



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE
KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİNİN
HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

EYLEM PASLI GÜRDOĞAN

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

İSTANBUL – 2012



T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE
KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİNİN
HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

EYLEM PASLI GÜRDOĞAN

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

İSTANBUL – 2012

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Eylem PASLI GÜRDOĞAN

Tez Başlığı : “Bir Üniversite Hastanesinde Klinik Yönetişim İkliminin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi”

Sınav Yeri : M.Ü. S.B.F. Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 12.06.2012

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Kurumu

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları A.D.

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Necmiye SABUNCU

Haliç Üniversitesi Hemşirelik
Yüksekokulu

Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK

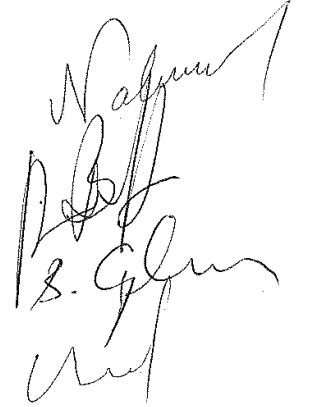
M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelikte Yönetim A.D.

Yar.Doç.Dr. Bilgi GÜLSEVEN

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları A.D

Yrd.Doç.Dr Ükke KARABACAK

Acıbadem Üniversitesi S.B.F.
Hemşirelik Bölümü



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun **28/06/2012** tarih ve **43** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Feyza ARICIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



I. BEYAN

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

Eylem PASLI GÜRDOĞAN

II. TEŞEKKÜR

Araştırma sürecine değerli fikirleriyle katkıda bulunan bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmamı destekleyen çok değerli hocam ***Prof.Dr. Necmiye SABUNCU'ya,***

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca, kişisel ve mesleki gelişimim konusunda desteğini esirgemeyen, bu çalışmanın ortaya çıkışında ve yürütülmesinde yol gösterici olan çok değerli hocam ve tez danışmanım ***Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a,***

Eğitim, çalışma yaşamım ve özel yaşamımda sürekli ilgi ve desteğini hissettiğim değerli hocam ***Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK'e,***

Değerli fikir ve görüşleriyle beni her zaman destekleyen bilgi ve deneyimlerini paylaşan sevgili hocam ***Yrd.Doç.Dr. Ükke KARABACAK'a,***

Doktora eğitimim sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam ***Yrd.Doç.Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK'a*** ve ***Hemşirelik Esasları Anabilim Dalının değerli öğretim elemanlarına,***

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde emeği geçen ***M.Ü. Hastanesindeki değerli meslektaşlarıma,***

Her zaman yanımda hissettiğim, mesleki ve özel yaşamımda beni destekleyen sevgili dostlarım ***Esin USLUSOY*** ve ***Semanur Kumral ÖZÇELİK'e,***

Her koşulda yanımda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan sevgili ***Anneme*** ve ***Babama,***

Her koşulda beni sabır ve özveriyle destekleyen sevgili eşim ***Muhammet GÜRDOĞAN'a,*** çalışmamın en zorlu zamanlarında dünyaya gelen, varlıkları ile yaşamıma anlam ve mutluluk katan sevgili ikizlerim; canım kızım ***Ekin*** ve canım oğlum ***Toprak'a*** ve onlara en az benim kadar iyi bakan sevgili ***halama,***

En içten duygularımla teşekkür ediyorum.

Eylem PASLI GÜRDOĞAN

III. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Yönetişim Kavramı	7
4.2. Klinik Yönetişim	11
4.2.1. Klinik yönetişimin bileşenleri	15
4.2.1.1. Multidisipliner ekip çalışması	15
4.2.1.2. Risk yönetimi	15
4.2.1.3. Kazalara verilen tepkiler	16
4.2.1.4. Kanıta dayalı uygulama becerileri ve uygulamalar	17
4.2.1.5. Değerlendirme	18
4.2.1.6. Sürekli mesleki gelişme	19
4.2.1.7. Örgütsel değişikliklere yaklaşım	19
4.2.1.8. Kalite geliştirme süreci	20
4.2.1.9. Örgütsel Öğrenme	21
4.3. Klinik yönetişim iklimi	24
4.4. Örgüt İklimi	24
4.4.1. Hemşirelikte örgüt iklimi	28
4.5. İş Doyumu	30

4.5.1. Kapsam teorileri	31
4.5.1.1. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi	31
4.5.1.2. Herzberg'in çift faktör teorisi	32
4.5.1.3. Clayton Alderfer'in ERG teorisi	34
4.5.1.4. McClelland'ın başarı ihtiyacı teorisi	35
4.5.1.5. Özerklik teorisi	36
4.5.2. Süreç teorileri	36
4.5.2.1. Vroom'un beklenti (ümit) teorisi	37
4.5.2.2. Skinner'in edimsel koşullandırma teorisi	38
4.5.2.3. Adams'ın hakkaniyet teorisi	38
4.5.2.4. Locke'ın amaç yönelimi teorisi	39
4.5.2.5. Deci'nin bilişsel değerlendirme teorisi	40
4.5.3. İş doyumunu etkileyen faktörler	41
4.5.3.1. İş doyumunu etkileyen bireysel özellikler	41
4.5.3.1.A. Yaş	41
4.5.3.1.B. Cinsiyet ve Medeni durum	42
4.5.3.1.C. Eğitim düzeyi ve zeka	43
4.5.3.1.D. Hiyerarşik düzey ve iş tecrübesi	43
4.5.3.1.E. Kişilik özellikleri	44
4.5.3.1.F. Kültürel ve etnik farklar	45
4.5.3.2. İş doyumunu etkileyen örgütsel ve çevresel faktörler	46
4.5.3.2.A. Ücret ve ödöl	46

4.5.3.2.B. İş ve özellikleri	46
4.5.3.2.C.Çalışma ortamı ve koşulları	47
4.5.3.2.D. Kariyer (ilerleme) olanakları	48
4.5.3.2.E. Yönetim biçimi ve yöneticilerle ilişkiler	48
4.5.3.2.F. Çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler	49
4.5.3.2.G. İş güvencesi	50
4.5.3.2.H. Örgüt kültürü ve iklimi	50
5. GEREÇ ve YÖNTEM	53
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	53
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	53
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	53
5.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	54
5.3.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri	54
5.4. Araştırma Soruları	54
5.5. Veri Toplama Araçları	54
5.5.1. Hemşire tanıtım formu	54
5.5.2. Klinik yönetim iklimi ölçeği	55
5.5.3. Minnesota doyum ölçeği	59
5.6. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği	60
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	66
5.58. Verilerin Toplanması	66
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	67

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	67
6. BULGULAR	68
6.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	68
6.2. Klinik Yönetişim İklimi'nin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular	83
6.2.1. Örneklemi Oluşturan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulgular	83
6.2.2. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	85
6.2.3. Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklere Göre Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği ile İlgili Bulgular	87
6.2.4. Klinik Yönetişim İklimi'nin Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerine Etkisi ile İlgili Bulgular	96
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	100
7.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	100
7.1.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Geçerliliği	101
7.1.1.1. Dil Geçerliliği	101
7.1.1.2. Kapsam Geçerliliği	102
7.1.2. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Güvenilirliği	103
7.2. Sosyo-demografik ve Çalışma Durumu Özelliklerine Göre Klinik Yönetişim İklimi	110

7.3. Klinik Yönetişim İklimi ile İş Doyumu İlişkisi	121
8. KAYNAKLAR	127
9. EKLER	138
10. ÖZGEÇMİŞ	155

IV. TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR

KYİÖ.....Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği

CGCQ.....Clinical Governance Climate Questionnaire

TKY Toplam Kalite Yönetimin

KGO..... Kapsam Geçerlilik Oranı

V. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1.	Yönetim ve Yönetişim Kavramlarının Karşılaştırılması	9
Tablo 2.	Sağlık Bakım Yönetişiminin Özellikleri	14
Tablo 3.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasında Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	61
Tablo 4.	Lawshe Minimum Geçerlik Oranları	63
Tablo 5.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlar Bazında Dilsel Eşdeğerlilik Sonuçları	69
Tablo 6.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlar Bazında Test -Tekerar Test Sonuçları	70
Tablo 7.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	72
Tablo 8.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Alt Boyutlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	73
Tablo 9.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları	73
Tablo 10.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Bütününe İlişkin Madde Analiz İşlemleri	75
Tablo 11.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Alt Boyutlarına İlişkin Madde Analiz İşlemleri	77
Tablo 12.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları	80
Tablo 13.	Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	83

Tablo 14.	Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	84
Tablo 15.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamaları	85
Tablo 16.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait Puanların Frekans ve Yüzde Değerleri	86
Tablo 17.	Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Yönetişim İklimi	88
Tablo 18.	Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre Klinik Yönetişim İklimi	90
Tablo 19.	Klinik Yönetişim İkliminin İş Doyumu ile İlişkisi	97

VI. ŐEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1.	Gereksinim hiyerarşisinin işte doyurulması	32
Şekil 2.	İş doyumunun güdülenme şeması	33
Şekil 3.	Hakkaniyet teorisi	39

1. ÖZET

Örgütsel gelişimin sağlanmasında klinik yönetim ikliminin önemli bir yeri vardır. Araştırma, Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğini (KYİÖ) hemşirelik literatürüne kazandırmak hastanedeki klinik yönetim iklimini değerlendirmek ve iş doyumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak planlandı.

Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Anadolu yakasında hizmet veren bir üniversite hastanesinde çalışan 248 hemşire oluşturdu. Veriler Hemşire Tanıtım Formu, KYİÖ ve Minnesota İş Doyum ölçeği ile toplandı ve SPSS-version 11.5 programında değerlendirildi. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik aşamasında dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, madde analizleri, iç tutarlılık ve test – tekrar test yöntemleri kullanıldı. Verilerin analizinde frekans, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ilişkisiz grup t-testi, tek yönlü anova varyans analizi ve Pearson's korelasyon testi kullanıldı.

Analizler sonucunda KYİÖ'nin Türk toplumuna uygulayabilmek üzere geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, çalışılan pozisyon, çalışma şekli, çalışılan yeri tercih etme durumu ve sorumlu olunan hasta sayısının klinik yönetim iklimini etkilediği, destekleyici klinik yönetim ikliminin iş doyumunu arttırdığı bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda yöneticilere, klasik yönetim anlayışından uzaklaşarak, katılımcı ve demokratik yönetim anlayışının benimsenmesi, işbirliği ve güven duygusunun gelişmesi için ekip çalışmasının desteklenmesi, çalışanlara kişisel gelişim ve kariyer geliştirme olanaklarının sağlanması önerildi.

Anahtar kelime: Hemşire, Klinik Yönetişim İklimi, Geçerlilik ve Güvenilirlik, İş Doyumu.

2. SUMMARY

THE EFFECT OF A UNIVERSITY HOSPITAL CLINICAL GOVERNANCE CLIMATE ON THE NURSES' JOB SATISFACTION LEVELS

Clinical governance climate has an important role in providing the organizational development. This study was planned with descriptive and methodological aim to bring Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ) in to the nursing literature evaluate the clinical governance climate in hospital and determine its relationship with job satisfaction.

The sample of the study consisted of 248 nurses who work at the university hospital serving at the Anatolian side of Istanbul. Data were collected with Nurse Introduction Form, CGCQ and Minnesota Job Satisfaction Scale and evaluated by SPSS version 11.5. In the validity and reliability of the scale, te validity of language, content validity, item analyses, internal consistency and test-retest methods were used. Data were analysed by frequencies, percentages, means, standart deviations, unrelated group t test, one way anova (analysis of variance) and Pearson's correlation test.

As a result of the analyses it was found CGCQ is a valid and reliable scale to be used in Turkish society; working position, mode of working, preferring the place of work and the number of patients affect the CGCQ and supporting clinical governance climate increase th job satisfaction.

In the light of the results, moving away from traditional management concept, adopting the participatory and democratic governance, support of team work for development of cooperation and trust provision of personal development opportunities for employees was offered to the managers.

Key words: Nursing, Clinical Governance Climate, Validity and Reliability, Job Satisfaction

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yönetim kavramının yerini “klasik yönetim anlayışının” tersine, yöneten ile yönetilenin birlikte ürettiği, yönetim etkinliklerinin “açık”, “saydam” ve “çok ortaklı” biçimde gerçekleştirildiği, iletişimin birincil işlev üstlendiği, çalışanların karar alma sürecine katıldığı “yönetişim” kavramı almıştır (Zeybek 2005).

Geleneksel kamu yönetiminin ağır işleyen, hantal, içe kapalı, büyük ölçüde toplumun talep ve ihtiyaçlarından habersiz yönetim anlayışına karşılık, yönetişimde kurumlar toplumdan kopuk izole birer yapı olmaktan çıkarak çevreye duyarlı, iletişim ve etkileşime açık, şeffaf organlar olarak görevlerini yapacaklardır. Bu etkileşim, açıklık ve şeffaflık ortamında, kamu yöneticileri ister istemez eleştiriye uğramamak için daha özenli hareket edeceklerdir. Aynı zamanda haksız bazı suçlama ve eleştirilerin de kendiliğinden önüne geçilecek, yapılan işin ve sunulan hizmetin kalitesinin arttırılması yönünde doğal bir eğilim oluşacaktır (Bahçavan 2006).

21. yüzyıla damgasını vuran yönetişim kavramı, dünyada yaşanan bilgi, değişim, yenileşme ve rekabet sürecinde ortaya çıkan yeni arayışların, yeni yönetim modellerinin sonucu olarak rastlantısal olarak değil ancak bilinçli bir biçimde uygulamaya konulan bir eylemdir. Teknolojinin ilerlemesi ve küreselleşme olgusunun tüm dünyaya yayılmasıyla birlikte “yönetişim” kavramı, günlük yaşamımızın her alanında karşımıza çıkan, konuşulan, yazılan popüler bir sözcük olarak dil dağarcığımızda yer almaya başlamıştır (Zeybek 2005).

Sağlık sektöründe önemli bir yere sahip olan hastaneler teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı ve birçok profesyonel meslek grubunun aynı amaca yönelik olarak ekip halinde hareket ettikleri kurumlardır. Kaliteli sağlık bakımının sunulabilmesinde, hasta ve çalışanlar için olası risklerin belirlenerek çözüm

yollarının bulunması, kaynakların etkili ve verimli kullanılması, çalışanların kişisel ve mesleki gelişimlerinin desteklenerek kararlara katılımının sağlanması gerekmekte, bütün bunlar da sağlık hizmetlerinde "yönetişim" kavramını zorunlu kılmaktadır.

Klinik yönetim; sağlık organizasyonlarında tıbbi hizmet kalitesinin devamlı yükseltilmesi ve tıbbi bakımda mükemmeliyete ulaşmak için gerekli yönetsel alt yapının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Klinik yönetim; hasta bakımı üzerinde etkisi olan tüm aktiviteleri entegre etmeyi amaçlayan ve bakım kalitesini ve güvenlik standartlarını sürekli iyileştirmede hekim ve hemşirelere yardım eden bir çerçeve yaklaşımdır. Başka bir deyişle klinik yönetim yüksek hasta bakım standartlarını koruma ve iyileştirmeye yardım eden tüm faaliyetler için kullanılan bir şemsiye kavramdır. Klinik yönetimin uygulanması için hasta bakım kalitesine ve sunulan tüm hizmetlere odaklanması, başarıyı cesaretlendiren ancak hatalardan öğrenmeyi sağlayan bir örgütsel iklimin oluşturulması gerekir. (Freeman 2003).

Örgüt iklimi, örgütü kuşatan atmosfer olarak tanımlanabilir. Bu atmosfer örgüt üyelerinin moral düzeyini etkilediği kadar, örgüte duydukları iyi niyetin, hislerin ve aidiyetlerinin kuvvetini gösterir. İklim, çalışanların iş performansını, kişisel ilişkilerini, iş tatminlerini, bağlılıklarını etkilediği gibi, örgüt çalışanlarının sahip olduğu yüksek moral, motivasyon veya örgüte duydukları bağlılık duygusu da sağlıklı bir örgüt ikliminin oluşmasına katkıda bulunur. Bu nedenle bütün organizasyonlar açısından örgüt iklimi ve iklimin işgücü tutum ve davranışları üzerindeki etkilerinin araştırılması ve pozitif bir örgüt ikliminin oluşturulmaya çalışılması, oldukça önemlidir (Çekmecelioğlu 2011).

Çalışanların iş tatminlerinin yüksek olması için iş ortamının uygun ve arzulanan özelliklerde olması önemlidir. Çalışma ortamı, çalışan bireyin ruh sağlığının gerektirdiği uygun fiziksel ve sosyal koşullara sahip olmalıdır. Uygun fiziksel koşulların başında çalışma ortamının ses, ışık, hava ve benzeri bakımından sağlık koşullarına uygun olması, kullanılacak araç-gereçlerin, kişilerin fiziksel yeterliklerine uygun olması öncelikle sayılabilir. Sosyal ortam ise çalışanların iş

ilişkilerini, etkileşim ve iletişimlerini, sosyal etkinlikleri, kurumun gelenekselleşen etkinliklerini, kültürü ve iklimini, normlarını ve değer yargılarını içermektedir. Sürekli olarak çatışmaların yaşandığı, iletişim yetersizliklerinin alışkanlık kazandığı bir iş ortamında çalışanların sosyal tatminlerinin yeterli olmayacağı açıktır. Çalışanların tatmini sağlanarak iş veriminin artırılması da ancak uygun örgüt ikliminin geliştirilmesi ile mümkün olmaktadır (Can 2002).

Günümüzün çağdaş sağlık kurumları rekabetin yoğunlaştığı bir çevre içinde çalışmaktadır. Böylesi bir çevre içinde sağlık kurumları esnek olmak, tüketici istek ve beklentileri ile teknolojik değişmelere hızlı yanıt vermek zorunda kalmaktadır. Bu sağlık hizmeti grubu içinde hemşireler sağlık bakım hizmetinin yürütülmesinde temel insan kaynağıdır. Hemşireler, teknolojinin ve uygulamaların sürekli olarak değiştiği, kaliteli hemşirelik bakımını sağlamak ve sürdürmek için onları daha büyük yetkinliklere sahip olmaya zorlayan karmaşık bir ortamda hizmet vermektedirler. Bakım hizmetinde hemşireler, içinde çalıştıkları sistemin gerçekleri ve algılamalarının birlikte olduğu kompleks bir ağ içinde çalışırlar ve çalıştıkları örgütün ikliminden etkilenirler (Tzeng and Ketefian 2003).

Örgüt iklimi bireylerin işletme içinde çalışmanın nasıl olması gerektiğine ilişkin beklentileriyle, bu beklentilerin ne ölçüde gerçekleştiğine ilişkin algılarının sonucunda oluşan genel bir havadır. İşletme içinde çalışanlara hâkim olan hava, onların motivasyonunu, moralini ve dolayısıyla başarıyı önemli ölçüde etkilemektedir (Demir 2007).

Eğer klinik yönetim çalışanlarca olumlu olarak anlaşılmaz ve uygulanmaz ise başarısız olur bu nedenle çalışanlar sağlık hizmetlerinde klinik yönetimin uygulanabilmesi için kritik kaynaklardır. Hemşirelik hizmetlerinin sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve sürekli olarak bakımın kalitesinin geliştirilmesinde önemli bir yeri olduğundan, sürekli gelişimi destekleyen bir klinik yönetim iklimi hemşirelerin iş doyumunu arttıracak, iş doyumunun artması ise sağlık bakım sisteminin etkinliğini yükseltecektir.

Sağlık organizasyonlarında klinik yönetim düzeyi objektif olarak belirli ölçeklerle değerlendirilebilmektedir ve klinik yönetim seviyesinde artışın, sağlık hizmetlerinin kalite ve mükemmeliyetinde yükselmeye yol açtığı bilinmektedir. Klinik yönetim ikliminin değerlendirilerek ölçülmesi, örgütsel gelişme çabalarının nerede yoğunlaşması gerektiğine ve karar vermede yapılan hareketlerin etkisinin değerlendirilmesine yardımcı olacaktır (Freeman 2003).

Bu araştırma Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'ni (KYİÖ) hemşirelik literatürüne kazandırmak amacıyla geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasının yapılması ve ardından örneklem grubunun tanıtıcı özelliklerinin klinik yönetim iklimine etkisi ve iş doyum düzeyleri ile klinik yönetim iklimi ilişkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve metodolojik olarak planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yönetişim Kavramı

Evrensel bir kavram olan yönetim, hangi alanda, hangi kurumda olursa olsun insanların yaşadığı her toplumda, her yönüyle yaşamımızı esir alan, içinde yaşadığımız ya da gelecekte yaşayacağımız rekabet ortamına uygun biçimde kılık değiştiren ve değiştirecek olan bilimsel ve sanatsal bir süreçtir (Zeybek 2005).

Yönetim iki ya da daha çok kişinin bir amacı gerçekleştirmek ve sürdürebilmek için bir araya gelip, planlama, örgütleme, yöneltme (motivasyon), eşgüdüm (koordinasyon) ve denetim işlevlerinin etkin olarak bulunduğu ve işletildiği dinamik bir süreçtir (Öztekin 2002).

Yönetim, ortak bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelen insanların işbirliği, yönetici de bu işbirliğini temin eden ve bu insanları amaca ve hedefe yönelten kişidir. Ancak, insanları yönetmenin yol ve yöntemleri her dönemde farklı olmuştur. Eskiden zorla ve baskıyla, daha sonra parayla sağlanan yönetim, bugün ancak ikna ve rızayla, ortak katılımı sağlanmaktadır (Aytürk 2007).

