarlama çalışmalarında yapıda meydana gelebilecek olası değişiklikler AFA yardımıyla kolaylıkla ortaya çıkar. Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesinde yapıda değişiklik olması son derece normal bir durumdur. Hatta bazı ölçeklerde bir maddenin ölçekten tamamen çıkartılması dahi söz konusu olabilir. Ayrıca tutarlı bir sonuca ulaşabilmek ve bir standart oluşturmak için ölçek uyarlama çalışmalarında öncelikle bir AFA, daha sonra farklı bir veri seti kullanarak DFA yapılması gerekmektedir (Oran, 2018).

AFA ile belirlenen faktör yapısı, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. Analiz sonucunda ölçeğin yapısının anlamlı olduğu ve uyum indekslerinin kabul edilebilir seviyede olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, AFA'da belirlenen yapının DFA ile doğrulandığı da belirtilebilir.

Güvenirlilik analizi, ölçekteki ifadelerin birbiriyle uyumlu olup olmadığını ve aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etmek için kullanılır (Ural ve Kılıç, 2006). Bu çalışmada, ölçeğin güvenirliği her iki örneklem grubu (AFA n:252 ve DFA n:267) için ayrı ayrı Cronbach's Alpha katsayısı ve test-tekrar test yöntemi (n:33) kullanılmıştır. Maddeler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek veya düşük olması tek başına bir ölçeğin güvenilir olup olmadığını belirleyemez. Maddeler arası korelasyon değeri düşük olan maddeler ölçekten çıkarılmalı ve bu maddelerin Cronbach's alpha katsayısına olan etkisi değerlendirilmelidir (Şencan, 2005). Açıklayıcı faktör analizi verileri ile yapılan analiz sonucunda, ölçeğe ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0,92; Doğrulayıcı faktör analizi verileri ile yapılan analiz sonucunda ise 0,93 Cronbach's alpha katsayısı olarak hesaplanmıştır. Her iki veri setinde ölçeğin iç tutarlık katsayısının yüksek olduğunu saptanmıştır.

Ölçek uyarlamalarında, ölçeğin zaman içerisinde sabit kaldığının kontrol edilmesi önerilir. Bu çalışmada, zamana karşı değişmezlik testi, en yaygın yöntemlerden biri olan test-tekrar test yöntemi ile yapılmıştır (Karakoç ve Dönmez, 2014). İki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) ve bu sonuçta ölçümün zaman içerisinde değişmediğini göstermektedir.

Ayrıca analiz sonucunda Kalite İyileştirme İnancı için $r:0,77$, Kurum ve Güvenlik Kültürü alt boyutu için $r:0,82$, Ekip Çalışması ve İş birliği alt boyutu için $r:0,58$, Hata Bildirimi boyutu için $r:0,51$ ve Hemşirelikte Kalite İyileştirme Ölçeği için $r:0,78$ değerleri bulunmuştur. Bu değerler güçlü korelasyon katsayıları olmakla birlikte bu sayıların pozitif ve 1'e yakın olması da ölçeğin kararlı olduğunu ve zamanla değişmez olduğunu göstergesidir (Green ve ark.,2000; Barutçu Yıldırım ve ark., 2023).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Orjinal ölçekte 35 madde ve tek boyut bulunmasına karşın, uyarlama çalışması sırasında gerçekleştirilen analizler neticesinde 27 maddenin kendi içerisinde dört farklı boyutta faktör yükü dağılımı sergilediği belirlenmiştir. Diğer sekiz maddede ise uygun ilişki kurulamamış ve bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır.
- AFA ve DFA sonucunda dört faktör bulunmuştur. Bunlar faktör 1: kalite geliştirme inancı, faktör 2: kurum ve güvenlik kültürü, faktör 3: ekip çalışması ve iş birliği ve faktör 4: hata bildirimi olarak adlandırılmıştır.
- Yapılan açıklayıcı faktör analizine göre dört faktörlü yapının toplam varyansın %61,15 gibi büyük bir kısmını açıklaması Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin yapı geçerliğinin uygun düzeyde olduğu göstermiştir.
- Faktör yük değerlerinin 0.30' un üzerinde çıkmıştır. Böylelikle maddelerin yapıya uygun olduğu kabul edilmiş olup tüm maddelerin faktör yük değerlerinin 0,52 ile 0,85 arasında olduğu belirlenmiştir.
- Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise, ulaşılan uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir değer aralıklarında olduğundan modelin uyumlu olduğu belirlenmiştir.
- Ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucunda, ölçeğin geneli için Cronbach's Alpha sayısı 0.92 olarak hesaplanmış; alt boyutlar için bu değerlerin 0,72-0,91 arasında olduğu belirlenmiştir.
- Sonuç olarak, “Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği”nin Türkçe formunun, hemşirelerin kalite geliştirmeye yönelik tutumlarını değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Bu sonuçlara yönelik öneriler:

- Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin dört alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar kalite iyileştirme inancı, kurum ve güvenlik kültürü, ekip çalışması ve iş birliği ve hata bildirimidir. Bu alt boyutları daha fazla anlamak ve her birinin hemşirelerin kalite iyileştirme tutumları üzerindeki etkisini değerlendirmek için daha fazla araştırma yapılması önerilebilir.
- Son olarak, bu çalışmanın sonuçları belirli bir coğrafi alanda ve belirli bir popülasyon üzerinde yapıldığı için, farklı coğrafi bölgelerde ve farklı popülasyonlarda benzer araştırmaların yapılması önerilir.

Bu, Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin genel geçerliliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmeye yardımcı olabilir.