Günümüzde örgüt üyeleri, gerek işletmelerde, gerekse kamu kuruluşları, sendikalar ve mesleki kuruluşlarda çalışanlar olsun, basit birer işgören olmak yerine çalıştıkları örgütün yönetimine katılmak istemektedirler. Çalışanlar kendilerini ilgilendiren her türlü kararların görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılıp, düşüncelerini ifade etmek istemekte veya bu konularda fikirlerinin sorulmasını arzu etmektedirler (Eren 2001).

Ortak yönetim - birlikte yönetim anlamına gelen yönetişim, son dönemlerde sıkça dile getirilen, yönetim ve yönetmek kavramlarının yerine kullanılmaya başlayan yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Zeybek 2005).

“Yönetim”, yönetmek fiilinden türetildiği halde, yönetişmek diye bir fiil Türkçede bulunmamaktadır. “Yönetişim” hükümet etme anlamındaki yönetim (government) kavramından farklı bir içerik ve anlamda kullanılmıştır. Hükümet etme anlamındaki yönetim (government) kavramı, hiyerarşik (dikey) nitelikteki bürokratik yapıya dayalı yönetim anlayışını ön plana çıkarırken; yönetişim (governance) kavramı, yönetim sürecinde rol oynayan aktörler ve örgütler arasındaki etkileşimi, resmi sıfatı bulunmayan kişi, grup ve kuruluşların etkin bir şekilde yönetim faaliyetlerine katılımını ifade eden heterarşik (yatay) bir yönetim anlayışıdır. Dolayısıyla yönetişim yerine “birlikte yönetim” ya da “katılımcı yönetim” terimleri kullanılabilir (<http://www.ankarashcek.gov.tr/yansima.aspx?ID=12> Erişim tarihi: 11 Kasım 2010).

Yönetişim sözcüğü Türk Dil Kurumu tarafından resmi ve özel kuruluşlarda idari, ekonomik, politik otoritenin ortak kullanımı şeklinde tanımlanmaktadır. (<http://tdkterim.gov.tr/bts/> Erişim tarihi:10 Aralık 2010).

Yönetişim kavramı açıklığın, kuralların varlığının, doğruluğun ve dürüstlüğün yer aldığı ve her bireyin kademesi, görevi ne olursa olsun sorumluluklarını yerine getirdiği, etkin ve etkili bir yönetimi çağrıştırmaktadır (Zeybek 2005).

Bu kavram ile ilgili görüşlerini dile getiren bazı kişiler, yönetişimin sözcük olarak “içi boş bir konuşma balonu olduğunu savunarak, bu sözcüğü ortada dolaşan süslü laflar” biçiminde eleştirmekte, bazı kişiler ise, “yönetişim” yerine “yönetim tarzı” ya da “doğru yönetim tarzı”nı kullanabileceğimizi belirterek, İngilizcede “governance” olarak kullanılan sözcüğün anlamının karşılığı olarak Türkçeye yerleşen “yönetişim” sözcüğünün tam olarak anlamı karşılamadığını savunmaktadır.

Bir diğerk bakış açısı, yönetişimin yönetimden hem içeriksel hem de işlevsel açıdan farklı bir anlam aktardığı ve Türkiye’deki tüm kurum ve kuruluşlara yönetişimin kural ve ilkelerini yerleştirmek zorunluluğı bulunduğudur. Bir başka anlayış ise, yönetişimin yönetim ve etkili iletişimin birlikteliğinden oluşan bir kavram olduğu yönündedir (Zeybek 2005).

Tablo 1. Yönetim ve Yönetişim Kavramlarının Karşılaştırılması

YÖNETİŞİM	YÖNETİM
• Başkalarını etkin bir şekilde yönetmek için ortam yaratılmasıdır. • Yönetim, koordinasyon, değerlendirme ve planlama hakkındadır. • Kapsam bakımından gönüllü kuruluşları da içermesi dolayısıyla daha geniştir. • Karışık sistemleri yönlendirmeyi içerir. • Uyumlaştırma sürecidir. • Yatay ilişkiler üzerine kuruludur.	• Tepeden inmeci bir yönetimdir. • İşlevsel karar almayla ilgilidir. • Fonksiyonel çalışma performansı; üretim ve satış ile ilgilidir. • Daha dar kapsamlıdır. • Basit sistemler hakkındadır. • Planlanan işlerin uygulanması hakkındadır. • Hiyerarşik ilişkiler üzerine kuruludur.

Tablo 1’de de görüldüğü gibi yönetim teriminde bir yanda yönetenler, bir yanda yönetilenler varken ve bunlardan birincisi hep baskınken, yönetişim teriminde yönetim, yönetilenlere devredilmiş olmaktadır. Geleneksel yönetim anlayışında yönetenler ile yönetilenler arasındaki ilişki tek yönlü ve monolitik bir ilişki iken yönetişimde daha katılımcı ve çok yönlü bir iletişim tarzı geçerlidir. (Sohal and Fitzpatrick 2002, Uzel 2006).

Yönetişim kavramıyla birlikte yönetim olgusunun, “iki taraflı bir iş olduğu” anlayışı kabul görmeye başlamış, kurum içinde astlar, kurum dışında da hizmet alanlar, ya da klasik söylemle yönetilenler, “edilgen-pasif” konumdan “aktif” konuma geçmişlerdir. İşlerin yürütülmesinde, amirlerin ve üst yöneticilerin tek karar verici olduğu, tamamen merkezi bir çizgiden, hem çalışanların, hem de hizmet alanların karar ve uygulama aşamalarında görüş ve düşünceleri ile iş katılımının öngörüldüğü bir noktaya varılmıştır. Yönetişimde, kurum içi katılım olgusuna da büyük bir önem verilmektedir. Kurum içerisinde aşağıdan yukarıya işleyen ve teşvik edilen katılım sürecinde, her çalışanın işe ilişkin düşüncelerini açıklayabilmesi ve iletebilmesi, yeniliklere istekli ve hazırlıklı olunması, mekanizmanın iyi ve kaliteli iş üretme odaklı işlemesi gibi özellikler önemlidir. Bunun yanında performansların somut verilerle değerlendirilmesi, olanakların maddi ve manevi tatmin konusunda yeterince kullanılması gibi öncelikler de yönetişimin gereklerindendir (Eşki 2003).

Yönetişim sürecinde üç temel öge bulunmaktadır. Bunlar: yönetici, yönetsel davranışlar ve örgüt iletişimidir. Kurum ve kuruluşlarda yöneticiler çalıştıkları kurum adına karar veren, işletmeyi örgütleyen ve her türlü kaynağın ne biçimde kullanılacağını belirleyen kimliği ile yönetişimin odak noktası konumundadır. Yönetsel davranışların belirlenmesi ile birlikte örgütsel iletişimin ne türde ve hangi anlayış doğrultusunda işlerlik kazanacağını da yine yönetici belirlemektedir. Bu nedenle yöneticiler hem yönetim bilimi, hem de insan davranışları ve iletişim konusunda yeterli donanıma sahip olmalıdırlar (Zeybek 2005).

Artık hem kamu hem de özel sektörde kurumsal yönetişimden bahsedilmektedir. Her örgütün kendine özgü değişik bir yapısı bulunmaktadır. Bazı örgütler aile işletmesi iken, bazılarının genel kurulları, bazılarının yönetim kurulları bulunmaktadır. Böyle karmaşık örgüt yapıları içinde, yönetişim bir taraftan kurumsal ilişkileri, davranışları, kuralları içerirken diğer taraftan da dış çevredeki kurum, kişi ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren birleştirici bir rol oynamaktadır. Kurumsal yönetim olarak da adlandırılan bu anlayış çerçevesinde, işletme etkinliklerini yönlendiren tepe yönetim organı olan yönetim kurullarının çalışma düzeni gözden geçirilerek “bu kurulların nasıl karar almaları gerektiği, hangi

bilgileri ne zaman ve nasıl açıklamaları gerektiği, hangi gruplarla iletişim kurması gerektiği ve etkileşim içinde olması zorunluluğu belirlenmeye çalışılmıştır. Böylece bir kurum olarak işletmenin toplumun çıkarlarını nasıl gözetmesi gerektiği ve nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilgili ilkeler belirlenmiştir. Sonuçta, kurumsal yönetim kavramı, kurumun yönetim siyasalarına, kurumsal kültürüne, ekonomik pazara, müşteri memnuniyetine ve çalışanların sorumluluk ve katılımcılık anlayışına bağlı olduğu kadar toplumsal sorumluluğa, toplumsal haklara da bağlı olarak karşımıza çıkan bir sorundur (Zeybek 2005, Koçel 2001).

4.2. Klinik Yönetişim

Yönetişim kavramı, birçok disiplinle ve yaklaşımla birleştirilerek; ekonomik yönetim, siyasal yönetim, yönetsel yönetim, sistemsel yönetim, küresel çevresel yönetim, elektronik yönetim, ilerici yönetim, kurumsal yönetim, demokratik yönetim, sürdürülebilir gelişme yönetimi gibi farklı alanlarda kullanılmaktadır (Uzel 2006).

Sağlık kurumları yönetimi, sağlık hizmetleri üretimi yoluyla toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek için maddi ve insani kaynakların planlanması, örgütlenmesi, harekete geçirilmesi ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanabilir (Kavuncubaşı 2000).

Sağlık bakım organizasyonları yapı, süreç ve yönetim bakımından kompleks örgütlerdir ve bakımın kalitesinin geliştirilmesindeki önemleri giderek artmaktadır. Klinik yönetim bu karmaşıklığın neden olduğu problemlerin üstesinden gelebilmek için organizasyon genelinde sürekli kalite geliştirmeyi teşvik edecek girişimlerde bulunur. Ekip çalışmasını kolaylaştırarak uygulamalarda ortaklık ve işbirliği içinde çalışılmasını sağlar, klinik ilişkilerin anlamını, klinisyenlerin davranışlarını ve bakımın sunumunu zenginleştirir (Som 2004).

Klinik yönetişim ulusal sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme çabalarının devam etmesi, klinik bakımı geliştirecek mkemmek bir evre yaratılarak yüksek standartlara ulaşılması ve bu standartların korunması olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle klinik yönetim iç kalite iyileştirilmesinin yanı sıra dış kalitenin de sağlanması içermektedir (Halligan and Donaldson 2001, Freeman 2003).

Klinik yönetişim hastaların ve çalışanların güvenliğinde öncelikli yer tutan iyi klinik bakımın sağlanması ile ilgilidir (McSherry, Wadding and Pearce 2008).

Kavramsal olarak klinik yönetişim genel kullanımından farklıdır, sürekli kalite geliştirme ile ilgilidir ve sağlık hizmetlerinin modernizasyonunda politik bir araçtır. İlk kez 1983 yılında Dünya Sağlık rgt tarafından kullanılan Klinik Yönetişim terimi sağlık hizmetlerinin dört önemli boyutu üzerinde durmaktadır. Bunlar; profesyonel performans, kaynak tahsisi, risk yönetimi ve hasta memnuniyetidir. 1997'de İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri rgtlerinde kabul gören klinik yönetişim sağlık hizmetlerindeki başarısızlıklara yanıt olarak, riskleri azaltma ve klinik bakımın kalitesini arttırmada bütünleşmiş bir yaklaşım olarak gösterilmiştir. O zamandan beri bu terim çeşitli anlamlar almıştır. Örneğin sağlık departmanı 1999'da onu bir fırsat olarak nitelendirmiş, klinik yönetişim, ulusal sağlık hizmetlerinin sürekli gelişiminden, hizmetin kalitesinden, bakımın yüksek standartlarının korunmasından, klinik bakımın havasının değiştirilerek, üstün bir evre yaratılmasından sorumlu bir yapıdır şeklinde tanımlamıştır (Som 2004, Peak et al 2005).

Klinik yönetişim maliyet ve performansı kalite ile bütünleştirerek sağlık bakımının kalitesini geliştirmeyi amaçlar. Klinik yönetişimin ana hedefi sürekli kalite geliştirmeyi başarmaktır. İşletimsel olarak klinik yönetişim sağlık örgütlerinin gelişerek çalışmasına bir yapı sağlar ve hastalar için kaliteli klinik hizmetin güvencesidir. İngiltere sağlık departmanı tarafından 1999 da klinik yönetişimin ana ilkeleri;

1. Sorumluluğun açık olarak çizilmesi ve klinik bakımın kalitesi için çalışanlara sorumluluk verilmesi,
2. Kalite geliştirme sistemleri için klinik denetim ve destekleme,
3. Kanıt temelli uygulamaları kullanma,
4. Klinik standartlar ve klavuzlar oluşturma
5. İşgücü planlama ve geliştirmeyi kapsayan ayrıntılı bir program oluşturulması,
6. Eğitim ve yetiştirme planları,
7. Risk yönetimini açıklayan politikalar ve
8. Yetersiz performansı tanımlamak ve çözüm bulmak için tüm meslek grupları için entegre prosedürler olarak belirlenmiştir (Som 2004, Peak et al 2005, Braitwaite and Travaglia 2008).

Sağlık bakımı yönetişimi "ortak" ya da "klinik yönetişim" de tercih edilen, bu terimleri özetleyen bir kavramdır. Sağlık bakımı yönetişiminin anlamını, değerini ve liderlik gelişimi ile ilgisini anlamak için bu kavramın nereden, nasıl ve niçin ortaya çıktığını anlamak zorunludur. "Sağlık bakımı yönetişimi" kavramı ilk olarak 2002'de Mcsherry ve Pearce tarafından klinik yönetişimin anlamını açıklığa kavuşturmak için yapılan araştırmada dile getirilmiştir. Aslında sağlık bakımı yönetişimi klinik ve klinik olmayan uygulama ve hizmetlerde sürekli mükemmellik arayışında olan ortak ve klinik yönetişimin ilkelerinin bileşimidir (McSherry et al 2008).

Tablo 2. Sağlık Bakım Yönetişiminin Özellikleri

Ortak Yönetişim	Klinik Yönetişim
• Maliyetler • Destek hizmetler (örn:yemek sağlama, sürdürme) • Açık ve dürüst karar alma ve eylemde bulunma • Risklerle etkili ve ilerisini düşünerek başetme	• Hasta odaklılık • Kaliteli hizmet • Klinik verimlilik ve etkinliği ölçmek için sistem ve süreç geliştirme (örn: klinik denetim) • Klinik uygulamalardan sorumlu olma • Kullanıcıların, bakım vericilerin ve halkın klinik kararlara katılımı.

Kaynak: McSherry R., Wadding A., Pearce P.(2008). Healthcare Governance Through Effective Leadership. In: *Effective Health Care Leadership*. Eds:Melanie Jasper, Mansour Jumaa. Blackwell Publishing, 2.Edition, UK, p:63.

Klinik yönetim, klinisyenlerin bildiği ve geliştirdiği, standartlar, risk yönetimi, eğitim ve mesleki gelişimin yansımalarını içeren kapsayıcı bir terimdir. Modern ve güvenilir olarak ulusal sağlık hizmetlerine giren klinik yönetim terimi, birincil ve ikincil bakımda, sağlık bakım sunumunun tüm aşamalarında klinik kalite gelişimini garanti eden ve gösteren bir sistem olarak tanımlanmıştır. Böylece sağlık bakımı sunan örgütler verdikleri hizmetlerin kalitesinden sorumlu olacaklardır (McSherry et al 2008). Yapılan bir çalışmada ulusal sağlık hizmetlerinde çalışanların klinik yönetişimi oldukça yararlı buldukları, karmaşık gibi görünmesine rağmen kullanışlı ve açık olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir (Murray, Rayner, Fine, Karia and Sweetingham 2004).

4.2.1. Klinik yönetişimin bileşenleri

Murray ve arkadaşları (2004) klinik yönetişimi 7 boyutta ele almıştır. Bunlar klinik denetim, risk yönetimi, hizmeti kullananların deneyimleri, eğitim yoluyla mesleki gelişim ve yaşam boyu öğrenme, araştırma ve etkinlik, personel yönetimini de içeren kadrolaşma ve klinik bilgidir. Ulusal sağlık hizmetleri yönetimi bu yedi alanda kaliteyi yükseltmeye yasal olarak zorunludur.

Freeman (2003) ise klinik yönetişimin etkilendiği 9 farklı boyut bulunduğunu ifade etmektedir. Bunlar; multidisipliner ekip çalışması, risk yönetimi, kazalara verilen tepkiler, kanıta dayalı uygulama becerileri ve uygulamalar, değerlendirme, sürekli mesleki gelişme, örgütsel değişikliklere yaklaşım, kalite geliştirme süreci ve örgütsel öğrenmedir.

4.2.1.1. Multidisipliner ekip çalışması: Multidisipliner ekipler hizmet sunumunun mekanizmasıdır; klinik yönetişim, klinik hizmetlerin sunumu için çeşitli meslek gruplarının birlikte çalışmasını gerektiren takım performansı ile çalışır (Freeman 2003).

Örgütler yönetim ve çalışma ekiplerinden oluşur. Çünkü insanlar, ekip olarak örgütlediği gibi, fikir ve emeklerini birleştirdiği, ortak bir amaç ve hedefe doğru birlikte yöneldiği takdirde güçlü, etkili ve başarılı olurlar. Bu yüzden, çağdaş yönetim takım oyunu ve ekip yönetimi olarak kabul edilir. Günümüzde, bir örgütü etkili ve verimli olarak yönetebilmek ve başarılı olabilmek için, etkin ve dinamik bir yönetim ve çalışma ekibi kurmak gerekir. Çünkü, örgütsel ve yönetsel başarı, her örgütte etkin ve dinamik bir yönetim ve çalışma ekibi ile gerçekleşir (Aytürk 2007).

4.2.1.2.Risk yönetimi: Klinik yönetimde yasal programda anahtar konu olan risk yönetimi tespit edilen riskler ışığında bilgi toplama, trend analizi ve önleyici tepkileri gerektirir (Freeman 2003).

Risk yönetiminin doğası, riski önleme ve istenmeyen olayların etkilerini azaltmaya yöneliktir. Risk yönetimi programının amacı, riskleri tanımlama, analiz etme, değerlendirme, kazaların ve yaralanmaların sıklığını ve ciddiyetini azaltmak için izlemeyi sağlayan bir plan oluşturmaktır (İnce 2008).

Risk yönetimi, işletme yönetiminin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Risk yönetimi, risk politikasının temel ilkelerinin oluşturulmasını, organizasyon yapısı içerisinde risk yönetiminin konumunun belirlenmesini ve üst düzey yönetimi destekleme amacıyla planlama, koordinasyon, bilgi ve kontrol süreçlerinin belirlenmesini içermektedir. Risk yönetimi uygulanırken potansiyel riskler, sistematik olarak belirlenmekte, değerlendirilmekte, yönlendirilmekte ve denetlenmektedir. Böylece firmalar, risk konumlarını ortaya koymaktadır. Risk yönetimi, önemli bir yönetim fonksiyonunu üstlenmekte, dolayısıyla da organizasyon yapısına iş birimi olarak konumlandırılabilir (Aydeniz 2008).

Risk yönetiminin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için risk ve kontrol kültürünün benimsenmesi gerekmektedir. Bunun içinde çalışanların bilgisi, yeteneği ve riske bakış açısı, risk yönetiminin başarılı bir şekilde uygulanması için ilk ve önemli bir adımdır. Çalışanlar riskin bilincine varmalıdır. Personel risklere karşı duyarlı olduğu zaman risk yönetiminin yapılmasını ve risk yönetim sürecini desteklemektedir (Aydeniz 2008). Hastanelerde hasta ve çalışanlar için güvenli bir çevre sağlama herkesin sorumluluğundadır. Bu nedenle risk yönetimi çabalarına tüm sağlık profesyonellerinin özellikle de anahtar roldeki hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır (İnce 2008).

4.2.1.3. Kazalara verilen tepkiler: Hastanelerde meydana gelen kaza ve hatalar hasta ve çalışanlar için risk oluşturmaktadır. Klinisyenler kazaların olumsuz etkilerini önlemek ve gelecekte tekrarlamasından kaçınmak için bunların kayıt edilmesine ve incelenmesine ihtiyaç duyarlar. Risk yönetiminde yazılı iletişimde kullanılan en önemli araçlardan olan kaza-olay/problem raporu hem yönetim iddialarını hem de düşük performansı önlemek için risk durumunu belirlemede kullanılan birinci araçtır. (Freeman 2003, İnce 2008).

Kaza/olay raporlama konusunda kurumlarda hemşireler anahtar roldedir. Bu nedenle yöneticilerin, hemşirelerin olay bildirimini desteklemek için güvenli bir ortam oluşturmaları önem kazanır. Hemşireler tarafından raporlamanın az olmasının nedenleri arasında bilinmeyen, bilinen fakat zararsız olduğuna inanılan hatalar, eleştirilme korkusu, raporlama sürecindeki zorluk gibi sistem faktörleri sayılmaktadır. Hastanelerde risk kontrol programlarının başarısı öncelikle olayların doğru bir şekilde rapor edilmesine bağlıdır. Bu nedenle, kurum yönetiminin, bildirim sonrası korku ve endişeleri ortadan kaldıracak önlemleri alması ve tüm çalışanlarla paylaşması önem kazanmaktadır (İnce 2008).

4.2.1.4. Kanıta dayalı uygulama becerileri ve uygulamalar: Kanıt protokollerini arama, değerlendirme ve uygulama becerileri ekiplerin uygulamalarını güncellemelerinde önemli yer tutar (Freeman 2003).

Günümüzde artan sağlık bakım gereksinimlerinin azalan kaynaklarla nasıl karşılanacağı evrensel bir sorun haline gelmiştir. İngiltere ve ABD gibi gelişmiş ülkeler özel sağlık bakım gereksinimleri doğrultusunda kendi organizasyonlarını ve ekonomik olanaklarını birbirine uygun şekilde düzenleyen politikalar oluşturarak maliyet etkili ve kaliteli sağlık bakımının verilmesini sağlamaya çalışmaktadırlar. Maliyet etkili kaliteli bakım sunma isteğinin bir sonucu olarak kanıta dayalı uygulamalar ortaya çıkmıştır. Kanıta dayalı uygulama bakım verilen alanlardaki uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları hastalara en iyi bakım hizmetini vermek için bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz 2005).

Klinik rehberler ve protokollerin belirli aralıklarla gözden geçirilmesi, sonuca odaklı olması ve bir kullanıcı görüşü içermesi gerekir. Kanıta dayalı uygulamayı engelleyen nedenlerden biri, hemşirelerin klinikte varolan uygulamayı değiştirmek için gerekli yetkiye sahip olmamalarıdır. Değişmeye başlamakla birlikte hemşireler klinik kararların büyük bir kısmını sağlık kurumlarındaki tıbbi hâkimiyetin etkisinden dolayı hala hekimlerden almaktadırlar. Sağlık kurumlarında var olan bu tıbbi hâkimiyet, hemşirelerin araştırma ve kanıta dayalı uygulamalar gibi temel

hemşirelik kavram ve becerilerini olumsuz olarak etkilemektedir. Ancak yine de araştırma bireysel değişime bağlıdır. Çünkü sistemler kendilerini değiştiremez, fakat insanlar sistemi değiştirebilirler (Yılmaz 2005). Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini artırmak gibi sonuçları açısından önemlidir (Kocaman 2003).

Yöneticinin araştırma kullanımını desteklemesi, soruların sorulduğu, eleştirel düşüncenin cesaretlendirildiği, hemşirelik bakımına önem verilen bir kurum kültürü oluşturur. Ancak böyle bir ortamda kanıta dayalı bir uygulama başarılabilir (Yılmaz 2005).

Araştırmalar klinik yönetişimin temel taşıdır ve klinik yönetişim ile araştırma arasındaki ilişkinin anahtar öğeleri şunlardır:

1. Araştırmalar kanıta dayalı uygulamaları yerleştirmek için gereklidir,
2. Araştırmalar uygulamaların denetlenmesi için standartlar sağlamaya ihtiyaç duyar,
3. Araştırmalar uygulamaları güncellemeyi, bilimsel bilgidaki değişiklikleri yansıtmayı, hizmetteki teknolojik gelişme ve değişiklikleri sağlamayı gerektirir (Mathers, Abel and Chesson 2004).

4.2.1.5. Değerlendirme: Kalitenin sağlanmasında mesleksen yeterliliğin değerlendirilmesi önemlidir. Bu da performansın değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır (Freeman 2003).

Geleceğin örgütlerinden biri olma amacını güden bir işletmenin başarısının devamı, ancak çalışanlarının başarısıyla mümkündür. Bireylerin performanslarından ve yaratıcılıklarından en üst düzeyde yararlanmak için gerekli en önemli koşul, işletmedeki sistemle birlikte, çalışanların sorgulanmaları ve değerlendirilmeleridir. Sürekli gelişmeyi hedefleyen bir işletme, kendi bünyesi içinde yapısı, gereksinimleri

ve hedeflerine uygun bir performans yönetim sistemini oluşturmali ve uygulamaya geçirmiş olmalıdır. Çalışanların hedeflerinin belirlendiği yönlendirme ve geri bildirimin etkin olarak sağlandığı, değerlendirme ve geliştirmenin yeterli şekilde uygulandığı performans yönetim sistemi, genel anlamda işletme hedeflerinin, önce bölüm hedeflerine, sonra çalışan hedeflerine dönüştürölüp takip edilmesini sağlayan bir sistemdir (Som 2004).

Klinik yönetim liderleri kurumlarındaki eşitsizlik ve ihtiyaçları değerlendirmeli, performans göstergeleri ile ilgili bilgiler toplamalı ve bunları koordine etmelidir (McColl and Roland 2000).

4.2.1.6. Sürekli mesleki gelişme: Klinik personelinin mesleki becerilerini sürekli güncellemesi için resmi ve resmi olmayan eğitim olanaklarına erişmesi önemlidir (Freeman 2003).

Diğer disiplinlerde olduğu gibi hemşirelikte de bilgiler bir yandan hızla eskimekte, öte yandan yeni bilgiler hızla çoğalmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının geleneğe dayalı yapısını koruması, yeni bilgilerin uygulamaya aktarıldığı tıbbi bakım ortamında bir uyumsuzluğa neden olmaktadır. Daha da önemlisi teori ve uygulama arasındaki uçurumun giderilmesi ülkemiz hemşireliğinin öncelikli sorunu olmaya devam etmesine karşın bu boşluğu doldurmaya yönelik kapsamlı çalışmalar başlatılmamıştır (Kocaman 2003).

Hızla değişen teknolojik bilgi ve gelişmeler çalışanların eğitim yaşantılarında öğrendiklerinin yenilenmesini gerektirmekte, bu nedenle modern sağlık örgütlerinin yönetiminde çalışanların mezuniyet sonrası sürekli eğitimleri önem kazanmaktadır.

4.2.1.7. Örgütsel değişikliklere yaklaşım: Örgütsel değişimi ve gelişimi destekleyici yaklaşımlar hizmetlerin iyileşmesi ile sonuçlanır (Freeman 2003).

Günümüzde sosyal, kültürel, siyasal, ekonomik, teknolojik ve daha birçok alanda sürekli ve hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Bugün örgütler değişime her zamankinden fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Her alanda meydana gelen baş döndürücü değişimler örgütleri değişmeye zorlamakta, örgütler ise değişimin hızı karşısında çeşitli politikalar ve uygulamalar geliştirmektedir (Güçlü ve Şehitoğlu 2006).

4.2.1.8. Kalite geliştirme süreci: Sağlık hizmetlerinde kalite için mükemmelliği arama klinik yönetişimin bel kemiğidir, yasal görevler, farklı politikalar ve farklı işletme düzeyleri ile desteklenir (Wright and Hill 2003). Klinik kalite iyileştirme, değişim için fırsatları belirleme ve değişim sürecini yönetmede değerli bir yol sunar (Freeman 2003).

Sağlık hizmetlerinde kalite, “kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi” olarak tanımlanmaktadır daha geniş bir ifade ile, kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (İldır 2008). Kaliteli ürün müşterinin beklentilerini ve isteklerini gerçekleştirebilmelidir. Bu, yönetimin temel hedefi olmalıdır. Bu hedefe bir kere ulaşmak yetmez. Sürekli kalite iyileştirmeleri ile devamlılığı sağlanmalıdır. Kalitenin bir işletmede yerleşebilmesi için ilk önce yönetimin kalite ile ilgili varsayımlarını değiştirmesi, sonra organizasyon yapısını gözden geçirmesi gerekir (Çatalca 2003).

“Yönetişim” kavramı “yönetim”in iyiye doğru yönelme istemi ve düşüncesi sonucunda oluşmuştur. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) düşüncesi ve uygulaması “yönetişim” kavramından daha önce ortaya çıkmış, dolayısıyla bu kavramın hem taşıyıcısı hem de kapsayıcısı işlevini görmüştür (Zeybek 2005).

Toplam Kalite Yönetimi, güven, katılım, takım çalışması, kaliteye duyarlılık, sürekli iyileştirme ve sürekli öğrenme kültürü oluşmasına yardımcı olmaktadır. Böylece, firmanın başarısına ve ayakta kalmasına katkıda bulunan bir çalışma kültürü yaratılmaktadır. Bir yönetim felsefesi olarak TKY'nin en önemli konularından biri, yönetim ve çalışanlar arasında çift yönlü ve sağlıklı bir iletişim ağının kurulmasıdır. Bu gerçekleştirildiğinde, tüm çalışanların işletmenin vizyon ve misyonunu bilmesi ve işletmenin hedeflerine ulaşması daha da kolaylaşacaktır. TKY felsefesinin temelinde sürekli gelişme yer aldığından tüm süreçlerin yeniden gözden geçirilerek işlerin daha iyi ve hızlı nasıl yapılabileceğinin sorgulanması gerekmektedir. Bu da çalışanların önerilerini dinlemeyi ve onlara değer vermeyi, takım çalışması yapmayı ve onları ödüllendirmeyi gerektirmektedir (Murat 2001).

Toplam Kalite Yönetimi'nde işletmelerde çalışanların kendilerini ilgilendiren konulardaki kararların alınmasına aktif bir şekilde katılmasına imkân tanımaktadır. Çünkü TKY tepe yöneticilerin kararlar alıp astların bunları uygulamasını değil, tüm çalışanların hem düşünmesini hem de düşündüklerini uygulamaya yansıtmasını hedeflemektedir. Bunun yanı sıra, TKY katılımın temel unsurları olan tepe yönetiminin desteğini ve takım çalışması ruhunu bünyesinde barındırmaktadır (Murat 2001).

4.2.1.9. Örgütsel öğrenme: Bilgi doğası gereği hızla değişmektedir. Bilgi toplumu üyeleri, sürekli olarak eskimiş duruma düşme riski ile karşı karşıyadırlar. Bu nedenle bilgi toplumu, öğrenmenin sürekli olduğu kurumlara ihtiyaç duyar. 21. yüzyılda ayakta kalacak işletmeler, rakiplerine oranla daha hızlı ve daha etkili şekilde öğrenmeyi öğrenmiş kuruluşlar olacaktır. İşletmeler çok yönlü bir şekil değiştirme yaşamaktadırlar, bunun temel ivmesi ise insan kaynaklarının yaratıcı boyutu ve öğrenme yoluyla kazanılan yetkinliklerdir. Toplam kalite felsefesinin temel değerlerinden biri, “öğrenmeye odaklanmak” yani işletmenin genel olarak öğrenmeye ve “birlikte öğrenmeye” verdiği ayrıcalıklı önemdir (Düren 2002).

Geleceğin her gün daha belirsiz hale geldiği bir ortamda, dün geçerli olan bilgi ve deneyim, bir gün sonra eskiyebilmektedir. 21. Yüzyılın işletmeleri, bu gerçeği kabul etmeli ve çalışanlarının tamamının katılımı ile bir sürekli öğrenme ve yeni davranışlar geliştirme sistemi kurmalıdırlar. Gelecek yalnızca, önemli olanın sürekli araştırma ve öğrenmeyle yeni yöntemler geliştirme olduğunu anlayan ve benimseyen yöneticilerin olacaktır (Düren 2002).

Öğrenen örgüt kavramı bir örgütün sürekli olarak, yaşadığı olaylardan sonuç çıkarması, bunun değişen çevre koşullarına uymakta kullanılması, çalışanları geliştirici bir sistem yaratması ve böylece değişen, gelişen, kendini yenileyen dinamik bir örgüt olmasını ifade etmektedir. (Erigüç ve Balçık 2007). Öğrenme ve gelişme için fırsatlar tüm örgüt genelinde paylaşılmalıdır (Freeman 2003). Öğrenen bir örgütte işgörenler sürekli olarak yeni bilgiler edinme ve paylaşma yoluyla bilgi yönetimi konusunda deneyim kazanırlar. Öğrenen örgütlerde işgörenler, öğrendiklerini, karar verme ve işi yapma esnasında uygularlar (Aşan ve Aydın 2006).

Öğrenen bir örgütte üyelerin, işe ilişkin faaliyetler konusunda bilgileri bütün örgütle paylaşması ve işbirliği içinde olması, önemlidir. Bu tür bir bilgi paylaşımı ve işbirliği farklı örgütsel düzeylerde ve farklı işlevsel uzmanlar arasında bile gerçekleştirilir. Bunların gerçekleştirilebilmesi mevcut örgütsel yapının ve fiziksel standartların daraltılması ya da ortadan kaldırılması yolu ile olası hale gelebilir. Sınırların olmadığı bu tür bir örgütte işgörenler birlikte çalışma ve işbirliği konusunda özgürdür. Bu yolla işin en iyi yapılma yolunu öğrenir ve bu bilgiyi paylaşırlar (Aşan ve Aydın 2006).

Örgütsel öğrenmede, deneyimle öğrenme, hatalardan öğrenme, birlikte öğrenme, risk alarak öğrenme ve başkalarından öğrenme felsefesi vardır. Ancak bu sayede, organizasyonlar, kendilerini ve çevrelerini değiştirecek alt yapıyı kalıcı biçimde oluşturma şansı elde edebilirler (Düren 2002).

Örgütsel öğrenme felsefesinin temeli, insan kaynağının potansiyelinin ekip ruhu çerçevesinde geliştirilmesi ile işletmenin bu sinerjik etkiden güç kazanması üzerine kuruludur. Burada önemli olan, insanlara ait oldukları örgütlerde, sürekli öğrenerek kendilerini ve dolayısıyla da şirketlerini geliştirmelerini sağlayacak bir iklim, bir ortam yaratmaktır. Böylece işletme ve çalışanları, günümüzün süratli değişim ortamında, değişime uyum sağlama çabalarının ötesine geçerek yaratıcı, öncelik alabilen ve sürekli gelişmeye açık hale gelebileceklerdir (Düren 2002).

Öğrenen örgütün kültürü ise, herkesin ortak bir vizyonu paylaştığı, tüm üyelerin, örgütün faaliyetleri, süreçleri, işlevleri ve dışsal çevresi arasındaki ilişkileri bilip anladığı bir kültürdür. Bu tür bir kültürde insanlar kendilerini bir topluluk olarak görür ve birbirlerine güvenir. Bunun yanı sıra, örgüt üyeleri ile yakından ilgilenilir. İşgörenler iletişimde bulunma, paylaşma, deneme yanılma ve eleştirmeden, cezalandırmadan öğrenme gibi konularda kendilerini özgür hissederler (Aşan ve Aydın 2006).

Sağlık kurumlarında yeni teknolojilerin hızla değerlendirilmesi, örgütün yapısında, iş akışı oluşturulmasında ve karar verme süreçlerinde değişim sağlanabilmesi için yeni olanaklar yaratmaktadır. Yani, çoğu kez bu yeni teknolojiler yeni uygulamaları beraberinde getirebilir. Sağlık kurumlarında etkililiği artırmanın yollarından biri yeni örgütsel yapılar oluşturulmasıdır. Yaşanmakta olan değişimin gereklerini karşılayabilmek için sağlık kurumlarının esnek, uyum sağlayıcı ve devamlı olarak değişim içinde olmaları gerekmektedir. Sağlık kurumları karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelebilmek için bir çaba içine girerek, sorunlarına farklı çözümler aramalıdır. Bunlardan biri örgütsel öğrenme ve diğeri kendisini etkileyen etmenlere karşılık vermek için gelişmek zorunda olan hastaneler anlayışı doğrultusunda bir ideal olan “öğrenen hastane” olma anlayışıdır. Dolayısıyla, hastaneler de öğrenen bireyler aracılığıyla öğrenen gruplar yaratarak ve öğrenmeyi hastane kültürünün parçası haline getirip, öğrenmeyi kurumsallaştırarak öğrenen hastaneler haline gelebilirler (Erigüç ve Balçık 2007).

Hastane çalışanlarının gelişen teknolojik ve tıbbi yenilikleri takip etmeleri desteklenmeli, yenilik yaratma kapasiteleri artırılmalı ve öğrenme istekleri gerek hastane içinde gerekse hastane dışında verilen eğitim çalışmalarına katılmalarında maddi/manevi destek kurum tarafından sağlanmalıdır (Erigüç ve Balçık 2007).

Klinik yönetim bu bileşenleri etkili olarak çalıştırmak için açık ve işletimsel olmaya ihtiyaç duyar. Sağlık bakım sunumunda kalitenin sürekli geliştirilmesi, örgütsel değerleri ve çalışanlarının gelişimini destekleyen bir kültür ve çevrede başarılabilir. Aynı şekilde sağlık bakımı çalışanları bireysel olarak mesleki standartlarını sürekli geliştirmeye ihtiyaç duyarlarken, rol ve sorumluluklarını iş sözleşmeleri ve mesleki uygulama kodlarıyla düzene sokarak çalışırlar (McSherry et al 2008).

4.3. Klinik yönetim iklimi

Klinik yönetim alanında kültürel iklim önemli bir konudur ve kaliteli hizmet sunumunu sağlamada yardımcı olabilir (Freeman 2003). Örgüt kültürü, örgüt yaşamına ilişkin inançlar ve beklentilerin doğası hakkında bilgi verirken; örgüt iklimi, bu inançlar ve beklentilerin doyuma ulaşmış olup olmadığının göstergesidir. Örgüt kültürü uzun vadeli bir kavramdır. İklim kavramı ise bireylerin algıladığı ve davranışlarda bulunduğu psikolojik çevreyi ifade eder. Örgüt iklimi, işletme içerisinde uygulamalar, süreçler ve özendirme sistemleri ile ilgili ve kısa vadede geliştirilebilecek taktikleri yani işletmenin hedeflerine nasıl ulaşılacağını gösteren faaliyet planını kapsar (Tınaz 2009).

Yüksek düzeyde destekleyici bir örgüt kültürü yerleştirmek, klinik yönetim uygulamalarını hızlandırmaya yardımcı olacaktır. Suçlamasız, destekleyici, katılımcı, yenilikçi, ilham verici, yaratıcı, sürekli öğrenmeye olanak veren, iyimser, iletişime açık ve problemlerin paylaşıldığı bir iklim, sağlık bakımı sunanlara kendilerini değiştirmelerine ve hastaların kalite beklentilerine cevap vermelerine olanak sağlar. Örgüt ikliminin bu özellikleri klinik yönetimin ve kalite girişimlerinin uygulanmasını kolaylaştırarak kültürel değişime yardımcı olur (Karassavidou, Glaveli and Zafiroopoulos 2011).

Katılımcı, esnek ve yenileşmeye meyilli bir örgüt iklimi başarılı kalite geliştirme çabalarının dolayısıyla da klinik yönetişimin uygulanmasında önemlidir. Böyle bir iklim mesleki ve örgütsel sınırlılıklara karşın ekip çalışmasının gerekliliğini vurgular ve sürekli öğrenme yolu ile desteklenir (Freeman 2003).

Klinik yönetişim ikliminin değerlendirilerek ölçülmesi, örgütsel gelişme çabalarının nerede yoğunlaşması gerektiğine ve karar vermede yapılan hareketlerin etkisinin değerlendirilmesine yardımcı olur (Freeman 2003).

4.4. Örgüt İklimi

Personelin etkili ve verimli çalışması bireysel, örgütsel ve çevresel olmak üzere birçok etmene bağlıdır. Bu etmenlerin en önemlilerinden biri de “ Örgüt İklimi ve Örgüt Kültürü” kavramlarıdır (Arslan 2004).

İklim, hava, ortam, atmosfer, ahlak, kişilik gibi kavramlar örgütler açısından 1960’lı yıllardan itibaren oldukça ilgi gören konulardır. Örgüt kültürü kavramının popüler hale gelmesiyle birlikte bu konular örgüt kültürüyle birlikte ele alınmaya başlamıştır. Literatürde (Şişman 2002, Aydoğan 2004) örgüt iklimi çalışmalarının, davranışı insan ve çevrenin bir fonksiyonu olarak gören K.Lewin’in “Alan Teorisine” ve sosyal psikoloji bakış açısına dayandırıldığı ve çevre değişkenlerini açıklamaya odaklandığı belirtilmektedir. Örgüt iklimi araştırmalarının temelindeki varsayım, örgütsel iklim yönünden örgütler arasında bazı farklılıkların olabileceği ve bu farklılıkların da örgütsel etkililiği etkilediği şeklinde olmuştur.

Örgüt iklimi kavramı örgüt kültürü teriminden önce, 1968 yılında Litwin ve Stringer tarafından kullanılmıştır. Bu yazarlar örgüt iklimini, "insanların çalıştıkları iş ortamında, doğrudan ve dolaylı olarak algıladıkları, motivasyon ve davranışlarını etkilediği varsayılan, ölçülebilir öncelikler grubu" olarak tanımlamışlardır. Örgüt iklimi, bireylerin örgütleri için toplu veya genel algılarını açıklamakta; bu bağlamda iklim, tavır ve davranışların sebebi, örgütsel ve bireysel davranışa aracı olan,

yargılama ortamı olarak düşünölen bir değışken olarak görölmektedir. Dolayısıyla iklim algıları, çalışanların örgütlerde benzer olaylar karşısında farklı veya benzer davranışlarına yol açabilir (Demir 2007).

İklim, içinde bulunulan duruma verilen duygusal ya da değerdendirmeye dayalı bir tepki değildir, çevrenin subjektif olarak tanımlanmasıdır. İklim örgütün rutin politikaları, uygulamaları ve işlemleri hakkında çalışanlarca paylaşılan algılamalar olarak da tanımlanmaktadır (Aydoğan 2004, Yaprak 2009).

Zayıf iletişim, sosyal desteğin olmaması, yöneten ve yönetilen arasındaki çatışma, kurmay personel arasındaki çatışma astlarla ve üstlerle zayıf ilişkiler, üst veya alt kademedden gelen tehditler, örgütte oluşan informal gruplara katılamama, yetersiz sosyal destek gibi faktörler yetersiz örgüt ikliminin işaretleridir. İş güvenliğinin olmaması, örgütün fiziki unsurunun çalışmaya elverişli olmaması, karara ve yönetime katılma olanaklarından yoksunluk, hiyerarşik, katı, merkezi örgüt yapıları örgütsel yapı ve iklimden kaynaklanan stres faktörleridir (Genç 2004).