7. KAYNAKLAR

- Abdi, Z., Delgoshaei, B., Ravaghi, H., Abbasi, M., ve Heyrani, A. (2015). The culture of patient safety in an Iran intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 23, 333– 345. doi.org/10.1111/jonm.12135
- Aggarwal A., Aeran H., Rathe M. (2019). Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*
- Akbayrak N. (1999). Kalite ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2),40
- Akın Sakarya S. (2021). Üniversite Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Yapı, İşleyiş ve Özelliklerinin Belirlenmesi ve Bir Model Önerisi. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi
- Aksayan, S. Gözümlü S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *HEMAR-G Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1),9-14.
- Alexander C., Rovinski-Wagner Christine Wagner S. Brant J O. (2021). Building a ReliableHealthCareSystem A LeanSix Sigma Quality Improvement Initiative on Patient Handoff. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(3), 195-201,DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000519
- Almanasreh, E., Moles, R., ve Chen, T. F. (2019). Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 15(2), 214–221. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066
- Avcı, K. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, (1),5
- Balı, O. ve Dönmez, B. (2023). Gerçekçi Olmayan Aile Beklentileri Ölçeği'nin Türk Kültüründe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,1-21 DOI: 10.9779/pauefd.1050082 (Erişim Tarihi:02.07.2023)
- Barutçu Yıldırım, F., Onaylı, S. veTaşkesen, N. (2023). PsychometricProperties of Self-Compassion Scale-Short Form in a Turkish Young AdultSample. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(1),23-34. DOI: 10.53629/sakaefd.1241066
- Bender M., Williams M., Cruz M.F., Robinson C. (2021). A Study Protocol To Evaluate the Implementationan Deffectiveness Of The Clinical Nurse Leader Care Model İn Improving Quality And Safety Outcomes. *Nursing Open*, 8(6), 3688-3696 doi.org/10.1002/nop2.910
- Büyüköztürk Ş. (2002). Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 32:470, 83
- Büyüköztürk, Ş. (2018). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum (24.baskı). Ankara: Pegem Yayınları.
- Cheung B.Y. (2013) Validity and Reliability. (2013). *Statistical Analysis of Human Growth and Development*, 255–278. Erişim adresi:https://doi.org/10.1201/b15979-16
- Cho M.K, Choi M.Y.,(2021). Development and effectiveness of a global health competency promotion program for Korean under graduate Nursing students, *Nursing Open* Volume 8(6), 2909-369https://doi.org/10.1002/nop2.1021

- Corten, L., Dambi, J. M., Chiwaridzo, M., Jack, H., Mlambo, T., & Jelsma, J. (2018). A systematic review of the psychometric properties of the cross-cultural translations and adaptations of the Multi dimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). *Health and quality of life outcomes*, 16(1),80 <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0912-0>
- Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. (2018). Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çavdar, N. Karcı, E. (2014). XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanmasına Dair Bibliyografik Bir Deneme.
- Çavmak, Ş. Çavmak D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1),48–57
- De Lima Barroso, B. I., Galvão, C. R. C., da Silva, L. B., & Lancman, S. (2018). A Systematic Review of Translation and Cross-Cultural Adaptation of Instruments for the Selection of Assistive Technologies. *Occupational therapy international*, 2018, 4984170. <https://doi.org/10.1155/2018/4984170>
- Dolansky, M. A., ve Moore, S. M. (2013). Quality and safety education for nurses (QSEN): The key is system thinking. Erişim adresi: [www. ebscohost.com](http://www.ebscohost.com) (Erişim Tarihi:24.05.2026)
- Dunagan P.B. (2017). The quality improvement attitude survey: Development and preliminary psychometric characteristics *Journal of Clinical Nursing* Volume 26:23-24, doi.org/10.1111/jocn.14054
- Eglseer, D., Osmancevic, S., Hoedl, M., Lohrmann, C., Bauer, S. (2021). Improving the quality of Nursing care in Austria: 10 years of success. *Journal of Nursing management*, 29(2),186–193. doi.org/10.1111/jonm.13136
- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3),211–6.
- Erefe, İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ankara: Odak Ofset
- Erişim adresi: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Fedai, R. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 2010-2032. DOI: 10.33206/mjss.519593
- Guyatt G., Cook D. (2004). Haynes Evidence based medicine has come a long way, *BMJ*, 329, 990-991, doi.org/10.1136/bmj.329.7473.990
- Gürbüz F. 2014. Toplam Kalite Yönetimi Algısının Bireysel Performansa Etkileri Üzerine Sağlık Çalışanları Uygulaması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi). Ufuk Üniversitesi

- İkiz, Y., Gülhan Y.B. (2015). Bir Devlet Hastanesi Hemşirelerinin Sağlıkta Kalite ve Kalite Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. Global Business Research Congress, (1)73
- Jonge V., Nicolaas J.S., Leerdam M., Kuipers E. (2011). Overview of the quality assurance movement in health care, Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 25,337–347, DOI: 10.1016/j.bpg.2011.05.001
- Karaca A, Durna Z (2018). Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Sağlık ve Toplum, 28(3), 16- 23.
- Karaçam, Z. (2019). Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1),28-37
- Karakoç, F. Y. Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitim Dünyası Dergisi, 40,39–49
- Katanya G., Zanini M., Hayter M., Timmins F., Dasso N., Ottonello G., Aleo G., Sasso L., Bagnosso A. (2021). Lessons from Italian front-linenurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive Journal of nursing management, 29(3):404-411 doi.org/10.1111/jonm.13194
- Kaya, A. (2021). Hemşirelikte Ortak Dil ve Sınıflandırma Sistemleri. Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 22-25
- Kılıçer K, Odabaşı HF. (2010). Bireysel yenilikçilik ölçeği (BYÖ): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 38: 150-164.
- Koç, A. (2020). Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımını Algıları ve İlişkili Faktörler. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3(2), 31-41.
- Koyuncu, İ. Kılıç, A.F. (2019). Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanımı: Bir doküman incelemesi. Eğitim ve Bilim, (44),198
- Kurşun Ş., Kanan N. (2012). Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(4),229-235.
- Kurt I. (2007). Kalite Yönetimi Uygulayan Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Kemal Üniversitesi
- Lohr, K.N. (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press, <https://www.iso.org/iso-9001>
- Lowe T., Plummer V., Paul O'Brien A., Boyd L. (2011). Açıklığa Kavuşturma Zamanı- Sağlık Hizmetlerinde İleri Uygulama Hemşirelik Rollerinin Değeri, doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05790.
- Nyongesa, V., Kathono, J., Mwaniga, S., Yator, O., Madeghe, B., Kanana, S., Amugune, B., Anyango, N., Nyamai, D., Wambua, G. N., Chorpita, B., Kohrt, B. A., Ahs, J. W., Idele, P., Carvajal, L., Kumar, M. (2022). Cultural and contextual adaptation of mental health measures in Kenya: An adolescent-centered trans cultural adaptation of measures study. PloSone, 17(12),e0277619. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277619>

- Oksay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(14),181-192.
- Oksay, A., Kılınç, M. & Sayhan, M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 19(2),455-475
- Övayolu, N. ve Bahar, A. (2006). Hemşirelik ve Kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1),104-110.
- Özbudak E, Koç Z (2021). Hemşirelik Uygulamalarında Eleştirel Düşünmenin Önemi. Sağlık ve Toplum, 31(2), 38- 48.
- Pakdil, F. (2007). Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(1),5-54
- Rutherford, M. A. (2008). Standardized Nursing language: Whatdoes it mean for Nursing practice ?. The Online Journal of Issues in Nursing. 13(1),1-9
- Say, Ş. (2020). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmeti Kalitesini Algılama Üzerine Etkisi Sosyal Bilimler Akademi Dergisi, 3(1),24-36, DOI: 10.38004/sobad.657793
- Seçer I. (2018). Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci. Ankara: Anı yayıncılık.
- Shaw I. (1997). Assessing Quality İn HealthCare Services: LessonsFromMentalHealth Nursing, Journal of Advanced Nursing (26),758-764
- Sherwood G., (2010). GuestEditorial: New views of quality and safety offer new roles for nurses and midwives Nursing&Health Sciences Volume 12(3) doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00539.x
- Spear S.J. ((2005). Fixinghealthcarefromthe inside today, Harvard Business Review, 83(9),78-91
- Şahin D. (2020). JCI Akreditasyonu ile Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kalite ve Akreditasyonuyla İlgili Kuruluşların Çalışmalarına İlişkin Araştırma. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 16-26
- Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tabachnick B.G., ve Fidell, L.S. (2013). Using multivariatestatistics (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon
- Tan M., Yuncu, S., Şentürk, Ö. ve Yıldız, Ö. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Hemşireliğe Bakış Açıları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1),22-29
- Taşkın M. (2016) Hastanelerde Gece Vardiyasında Yürütülen Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Etkinliğinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi
- Tekin M. (2004). Toplam Kalite Yönetimi, 3. Baskı, Konya.
- Teles M. (2011). Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi (Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi), Hacettepe Üniversitesi

- Temel, V. (2022). Sporda kendi kendine konuşma ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of International Anatolia SportScience*, 7(1), 11-24. <https://doi.org/10.5505/jiasscience.2022.63835>
- Top H. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanlara Etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi). Beykent Üniversitesi
- Tschannen D., Alexander C. DNP, Tovar E. G., Ghosh B., Zellefrow C., Milner K. A. (2020). Development of the Nursing Quality Improvement in Practice Tool Advancing Front line Nursing Practice. *Journal of Nursing Care Quality* 35(4), 372-379 DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000457
- Turali Y. (2021). Bir Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kalite Yönetimi Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi
- Uz H. (1995). Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Ön Koşullar ve Bu Konuda Danimarka Tecrübeleri. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY Sempozyumu, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları
- Uzunsakal E. ve Yıldız, D. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1),14-28
- Ünal Ş., (2014). İletişim Becerileri Kontrol Listesi-İ'nin (CCC-2) Türkçeye Uyarlama Çalışması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Hacettepe Üniversitesi
- Vaismoradi M., Tella S., A Logan P., Khakurel J., Vizcaya-Moreno F. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International journal of environmental research and*, 17(6),2028. doi.org/10.3390/ijerph17062028 Volume 9(2), 180-182doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.006
- White M., Wells, John S.G., Butterworth T. (2014). The impact of a large-scale quality improvement programme on work engagement: Preliminary results from a national cross-sectional-survey of the 'Productive Ward. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.002
- World Health Organization (WHO). (2017). Process of translation and adaptation of instruments.
- Yaşhoğlu MM. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46(74), 74-85.
- Yerlisu Lapa T., Serdar E., Tercan Kas E., Çakır V., Köse E., (2020). Rekresyonda Algılanan Sağlık Çıktıları Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri. *Spor bilimleri Dergisi*,31(2),83-95
- Yeşilyurt S., Çapraz, C. (2018). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam ve Geçerliği için Bir Yol Haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 25- 260
- Yıldız A. (2010). Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi

- Yıldız M. S. (2018). Sağlıkta Kalite Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Değerlendirilmesi: Türkiye ve Suudi Arabistan Hastaneleri Kalite Çalışanları Arasında Karşılaştırma. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(2),188-200 Erişim Tarihi: <https://doi.org/10.17681/hsp.365273> (Erişim Tarihi: 05.06.2023)
- Yurdagül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Denizli
- Yurdugül H. Faktör Analizinde KMO ve Barlett Testi Neyi Ölçer? <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Kuresellik.pdf> Erişim Tarihi: 30.04.2023
- Yücel M. (2013). Toplam Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi ile Ölçümü: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 12(44),82-106
- Zerenler M. ve Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesine Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (18), 501-519

8. EKLER

EK1: Quality Improvement Nursing Attitude Scale (Original Formu)

Quality Improvement Nursing Attitude Scale	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
1. I value my own contributions to positive quality outcomes of care in local care settings.					
2. I enjoy being a part of change on my unit to improve quality of care					
3. I believe I have value in the institutional efforts to improve care.					
4. I believe that consistent deviation from standards of care negatively affects the quality of care.					
5. I believe good patient care is dependent on the use of tools which measure quality improvement.					
6. I believe that continuous quality improvement is an essential part of the Daily work of the bedside nurse.					
7. I value active partnership with patients in planning, implementation, and evaluation of care.					
8. I respect and encourage individual expression of patient values, preferences, and expressed needs in the care of my patients.					
9. I value how research contributes to my practice by providing evidence for best practice.					
10. I believe I should participate in structuring the work environment to facilitate integration of new evidence into standards of practice.					
11. I value Technologies that support clinical decision-making, error prevention, and care coordination.					
12. I believe I should be involved in the design, selection, and use of information technologies to support patient care.					
13. I believe I have a role in analyzing unsafe practices, errors, and designing system improvements.					
14. I believe quality outcomes are dependent on the following: my personal acceptance of patient contributions to care, accurate use of electronic medical records, nursing research, and on going collaboration with team members.					
15. I believe I should be able to effectively communicate with all members of the healthcare team in order to provide quality care.					
16. I respect other health care team member's perspectives and expertise in making decisions about patient care					
17. When I plan care for my patient, I believe best practice, patient preferences, and inter disciplinary contributions are essential to safe quality care.					
18. When evaluating safety risks for my patient, I consider ALL of the following: the input from the patient, family members, other health care professionals, documented information in the electronic medical record, and current evidence.					