Örgüt iklimi yöneticiler ve çalışanlar tarafından farklı biçimlerde algılanabilir. Önemli olan iklimin çalışanların bireysel, yöneticilerin yönetsel amaçlarıyla paralellik göstermesidir. Bir örgütün amaçları doğrultusunda başarıya ulaşabilmesi için örgüt üyelerinin örgüte bakış açılarının pozitif olması, örgüt kültürüne sahip çıkmaları, olumlu bir örgüt iklimine sahip olması gerekmektedir, aksi durumda olumsuz iklimden söz etme olasılığı artacaktır (Yaprak 2009).

Sağlıklı bir örgüt ikliminde genel olarak aşağıdaki özelliklerin bulunması gerekir:

- Örgüt hedefleri ve bireysel hedeflerin örtüşmesi,
- Sosyo-teknik sistemin istemlerine dayalı en uygun örgüt yapısı,
- Tam katılım olanaklarının sağlanmasıyla örgütün demokratik işleyişi,
- Örgütün farklı düzeyleri arasında karşılıklı güven, ilgi ve destek,
- Çatışmaların engellenmesi amacıyla açık tartışma ortamı,
- Belirli iş durumlarına uygun liderlik tarzı ve yönetsel davranış,

- Birey ve örgüt arasında psikolojik anlaşmanın kabulü,
- Bireylerin işle ilgili beklentileri ve gereksinimleri, bireysel farklılıklar ve davranışların tanınması,
- Olumlu davranışların tanınması esasına dayalı adil ödül sistemi,
- İş yaşamı ve iş tasarımı kalitesine ilgi,
- Kişisel gelişim ve kariyer geliştirme olanakları,
- Örgüte sadakat ve kimlik duygusu, birey olarak önemli ve değerli olma duygusudur (Tınaz 2009).

Yöneticiler, kurum içinde olumlu bir örgüt iklimi oluşturmanın ilk şartı olarak, çalışanların iyi tutumlarını geliştirecek olan dört ana alana dikkat etmelidirler;

- İşlerinde önemli olma duygusu: Çalışanlar işe yaradıklarını, rekabeti ve bunun sonucunda haklı terfi isteklerini hissetmelidirler.
- Çalışanlar arasında takım çalışması: Grup gururu ve öz saygı duygusu, iş arkadaşlarıyla üst düzey beşeri etkileşim ve iyi ilişkiler, takım çabası, üst yönetim ve diğer yönetim kademelerinde çalışanların desteği olmalıdır.
- Yönetimin, çalışanların maddi gücü ile ilgisi: Çalışanlar, emek ve katkılarının karşılığını adil olarak almalıdırlar.
- Adil ve bireyselleştirilmiş ekonomik ödüller: Ücretlerin adil ve yeterli miktarda dağıtılmasına dikkat edilmelidir (Tınaz 2009).

Bir kurum içinde hakim olan iklimin niteliği, inanma, güvenme ve güvenlik, açıklık, içtenlik, yardımlaşma, katılım, doyum, umut ve beklenti düzeyleri ve duygularının durumuna bakılarak anlaşılır. Örgüt iklimi bir yandan bu tür duyguların varlığını yansıtırken, öte yandan da bu tür duyguların doğup gelişmelerini ve yoğunluklarını etkiler. Çalışanlar arasında bu türden duygular uyandıran olumlu bir örgüt iklimi beraberinde etkili personel ilişkileri ve iletişimi getirir. Bu da moral, verimlilik ve dış hedef kitlelerle olan ilişkilere yansır. Tersine katı bir örgüt yapısı ile buna bağlı olarak hiyerarşiyi izleyen sınırlandırılmış bir iletişim, katılımsız bir yönetim tarzı ve sıkıcı bir çalışma ortamını ortaya koyar (Vural 2005).

4.4.1. Hemşirelikte Örgüt İklimi

Sağlık hizmeti grubu içinde olan hemşireler sağlık bakım hizmetinin yürütülmesinde temel insan kaynağıdır. Bakım hizmetinde hemşireler, içinde çalıştıkları sistemin gerçekleri ve algılamalarının birlikte olduğu kompleks bir ağ içinde çalışırlar ve çalıştıkları örgütün ikliminden etkilenirler. Yoğun çalışma şartları içinde hemşireler, yüksek ücret, mesleki gelişme için fırsatlar, kendi mesleki geleceklerine karar verecek ve yönlendirecek bir ortam oluşturma, kariyer geliştirme olanaklarını sağlama, yeterli sayıda çalışanı ve çalışma şartlarının iyi olmasını destekleyen bir yönetim içeren örgüt iklimini tercih ederler (Mok and Yeung 2002, Burton, Loritsen and Obel 2004, Stone, Yunhing and Gerson 2007).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN 2007, [http:// www.icn.ch](http://www.icn.ch) Erişim Tarihi: 28 Temmuz 2011) örgüt iklimini, ‘çalışanların çalışma ortamlarıyla ilgili paylaştıkları algılardır’ şeklinde tanımlamıştır. Siu (2002) örgüt iklimini, ‘resmi ve resmi olmayan örgütsel politikaların, uygulamaların, süreçlerin, örgütün belirttiği amaçların ve bu amaçlara ulaşmada uygun anlamların paylaşılan algılamaları’ olarak tanımlamıştır.

Uluslararası Hemşireler Konseyi, "2007 Hemşireler Günü" nün teması olarak "Olumlu Çalışma Ortamları"nı vurgulamış ve kaliteli hasta bakımı ve olumlu iş çıktıları için çalışma ortamının önemi üzerinde durmuştur. Olumlu çalışma ortamının geliştirilmesi için de, hemşire ve hastalar için güvenli bir iklim, sürekli öğrenmeye yönelik örgüt desteğinin olduğu bir iklim ve liderlik iklimi şeklinde olumlu örgüt iklimi için şart olan üç özelliği tanımlamıştır (ICN 2007, [http:// www.icn.ch](http://www.icn.ch) Erişim Tarihi: 28 Temmuz 2011)

Hemşirelerin çalışma ortamları üzerine yapılan araştırmaların artması, örgüt ikliminin iş çıktılarına olan etkilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Hemşirelerin çalıştığı örgütlerde, kötü bir iklimin hastayı tehlikeye düşürdüğü ve hemşireleri tükenmeye, iş doyumsuzluğuna ve işe devamsızlığa yönlendirdiği belirtilmektedir. Güçlü ve olumlu bir örgüt ikliminin ise paylaşılan algılara dayanan davranış tutarlılığını sağladığı vurgulanmaktadır (Siu 2002).

Hemşireler, mesleki ve kişisel gelişimine olanak sağlayan örgüt ikliminde çalışmak isterler. Kuralların ve yönetici hemşirelerin emir ve talimatlarının açık ve anlaşılır olması, hemşirelerin görüş, eleştiri ve şikayetlerinin dikkate alınması, hemşirelerin uğraşlarının yönetici hemşireler tarafından fark edilmesi, görevlerini yaparken gerekli bilgi, destek, kaynak ve olanakların sağlanması, karar verme mekanizmalarında yer almaları iş gerilimini azaltmakta, performans ve verimliliği arttırmaktadır (Ismail 2005, Mosser and Walls 2002).

Hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada, iş yükünün ağır oluşu, çok fazla ve hızlı çalışma, çalışma sırasında büyük stres altında olma, yeterli alt yapı, araç, gereç olmaması, iş yerinde yetersiz otonomi, ücretin azlığı, yükselme fırsatının yetersizliği, hemşireler arası ve hemşirelerle doktorlar arası iletişimin yetersizliği, iş yeri güvenliğindeki sorunlar ve gelecek endişesi gibi faktörlerin iş doyumuna ve performansa olumsuz etki gösteren, örgüte bağlılığı azaltan ve iş gücü kaybını arttıran faktörler olduğu gösterilmiştir (Mills 2003).

Hemşireler kendilerine iş doyumunu sağlayacak bir iklimde çalışmak istemektedirler. Kurumlarda işe yönelik emir, talimat ve yönlendirmelerin çalışanlar için açık ve anlaşılır olması, bilgi paylaşımı ile kararlara katılım çalışanların iş doyumunu birinci derecede etkilemektedir. Çalışanlara yeterince bilgi verilmesi ve düşüncelerinden yararlanılması onları kurumlarına bağlayan ve verimliliklerinin artmasını sağlayan önemli etmenlerdendir. Hemşireler uğraşları ve başarıları, yöneticiler ve hastalar tarafından fark ve takdir edildiği zaman iş doyumuna ulaşırlar. Yöneticiler ve diğer sağlık bakımı çalışanları, karar verme mekanizmasının içinde yer aldıkları bir iklimden memnun olurlar. Kurumlarda örgüt ikliminin düzenli olarak değerlendirilmesi, örgüte bağlılığı, örgütsel üreticilik – yaratıcılık, iletişim etkililiği, diğer kurumlarla rekabet düzeyi, yöneticilerin çalışanlar ve iş çevresini yönetmede daha aktif olmalarını, kriz durumu olmadan önce acil önlemlerin alınmasını, çalışanların katılımını, motivasyonunu ve verimliliğini artırır (Mok and Yeung 2002. Ismail 2005).

4.5. İş Doyumu

Çalışma yaşamında işletmelerin ihtiyaç duyduğu temel üretim faktörlerinden biri olan insan faktörünün verimliliğinin ve etkinliğinin artırılması, insanın işine duyduğu hoşnutluğun sağlanması ile mümkün olabilmektedir (Yüksel 2003).

Teknolojinin sürekli ve hızlı bir şekilde gelişmesi ile günümüzde çalışma yaşamı, bireyin gerek fizyolojik, gerekse psikolojik ve sosyal yönden sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Çalışanlar, iş ortamının, iş ve işlemlerin ve psiko-sosyal çevrenin streslerinden etkilenmekte, çeşitli düzeylerde bedensel ve ruhsal çaba içinde görevlerini devam ettirmektedirler. Günümüz ortamında iş görenlerin verimli bir şekilde çalışabilmelerinde iş doyumunun büyük rolü vardır (Serinkan ve Bardakçı 2009).

Bireyin sahip olduğu işi ve işinde harcadığı toplam süre hayatının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu nedenle, bir çalışan olarak bireyin işinde tatmini ya da tatminsizliği, gerek birey ve gerekse içinde bulunduğu örgüt ve toplum için önemli sonuçlar doğurmaktadır. Çalışanın çalışma hayatı boyunca gördükleri, yaşadıkları, sevinç ve üzüntüleri olacak; tüm bunların sonucu olarak işine veya işletmesine karşı tutumları oluşacaktır. İş tatmini bu tutumların genel yapısı ya da en basit şekliyle, çalışanın işine karşı gösterdiği genel tutumudur (Demir 2007).

Literatüde (Solmuş 2004) Luthans'ın iş doyumunu, çalışanın işini ya da iş ile ilgili yaşantılarını değerlendirdiğinde hissettiği doyum verici ya da olumlu bir duygulanım olarak tanımladığı görülmektedir. Luthans' a göre iş doyumunun 3 temel boyutu vardır:

- İş doyumunu, çalışanın işe ilişkin içsel ve öznel (sübjektif) duygularını ya da duygulanımını ifade eder, dolayısıyla dışarıdan gözlenememekle birlikte çalışanın davranışlarından çıkarılabilir.
- İş doyumunu, çalışanın, elde etmeyi istediği ya da hak ettiğine inandığı ödüllere ulaştığı ya da beklentilerinin ötesinde kazanımlar elde ettiği durumda yaşanır.

- İş doyumu, birbirlerinden ayrı ama birbirleriyle yakından ilişkili olan birkaç farklı tutum objesini (örn, ücret, iş ortamının özellikleri ya da iş arkadaşlarıyla olan ilişkiler gibi) kapsamaktadır (Solmuş 2004).

İş doyumunun sistematik bir şekilde incelenmesinde motivasyon kuramlarının etkisi bulunmaktadır. Kişileri motive eden faktörleri belirlemek ve motivasyonu sürekli kılmak konusunda yöneticilere yardımcı olabilecek teoriler "Kapsam Teorileri" ve "Süreç Teorileri" olmak üzere başlıca iki grup altında toplanmaktadır.

4.5.1. Kapsam teorileri

Kapsam teorileri kişinin içinde bulunan ve kişiyi belirli yönlerde davranışa yöneltten faktörleri anlamaya önem vermektedir. Bu teorilerin varsayımı şudur: Eğer yönetici, kişiyi belirli şekillerde davranmaya zorlayan faktörleri anlayabilirse bu faktörlere hitabetmek yoluyla kişiyi daha iyi yönetebilir. Yani onları örgüt amaçları doğrultusunda davranmaya sevk edebilir.

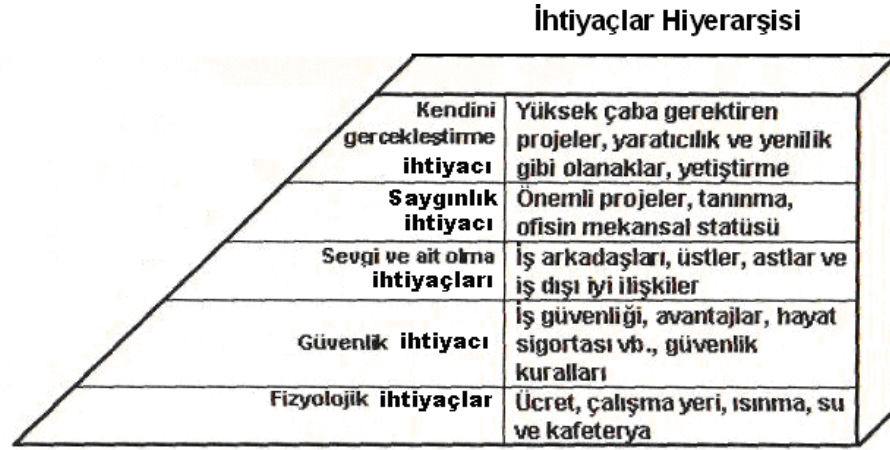
Başlıca kapsam teorileri; Maslow'un ihtiyaçlar Hiyerarşisi, Herzberg'in Çift Faktör Teorisi, Alderfer'in ERG, McClelland'ın Başarı İhtiyacı Teorisi ve Özerklik Teorisi kapsam teorileridir. Bu teoriler kişinin içinden gelen ve kendisini davranışa sevk eden faktörlere önem verir ve onları anlamaya çalışır (Aşan 2001).

4.5.1.1. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi

Motivasyon teorileri içinde en çok bilineni Abraham Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'dir. İnsanın, ihtiyaçlarını gidermek amacıyla çeşitli davranışlarda bulunduğu öne süren Maslow, teorisini üç temel varsayıma dayandırmaktadır:

1. Sadece tatmin edilmemiş ihtiyaçlar insanları çeşitli şekillerde davranmaya yönlendirir, tatmin edilmiş ihtiyaçların davranışlar üzerinde herhangi bir etkisi yoktur.
2. İnsan ihtiyaçları, önem derecesine göre aşağıdan yukarıya doğru hiyerarşik olarak sıralanır.
3. İnsan, ancak bir basamaktaki ihtiyacı belli bir dereceye kadar tatmin edilirse, bir üst basamaktaki ihtiyacının etkisi altına girer (Aşan 2001).

Maslow'a göre birey 5 temel ihtiyacını doymak ister. Bunlar: Fizyolojik ihtiyaçlar, Güvenlik ihtiyacı, Ait olma ve sevmeye ihtiyacı, Saygı ihtiyacı, Kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır (Çetinkanat 2000, Solmuş 2004, Keser 2006, Arıkan, Gökçe, zer ve Köksal 2006).



şekil 1. Gereksinim hiyerarşisinin işte doymulması.

Kaynak: Çetinkanat C. Örgütlerde Güdülenme ve İş Doyumu. Ankara. Anı Yayımcılık. 2000. s:16.

4.5.1.2. Herzberg'in çift faktör teorisi

Herzberg yaptığı çalışmalarda, insanları işlerinde tatmin eden faktörlerle, tatminsiz eden faktörlerin farklı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Diğer bir anlatımla, geleneksel bakış açısı tatmin ve tatminsizliği bir boyutun iki karşıt ucu olarak görürken, Herzberg bu kavramların farklı iki boyutu temsil ettiğini ve birbirinin zıddı olmadığını ileri sürmüştür.

Herzberg alışma ortamında kişiye tatmin eden faktörleri "motive edici faktörler", tatminsiz eden faktörleri de "hijyen faktörler" olarak sınıflandırmıştır. Araştırmacıya göre motive edici faktörler doğrudan doğruya işle ilgili (içsel) olup, bunlar; başarı, tanınma, işin kendisi, sorumluluk, ilerleme (terfi) ve gelişmedir. Herzberg'e göre kişi işini sevdikçe, işinde başarılı olup tanındıkça, sorumluluk üstlenip terfi ettikçe ve işinde kendini gerçekleştirdikçe tatmin olacaktır. Aksi durumda ise tatminsiz olmayacak fakat tatmin olma durumu ortadan kalkacaktır (Aşan 2001).

Hijyen faktörler ise, doğrudan doğruya işin içeriği ile ilgili olmayıp, işin çevresel (dışsal) şartlarıyla ilgilidirler. Bunlar; şirket politikası ve yönetim, gözetim (nezaret), üstlerle ilişkiler, astlarla ilişkiler, iş koşulları, ücret, iş arkadaşları ile ilişkiler, özel yaşantı, statü ve güvenlik faktörleridir. Herzberg'e göre şirket politikası ve yönetimin kötüye gitmesi, teknik bilgi ve gözetimin yetersiz oluşu, üstlerle, astlarla ve iş arkadaşlarıyla ilişkilerin iyi olmaması, iş koşullarının elverişsiz oluşu, ücret düzeyinin yetersizliği, özel yaşama gereken saygının gösterilmemesi ve güvenliğin yetersizliği, çalışan kişinin kabul edilebilir olarak düşündüğü düzeyin altına indiğinde o kişi tatminsiz olur. Bunun yanında, kabul edilebilir düzeyde veya bu düzeyin üzerinde olduğu takdirde tatminsizlik durumu yaratmaz, sadece "nötr" bir durum oluşturur. Diğer bir ifadeyle, bu faktörler çalışanın tatminine bir zemin hazırlar. Tatmin, motive edici faktörlerin varlığıyla gerçekleşir. Bu nedenle teoriye göre, yöneticiler çalışanlarını motive etmek istiyorlarsa, hijyen faktörlerin iyi olmasını sağlamalı, ancak dikkatlerini motive edici faktörler üzerinde yoğunlaştırmalıdır (Aşan 2001).



Şekil 2: İş Doyumunun Gütülenme Şeması.

Kaynak: Çetinkanat C. Örgütlerde Gütülenme ve İş Doyumu. Ankara. Anı Yayıncılık. 2000. s:19.

4.5.1.3. Clayton Alderfer'in ERG teorisi

Clayton Alderfer yaptığı araştırmalarla Maslow'un teorisinin gerçek hayata uygun olmadığı sonucuna ulaşmış ve ERG teorisini geliştirmiştir. ,

ERG teorisine göre ihtiyaçlar üç temel sınıfa ayrılırlar:

1. Varolma (Existence) İhtiyaçları: Fiziksel refaha yönelik ihtiyaçlar,
2. İlişki (Relatedness) İhtiyaçları: Kişilerarası ilişkiler geliştirmeye yönelik ihtiyaçlar.
3. Gelişme (Growth) İhtiyaçları: Kişisel gelişme ve ilerlemeye yönelik ihtiyaçlar (Aşan 2001).

Maslow'un beş ihtiyacı Alderfer'in teorisinde üçe düşmüştür. Bu teori ihtiyaçlar arasındaki hiyerarşik sıraya daha az vurgu yapar. Birden fazla ihtiyaç aynı anda karşılanmak istenebilir. Ayrıca, bir ihtiyacın karşılanması durumunda, bireyin bir sonraki ihtiyacı karşılamak için motive olması konusunda da bir kural yoktur. Bu teoriye göre, bir ihtiyacın karşılanmaması geriye dönüşlere yol açabilir (Keser 2006, Tınaz 2009).

ERG teorisi 3 temel önermeye dayanmaktadır:

1. Gereksinimlerin doyumu: Her düzeydeki ihtiyaçlar ne kadar az doyurulursa o kadar fazla oranda istenir hale gelir. Örneğin, var olma gereksinimleri (ücret gibi) ne kadar az doyum sağlanırsa o kadar istenir hale gelir.

2. İsteğin şiddeti: Alt düzeydeki ihtiyaçlar ne kadar çok doyuma ulaşırsa üst düzey ihtiyaçların doyurulma isteği o kadar artar. Örneğin, var olma gereksinimleri (ücret gibi) ne kadar çok doyuma ulaşırsa ilişki kurma ihtiyaçları (kişilerarası ilişkiler gibi) o kadar çok istenir hale gelir.

3. İhtiyaçların engellenmesi: Üst düzey ihtiyaçlar ne kadar az doyuma ulaşırsa alt düzey ihtiyaçlar o kadar çok istenir hale gelir. Örneğin, büyüme ihtiyaçları ne kadar az doyuma ulaşırsa ilişki kurma ihtiyaçları o kadar çok istenir hale gelir (Solmuş 2004).

4.5.1.4. McClelland'ın başarı ihtiyacı teorisi

McClelland'ın başarı ihtiyacı teorisine göre, başarı ihtiyacı içinde olan çalışanlar böyle bir ihtiyacı yaşamayanlara göre daha fazla oranda çaba gösterirler. Ona göre gereksinimler, öğrenilen ve bireyden bireye değişen bir yapı içersinde yer alırlar. Bu teoriye göre kişiler üç grup ihtiyacın etkisi altında davranış gösterirler. (Keser 2006).