Quality Improvement Nursing Attitude Scale	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
19. I believe technology and use of the electronic medical record provides me the opportunity to collaborate with other nurses and health care professionals in order to achieve safe quality outcomes for my patients.					
20. When I see a risk for compromised safety of my patient, I immediately consider if this is a system-wide problem.					
21. I believe nurses should not deviate from best practice in order to save time or work effort.					
22. I often seek to examine patient preferences and current research to guide me in my efforts to reduce patient harm or enhance quality outcomes.					
23. When I see other nurses deviating from the standard of care, I feel powerless to influence their practice					
24. I believe that my managers value information about the work habits that affect the quality of care in my unit.					
25. I believe that issues and problems involving patient safety and quality care are adequately addressed by my unit manager or other leader in a timely manner.					
26. I feel that I am involved in a process of quality improvement in important ways.					
27. I feel that issues with patient safety are seen as a 'system problem' by my managers.					
28. When patient safety is compromised, I feel that it is reliably reported.					
29. I feel that we have a 'culture of safety' in my unit.					
30. I feel that my voice is heard when I Express my views about the quality of care in my unit.					
31. When I see a risk for compromised safety, I report it by documentation.					
32. When I see a risk for compromised safety, I keep it to myself.					
33. When I see a risk for compromised safety, I tell a supervisor.					
34. When I see a risk for compromised safety, I Express concern to another employee.					
35. When I see a risk for compromised safety, I hope it will get better.					

EK 2: Uzman Görüşü Formu

Sıra No	Ölçek Maddeleri	Çok Uygun	Uygun, ancak Ufak Değişiklik Gerekliyor	İfadenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekli	Uygun Değil
	Quality Improvement Nursing Attitude Scale				
	Hemşirelikte Kalite Geliştirme Tutum Ölçeği				
	Öneriniz:				
1	I value my own contributions to positive quality outcomes of care in local care settings. Yerel bakım ortamlarının kaliteli sonuçlar vermesinde kendi katkılarima değer veririm.				
	Öneriniz:				
2	I enjoy being a part of a change in my unit to improve the quality of care Bakım kalitesini artırmak için birimimdeki değişimin bir parçası olmaktan keyif alıyorum				
	Öneriniz:				
3	I believe I have value in the institutional efforts to improve care.. Bakımı iyileştirmeye yönelik kurumsal çabalara değer verdiğimi düşünüyorum.				
	Öneriniz:				
4	I believe that consistent deviation from standards of care negatively affects the quality of care. Bakım standartlarından sapmanın bakım kalitesini olumsuz etkilediğini düşünüyorum.				
	Öneriniz:				
5	I believe good patient care is dependent on the use of tools which measure quality improvement. İyi hasta bakımının, kalite iyileştirmesini ölçen araçların kullanımına bağlı olduğuna inanıyorum.				
	Öneriniz:				
6	I believe that continuous quality improvement is an essential part of the daily work of the bedside nurse. Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin yatak başı hemşirelerinin günlük çalışmalarının önemli bir parçası olduğunu düşünüyorum.				
	Öneriniz:				

Sıra No	Ölçek Maddeleri	Çok Uygun	Uygun, ancak Ufak Değişiklik Gerektiriyor	İfadenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerektiriyor	Uygun Değil
7	I value active partnership with patients in planning, implementation, and evaluation of care. Hastalarla iş birliği içinde aktif olarak yapılan planlama, uygulama ve değerlendirmeye değer veriyorum. Öneriniz:				
8	8. I respect and encourage individual expression of patient values, preferences, and expressed needs in the care of my patients. Hasta bakımı sürecinde hastaların, değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını bireysel olarak ifade etmelerine saygı duyuyorum ve onları bunun için teşvik ediyorum. Öneriniz:				
9	I value how research contributes to my practice by providing evidence for best practice. En iyi uygulamalar için kanıt sağlayan araştırmaların benim uygulamalarıma katkıda bulunmasına değer veriyorum. Öneriniz:				
10	I believe I should participate in structuring the work environment to facilitate integration of new evidence into standards of practice. Yeni kanıtların uygulama standartlarına entegrasyonunu kolaylaştırmak için çalışma ortamının yapılandırılmasına katılım göstermem gerektiğini düşünüyorum. Öneriniz:				
11	I value technologies that support clinical decision-making, error prevention, and care coordination. Klinik karar verme, hata önleme ve bakım koordinasyonu süreçlerini destekleyen teknolojilere değer veriyorum. Öneriniz:				
12	I believe I should be involved in the design, selection, and use of information technologies to support patient care. Hasta bakımını desteklemek için bilgi teknolojilerinin tasarımı, seçimi ve kullanımında yer almam gerektiğini düşünüyorum. Öneriniz:				
13	I believe I have a role in analyzing unsafe practices, errors, and designing system improvements. Güvenli olmayan uygulamaları ve hataları analiz etmede ve sistem iyileştirmelerini tasarlamada rol oynadığımı düşünüyorum. Öneriniz:				

Sıra No	Ölçek Maddeleri	Çok Uygun	Uygun, ancak Ufak Değişiklik Gerekliyor	İfadenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekli	Uygun Değil
14	I believe quality outcomes are dependent on the following: my personal acceptance of patient contributions to care, accurate use of electronic medical records, nursing research, and on going collaboration with team members. Kalite çıktılarının aşağıdakilere bağlı olduğunu düşünüyorum: Hastaların bakıma katkıda bulunduğuna dair kişisel kabulüm, elektronik tıbbi kayıtların ve hemşirelik araştırmalarının doğru kullanımı ve ekip üyeleriyle devam eden iş birliği Öneriniz:				
15	I believe I should be able to effectively communicate with all members of the healthcare team in order to provide quality care. Kaliteli bakım sunmak için sağlık ekibinin tüm üyeleriyle etkili bir şekilde iletişim kurabilmem gerektiğini düşünüyorum. Öneriniz:				
16	I respect other health care team member's perspectives and expertise in making decisions about patient care Hasta bakımıyla ilgili kararlar alırken diğer sağlık ekibi üyelerinin bakış açılarına ve uzmanlıklarına saygı duyuyorum. Öneriniz:				
17	When I plan care for my patient, I believe best practice, patient preferences, and inter disciplinary contributions are essential to safe quality care. Hastam için bakım planladığımda, en iyi uygulamaların, hasta tercihlerinin ve disiplinler arası katkıların güvenli ve kaliteli bakım için gerekli olduğunu düşünüyorum. Öneriniz:				
18	When evaluating safety risks for my patient, I consider ALL of the following: the input from the patient, family members, other health care professionals, documented information in the electronic medical record, and current evidence. Hastam için güvenlik risklerini değerlendirirken, şunların tümünü dikkate alırım: hastadan, aile üyelerinden, diğer sağlık profesyonellerinden gelen tavsiyeler, elektronik tıbbi kayıta belgelenmiş bilgiler ve mevcut kanıtlar. Öneriniz:				
19	I believe technology and use of the electronic medical record provides me the opportunity to collaborate with other nurses and health care professionals in order to achieve safe quality outcomes for my patients. Teknolojinin ve elektronik tıbbi kayıt kullanımının, hastalarım için güvenli ve kaliteli sonuçlar elde etmeye yönelik, diğer hemşireler ve sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapabilmem adına bana fırsat sağladığına inanıyorum. Öneriniz:				

Sıra No	Ölçek Maddeleri	Çok Uygun	Uygun, ancak Ufak Değişiklik Gerekli	İfadenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekli	Uygun Değil
20	When I see a risk for compromised safety of my patient, I immediately consider if this is a system-wide problem. Hastamın güvenliğini tehlikeye atacak bir risk fark ettiğimde, bunun sistemin geneline dair bir sorun olup olmadığına bakarım. Öneriniz:				
21	I believe nurses should not deviate from best practice in order to save time or work effort. Hemşirelerin zamandan veya iş gücünden tasarruf etmek için en iyi uygulamalardan sapmaması gerektiğine inanıyorum. Öneriniz:				
22	I often seek to examine patient preferences and current research to guide me in my efforts to reduce patient harm or enhance quality outcomes. Kalite sonuçlarını geliştirmek veya hasta zararını azaltma çabalarımda bana rehberlik etmesi için sıklıkla hasta tercihlerini ve mevcut araştırmaları incelemeye çalışırım. Öneriniz:				
23	When I see other nurses deviating from the standard of care, I feel powerless to influence their practice Başka hemşirelerin bakım standartlarından saptıklarını gördüğümde, onların uygulamalarını etkilemek konusunda yetersiz hissederim. Öneriniz:				
24	I believe that my managers value information about the work habits that affect the quality of care in my unit. Yöneticilerimin, birimimdeki bakımın kalitesini etkileyen çalışma alışkanlıkları hakkındaki bilgilere değer verdiğine inanıyorum. Öneriniz:				
25	I believe that issues and problems involving patient safety and quality care are adequately addressed by my unit manager or other leader in a timely manner. Hasta güvenliği ve kaliteli bakımla ilgili konuların ve sorunların birim yöneticim veya diğer liderler tarafından zamanında ve yeterince ele alındığını düşünüyorum. Öneriniz:				
26	I feel that I am involved in a process of quality improvement in important ways Kalite iyileştirme sürecine önemli ölçüde dahil olduğumu düşünüyorum Öneriniz:				
27	I feel that issues with patient safety are seen as a 'system problem' by my managers. Hasta güvenliğine dair konuların yöneticilerim tarafımdan sistem problemi olarak görüldüğünü düşünüyorum. Öneriniz:				

Sıra No	Ölçek Maddeleri	Çok Uygun	Uygun, ancak Ufak Değişiklik Gerekiyor	İfadenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekli	Uygun Değil
28	When patient safety is compromised, I feel that it is reliably reported. Hasta güvenliği tehlikeye girdiğinde, bunun güvenilir bir şekilde rapor edildiğini hissediyorum. Öneriniz:				
29	I feel that we have a 'culture of safety' in my unit. Birimimde "güvenlik kültürünün" olduğunu düşünüyorum. Öneriniz:				
30	I feel that my voice is heard when I Express my views about my unit's quality of care. Birimimde, bakım iyileştirmesine yönelik fikirlerimi ifade ettiğimde, sesimin duyulduğunu/ dikkate alındığını düşünüyorum. Öneriniz:				
31	When I see a risk for compromised safety, I report it by documentation. Bir güvenlik ihlali riski gördüğümde bunu belgeleyerek raporluyorum. Öneriniz:				
32	When I see a risk for compromised safety, I keep it to myself. Güvenlikten ödün verilmesine sebep olabilecek bir risk gördüğümde, bunu kendime saklarım. Öneriniz:				
33	When I see a risk for compromised safety, I tell a supervisor. Güvenlikten ödün verilmesine sebep olabilecek bir risk gördüğümde, bir amire durumu belirtirim. Öneriniz:				
34	When I see a risk for compromised safety, I express concern to another employee. Güvenlikten ödün verilmesine ilişkin bir risk gördüğümde, endişemi başka bir çalışana bildiririm Öneriniz:				
35	When I see a risk for compromised safety, I hope it will get better. Bir güvenlik ihlali riski gördüğümde onun düzeleceğini umuyorum. Öneriniz:				

EK 3: Uzman Kişi İsim Listesi

Adı Soyadı	Çalıştığı Kurum
Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ	Bandırma Onyedı Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KARADAŞ	Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Feride EŞKİN BACAKSIZ	İstanbul Üniversitesi
Öğr. Dr. Havva GÖKDERE ÇINAR	Uludağ Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nurcan BİLGİN	Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Seher BAŞARAN AÇIL	Hacettepe Üniversitesi
Arş. Gör. Bahar KULEYİN	Bandırma Onyedı Eylül Üniversitesi
Arş. Gör. Duygu GÜL	İstanbul Üniversitesi
Arş. Gör. Öznur GÜVENDİ ORUÇ	İstanbul Üniversitesi
Arş. Gör. Veysel Karani BARIŞ	Dokuz Eylül Üniversitesi

*Sıralama unvan ve alfabetik sıralamaya göre yapılmıştır.