1. Başarma ihtiyacı: Bir şeyi daha önce yapıldığından daha iyi ve etkili bir şekilde yapma ihtiyacıdır. Bu ihtiyacı yüksek olanlar, kendilerine ulaşılması güç ve zahmetli amaçlar seçip, bunlara ulaşabilmek için gereken bilgi ve yeteneği elde edip kullanmak isterler (Keser 2006).

2. Ait olma (Bağlanma- İlişki kurma) ihtiyacı: Bu ihtiyaç, bireyin yaşamını yalnız başına sürdüremeyeceği ve toplumsal niteliğe sahip olmasından hareketle, diğer birey ve gruplarla ilişki içinde bulunacağına vurgu yapmaktadır (Keser 2006).

3. Güç elde etme (Erk) ihtiyacı: Başka insanlardan sorumlu olma, onları etkileme ve kontrol etme ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç, başkaları üzerinde güç sahibi olma anlamına gelmektedir. Güç kazanma güdüsüne sahip bireyler, kendilerine ulaşılması zor; çalışma gerektiren anlamlı amaçlar seçerler (Keser 2006).

Teoriye göre; insan çocukluğunda çevresindeki birçok uyararla etkileşime girer. Bu uyarılardan sıkıldığında ise, daha karmaşık daha ilgi çekici olanlarını aramaya başlar. McClelland'a göre ihtiyaçlar, öğrenilir ve davranışa etki etme potansiyellerine göre kişiden kişiye değişen bir hiyerarşi izler. İnsanlar yaşamları boyunca çevrelerinde gelişen olayları negatif ya da pozitif duygularla birleştirerek öğrenirler. Bu bağlamda başarı, beraberinde uyanan haz duygularıyla pekiştirilir. Sonuç olarak başarma ihtiyacı kişinin duygu hiyerarşisinde en üst basamakta yer alır (Keser 2006).

McClelland yaptığı araştırmalarda, başarılı girişimcilerin, yöneticilerin, profesyonel kişilerin yüksek başarı ihtiyacıyla hareket ettiklerini saptamıştır. Araştırmacı başarı motivinin, başarısız olan grup ve üyelere öğretilceği inancındadır; ona göre çalışanlar, düşünce yapılarını değiştirme ve başarı ihtiyacıyla hareket etme konusunda eğitilebilirler. Bu teoriye göre kişileri üst düzeyde motive etmek, onların ihtiyaçlarına uygun işler vererek mümkün olmaktadır (Aşan 2001).

4.5.1.5. Özerklik teorisi

Teori, insan davranışlarının özerk olduğunu; bireylerin düşüncelerini en üst seviyede davranışlarına aktardığı ve tamamen seçim duygusuyla olaylarda yer aldığını savunur. Özerklik teorisi, hareketlerin üç temel ihtiyaç tarafından idare edildiğini ileri sürer: Birincisi, bireyin kendini ilgilendiren konular üzerinde seçimlerini yapması anlamına gelen "**otonomi (özerklik)**" ihtiyacı; ikincisi, yeteneklerinizi kullanma ve onları geliştirme anlamına gelen "**yeterlilik**" ihtiyacı, üçüncüsü ise; diğer bireylerle birlikte olma ve sosyal yönden değerli hissetmeyi sağlayan "**ilişki**" ihtiyacıdır.

Bu teoriye göre, ihtiyaçlar sürekli karşılandığı ölçüde etkili olarak çalışacak ve sağlıklı bir biçimde gelişecektir, ihtiyaçlar engellendikleri ölçüde ise, bireyler olumsuzluğa gidiş belirtisi göstereceklerdir ve isteğe bağlı olmayan davranışlar sergilenecektir (Keser 2006).

4.5.2. Süreç teorileri

Süreç teorileri, insan davranışlarının nasıl başladığı, nasıl sürdürüldüğü ve nasıl durdurulduğu sürecini açıklamayı amaçlar. Başka bir deyişle, motivin nasıl harekete dönüştüğünü ortaya koyarak, motivasyon sürecini oluşturan değişkenlerin birbiriyle olan ilişkilerini açıklamaya çalışırlar (Aşan 2001).

Süreç teorilerinin çıkış noktası, belirli bir davranışı gösteren kişinin, bu davranışı tekrarlaması veya tekrarlamaması nasıl sağlanabilir sorusunun cevaplanmaya çalışılmasıdır. Süreç teorilerine göre ihtiyaçlar, kişiyi davranışa sevk eden faktörlerden sadece birisidir (Keser 2006).

Başlıca süreç teorileri; Vroom'un Beklenti (Ümit) Teorisi, Skinner'in Edimsel Koşullandırma Teorisi, Adams'ın Hakkaniyet (Eşitlik) Teorisi, Locke'ın Amaç Yönelimi Teorisi ve Deci'nin Bilişsel Değerlendirme teorileridir.

4.5.2.1. Vroom'un beklenti (ümit) teorisi

Victor Vroom tarafından geliştirilen Beklenti Teorisi sonraları Porter ve Lawler tarafından daha ayrıntılı bir model haline getirilmiştir. Vroom teorisinde üç ilişki üzerinde durmaktadır:

1. Çaba-İşbaşarımı İlişkisi: Çabası oranında işbaşarımı elde edeceğine dair kişinin beklentisidir.
2. İşbaşarımı-Ödül İlişkisi: İşbaşarımı sonucunda ödül alacağına dair kişinin inancıdır.
3. Ödül-İhtiyaç İlişkisi: Ödülün kişinin ihtiyaçlarını tatmin etme derecesidir. Modele göre ödül, ihtiyaçları ne kadar çok tatmin ederse kişinin ödülü arzulama derecesi diğer bir ifadeyle ödülün çekiciliği o oranda artacaktır (Aşan 2001).

Beklenti teorisi, motivasyonu sağlayan bilişsel durumlara odaklanarak ödüllerin davranışı nasıl yönlendireceğini açıklamaya çalışır. Teori temelde kişinin davranışının kendisine ödül ya da arzu ettiği bir çıktı olarak döneceğine inanması durumunda motive olacağını söyler. Davranışın sonucunda herhangi bir ödül elde etmemesi durumunda ise, kişi o davranışı göstermeye motive olmaz.

Beklenti teorisine göre önemli olan, sonuçların gerçek değeri değil, kavramsal olarak taşıdığı değerdir. Yani "yaptığım şey sonucuna değer mi?" sorusuna verilen cevapla ilgili bir beklentidir.

Beklenti Teorisinde;

Motivasyon = Beklenti X Araçsallık X Çekicilik

Beklenti: Çabanın sonucunda iş başarısına ulaşma arzusu,

Araçsallık: İş başarısının kişiye ödül getirmesi,

Çekicilik: Ödülün kişinin gözündeki değeridir.

Bu teoriye göre motivasyon daha fazla çabaya yol açar. Artan çabanın, çalışanın ulaşmak istediği, bu nedenle arzulama derecesi yüksek olan hedefleri yansıtan sonuçlara yol açacağı ümit edilir. Buna bağlı olarak, hedefe ulaşma ile yeniden motive edilmesi daha kolay ve daha doyumlulu bir çalışan ortaya çıkar (Keser 2006, Arıkan ve ark.2006).

Bu kuramdan elde edilen sonuca göre çalışanların, çaba ile başarının yakın ilişkide olduğunu fark etmeleri gerekir. Yönetici, çabanın başarıya dönüşebileceği ortamı oluşturmali; başarı ile ödöl arasındaki geçişleri sağlamalı; ödöl sistemini seçerken çalışanlar açısından önemli ve çekici gelen bir yapı oluşturmali (Tınaz 2009).

4.5.2.2. Skinner'in edimsel koşullandırma teorisi

Ünlü davranış bilimci B.F. Skinner, insan davranışlarının nedenlerini ihtiyaç gibi içsel faktörler yerine, doğrudan doğruya dışsal (çevresel) faktörlere bağlamıştır. Edimsel koşullandırmada, istenen davranışın ortaya çıkma olasılığını arttıran her türlü uyarıcıya pekiştireç adı verilir. Kendiliğinden ortaya çıkmayan bir davranış, pekiştireçler yardımıyla gerçekleştirmek Skinner'in teorisinin temelini oluşturur. Ödüllendirilen davranışlar tekrarlanır, aksi halde terk edilir şeklindeki etki yasasından hareketle, belirgin bir ödölle ulaşan edim pekişir ve aynı koşullarda ortaya çıkma olasılığı artar.

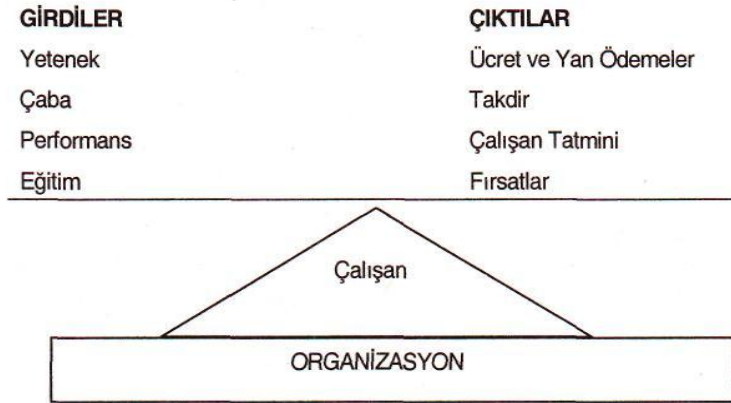
Burada yöneticilerin dikkat etmesi gereken nokta, kişiyi motive etmede ödöllerin etkili olduğudur. Cezaya mümkün olduğunca başvurulmamalıdır. Ödöl verirken de zamanlama çok önemlidir. İstenilen davranışın hemen ardından verilen ödöl davranış pekiştirir. Araya giren uzun zaman, ödöl ile davranış arasındaki bağın gözden kaçmasına neden olur (Aşan 2001).

4.5.2.3. Adams'ın hakkaniyet (eşitlik) teorisi

J. Stacey Adams tarafından geliştirilen Eşitlik Teorisi; kişilerin kendi ödöl ve katkılarıyla benzer işi yapan diğer kişilerin ödöl ve katkılarını karşılaştırdıklarını, eşitsizlik durumunda motivasyonlarının düştüğünü ileri sürmektedir (Aşan 2001).

Bu kurama göre bireyler, harcadıkları çabalar karşılığında elde ettikleri ödöllerin oranını, kendileriyle eş değer diğer bireylerin harcadıkları çabalar karşılığında elde ettikleri ödöllerin oranıyla kıyaslama eğilimindedir (Tınaz 2009).

Hakkaniyet (Eşitlik) Teorisine göre çalışanın ortaya koyduğu emek karşılığında elde ettiği kazançlar dengeli ve adil olmalıdır. Bireyin kendisine göre kurguladığı bu dengede, girdiler ve çıktılar önemlidir. Girdiler ve çıktılar arasındaki denge birey için anlamlıdır (Keser 2006).



Şekil 3: Hakkaniyet teorisi

Kaynak: Keser A. (2006). Çalışma Yaşamında Motivasyon. Alfa Akademi Basın Yayımları Dağıtım Ltd. Şti. Bursa. s:43.

Dengenin aleyhine bozulduğunu hisseden kişi, bu doyumsuzluğunun baskısından kurtulmak için kendi ödülleri artırma yollarını araştırır. Bu noktada başarıya ulaşamadığı takdirde, bu kez işletmeye sunduğu emeklerin miktarını azaltır. Ayrıca, dedikodular ve yıpratma faaliyetlerine girerek diğer kişilerin ödülleri azalmasına ya da onların morallerini bozarak sundukları emeklerin azalmasına da neden olabilir (Solmuş 2004).

4.5.2.4. Locke'ın amaç yönelimi teorisi

Edwin Locke tarafından geliştirilen Amaç Teorisi, davranışların nedenlerini kişilerin bilinçli amaçları olarak görmektedir. Yani kişi kendisine birtakım amaçlar saptamakta ve davranışlarını bu amaçları elde etmeye yönelik olarak gerçekleştirmektedir (Aşan 2001). Locke'a göre, belirli amaçlara sahip olmak performansı arttırmakta, kendileri için yüksek düzeyde amaçlar belirleyen bireyler daha fazla oranda çaba göstermekte ve işlerini daha iyi yapmaktadırlar. Ona göre, bir amaç, bireyleri, belirli bir amacın başarıyla sonuçlanması için gerekli olan performansla hali hazırda sahip oldukları

kapasiteyi karşılaştırmaya yönlendirmesi nedeniyle motive edici bir faktör olarak rol oynayabilir (Solmuş 2004).

Amaç yönelimi kuramı, diğer motivasyon kuramlarına göre uygulamaya çok daha fazla açık olan bir kuramdır. Somut ve açık olan hedefleri bilmenin bir ihtiyaç olduğu kabul edilecek olursa bu kuram ile içerik kuramları arasında bir ilişki kurulabilir. Böylece hedeflerin belirtilmesi ve bu hedeflere giden yolların açılması güdülenmeyi sağlayabilir. Öte yandan amaç yönelimi kuramı, beklenti kuramı ile de yakın ilişki içindedir. Hedeflerin kabul edilebilir olması, bunlara değer kazandırmaktadır; zor olsa bile hedeflerin ulaşılabilir nitelikte olması, performans sonuç beklentisinin gelişmesine yol açmaktadır. Ayrıca, geribildirim ile kişi kendini diğer bireylerle karşılaştırabilmekte ve eğer fark varsa bunu kapatabilmektedir. Bu açıdan da amaç yönelimi kuramı denklik (hakkaniyet) kuramıyla bağlantı içerisine sokulabilir (Solmuş 2004).

4.5.2.5. Deci'nin bilişsel değerlendirme teorisi

Bilişsel değerlendirme teorisinin tohumlarını atan sosyal bilimci De Charms, araştırmaları sonucunda "özgün insan-piyon insan" ayrımı yapmıştır. De Charms'a göre özgün insan, gösterdiği davranışın kendi seçimi sonucu oluştuğunu, piyon insan ise davranışının kendi kontrolü dışındaki güçler tarafından oluşturulduğunu algılamaktadır. De Charms özgünlük kavramını içsel olarak motive olmuş davranışla, piyon kavramını ise dışsal olarak motive olmuş davranışla ilişkilendirmiştir. Tarihsel olarak motivasyon teorisyenleri; başarı, sorumluluk, gelişme gibi içsel motive edicilerin, ücret, terfi, iyi çalışma koşulları gibi dışsal motive edicilerden bağımsız olduğunu ileri sürmüşlerdir. Oysa De Charms'ın araştırmalarını geliştirerek bilimsel değerlendirme teorisini oluşturan Deci, bunun tam aksini iddia etmektedir. Deci'ye göre, işten zevk alma gibi içsel ödüllerle desteklenmiş davranışların, para gibi dışsal ödüllerle desteklenmesi durumunda içsel motivasyon azalacaktır. Artık kişi zevk aldığı için değil, para verdiği için çalışacak, para vermediği zaman ise çalışmayacaktır. Çünkü dışsal ödül, kişinin kendi davranışlarını kendisinin kontrol ettiğine dair algılamasını ortadan kaldıracak, bu da içsel motivasyonu yok edecektir. Eğer dışsal ödül de kesilirse, kişi davranışına bir neden bulamayacak ve o davranışı

tekrarlamayacaktır. Bu nedenle teori, yöneticilere, içsel ödülle motive olmuş kişilere işbaşarımı sonucu dışsal ödül verilirken söz konusu iki ödül arasındaki etkileşime dikkat etmelerini önermektedir (Aşan 2001).

4.5.3. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

İş doyum düzeyini etkileyen faktörleri bireysel ve Örgütsel/Çevresel özellikler olmak üzere iki grupta incelenmek mümkündür.

4.5.3.1. İş Doyumunu etkileyen bireysel özellikler

Belirli bir gelişme düzeyine gelen bireylerin farklı davranışları, algılamaları, değerleri, inançları, tutum, becerileri, bilgileri, iş yaşamından beklentileri ile iş yaşamına katılmalarının da farklı olacağı bilinmektedir. İş doyumunun belirleyicileri olan bu öğelerin, çalışanların bireysel özelliklerine göre değişebilecek unsurlar olduğu ifade edilmektedir (Bayrak 2004).

İş doyumunda en çok etkili olan bireysel özelliklerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, statü, sosyo-kültürel çevre, kişilik yapısı ve zeka olduğu vurgulanmaktadır.

4.5.3.1.A. Yaş

1950'li yıllarda Herzberg, Mausner, Peterson ve Capwell, yaş ile iş tatmini arasında önemli bir ilişki bulunduğunu öne sürmüşlerdir. Herzberg ve arkadaşlarına göre, iş tatmini-yaş ilişkisi "U" şeklinde bir eğri niteliğindedir. Yazarlara göre, yeni işe başlayan genç çalışanın moralinin yüksek olmasından dolayı iş tatmini yüksek olmaktadır. İlk birkaç yıldan sonra, tatmin keskin bir biçimde düşmekte ve daha sonraki yıllarda ise, çalışanlar işlerine devam ettikçe tatmin artmaktadır (Demir 2007).

İş doyumunu ile yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda, genel olarak, yaşlı çalışanların, genç çalışanlara oranla iş doyumlarının daha yüksek olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir (Çimen ve Şahin 2000, Yaktin, Azoury and Doumit 2003,

Söylemez, Sur ve Cebeci 2005). Bu durumun, yaşlı çalışanların beklentilerini daha gerçekçi temeller üzerine oturtmalarından, işle ilgili koşullara daha iyi uyum sağlamalarından, çalışanların yaşla birlikte işe bağlı gerginliğin azalmasından, meslekte deneyimle birlikte zorluklarla başa çıkma yollarının daha gelişmiş olmasından, genç olanların meslekte hiyerarşik düzende daha çok rutin işler yapması ve sisteme ayak uydurmakta daha çok sorun yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Solmuş 2004, Keser 2006, Tınaz 2009).

4.5.3.1.B. Cinsiyet ve medeni durum

Birçok çalışma sonucunda, erkeklerin kadınlardan daha fazla oranda iş doyumu yaşadıkları görülmüştür (Çimen ve Şahin 2000). Erkeklerin kadınlardan daha fazla oranda iş doyumu yaşıyor olmalarının en önemli nedeni, erkeklerin yönetim kademelerinde daha sıklıkla yer almalarına dayandırılabilir. Özellikle de üst yönetim kademelerinde yer alan yöneticilerin, iş doyumu üzerinde önemli etkileri olan kendi iş programlarını belirleyebilme (çalışma saatlerini seçme özgürlüğü gibi), kişisel yeteneklerini kullanabilme ve geliştirebilme gibi faktörlerden (avantajlardan) yararlanacaklarını söylemek yanılgıli olmayacaktır (Solmuş 2004).

Çalışma yaşamında yer alan kadın aynı zamanda evde ailesi (eş rolü) ve çocukları ile (anne rolü) ilgilenmek zorunda kalmakta, ayrıca geleneksel yapı çerçevesinde iş saatleri dışında kadının ev içindeki görevleri de, kadının yoğun olarak çalışma hayatına kendini vermesini engellemektedir. Bu rollerden dolayı kadının çalışma hayatında kariyer basamaklarında tırmanması zorlaşmaktadır. (Keser 2006).

Yapılan araştırmalarda medeni durum ile iş doyumu arasında bir ilişkinin bulunmadığına yönelik sonuçlar bulunmuştur. Çalışanın medeni durumunun doyumu ne şekilde etkilediği araştırıldığında, genellikle evli olan çalışanların doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yaktin et al 2003, Söylemez ve ark. 2005, Keser 2006). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada, çocuk sahibi olanların, olmayanlara göre iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Çimen ve

Şahin 2000). Bu sonuçlar doğrultusunda, evliliğin kişiye düzenli bir yaşam sağlayarak, mesleki doyum düzeyini arttırdığı söylenebilir.

4.5.3.1.C. Eğitim düzeyi ve zeka

Eğitimle iş doyumunu arasındaki ilişki tek yönlü olarak olumlu ya da olumsuz olmayıp, hem olumlu hem de olumsuz bir ilişki niteliğindedir. Eğitim seviyesi yüksek olanlar, daha doyurucu ve iyi koşullarda iş bulabildikleri için işlerinden daha fazla tatmin olmakta, böylece iş doyumunda eğitimin dolaylı ve olumlu bir etkisi olmaktadır. Eğitimin iş tatmini üzerindeki olumsuz etkisi ise, çalışanların beklentilerinin eğitim düzeyi arttıkça daha fazla artma eğilimi göstermesinden ortaya çıkmaktadır. Bu bakış açısına göre çalışanlar yaptıkları işin karşılığında aldıklarından daha fazla beklentiye sahiptir. Bu nedenle Batı toplumlarında genellikle daha iyi bir hayatın anahtarı olarak görülen eğitimin beklentileri arttırarak kişinin mutluluğu için zararlı olabileceği söylenmektedir. İnsanların gereğinden fazla eğitilmelerinin iş doyumunu azaltarak sadece kişisel mutsuzluğa değil, aynı zamanda toplumsal rahatsızlığa, öfke, yabancılaşma ve karışıklığa da yol açabileceği belirtilmiştir (Demir 2007).

Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan işgücünün eğitim düzeyi yüksek olan işgücüne göre iş doyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuş ve eğitim düzeyi düşük olan çalışanın, "mevcut işini koruma" gayreti içinde olmasının (iş güvencesi) ve çok fazla ilerleme (kariyer) beklentisinin olmamasının, kısacası; iyi eğitilmiş çalışana oranla daha mütevazı beklentilerinin olmasının bu sonucu doğurduğu düşünülmüştür (Keser 2006).