EK 4: Ölçek İzin Maili

← RE: About;Quality Improvement Nursing Attitude Scale (QINAS)

Kime: Siz



QINAScale 35 items.pdf
684 KB



Instructions for Scoring t...
14 KB



2 ek (699 KB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Hello,

I would like to share the scale with you and its scoring details. You have permission to use it and translate it into Turkish. I only request that you send me the reliability and validity data when you receive it.

Thank you,



Pam Dunagan, PhD, RN
Director and Associate Professor
Division of Nursing

EK 5: Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişİmsel Olmayan Araştİrmalar Etik Kurul İzni

EK 2: Etik Kurul Onay Raporu

Tarih ve Sayısı: 24.03.2022-77

**T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÖL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAğLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI**

GÜNDEM: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ 'ın 2022-22 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 11.03.2022 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2022-3 sayılı toplantısında Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ danışmanlığında Özlem GÜR tarafından yürütölmesi planlanan 2022-22 başvuru sayılı " Hemşirelikte Kalite Geliştirme Tutum Ölçeği' nin Türkçeye Uyarlanması ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi" konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Toplam 1 sayıfadan oluşan bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. maddesi uyarınca güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

e-imzalıdır

**Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Kurul Başkanı**

Üyeler

Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA

Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN

Dr. Öğr. Üyesi Ekrem SEVİM

Dr. Öğr. Üyesi Cennet GÖLOğLU DEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Burçin AKÇAY

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin KUNDURACI

EK 5: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzni

Etik Kurul Tarih ve Sayısı: 10.07.2023-455



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Dr. Öğr. Üye. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ'ın 2023/17 numaralı dilekçesinin görüşülmesi

KARAR: Etik Kurulunun 21.06.2023 tarihinde saat 14:00'te yapılan 2023-6 sayılı toplantısında, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ sorumluluğunda Özlem GÜR tarafından yürütülen ve etik kurulunuz tarafından 2022/22 başvuru numarası ile daha önce etik açıdan uygun bulunan "Hemşirelikte Kalite Geliştirme Tutum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasının başlığının sorumlu araştırmacının 2023/17 numaralı dilekçesinde belirtilen gerçeklerle " Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği'nin Psiko-lingüistik ve Psiko-metrik Özelliklerinin İncelenmesi" şeklinde değiştirilmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

* Etik Kurul Üyesi Doç. Dr. Cennet GÖLOĞLU DEMİR toplantıya katılmamıştır.

	Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ Koruyucu Başkan	
Doç. Dr. Yücel Arzu ABA	Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN	Doç. Dr. Cennet GÖLOĞLU DEMİR
Dr. Öğr. Üyesi Bançın AKÇAY	Dr. Öğr. Üyesi Ekrem SEVİM	Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ERGÜL

Fax Kodu : 0792

Akdeniz Yem. Mühürü Yolu, Akdeniz Yem. Mühürü Yolu, Akdeniz Yem. Mühürü Yolu
No: 71 Bandırma/BAĞLAKÖY
T: 0266 711 7011 F: 0266 711 7000
e: Post@bandirmaon.edu.tr
Kısa Adres: bandirmaon.edu.tr/bandirmaon.edu.tr

Belge Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/cbs/cK-5658&cD=BSC45S2ETZ&cS=455>



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması: <https://turkiye.gov.tr/cbs/cK-5658&cD=BSC45S2ETZ&cS=455> adresinden yapılabilir.

EK 6: Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları İzin Formu



T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-35766460-605.01
Konu : Araştırma İzni
(Özlem GÜR)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 20/04/2022 tarihli ve 66501263-47108 sayılı yazısı.

Müdürlüğümüze bağlı Fatsa Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan ve Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesinde Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans öğrencisi olan Özlem GÜR'ün "*Hemşirelik Kalite Geliştirme Tutum Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*" konulu çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuştur. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
İl Sağlık Müdürü V.

Ek:

- 1- Komisyon Kararı (1 Sayfa)
- 2- İş Birliği Protokolü (1 Sayfa)

Dağıtım:

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Rektörlüğü
Ordu Fatsa Devlet Hastanesi
Ordu Devlet Hastanesi
Ordu Ünye Devlet Hastanesi
Ordu Eğitim Araştırma Hastanesi

EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma “Hemşirelikte Kalite Geliştirme Tutum Ölçeği”nin Türkçeye Uyarlanması ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bir yüksek lisans tez araştırmasıdır. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizden soruları yanıtlamanız istenmekte olup, çalışmaya katılımınız sizin açısından riskli bir durum oluşturmamaktadır. Size kimliğinizi açığa çıkaracak sorular sorulmayıp, demografik özelliklerinizle ilgili bilgi toplamayı amaçlayan bir kişisel bilgi formu ile Hemşirelik Kalite Geliştirme Tutumu ile ilgili sorular içeren anket sorularını yanıtlamanız istenmektedir. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak olup sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katıldıktan sonra istediğiniz aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Aynı zamanda eksik verilen cevaplar nedeniyle araştırmacılar tarafından çalışma kapsamına dahil edilmeyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya ait soruları cevaplamamız ortalama 5 dakika süreceği düşünülmektedir. Bu formu onaylamanız çalışmaya gönüllü olarak katılım sağladığınız anlamına gelmektedir. Araştırma için etik kurul izni Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan, Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu ve Kurumunuz Yönetiminden çalışma izni alınmış olup, talebiniz halinde gösterilebilir.

Desteginiz ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Çiçek KORKMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Özlem GÜR
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı- Soyadı: Özlem GÜR

İmzası:

EK 8: Veri Toplama Aracı

BÖLÜM 1: Kişisel Bilgi Formu

1. Çalıştığınız Kurumu Belirtiniz:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Yaşınız:.....

4. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

5. Eğitim durumunuz:

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü () Diğer.....

6. Hastanedeki Göreviniz:

() Klinik/birim hemşiresi () Sorumlu hemşire

() Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü /Müdür Yardımcısı () Diğer.....

7. Çalıştığınız birim:.....

8. Meslekte Toplam Çalışma Süreniz:...

9. Kurumda Toplam Çalışma Süreniz:.....

10. Kalite ile ilgili bir eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır () Hatırlamıyorum

11. Kurumunuzun kalite faaliyetleri hakkında bilgi sahibi misiniz

() Evet () Kısmen () Hayır

12.Çalıştığınız kurumda yürütülen kalite çalışmaları hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() ISO standardizasyon çalışmaları

() JCI akreditasyon

() TÜRKAK

() Kalite Standartları-Hastane

() Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları

() Diğer.....

13. Bölüm kalite çalışmalarına gönüllük esasına dayalı olarak katılıyor musunuz?

() Her zaman () Sık sık () Ara sıra () Hiçbir zaman

BÖLÜM 2: Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği

Sıra No	Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği Yönerge: Aşağıda hemşirelerin kalite iyileştirme tutum düzeylerini belirleyecek 35 madde bulunmaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derecede uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki maddeleri dikkate alarak uygun olanı işaretleyiniz.	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Birimimde kaliteli sonuçlara ulaşmak için kendi katkılarıma değer veririm.					
2	Bakım kalitesini iyileştirmek için birimimdeki değişimin bir parçası olmaktan keyif alırım.					
3	Bakımı iyileştirmeye yönelik kurumsal çabalara değer verdiğime inanırım.					
4	Bakım standartlarından sapmanın bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediğine inanırım					
5	İyi bir hasta bakımının, kalite iyileştirme araçlarının kullanımına bağlı olduğuna inanıyorum					
6	Sürekli kalite iyileştirme faaliyetlerinin birim/klinik hemşirelerinin günlük çalışmalarının önemli bir parçası olduğuna inanırım.					
7	Bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hastalar ile aktif iş birliği yapılmasına değer veririm.					
8	Hastalarımın bakımında hasta değerlerinin, tercihlerinin ve belirtilen ihtiyaçların bireysel olarak ifade edilmesine saygı duyarım ve teşvik ederim.					
9	Kaliteli bakım uygulamaları için kanıt sağlayan araştırmaların uygulamalarıma katkı sağlamasına değer veririm.					
10	Uygulama standartlarına yeni kanıtların eklenmesini kolaylaştırmak için çalışma ortamının yapılandırılmasına katılmam gerektiğine inanırım.					
11	Klinik karar verme, hata önleme ve bakım koordinasyonu süreçlerini destekleyen teknolojilere değer veririm.					
12	Hasta bakımını desteklemek için bilgi teknolojilerinin tasarımına, seçimine ve kullanımına katılmam gerektiğine inanırım.					
13	Güvenli olmayan uygulamaları ve hataları analiz etmede, sistem iyileştirmelerini planlamada bir rolüm olduğuna inanırım.					
14	Kalite çıktıların; hastaların bakımına katkıda bulunmasına, elektronik tıbbi kayıtların ve hemşirelik araştırmalarının doğru kullanımına ve ekip üyeleriyle sürekli iş birliğine bağlı olduğuna inanırım.					
15	Kaliteli bakımı etkin bir şekilde sunmak için tüm sağlık ekibi üyeleriyle iletişim kurabilmem gerektiğine inanırım.					
16	Hasta bakımıyla ilgili kararlar alırken diğer sağlık ekibi üyelerinin bakış açılarına ve uzmanlıklarına saygı duyarım.					
17	Hastam için bakım planladığımda, en iyi uygulamaların, hasta tercihlerinin ve disiplinler arası katkıların güvenli kaliteli bakım için gerekli olduğuna inanırım.					

Sıra No	Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği Devamı	Tamamen	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
18	Hastam için güvenlik risklerini değerlendirirken hastadan, aile üyelerinden, diğer sağlık profesyonellerinden gelen önerileri, elektronik tıbbi kayıta belgelenmiş bilgileri ve mevcut kanıtları dikkate alırım.					
19	Teknolojinin ve elektronik tıbbi kayıt kullanımının, hastalarım için güvenli kaliteli sonuçlar elde etmede, diğer hemşireler ve sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapma fırsatı sağladığına inanırım					
20	Hastamın güvenliğini tehlikeye atacak bir risk fark ettiğimde, bunun sistemden kaynaklı bir sorun olup olmadığını düşünürüm.					
21	Hemşirelerin zamandan veya iş gücünden tasarruf etmek için en iyi uygulamaların dışına çıkmaması gerektiğine inanırım.					
22	Hastaya verilen zararı azaltma veya kalite sonuçlarını iyileştirme çabalarımda bana rehberlik etmesi için sıklıkla hasta tercihlerini ve mevcut araştırmaları incelemeye çalışırım.					
23	Diğer hemşirelerin bakım standartlarına uymadıklarını gördüğümde, onların uygulamalarına müdahale etme konusunda kendimi yetersiz hissedirim.					
24	Yöneticilerimin, birimimdeki bakımın kalitesini etkileyen çalışma alışkanlıkları hakkında değerli bilgilere sahip olduğuna inanırım.					
25	Hasta güvenliği ve kaliteli bakımla ilgili konuların ve sorunların kurumdaki yöneticiler tarafından zamanında yeterince ele alındığına inanırım.					
26	Kalite iyileştirme sürecine önemli ölçüde dahil olduğumu hissediyorum.					
27	Hasta güvenliği ile ilgili konuların yöneticilerim tarafından bir “Sistem Sorunu” olarak görüldüğünü hissediyorum.					
28	Hasta güvenliği tehlikeye girdiğinde, bunun güvenilir bir şekilde rapor edildiğini hissediyorum.					
29	Birimimde bir “Güvenlik Kültürü”ne sahip olduğumuzu hissediyorum.					
30	Birimimdeki bakımın kalitesine ilişkin görüşlerimi ifade ettiğimde, dikkate alındığımı hissediyorum.					
31	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bunu belgeleyerek raporlarım.					
32	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bunu kendime saklarım.					
33	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bir yöneticiye bildiririm.					
34	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, endişemi başka bir çalışana bildiririm.					
35	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, düzeleceğini umarım.					