4.5.3.1.D. Hiyerarşik düzey ve iş tecrübesi

İş doyumunun ve moralin, örgüt içinde hiyerarşik yapıya bağlı olarak farklılık gösterdiği yapılan bazı çalışmalarda ortaya konulmuştur. Farklı statülerin ve iş düzeylerinin değişik ihtiyaçların tatminine olanak sağladığına dair bazı göstergeler mevcuttur. Gurin, Veroff ve Feld 1960'lı yılların başlarında yaptıkları araştırmalarda, yüksek statülü işlerdeki insanların, işlerine daha düşük pozisyonlara sahip olanlara

göre daha fazla "ego" tatmini sağladıklarını ortaya koymuştur. Yine aynı yıllarda yapılan bir başka çalışmada, Porter yöneticilerin hiyerarşik konumunun, onların belirli psikolojik ihtiyaçlarını tatmin ettiklerinin farkında olmalarını ve bunu hissetmelerinde önemli rol oynadığını ortaya koymuştur. Çalışmada genel olarak alt kademedekilerin, üst düzeydeki yöneticilerden daha tatminsiz olduğu görülmüştür. Üst düzeyde çalışanların daha fazla tatmin olmalarında ise, daha fazla statü, ücret ve kendi kendini yönetme gibi faktörler rol oynamaktadır. Ayrıca bu faktörler sorumluluk ve otoritenin artmasıyla da gelişmektedir (Demir 2007). Söylemez ve arkadaşları (2005) hemşirelerin iş doyumu ile ilgili yaptığı meta analiz çalışmasında, yönetici görevinde çalışan hemşirelerin iş doyumlarının, diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Çalışma süresinin uzunluğu ile çalışan doyumu arasında ilişki olduğu çalışma süresi arttıkça çalışanın doyum düzeyinin de artacağı ileri sürülmektedir. Kişinin kıdeminin artması, işini daha iyi kavramasına ve başarıma hissinin artmasına yol açmaktadır. Çalışma süresi arttıkça, örgüt personelinin ihtiyaçlarını daha çok karşılamakta ve çalışanına daha geniş olanaklar sunmakta, çalışan da örgüt ve işi ile bütünleşmektedir. Dolayısıyla; çalışma süresi arttıkça örgüt tarafından ihtiyaçları daha iyi karşılanan bireyin iş doyumu da artmaktadır. Kişilerin hizmet süreleri arttıkça meslekte var olan problemlerin genelde çözüme kavuştuğu, gelecek kaygısının azaldığı bu nedenle de çalışanın doyumunun arttığı düşünülmektedir (Çimen ve Şahin 2000, Yaktin et al 2003, Söylemez ve ark. 2005, Solmuş 2004, Keser 2006).

4.5.3.1.E. Kişilik özellikleri

Bazı bireylerin çalıştıkları iş ortamlarının özellikleri ne olursa olsun, tutarlı bir biçimde doyumlu ya da doyumsuz oldukları görülmektedir. Bu durumun sebebinin büyük oranda çalışanın kişilik yapısı olduğu düşünülmektedir (Solmuş 2004). İnsan, "bireysel" bir varlıktır. Ona bu bireyselliği kazandıran özellikler "kişilik" dediğimiz, onun başkalarına benzemeyen, kendisi ve çevresiyle kendine özgü biçimde geliştirdiği ilişkilerin yapısıdır (Keser 2006).

Kınık (2007), kişilik özellikleri ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, iş doyumu alt boyutları ile kişilik alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelediğinde, dışa dönüklük-iş arkadaşları, yumuşak başlılık-iş arkadaşları ve öz disiplin-işin doğası arasında pozitif-orta dereceli; nevroitiklik-sosyal haklar arasında negatif ve orta dereceli bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Kişiliğin bir başka boyutu da meslek seçimi ile ilişkilidir. Kişilik özelliklerine uygun meslek seçimi yapmış bireylerin doyum düzeyleri, böyle bir seçimde başarılı olamamış bireylere göre daha yüksek olmaktadır. İçe dönük kişiler mümkün olduğunca daha az kişiyle iletişim içinde olmayı tercih edip, kendi başına kaldığı (makinalarla çalışmak-mühendislik) işlerde daha fazla doyum alırken; dışadönükler insan ilişkileri gerektiren işlerde (Halkla ilişkiler, öğretmenlik vb. meslekler) doyum almaktadırlar. Sonuç olarak; bireyin istediği, sevdiği, kişiliğine uygun olduğunu düşündüğü bir işte (meslekte) çalışıyor olması doyumuna da olumlu yansıyacaktır (Keser 2006).

4.5.3.1.F. Kültürel ve etnik farklar

Bireyin içinde yetiştiği kültürel yapı da iş doyumunu etkileyen önemli bir değişkendir. Bireylere, bireysel başarı ve kazanımın öneminin empoze edildiği kültürlerde (Amerika ve Almanya gibi) yetişen çalışanların bireysel kazanımları önemseyen ve buna uygun bir ödül sistemine sahip işlerde çalıştıklarında iş doyumlarının da artması beklenebilir. Ancak, herkesin mutluluğu ve refahı için çalışmanın ve sosyal/ulusal başarılarla ulaşmanın gerek bireysel gerekse de iş ahlakı açısından önemli bir ilke olarak kabul edildiği toplulukçu kültürlerde (Japonya ve İsrail gibi) yetişen bireylerin ise bireysel başarıya, rekabete ve hatta hırsa odaklı işlerde mutsuz olacakları ve iş doyumlarının da düşük olacağı söylenebilir (Solmuş 2004).

4.5.3.2. İş Doyumunu etkileyen örgütsel ve çevresel faktörler

4.5.3.2.A. Ücret ve ödül

İş tatminini etkileyen önemli bir örgütsel unsur olan ücret, çalışan açısından yalnızca yaşamsal gereksinimleri karşılamak için gerekli olan bir araç olarak değil, kendisinin örgüte yaptığı katkıların yönetim tarafından bir değer görüp görmediğini hissettirmesi açısından da önemli bir faktördür. Ayrıca bireyin elde edeceği gelir (ücret) doğrudan bireyin satın alma gücünü, dolayısıyla yaşam kalitesini de etkilemektedir (Solmuş 2004).

Çalışan doyumunda kimi zaman ücretin miktarı, kimi zamanda bireyin ücret ödemeleri sırasında kendisine adil ve hakça davranılıp davranılmadığına yönelik inancı, önem kazanmaktadır. Eğer çalışan kendisine hak ettiği ücretin ödendiğine inanıyorsa, daha yüksek doyuma ulaşmakta; aksi durumda ise daha düşük doyum düzeyinde kalmaktadır (Keser 2006). Yapılan birçok çalışmada hemşirelerin ücret bakımından düşük düzeyde iş doyumuna sahip oldukları bulunmuştur (Aksayan 1990, Aydın ve Kutlu 2001, Yaktin et al 2003, Bayrak 2004, Buerhaus et al 2005, Durmuş ve Günay 2007).

4.5.3.2.B. İş ve özellikleri

İş özellikleri ve işin kendisi çalışan tatminini etkileyen en önemli faktörlerdendir. Çalışanların motivasyonları ve buna bağlı olarak iş tatminlerini arttırmak için, onları yaptıkları işin önemli ve anlamlı olduğuna inandırmak gerekir. Çalışanlara, işlerine yaptıkları katkının önemli sonuçlar doğurduğunun hissettirilmesi iş tatminini olumlu yönde etkilemektedir. İşte gerçekten gereksiz ve ortadan kaldırılabilir birtakım görev ve sorumlulukların kaldırılması daha yüksek verimlilik ve tatmini beraberinde getirecektir (Demir 2007).

Çalışanın yaptığı işi sevmesi; aynı zamanda işini anlamlı bulmasıyla ilgilidir. O halde bireyin işinin zevkli olması, işini anlamlı bulması ve yaşamında işin anlamlı bir yere sahip olması; bireyin işiyle özdeşleşmesini sağlayacaktır. Bu durumda, bireyin çalışma doyumunun yüksek olduğu söylenebilir (Keser 2006). Yapılan bazı

Çalışmalarda hemşirelerin en yüksek doyum aldıkları konunun “başkaları için bir şeyler yapabilme” olduğu saptanmıştır (Aydın ve Kutlu 2001, Küçükyılmaz, zer ve Taşçı 2006). Bu sonucun, çalışma grubundaki hemşirelerin işlerini anlamlı bulmaları ile ilgili olduğu söylenbilir.

İşin özelliği gereği, çalışana özerklik tanınması da çalışanın doyumunu artıran bir unsurdur. Çalışanların işleri üzerinde karar verme yetkilerinin olması; doyum düzeylerini yükselten bir unsurdur. Bu durumdaki birey kendi fikrinin de önemsendiğini ve üretim in içine dâhil olduğunu hissedecektir; doyum düzeyi buna bağlı olarak artacaktır (Keser 2006).

4.5.3.2.C. Çalışma ortamı ve koşulları

İş tatmininde etkili olan diğer bir etmen çalışma ortamı ve çalışma koşullarıdır. Her örgütün dış görünüşü, elemanlarına sağladığı haklar ve dış dünyaya yansıyan imajına bağlı olarak çevreyi etkileme gücü farklıdır. Ortamın bireyleri mutsuzluğa itecek fizyolojik ve psikolojik etmenlerden arındırılması gerekmektedir.

Bireyler çevreden kabul gören ve özellikli olarak algılanan örgütlerde çalışmayı tercih edip, bu tür örgütlerde çalışmaktan doyum sağlamaktadırlar. İş yerindeki çalışma koşulları da doyum ya da doyumsuzluk kaynağı olabilmektedir. İşin birey için tehlikeli olması, iş ortamının aşırı soğuk ya da sıcak olması iş tatminini etkilemektedir. Çalışma koşulları hem kişisel rahatlık hem de işi iyi yapmak açısından önemlidir. Birçok alışan evlerine yakın, temiz, modern ve yeterli araç ve gerecin bulunduğu iş yerlerinde çalışmak istemektedir. Çalışma koşulları arasında ses, temizlik, ısı, ışık, nem, havalandırma, çalışma saatleri, çalışma araç ve gereçlerinin yeterli olması sayılmaktadır. Bu unsurların tümünün iş tatminine etkisi bulunmaktadır. Çalışma koşulları bireyin iş dışındaki yaşamını da etkilediği için önemlidir. Yaşadığı ortamdan daha iyi koşullarda çalışan işgören daha çok tatmin olmaktadır (Söyük 2007).

Ağır iş yükü, kaynakların azlığı ve yönetimin pek görünmemesi, hemşirelerin ve dolayısıyla hastaların sağlıklarını etkilemektedir. Hemşirelerin çalışma ortamını güçlendiren, destek veren hastanelerde, destek vermeyen hastanelere göre hasta ölüm oranları önemli derecede düşmektedir. Hemşire çalışma koşulları ile hasta ve hemşirelerin sağlık durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, destekleyici iş ortamının tükenmişliği engellemede kritik öneme sahip olduğu ortaya çıkmaktadır (Leiter and Lashinger 2006).

Lashinger (2007), çalışmasında, iş çevresinin fırsatlar, bilgilendirme, destek, kaynaklar, resmi ve gayri resmi güç ile yapılandırılarak güçlendirilmesinin, hemşirelerin iş doyumunu ve hasta bakım kalitesi arasında orta dereceli ilişki olduğunu saptamıştır.

4.5.3.2.D. Kariyer (ilerleme) olanakları

Bireyler çalışma yaşamına girerken, ilk olarak örgütün kendilerine çizdiği kariyer planlarını önemsemeye başlarlar. Hatta iş değiştirmelerde çoğunlukla ücret artışını değil; kariyer olanaklarını dikkate alırlar. Çalışanların doyumunda oldukça önemli bir unsur olan kariyer olanakları, çoğu zaman bireylerin iş değiştirme gerekçelerinin başında gelmektedir (Keser 2006).

4.5.3.2.E. Yönetim biçimi ve yöneticilerle ilişkiler

Çalışan tatmininde, onlara sahip oldukları kendine özgü değerlerin, önyargıların ve fikirlerin yönetim tarafından motivasyon aracı olarak kullanılmasının büyük önemi vardır. Yönetimin, çalışanların sahip olduğu motivasyonel enerjiyi onun tatminsizliğini ortadan kaldırmaya yönelik olarak kullanması gerekmektedir. Çalışanların sahip olduğu motivasyonel enerji çeşitli faktörlerin etkisiyle bloke edilebilir. Örneğin, iş yerinde tutulmayan sözler, iş arkadaşlarıyla yaşanan çatışmalar, kişinin pozitif enerjisini negatif tutumlara ve davranışlara çevirerek bir tatminsizlik sebebi olabilir. Yöneticinin bu tür blokajları ortadan kaldırmak için kullanacağı yöntemlerden biri onun kararlara katılımını sağlamak olabilir (Demir 2007).

Literatürde (Demir 2007) yapılan araştırmalarda karar almada katılımın iş tatminini arttırdığı belirtilmektedir. Birçok araştırma, yöneticinin, çalışana arkadaşça ve anlayışla yaklaştığında, performansını ödüllendirdiğinde, onun işle ilgili önerilerini göz önüne aldığı ve bunları uygulamaya geçirdiğinde çalışanın iş doyumunun da arttığını göstermektedir (Solmuş 2004). Küçükyılmaz ve arkadaşları (2006), bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu durumlarını araştırmış ve en düşük düzeyde iş doyumunu, yöneticilerin personeli idare etme tarzından sağladıklarını saptamışlardır.

Yöneticilerin, çalışanlarına yönelik yaklaşımlarında yakınlığın düzeyi çok iyi ayarlanmalı; ne çok yakın ne de çok uzak olunmalıdır. Ayrıca yöneticiler, tüm çalışanlarına karşı eşit mesafeyi korumalı ve her çalışanına eşit düzeyde davranmalıdır. Bu davranış çalışanın işlerini kolaylaştıracak ve doyumuna olumlu yönde yansıtacaktır (Keser 2006, McGilton, Hall, Wodchis and Petroz 2007). Yüksel (2002), çalışmasında, iş doyum düzeyini ayırt edici değişkenlerden üçünün, iş yerindeki yönetimin tutumu, yöneticiden görülen destek-rehberlik ve yöneticinin gösterdiği adil davranış ve saygı olduğunu belirlemiştir.

4.5.3.2.F. Çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler

İş tatminini etkileyen diğer bir örgütsel faktör, çalışma arkadaşları ile işgörenin ilişkisidir. Kişinin çalışma arkadaşları ile işbirlikçi ve arkadaşça bir ortamda çalışması işten aldığı tatmini etkilemektedir.

İnsanlar, iş yaşamlarında, paradan ya da birtakım ekonomik kazanımlardan daha fazlasını elde ederler. İnsanların, temelde, yaşamsal bir güven ihtiyacı ve arayışı içerisinde oldukları ve bu ihtiyaçlarına da ancak diğer bireylerle güven verici sosyal ilişkiler kurarak doyum sağlayabildikleri bir gerçektir. Birçok insan için, iş yaşamı, diğer bireylerle bir arada olma, onlara yakın ve bağlı olma gereksinimlerine doyum sağlamakla birlikte güven verici sosyal ilişkilerin kurulması açısından da önemli bir etkidir. Bu noktada, özellikle bazı çalışanlar için, kendilerine yakınlık gösteren ve destekleyici iş arkadaşlarına sahip olmanın iş doyumunun artmasını da beraberinde getireceği söylenebilir (Solmuş 2004, Buerhaus et al 2005).

4.5.3.2.G. İş güvencesi

İstihdam sorunu tüm dünyada önemli bir gündem maddesidir. İşsiz kalmanın yarattığı baskı bireyi çok ciddi düzeyde olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tür bir durumla karşılaşmak istemeyen birey, mevcut işini koruma gayreti içine girecektir. Bu nedenle iş güvencesi konusu daha fazla önem kazanmaktadır. Bireyin çalıştığı örgütte iş güvencesinin olması çalışanın doyum düzeyini yükseltecektir. Yapılan bir çalışmada iş güvencesini düşük algılayan çalışanların güvenlik motivasyonları ve söylenenlere uyma davranışlarının azaldığı; bunun sonucunda işyeri kazalarında artışların olduğu gözlenmiştir (Keser 2006). Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin, iş güvencesi bakımından yüksek doyuma sahip oldukları bulunmuştur (Aksayan 1990, Bayrak 2004, Buerhaus et al 2005, Güleç 2009).

4.5.3.2.H. Örgüt kültürü ve iklimi

Örgüt iklimi "örgüt kültürünün örgütte yarattığı psikolojik hava veya ortam" olarak tanımlanabilir. İyi ya da kötü hava koşullarının insanları etkilemesi gibi, iş hayatı da çalışanları tatmin edici, çalışma azmi ve mutluluk verici bir nitelikte olabilir; bu "hava" örgüt kültürünün bir yansıması olup örgütteki iklimin niteliği şu olgulara bakılarak belirlenebilir: inanç, güven ve güvenlik, açıklık, yardımlaşma ve yardımseverlik, katılım, tatmin, umut ve beklenti düzeyleri. Esasen örgüt iklimi bu unsurlara ilişkin duyguların var olup olmadığını veya ne ölçüde var olduğunu yansıtmakta; ayrıca, bu tür olgulara ilişkin duyguların oluşmasını, gelişmesini ve yoğunluk düzeylerini etkilemektedir. Bu çerçevede, olumlu bir örgüt iklimi çalışanların tatminini, ilişkileri, iletişimi gibi çok sayıda faktörü etkileyerek, "örgütsel başarının" sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Olumsuz bir örgüt iklimi ise iletişimi sınırlandırabilir; esnek olmayan, katı, baskıcı bir hiyerarşik yapıya yol açabilir; katılımın olmadığı, çalışanların tatmin duymadığı bir çalışma ortamına neden olabilir (Demir 2007).

Örgüt iklimi, örgüte kimliğini kazandıran, çalışanların davranışlarını etkileyen, çalışanlar tarafından algılanan ve örgüte egemen olan özelliklerdir. Bireyin çalıştığı örgütün iklimi, çalışanın doyumunu açısından önemlidir. Özellikle algılanan olumlu örgütsel

iklim, bireyin işyerine daha fazla bağlanmasına ve ileri düzeyde örgütsel vatandaşlık duygusu hissetmesine neden olacaktır (Keser 2006).

Örgüt ikliminin, iş doyumu, işten ayrılma oranı ve iş gücü performansını etkilediği ve çalışanların iş doyumunu sağlamanın örgüt performansını arttırmak açısından önemli olduğu gösterilmiştir. Örgüt iklimi, bir iş doyumu nedenidir. Başka bir bakış açısıyla, iş doyumu iklimin algılanma nedeni olarak düşünülmüştür. İş doyumunun yüksek veya düşük olmasında iklimin ne şekilde algılandığının önemli bir rolü vardır. Yapılan bir çalışmada, örgüt ikliminin çalışanların davranışlarına doğrudan etkili olduğu, yönetim desteği, yeterli ekip ve malzeme desteği, takım çalışması içeren örgüt iklimi olan örgütlerde çalışanların iş doyumunun yüksek olduğu gösterilmiştir. Liderlerle, astları arasındaki ilişkinin kalitesi örgüt iklimi hakkındaki olumlu algıları etkilemektedir. Literatürde, örgüt iklimi okullarda yapılan çalışmalarda öğretmenlerin iş doyumunu, hastanelerde yapılan çalışmalarda ise hemşirelerdeki iş gücü kaybını doğrudan etkilediği belirtilmektedir. Örgüt iklimini oluşturan örgütsel yapı, örgüt politikası, örgütsel iletişim ve örgütsel liderlik faktörlerinin bireyler tarafından algılanması, örgüt ikliminin tanımlanmasını ve bireylerin iş doyumu seviyesini belirlemektedir (Efil 2002, Çekmecelioğlu 2003, Schulte, Ostroff and Kinicki 2006).

Hemşireler tarafından örgüt iklimi daha olumlu algılandığı zaman iş doyumlarının yükseldiği belirtilmektedir. Bu nedenle, hemşire yöneticilerin iş doyumunu yükselten olumlu örgüt iklimini geliştirebilmelerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Siu 2002, Verplanken 2004). Yeni yeni üzerinde durulan olumlu örgüt iklimi özelliklerinin daha çok yönetilebilir ve daha ucuz yöntemler olduğu fakat, sağlık örgütleri ve hemşire yöneticilerin genellikle hemşirelerin iş doyumunu sağlamada olumlu örgüt iklimine gereken önemi göstermedikleri belirtilmektedir (Siu 2002).

Sağlık hizmetlerinde çalışan personelin örgüt iklimi, stres ve iş doyumlarını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, hemşirelerin olumlu örgüt iklimi boyutlarından (çalışanın fikir ve görüşlerinin dinlenilmesini içeren katılımcı karar

verme, çalışanlar arası olumlu etkileşim, iş doyumu gibi) diğer gruplara göre daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır (Albion, Fogarty and Machin 2005).

Artan rekabet ortamında işletmelerin başarısı her yönden sağlıklı ve mutlu bireylerin varlığı ile orantılıdır. Çağdaş yönetim kuramcıları, yönetimin iki temel amacından birinin hizmetlerin etkinliğini artırmak, diğerinin ise çalışanların iş doyumunu sağlamak olduğu konusunda görüş birliği içindedir (Arıkan ve ark. 2006). Hemşirelikte gerek bireysel gerekse örgütsel açıdan son derece önemli olan iş doyumu konusunda hemşire yöneticilerin duyarlılık göstermesi, hemşirelerin işlerinde doyum sağlamaları ve birbirleri arasındaki dayanışmasının artırılmasına yönelik yeni düzenlemelere gitmeleri gerekmektedir (Aydın ve Kutlu 2001).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğini (KYİÖ) hemşirelik literatürüne kazandırmak amacıyla geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasının ardından, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile klinik yönetim iklimi ilişkisinin ve klinik yönetim ikliminin hemşirelerin iş doyum düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve metodolojik olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan kamuya bağlı 327 yataklı bir Üniversite Hastanesi'nde Ağustos 2008- Mart 2010 tarihleri arasında, gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirildi.