EK:9 Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği (Türkçe Versiyonu)

Sıra No	Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği	Tamamen Katlıyorum	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	Yönerge: Aşağıda hemşirelerin kalite iyileştirme tutum düzeylerini belirleyecek 27 madde bulunmaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derecede uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki maddeleri dikkate alarak uygun olanı işaretleyiniz.					
	Kalite iyileştirme inancı					
1	Birimimde kaliteli sonuçlara ulaşmak için kendi katkılarıma değer veririm.					
2	Bakım kalitesini iyileştirmek için birimimdeki değişimin bir parçası olmaktan keyif alırım.					
3	Bakımı iyileştirmeye yönelik kurumsal çabalara değer verdiğime inanırım.					
4	Bakım standartlarından sapmanın bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediğine inanırım					
5	İyi bir hasta bakımının, kalite iyileştirme araçlarının kullanımına bağlı olduğuna inanıyorum					
6	Sürekli kalite iyileştirme faaliyetlerinin birim/klinik hemşirelerinin günlük çalışmalarının önemli bir parçası olduğuna inanırım.					
7	Bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hastalar ile aktif iş birliği yapılmasına değer veririm.					
8	Hastalarımın bakımında hasta değerlerinin, tercihlerinin ve belirtilen ihtiyaçların bireysel olarak ifade edilmesine saygı duyarım ve teşvik ederim.					
9	Kaliteli bakım uygulamaları için kanıt sağlayan araştırmaların uygulamalarıma katkı sağlamasına değer veririm.					
10	Uygulama standartlarına yeni kanıtların eklenmesini kolaylaştırmak için çalışma ortamının yapılandırılmasına katılmam gerektiğine inanırım.					
11	Klinik karar verme, hata önleme ve bakım koordinasyonu süreçlerini destekleyen teknolojilere değer veririm..					
12	Hasta bakımını desteklemek için bilgi teknolojilerinin tasarımına, seçimine ve kullanımına katılmam gerektiğine inanırım.					
13	Güvenli olmayan uygulamaları ve hataları analiz etmede, sistem iyileştirmelerini planlamada bir rolüm olduğuna inanırım.					
	Ekip Çalışması ve İş Birliği					
14	Kaliteli bakımı etkin bir şekilde sunmak için tüm sağlık ekibi üyeleriyle iletişim kurabilmem gerektiğine inanırım.					
15	Hasta bakımıyla ilgili kararlar alırken diğer sağlık ekibi üyelerinin bakış açlarına ve uzmanlıklarına saygı duyarım.					
16	Hastam için bakım planladığımda, en iyi uygulamaların, hasta tercihlerinin ve disiplinler arası katkıların güvenli kaliteli bakım için gerekli olduğuna inanırım.					
17	Hastam için güvenlik risklerini değerlendirirken hastadan, aile üyelerinden, diğer sağlık profesyonellerinden gelen önerileri, elektronik tıbbi kayıta belgelenmiş bilgileri ve mevcut kanıtları dikkate alırım.					

Sıra No	Hemşirelikte Kalite İyileştirme Tutum Ölçeği Devamı	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
18	Teknolojinin ve elektronik tıbbi kayıt kullanımının, hastalarım için güvenli kaliteli sonuçlar elde etmede, diğer hemşireler ve sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapma fırsatı sağladığına inanırım					
Kurum ve Güvenlik Kültürü						
19	Yöneticilerimin, birimimdeki bakımın kalitesini etkileyen çalışma alışkanlıkları hakkında değerli bilgilere sahip olduğuna inanırım.					
20	Hasta güvenliği ve kaliteli bakımla ilgili konuların ve sorunların kurumdaki yöneticiler tarafından zamanında yeterince ele alındığına inanırım.					
21	Kalite iyileştirme sürecine önemli ölçüde dahil olduğumu hissediyorum.					
22	Hasta güvenliği tehlikeye girdiğinde, bunun güvenilir bir şekilde rapor edildiğini hissediyorum.					
23	Birimimde bir “Güvenlik Kültürü”ne sahip olduğumuzu hissediyorum.					
24	Birimimdeki bakımın kalitesine ilişkin görüşlerimi ifade ettiğimde, dikkate alındığımı hissediyorum.					
Hata Bildirimi						
25	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bunu belgeleyerek raporlarım.					
26	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, bir yöneticiye bildiririm.					
27	Güvenliği tehlikeye atan bir risk gördüğümde, endişemi başka bir çalışana bildiririm.					

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	Özlem GÜR
Medeni Hali:	Evli
Uyruğu:	TC
EĞİTİM	
Lise: Soma Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	
Lisans: - Dumlupınar Üniversitesi- Sağlık Yüksek Okulu - Anadolu Üniversitesi- Kamu Yönetimi	
Yüksek Lisans: - Dokuz Eylül Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans (Tezli) - Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans (Devam ediyor)	
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce: Orta seviye	
MESLEKİ DENEYİM	
Sağlık Bakanlığı- Hemşire (2008- Halen devam)	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
YAYINLARI	
Özlem GÜR, Vahide BAYRAKAL, Hüseyin BASKIN, Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Birimi Çalışanlarının Ramak Kala Olay ve Risk Yönetimi Algısı, VII Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, 2018	
Özlem GÜR, Vahide BAYRAKAL, Hüseyin BASKIN, Fatsa Devlet Hastanesi Ameliyathane Biriminde Risk Analizi Yöntemiyle Ramak Kala Olayların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 2019;16(3):174-82	
Özlem GÜR. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ (2022). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kalitenin Arttırılmasında Dijital Dönüşümün Yeri: Hasta Güvenliği, 7. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, İstanbul	