Araştırmanın yapıldığı hastane 1985 yılında kurulmuştur. Hastanede 262 hemşire görev yapmakta olup, hemşirelik hizmetleri, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü ile yönetilmektedir.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ağustos 2008- Mart 2010 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı Üniversite Hastanesi'nde çalışan toplam 262 hemşire oluşturdu. Araştırmada örnekleme yoluna gidilmedi, evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak doğum izni, rapor, yıllık izin vb. nedenler ile araştırmaya katılamayan veya eksik form dolduran hemşireler araştırma kapsamından çıkarıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın uygulama aşamalarının tümünde kendisine ulaşılabilen 248 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturdu

5.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı kabul etme
2. Kurumdaki görev süresinin 1 yıldan fazla olması

5.3.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
2. Kurumdaki görev süresinin 1 yıldan az olması

5.4. Araştırma Soruları

- Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin (KYİÖ) türçe versiyonu, hastanelerde klinik yönetim iklimini ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?
- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile klinik yönetim ikliminin ilişkisi var mıdır?
- Klinik yönetim iklimi hemşirelerin iş doyum düzeylerini etkilemekte midir?

5.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada;

Hemşire Tanıtım Formu (EK 1)

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği (Clinical Governance Climate Questionnaire-CGCQ) (EK 2-3)

Minnesota Doyum Ölçeği (Short Form Minnesota Satisfaction Questionnaire – MSQ) kullanıldı (EK 4).

5.5.1. Hemşire tanıtım formu

Araştırmada kullanılan Hemşire Tanıtım Formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim yılı, çalıştığı kurumdaki deneyim yılı, mesleği isteyerek seçme durumu, kurumdaki pozisyonu, çalışılan servis, çalışılan servisi isteyerek seçme durumu, çalışma şekli ve bir vardiyada sorumlu olunan hasta sayısı gibi sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ait özellikleri içeren 11 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği (Clinical Governance Climate Questionnaire)

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği, sağlık kuruluşlarındaki klinik yönetim ikliminin değerlendirilmesi amacıyla 2003 yılında Tim Freeman tarafından İngilterede geliştirilmiştir. Ölçek çalışması İngilterede sağlık hizmeti sunan dört hastanede görev yapan hekim, hemşire, yöneticiler, psikologlar ve destek hizmet çalışanlarından oluşan 406 sağlık çalışanı ile Aralık 2001-Mayıs 2002 tarihleri arasında yapılmıştır (Freeman 2003) .

Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı, Önleyici Risk Yönetimi, Suç ve Ceza Ortamı, Meslektaşlarla Birlikte Çalışma, Eğitim ve Geliştirme Fırsatları ve Örgütsel Öğrenme olmak üzere 6 alt boyutu bulunan ölçek 60 maddeden oluşmaktadır ve beşli likert tipinde geliştirilmiştir (EK 5).

Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .94, alt boyutları için $\alpha = .81 - .95$ arasında bulunmuştur (Freeman 2003). Bu bulgular ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

60 maddelik ölçekte her bir madde için; 1-Kesinlikle Katılıyorum, 2-Katılıyorum, 3-Hiçbiri, 4-Katılmıyorum, 5-Kesinlikle Katılmıyorum seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her bir madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 1, 3, 5, 7,10, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 36, 38, 41, 42, 45, 46, 48, 50, 51, 53, 56, 58, 59. maddeler ters yönde puan almaktadır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten en az 60, en fazla 300 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan düştükçe klinik yönetişimi destekleyici bir iklimin bulunduğu ifade edilmektedir (Freeman 2003, Karassavidou et al 2011).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin (KYİÖ) alt boyutları ve her bir alt boyutun altına giren ölçek maddeleri aşağıda belirtilmiştir.

1. Alt Boyut: Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı

Bu boyut 21 maddeden oluşmaktadır ve kalite geliştirme faaliyetlerinin başarısı ile ilgili ifadeleri içermektedir. Ölçeğin orjinal çalışmasında "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" boyutunun Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı $\alpha = .95$ bulunmuştur. Bu boyutta yer alan ifadeler şunlardır.

- M-18. Uzun vadeli kalite iyileştirme planları günden güne kaybolmaktadır.
- M-20. Organizasyon içindeki iyi uygulamalar gruplarla sınırlı kalır.
- M-24. Hizmette değişiklikleri uygulamaya koymak için destek yoktur.
- M-25. Örgütün neyi başarmak istediği ile ilgili açık bir vizyonu yoktur.
- M-29. Çok fazla kalite iyileştirme çabasına karşın gerçekleşen değişim çok azdır.
- M-33. Örgütün diğer bölümlerindeki kalite gelişimini ancak bunun etkilerini hissettiğimizde öğreniriz.
- M-34. Hizmetteki iyileştirmeler kriz zamanlarında gündeme gelir.
- M-36. Kalite iyileştirme çabaları alt kademelerde oluşturulmak yerine üst yönetim tarafından zorla kabul ettirilir.
- M-38. Bir araya gelip fikirlerimizi paylaşmak için yeterli zaman yoktur.
- M-39. Kişiler hizmet sunumu için ortak bir vizyonu paylaşırlar.
- M-41. Zaman harcayıp doğru bir çözüm yerine problemlerin hızlı çözümü için baskı vardır.
- M-42. Olması beklenen kazaları tanımlamayız.
- M-46. Çalışanların ortak hizmet amaçları olmadığı görülmektedir.
- M-48. Kişiler organizasyonun diğer bölümlerindeki iyi uygulamalardan haberdar değildir.
- M-50. Acil yapılması gerekenler daima kalite iyileştirmeden daha önemlidir.
- M-51. Kalite iyileştirme faaliyetleri çoğunlukla dış baskılara bir cevaptır.
- M-56. Problemleri önlemeye çalışmaktansa, onlara tepki gösteririz.
- M-57. Kişiler kaliteyi iyileştirmek için motive edilir.
- M-58. Gelişimin bir parçası olarak öğrenilen yeni becerileri uygulayacak çok az fırsat vardır.
- M-59. Çalışanlar hizmette değişiklikler yapmaya teşvik edilmek yerine buna zorunlu tutulurlar.
- M-60. Kişiler klinik uygulamalarda değişiklik yapmak için çok iyi motive edilirler.

2. Alt Boyut: Önleyici risk yönetimi:

Bu boyut 11 maddeden oluşmaktadır, herhangi bir bilginin karar vermede ne kadar etkili olduğu ve risk bilgilerinin sistematik olarak toplanması ile ilgili ifadeleri içermektedir. Ölçeğin orjinal çalışmasında bu boyutun Cronbach alpha güvenirlik katsayısı $\alpha = .90$ bulunmuştur. "Önleyici risk yönetimi" boyutu aşağıdaki ifadeleri içermektedir.

M-14. Klinik riskler ile ilgili bilgi toplarız.

M-21. Klinik riskler tanımlandıktan sonra gerçekten gereken yapılmaz.

M-22. Klinik riskler sistematik yöntemlerle değerlendirilir.

M-27. En önemli klinik riskler ile ilgili yeterli bilgi toplayamayız.

M-30. Risk yönetimine ilişkin ortak bir yaklaşım mevcut değildir.

M-35. Klinik bir risk tanımlandığında her zaman o riski önlemeye dönük bir çaba vardır.

M-37. Klinik riskleri düzenli olarak değerlendiririz.

M-43. Klinik risk politikaları organizasyon içinde paylaşılır

M-44. Klinik risk bilgileri düzenli olarak kararları bildirmede kullanılır.

M-52. Risk değerlendirme süreçleri klinik olayların ışığında güncellenmektedir.

M-54. Başarısızlıklar öğrenim fırsatı olarak değerlendirilir.

3. Alt Boyut: Suç ve ceza ortamı

"Suç ve ceza ortamı" boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutta haksız yere suçlama ve cezalandırma diğer bir deyişle suçlama kültürüyle ilgili ifadeler, klinik kazalar sırasında araştırma ile ilgili prosedürleri içeren ifadeler, takdir edilme sistemleri ve ekip üyeleri arasındaki etkileşimleri içeren ifadelere yer verilmiştir. Ölçeğin orjinal çalışmasında bu boyutun Cronbach alpha güvenirlik katsayısı $\alpha = .90$ bulunmuştur. Boyutta yer alan maddeler aşağıdadır.

M-1. Bir şeyler ters gittiğinde, otomatik olarak birinin suçlanacağı fikri vardır.

M-3. Hata raporlama sistemleri klinisyenleri cezalandırmak için temel bir araçtır.

M-5. Klinik olaylara karışanlar suçlu hissettirilir.

M-7. Personel değerlendirmeleri personeli cezalandırmak için kullanılır.

M-10. Meslektaşlarla açık ve dürüst olmak güvenli değildir.

M-11. Ağır olayın nasıl meydana geldiğindedir, hatayı kimin yaptığında değil.

M-12. Hata yapan kişiler desteklenir.

M-16. Bir hata olduğunda, bireyleri suçlamak yerine sistemdeki başarısızlıkları ararız.

M-26. Suçlayıcı bir ortamda çalışırız.

4. Alt Boyut: Meslektaşlarla birlikte çalışma

Bu boyut direkt olarak çalışanların birlikte çalışma şekli ile ilgili olup, 6 maddeden oluşmaktadır. Roller ve becerilerin ortak olarak anlaşılma düzeyi, çalışanlar arasındaki saygı ve dürüstlük düzeylerini içeren ifadeler yer almaktadır. Ölçeğin orjinal çalışmasında "Meslektaşlarla birlikte çalışma" boyutunun Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı $\alpha = .85$ bulunmuştur. Bu boyutta yer alan ifadeler şunlardır.

M-8. Kişiler meslektaşlarının yetenekleri hakkında iyi bilgi sahibidir.

M-19. Meslektaşlar birbirine karşı dürüst değildir.

M-40. Herkesin katkılarına karşılıklı saygı vardır.

M-45. Kişiler meslektaşlarının kendilerinden neler beklediklerini bilmezler.

M-53. Meslektaşların birbirlerinin görevlerini anlamadıkları görülmektedir.

M-55. Mesleki geçmişi her ne olursa olsun herkes eşit konumdadır.

5. Alt Boyut: Eğitim ve geliştirme fırsatları

Bu boyuta yer alan madde sayısı 8 olup, eğitim ve ilerleme fırsatları, gelişme ihtiyaçları için yapılan değerlendirmeleri, spesifik alanlardaki eğitim olanaklarını sorgulayan ifadelere yer verilmiştir. Orjinal çalışmada "Eğitim ve geliştirme fırsatları" boyutunun Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı $\alpha = .81$ bulunmuştur. Bu boyutta aşağıdaki maddeler yer almaktadır.

M-4. İsteyenler için eleştirel değerlendirme becerileri eğitimi vardır.

M-6. Kariyer gelişim gereksinimleri ile birlikte hizmetin stratejik gereksinimleri de tanımlanır.

M-9. Kalite iyileştirme aktiviteleri için zaman ayrılır.

M-15. Kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili teknik yardımlar mevcuttur.

M-17. Personel değerlendirmeleri personelin gerçek gelişme ihtiyaçlarını tanımlamaz.

M-28. Araştırma kanıtlarını bulup ortaya çıkarma konusunda eğitim olanağı yoktur.

M-49. Gelişim ihtiyaçları düzenli olarak değerlendirilir.

M-47. Uygulamalar üzerine iyice düşünmek için zaman vardır.

6. Alt Boyut: Örgütsel öğrenme

Bu boyut örgütsel öğrenme ile ilgili olup 5 maddeden oluşmaktadır. Hizmet kalitesini geliştirmek için, örgütsel sınırlılıklar ve diğer örgütlerle ve kurum içindekilerle bilgi paylaşımını içeren ifadeleri kapsamaktadır. "Örgütsel öğrenme" boyutunun ölçeğin orjinal çalışmasında Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı $\alpha = .87$ bulunmuştur. Bu boyutta aşağıdaki maddeler yer almaktadır.

M-2. Uygulamaları iyileştirmeye yönelik iyi fikirler kurum dışındakilerle paylaşılır.

M-13. Kaliteyi iyileştirmek için takımlarla birlikte çalışırız.

M-23. Kişiler uygulama ile ilgili sorunları örgütün farklı bölümlerinde çalışanlarla paylaşırlar.

M-31. Örgütün değişik bölümlerindeki ekipler iyi uygulamalarını paylaşırlar.

M-32. Kişiler iyi uygulamaları yaymak için zaman ayırır.

5.5.3. Minnesota doyum ölçeği

İş doyum düzeyini belirlemek amacıyla, Dawis, Weis, England ve Lofquist tarafından 1967 yılında geliştirilmiş olup, geçerlilik – güvenilirlik çalışması ve Türkçe uyarlaması Baycan tarafından 1985 yılında yapılmıştır (Cronbach Alfa= .77). (Baycan 1985, Aydın ve Kutlu 2001, Eren 2008). Minnesota iş doyum ölçeği, içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip, 20 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir ölçme aracıdır. Bu ölçekte her ifade için; 5-çok memnunum, 4-memnunum, 3-kararsızım, 2-memnun değilim, 1-hiç memnun değilim şeklindeki beş seçenekten birisinin seçilmesi istenir. 5 sayısını işaretleyen bir kişinin aldığı puan (5), 4 sayısını işaretleyen bir kişinin aldığı puan (4), 3 sayısını işaretleyen bir kişinin aldığı puan (3), 2 sayısını işaretleyen bir kişinin aldığı puan (2), 1 sayısını işaretleyen bir kişinin aldığı puan (1)'dir (Aydın ve Kutlu 2001).

Ölçekten genel doyum, içsel doyum, dışsal doyum puanları elde edilmektedir. Genel doyum puanı, tüm maddelerden elde edilen puanların toplamının 20'ye bölünmesi ile bulunmaktadır.

İçsel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile bulunmaktadır. Bunlar 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 ve 20. maddelerdir. İçsel doyum, başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu, yükselme ve terfi etmeye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin faktörlerden oluşmaktadır.

Dışsal doyum puanı, dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile bulunmaktadır. Bunlar 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18 ve 19. maddelerdir. Dışsal doyum, kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla olan ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin faktörlerden oluşmaktadır.

Bu ölçekten alınabilecek en düşük puanlar; İçsel doyum puanı:1, Dışsal doyum puanı:1, Genel doyum puanı:1'dir. Alınabilecek en yüksek doyum puanları ise; İçsel doyum puanı:5, Dışsal doyum puanı:5, Genel doyum puanı:5'dir (Aydın ve Kutlu 2001, Eren 2008, Serinkan ve Bardakçı 2009). İş doyumu ölçeğinden alınan puan ortalamalarının 3 olması iş doyumunun nötr olduğunu, 3'den az olması iş doyumunun düşüklüğünü, 3'den yüksek olması ise iş doyumunun yüksekliğini ifade etmektedir. Ayrıca, Minnesota İş Doyumu Ölçeği'nin bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri .90 olarak bulunmuştur.

5.6. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağustos 2008- Temmuz 2009 tarihleri arasında İstanbul ili Anadolu yakasında hizmet veren bir Üniversite Hastanesinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 hemşire ile yapıldı.

Tablo 3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasında Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Dil Geçerliliği (Pearson momentler çarpımı, korelasyon katsayısı)

Kapsam (İçerik) Geçerliliği (Uzman Görüşü, n=10)

GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ (n=200)

Test-Tekrar Test Analizi (n=40)

Madde Analizi

İç Tutarlılık Analizi (Cronbach Alpha)

Yarıya Bölme Yöntemi

Çalışmada kullanılan Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması Ağustos 2008-Ocak 2009 tarihleri arasında yapıldı. Ölçeklerin dil eşdeğerliliği ve kültürel uyarlamasında aşağıdaki aşamalar izlendi.

1. Ölçek üç bağımsız kişi (EK 6) tarafından orjinal dilden (İngilizce) hedef dile (Türkçe) çevrildi.
2. Türkçe formlardaki ifadeler danışmanla birlikte karşılaştırılarak değerlendirildi, anlaşılabilirlik açısından en uygun ifadeler seçildi ve tek bir Türkçe form oluşturuldu.
3. Oluşturulan Türkçe form ilk çeviriyi yapan bireylerden bağımsız üç kişi tarafından (EK 6) orjinal dile geri çevrildi.
4. Orjinal İngilizce form ile geri çevirisi yapılan İngilizce formlar karşılaştırıldı, formların birbiriyle uyumlu olduğu görüldü ve tek bir İngilizce form oluşturuldu.
5. Ölçeğin Türkçe ve İngilizce formu İngilizce eğitim gören 30 kişilik bir hekim grubuna 15 gün ara ile uygulandı.

Dil geçerliliği sağlandıktan sonra kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçek Ocak 2009- Mart 2009 tarihleri arasında 10 uzmanın görüşüne sunuldu (Ek 6) Kapsam geçerliliği aşamasında uzmanlar tarafından, ölçekteki her bir

maddenin ve ölçeğin bütününe ölçme aracına uygun olup olmadığı, ölçeğin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığı değerlendirildi (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002, Aksayan ve Gözümlü 2002, Tavşancıl 2006).

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için bir dereceleme ölçütü kullanıldı. Maddelerin geçerliliğine ilişkin dereceleme ikili, üçlü, dördü veya beşli likert tipte olabilmektedir (Büyüköztürk 2008). Çalışmamızda “uygun/geçerli, uygun/geçerli değil, düzeltilmeli” olmak üzere üçlü derecelendirme skalası kullanıldı. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Lawshe tekniğine göre yapıldı. Lawshe tekniğinde Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) kullanılmaktadır. KGO uzmanların her bir ifadeyi nasıl değerlendirdikleri dikkate alınarak yapılır. KGO, aşağıdaki formülde gösterildiği gibi, herhangi bir maddeye ilişkin “uygun/geçerli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının 1 eksiği ile elde edilir.

$$KGO = \frac{N_G}{N/2} - 1$$

N_G : İfadenin “Uygun” Olduğunu Belirten Uzman Sayısı

N: Toplam Uzman Sayısı (Şencan 2005, Yurdağül 2005, Tavşancıl 2006).

Uygulanan formülle hesaplanan KGO -1 ile +1 arasında değişmektedir. İlk etapta negatif ve sıfır çıkan değerler ölçekten çıkarılmaktadır. Pozitif değerler hakkında karar vermek için Lawshe p=0.5 güven aralığında minimum KGO oranlarını belirlemiştir. Uzman sayısına göre bu oranların altında kalan maddeler ölçekten çıkarılmaktadır (Şencan 2005).

Tablo 4: Lawshe Minimum Geçerlilik Oranları

Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99
6	0.99
7	0.99
8	0.78
9	0.75
10	0.62
11	0.59
12	0.56
13	0.54
14	0.51
15	0.49
20	0.42
25	0.37
30	0.33
35	0.31
40+	0.29

Uzman görüşüne sunulan KYİÖ'nde Lawshe tekniğine göre 0.62 minimum değerinin altında kalan madde olmadı. Ölçeğin klinik yönetim iklimini ölçebilecek nitelikte olduğu belirlendi.

Çalışmamızda kapsam geçerliliği tamamlandıktan sonra ölçek Üniversitede “Türk Dili” derslerini veren bir uzmana verilerek, maddelerin kullanılan dil, anlam, anlatım ve dilbilgisi bakımından düzeltilmesi sağlandı (Ek 6).

Çalışmamızın geçerlilik incelemelerinde dil ve kapsam geçerliliği yöntemleri kullanıldı. Ölçeğin orijinal faktör yüklerine bağlı kalındı, faktör analizi yapılmadı. Erefe (2002) araştırmacı tarafından alt ölçek içerikleri ya da başka bir deyişle faktörlerde yer alması gereken maddeler kesin olarak biliniyorsa, bu araçlara faktör çözümlemesi uygulamasının gerekmediğini belirtmektedir. Ayrıca Ergin (1995) yabancı dilde ve ülkede geliştirilen bir ölçeğin Türkçe'ye çevrilirken faktör analizi yapılarak yeniden yapılandırılmasının bilimsel etik açıdan uygun olmadığını, ölçeğin yapısının değiştirilmesinin eşdeğerliği ortadan kaldırdığını, genel hatlarıyla aynı değişkeni ölçen farklı bir ölçek ortaya çıktığını ve bu iki ölçekten elde edilen sonuçların hiçbir şekilde karşılaştırılamayacağını, bu durumun bilimin evrenselleşmesi doğrultusundaki kapsayıcı genellemelere ulaşılmasına bir engel olduğunu belirtmektedir (Ergin 1995).

Çalışmada güvenilirlik incelemelerinde, madde analizleri, iç tutarlılık, yarıya bölme ve test – tekrar test yöntemleri kullanıldı. Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağının saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır.

Madde toplam korelasyonu (**Madde toplam, item total correlation**), test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Başka bir deyişle madde toplam korelasyonu, ölçekte yer alan maddelerin ölçmek istediği yapıyı temsil etme derecelerini belirlemek amacıyla, o grubu oluşturan maddelerin her birinin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının (**Madde kalan, corrected item total correlation**) belirlenmesi işlemidir. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ortaya koyar (Büyüköztürk 2008).

Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde toplam korelasyonu, Pearson Momentler korelasyon katsayısı ile hesaplanır. Literatürde madde korelasyon katsayısı .30'un veya .20'nin altında kalan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir. Ancak araştırmalarda çoğunlukla .20 sınır olarak kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2002, Şencan 2005). Ayrıca hem madde toplam hem de madde kalanda sonuçların istatistiksel açıdan minimum $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı olması beklenmektedir.

Madde ayırt edicilik; ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubun en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst grup, alt grup) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır. Testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt grup (% 27'lik alt kısım) ile üst grubun (% 27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılır. İki grup arasında anlamlı fark olması gerekir.

Ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle tutarlı olup olmadığını ve aynı özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendirmede Cronbach alpha kullanılmaktadır. Cronbach alpha ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin ölçüsüdür (Gözüm ve Aksayan 2002). Cronbach alpha katsayısı ne kadar yüksekse ölçeğin o derece güvenilir olduğundan söz edilebilir (Tezbaşaran 1996, Şencan 2005). Cronbach alpha katsayısının psikolojik testler için .70 ve üzerinde olması yeterli görülürken zeka testleri gibi bilişsel testlerde ise .80 ve üzerinde olması beklenir (Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Özdamar'a göre (2004) ise ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı; $.80 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu ifade edilir. KYİÖ'nin Cronbach alpha katsayısı .89'dur. Yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenilirlik incelemelerinde ise Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayıları kullanılır. Bu yöntemde güvenilirlik katsayısının en az .70 olması gerektiği belirtilmektedir (Tezbaşaran 1996, Baykul 2000, Gözüm ve Aksayan 2002, Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Çalışmamızda testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .90 ve .84'tür.

Ölçek güvenilirlik çalışmasının bir başka boyutu da uygulanan ölçeğin belli bir aralıkla (2 ile 4 hafta arasında) aynı gruba uygulanması ve arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmasıdır (Gözüm ve Aksayan 2002, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Testin aralıklı tekrarı güvenilirlik ölçütü, herhangi bir şeyin benzer koşullar altında ve kısa bir zaman aralığı ile iki kez ölçülmesi sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişki (korelasyon katsayısı)'dir. Yani, önceki ve sonraki ölçümler arasındaki korelasyon katsayısıdır. Test tekrar test korelasyon katsayısı yeni geliştirilen ölçekler için .70 önceden geliştirilmiş ve tekrar kullanılan ölçeklerde ise en az .80 olmalıdır (Gözüm ve Aksayan 2002, Şencan 2005). Çalışmamızda KYİÖ 3 hafta arayla 40 hemşireye uygulanarak korelasyon katsayısı hesaplandı.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada geçerlilik ve güvenilirliği yapılacak olan KYİÖ'ni (Clinical Governance Climate Questionnaire - CGCO) geliştiren Tim Freeman'dan e-mail yolu ile ölçeğin kullanılmasına ilişkin izin (EK 7) alındı.

Araştırma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan “Etik Kurul Onayı” (EK 8) ve araştırmanın yapılacağı Üniversite Hastanesinden gerekli izinler (EK 9) alındıktan sonra yapıldı.

Katılımcılara çalışmaya katılma ya da katılmama veya istediği zaman çalışmayı bırakma hakkına sahip oldukları, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğuna dair bilgi verildi (EK 10). Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka birisi tarafından incelenmeyeceği konusunda açıklama yapıldı. Elde edilen bulguların doktora tez çalışmasında ve yayın amacıyla kullanılacağı açıklandı.

5.8. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmanın yapıldığı hastanede çalışan hemşirelerle yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak gündüz, gece ve hafta sonu toplandı. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklandı ve bilgilendirilmiş onam formu okundu. Gönüllülük, isteklilik esas alındı. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede görevli olan, ancak çalışmaya katılmayı istemediklerini beyan eden hemşirelere anket uygulanmadı. KYİÖ'nin güvenilirlik çalışmasında test-tekrar test yöntemi kullanıldı. Bu amaçla 40 kişilik hemşire grubuna ölçek 3 hafta sonra tekrar uygulandı. Veri toplama araçlarının uygulama süresi KYİÖ için 15-20 dakika, İş doyumu ölçeği için 5 dakika olarak belirlendi. Araştırmanın veri toplama aşaması Temmuz 2009- Mart 2010 tarihleri arasında tamamlandı.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, KYİÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması, araştırmaya katılanların kişisel ve mesleki özellikleri ile klinik yönetim iklimi ilişkisinin incelenmesi ve klinik yönetim ikliminin hemşirelerin iş doyum düzeylerine etkisinin belirlenmesi olmak üzere üç aşamada değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde uzman yardımı (EK 6) alındı. İstatistiksel analizler SPSS-version 11.5 programı ile yapıldı.

Birinci bölümde KYİÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldı. **İkinci bölümde**, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile klinik yönetim iklimi ilişkisi, **üçüncü bölümde** ise klinik yönetim ikliminin hemşirelerin iş doyum düzeyleri ile ilişkisi değerlendirildi. Karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde iki grup ortalaması arasındaki fark independent student t testi (ilişkisiz grup t testi), 3 ve daha fazla grup arasındaki fark tek yönlü anova varyans analizi, iki sayısal değişken arasındaki ilişki Pearson's korelasyon testi ile incelendi.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Anketlerin uygulanması uzun süre aldı. Hemşireler iş yoğunluğunun fazla olduğunu, anketin çok uzun olduğunu ve sürekli anket uygulanmasından sıkıldıklarını dile getirdi. Araştırma sonuçları sadece uygulamanın yapıldığı hastanede çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Tüm hemşirelere genellenmedi. Örneklem grubunun anket sorularını samimi ve doğru olarak cevaplandırırdıkları düşünüldü. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Elde edilen puanlar, araştırmanın yapıldığı kurum için yorumlanmıştır.

6. BULGULAR

Araştırma bulguları üç başlık altında sunuldu.

- Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin bulgular,
- Klinik yönetim ikliminin değerlendirilmesine ilişkin bulgular,
- Klinik yönetim ikliminin hemşirelerin iş doyum düzeyleri ile ilişkisine yönelik bulgular.

6.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının ilk aşamasında dil geçerliliğine bakıldı. Dilsel eşdeğerlilik için KYİÖ'nin Türkçe ve İngilizce formları araştırmanın yapıldığı hastanede çalışan ve İngilizce eğitim gören 30 kişilik bir hekim grubuna 15 gün ara ile uygulandı, elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakıldı. Elde edilen sonuçlar Tablo 5'te verildi.

Tablo 5: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlar Bazında Dilsel Eşdeğerlilik Sonuçları (N=30)

Türkçe Form	İngilizce Form													
	Genel Puan		Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı		Önleyici Risk Yönetimi		Suç ve Ceza Ortamı		Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma		Eğitim ve Geliştirme Fırsatları		Örgütsel Öğrenme	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Genel Puan	.96	.000												
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı			.95	.000										
Önleyici Risk Yönetimi					.93	.000								
Suç ve Ceza Ortamı							.95	.000						
Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma									.91	.000				
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları											.94	.000		
Örgütsel Öğrenme													.91	.000

Tablo 5'te KYİÖ Türkçe ve İngilizce formlarının uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde; Genel Puan açısından KYİÖ Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında $r=.96$ $p<.001$ düzeyinde; "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" boyutunun Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında $r=.95$ $p<.001$, "Önleyici risk yönetimi" boyutunun Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında $r=.93$, $p<.001$ düzeyinde; "Suç ve ceza ortamı" boyutunun Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında $r=.95$, $p<.001$ düzeyinde; "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" boyutunun Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında $r=.91$, $p<.001$ düzeyinde; "Eğitim ve geliştirme fırsatları" boyutunun Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında $r=.94$, $p<.001$ düzeyinde; "Örgütsel öğrenme" boyutunun Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında $r=.91$, $p<.001$ düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Ölçek uyarlama çalışmasında güvenilirlik çalışmasının bir başka boyutu uyarlanan ölçeğin belli aralıklar ile (2 ile 4 hafta arasında) aynı gruba uygulanması ve arasındaki ilişkiye bakılmasıdır. Bu amaçla 40 kişilik bir hemşire grubuna 3 hafta ara ile aynı test iki kez uygulandı, elde edilen sonuçlar üzerinde yapılan istatistiki işlem sonuçları Tablo 6'da verildi.

Tablo 6: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlar Bazında Test - Tekrar Test Sonuçları (N=40)

Birinci Uygulama	İkinci Uygulama													
	Genel Puan		Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı		Önleyici Risk Yönetimi		Suç ve Ceza Ortamı		Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma		Eğitim ve Geliştirme Fırsatları		Örgütsel Öğrenme	
	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri
Genel Puan	.94	.000												
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Pr.			.92	.000										
Önleyici Risk Yönetimi					.93	.000								
Suç ve Ceza Ortamı							.96	.000						
Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma									.90	.000				
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları											.91	.000		
Örgütsel Öğrenme													.93	.000

Tablo 6'da KYİÖ'nin birinci ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde; genel puan açısından KYİÖ'nin birinci ve ikinci uygulamaları arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki vardır ($r=.94$ $p<.001$).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin alt boyutları bazında birinci ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" boyutunun birinci ve ikinci uygulamaları arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal ilişki ($r=.92$ $p<.001$), "Önleyici risk yönetimi" boyutunun birinci ve ikinci uygulamaları arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal ilişki ($r=.93$, $p<.001$), "Suç ve ceza ortamı" boyutunun birinci ve ikinci uygulamaları arasında

yüksek düzeyde pozitif doğrusal ilişki ($r=.96$, $p<.001$), Meslektaşlar ile birlikte çalışma" boyutunun birinci ve ikinci uygulamaları arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal ilişki ($r=.90$, $p<.001$), "Eğitim ve geliştirme fırsatları" boyutunun birinci ve ikinci uygulamaları arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal ilişki ($r=.91$, $p<.001$), ve "Örgütsel öğrenme" boyutunun birinci ve ikinci uygulamaları arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal ilişki ($r=.93$, $p<.001$) olduğu bulundu.

Tablo 7: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=200)

Madde No	Ortalama	Standart Sapma
Madde 1	2.43	1.02
Madde 2	2.36	1.01
Madde 3	2.56	0.96
Madde 4	3.89	1.00
Madde 5	3.56	0.93
Madde 6	3.87	1.30
Madde 7	2.21	0.90
Madde 8	2.34	0.97
Madde 9	3.78	0.97
Madde 10	2.71	1.20
Madde 11	2.39	0.97
Madde 12	2.58	1.04
Madde 13	2.00	0.77
Madde 14	2.19	0.81
Madde 15	3.52	1.14
Madde 16	2.77	1.09
Madde 17	3.85	0.95
Madde 18	3.85	0.91
Madde 19	2.53	1.09
Madde 20	3.75	0.80
Madde 21	2.53	1.05
Madde 22	2.56	0.98
Madde 23	3.32	1.00
Madde 24	3.58	0.93
Madde 25	2.63	1.25
Madde 26	2.67	1.13
Madde 27	2.46	1.02
Madde 28	3.71	0.88
Madde 29	3.73	0.91
Madde 30	2.34	0.84
Madde 31	2.47	0.96
Madde 32	2.04	0.71
Madde 33	3.73	0.86
Madde 34	4.21	1.04
Madde 35	2.23	0.84
Madde 36	4.21	1.06
Madde 37	2.54	0.98
Madde 38	3.45	1.13
Madde 39	2.55	0.91
Madde 40	2.54	1.08
Madde 41	4.13	1.14
Madde 42	2.57	1.04
Madde 43	2.45	0.91
Madde 44	2.53	0.88
Madde 45	2.62	1.01
Madde 46	2.40	1.00
Madde 47	3.38	1.03
Madde 48	2.82	1.02
Madde 49	4.00	1.00
Madde 50	4.42	0.95
Madde 51	4.24	1.02
Madde 52	2.32	0.88
Madde 53	2.58	0.93
Madde 54	2.88	1.04
Madde 55	2.56	1.17
Madde 56	3.78	0.98
Madde 57	3.80	1.02
Madde 58	2.63	1.08
Madde 59	3.91	0.98
Madde 60	3.93	0.82
Toplam	181.71	21.78

Tablo 7’de KYİÖ’ne ait puanların aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. KYİÖ’nin aritmetik ortalaması 181.71; standart sapması ise 21.78 olarak belirlendi.

Tablo 8: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Alt Boyutlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=200)

Alt Boyutlar	Ortalama	Standart Sapma
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	74.37	8.95
Önleyici Risk Yönetimi	27.05	6.42
Suç ve Ceza Ortamı	23.89	4.92
Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma	15.18	3.94
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	30.02	5.55
Örgütsel Öğrenme	11.20	2.67

Tablo 8'de KYİÖ'nin alt boyutlarına ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutunun aritmetik ortalaması 74.37; standart sapması 8.95, "Önleyici risk yönetimi" alt boyutunun aritmetik ortalaması 27.05; standart sapması 6.42, "Suç ve ceza ortamı" alt boyutunun aritmetik ortalaması 23.89; standart sapması 4.92, "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutunun aritmetik ortalaması 15.18; standart sapması 3.94, "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutunun aritmetik ortalaması 30.02; standart sapması 5.55 ve Örgütsel Öğrenme alt boyutunun aritmetik ortalaması 11.20; standart sapması ise 2.67 olarak belirlendi.

Aşağıdaki tabloda KYİÖ'nin bütününe ilişkin iç tutarlılık katsayıları verilmiştir.

Tablo 9: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları

Güvenirlik Katsayıları	r	p
Cronbach Alpha	.89	p<0.05
Spearman-Brown	.84	p<0.05
Guttman	.90	p<0.05

Tablo 9’da görüldüğü gibi KYİÖ'nin tamamının iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.89$ olarak hesaplandı. Cronbach Alpha katsayısının belirlenmesine ek olarak maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen güvenilirlik (split-half reliability) katsayıları da ayrıca hesaplandı. Bu doğrultuda, Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S=.84$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=.90$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1=.82$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=.81$ olarak bulundu.

Madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağının saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla Madde analizi yapılmaktadır. Bu çalışmada madde analizi işlemleri olarak; madde toplam (item-total), madde kalan (item-remainder) ve madde ayırt edicilik indeksleri ayrı ayrı hesaplanarak, tablolar halinde sunuldu.

Tablo 10: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Bütününe İlişkin Madde Analiz İşlemleri (N=200)

Madde No	Madde Toplam		Madde Kalan		Madde Ayırt Edicilik		
	r	p	r	p	t	Sd	p
Madde 1	.36	.000	.40	.000	-4.60	106	.000
Madde 2	.14	.008	.19	.000	-2.53	106	.000
Madde 3	.16	.003	.20	.000	-2.58	106	.000
Madde 4	.31	.000	.35	.000	-3.65	106	.000
Madde 5	.27	.000	.31	.000	-3.05	106	.000
Madde 6	.19	.000	.25	.000	-2.72	106	.000
Madde 7	.28	.000	.32	.000	-3.83	106	.000
Madde 8	.35	.000	.40	.000	-2.72	106	.000
Madde 9	.42	.000	.46	.000	-4.76	106	.000
Madde 10	.41	.000	.47	.000	-7.52	106	.000
Madde 11	.14	.009	.19	.000	-1.86	106	.000
Madde 12	-.05	.945	-.05	.945	-.660	106	.511
Madde 13	.16	.006	.20	.000	-2.93	106	.000
Madde 14	.30	.000	.34	.000	-3.85	106	.000
Madde 15	.39	.000	.43	.000	-5.69	106	.000
Madde 16	.55	.000	.59	.000	-7.63	106	.000
Madde 17	.37	.000	.40	.000	-4.05	106	.000
Madde 18	.38	.000	.43	.000	-4.17	106	.000
Madde 19	.42	.000	.46	.000	-6.19	106	.000
Madde 20	.43	.000	.46	.000	-6.05	106	.000
Madde 21	.41	.000	.46	.000	-6.49	106	.000
Madde 22	.48	.000	.51	.000	-7.53	106	.000
Madde 23	.13	.012	.17	.000	-2.77	106	.000
Madde 24	.49	.000	.52	.000	-5.91	106	.000
Madde 25	.29	.001	.35	.000	-5.14	106	.027
Madde 26	.57	.022	.61	.000	-8.33	106	.013
Madde 27	.38	.001	.42	.000	-4.85	106	.001
Madde 28	.49	.000	.52	.000	-5.21	106	.000
Madde 29	.18	.001	.22	.000	-1.83	106	.000
Madde 30	.26	.000	.30	.000	-2.75	106	.000
Madde 31	.35	.000	.40	.000	-4.07	106	.000
Madde 32	.18	.002	.21	.000	-2.62	106	.000
Madde 33	.02	.383	.06	.383	-.717	106	.658
Madde 34	.18	.001	.23	.000	-1.767	106	.000
Madde 35	.27	.007	.30	.000	-4.05	106	.007
Madde 36	.31	.000	.35	.000	-3.57	106	.001
Madde 37	.44	.000	.48	.000	-6.23	106	.000
Madde 38	.23	.000	.28	.000	-3.28	106	.000
Madde 39	.56	.000	.60	.000	-8.64	106	.000
Madde 40	.45	.000	.49	.000	-6.78	106	.000
Madde 41	.21	.000	.26	.000	-2.00	106	.000
Madde 42	.24	.000	.29	.000	-4.08	106	.000
Madde 43	.38	.000	.42	.000	-4.15	106	.000
Madde 44	.38	.000	.41	.000	-4.80	106	.000
Madde 45	.47	.000	.51	.000	-7.58	106	.000
Madde 46	.41	.000	.45	.000	-5.06	106	.000
Madde 47	.22	.000	.27	.000	-1.52	106	.000
Madde 48	.36	.000	.40	.000	-4.49	106	.000
Madde 49	.45	.000	.50	.000	-5.69	106	.000
Madde 50	-.02	.826	.01	.000	.500	106	.618
Madde 51	.13	.011	.17	.000	-1.79	106	.041
Madde 52	.29	.000	.33	.000	-3.81	106	.000
Madde 53	.33	.000	.37	.000	-4.19	106	.000
Madde 54	.42	.000	.46	.000	-6.10	106	.000
Madde 55	.36	.000	.41	.000	-6.00	106	.000
Madde 56	.49	.000	.53	.000	-6.11	106	.000
Madde 57	.47	.000	.51	.000	-4.83	106	.000
Madde 58	.12	.014	.17	.000	-2.09	106	.000
Madde 59	.43	.000	.47	.000	-5.03	106	.000
Madde 60	.46	.000	.49	.000	-4.90	106	.000

Tablo 10’da görüldüğü üzere, madde toplam ve madde kalan korelasyonları için gerçekleştirilen Pearson çarpım moment korelasyon analizi sonucunda, ölçekte yer alan “12.- 33. ve 50. maddeler” hariç tüm maddeler ile toplam puan arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır. “12.- 33. ve 50. maddelerin” ölçekte yer alıp almamasına karar vermek için bu maddelerin içinde bulunduğu alt boyutlardaki madde kalan ve toplam değerlerine bakılacak bu sonuçlarda istatistiksel olarak bir anlamsızlık yok ise maddeler ölçeğin genelinden çıkarılmayacaktır. Bunun yanı sıra maddelerin ayırt ediciliklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda “12.- 33. ve 50. maddeler” hariç tüm maddeler için alt ve üst grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak $p<.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. “12.-33 ve 50. maddelerin” ölçekte yer alıp almamasına karar vermek için bu maddelerin içinde bulunduğu alt boyutlardaki ayırt edicilik değerlerine bakılacaktır. Yukarıdaki sonuçlar maddelerin ölçtükleri özellik açısından ayırt edici olduğunu ve her bir maddenin aynı yapı içinde olduklarını ispatlamaktadır. Bu sonuçlara dayalı olarak (12.- 33. ve 50. maddeler hariç) tüm maddelerin güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. "12.- 33. ve 50. maddeler" için son karar alt boyut sonuçlarından sonra verilecektir.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin alt boyutlarına ait madde toplam ve madde kalan korelasyonları için yapılan Pearson çarpım moment korelasyon analizi sonuçları Tablo 11'de gösterildi.

Tablo 11. : Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Alt Boyutlarına İlişkin Madde Analiz İşlemleri (N=200)

Alt Boyutlar	Madde No	Madde Toplam		Madde Kalan		Madde Ayırt Edicilik	
		r	p	r	p	t	p
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	Madde 18	.49	.000	.57	.000	-6.924	.000
	Madde 20	.57	.000	.53	.000	-7.216	.000
	Madde 24	.57	.000	.64	.000	-8.903	.000
	Madde 25	.14	.038	.14	.038	-2.125	.036
	Madde 29	.27	.000	.36	.000	-4.264	.000
	Madde 33	.24	.000	.33	.000	-4.489	.000
	Madde 34	.55	.000	.58	.000	-7.026	.000
	Madde 36	.62	.000	.66	.000	-8.685	.000
	Madde 38	.40	.000	.42	.000	-4.944	.000
	Madde 39	.33	.000	.36	.000	-4.138	.000
	Madde 41	.50	.000	.55	.000	-7.336	.000
	Madde 42	.17	.018	.11	.029	-2.855	.027
	Madde 46	.26	.000	.25	.020	-1.954	.050
	Madde 48	.17	.021	.16	.021	-1.056	.024
	Madde 50	.27	.000	.31	.000	-4.747	.000
	Madde 51	.41	.000	.50	.000	-7.022	.000
	Madde 56	.68	.000	.71	.000	-10.188	.000
	Madde 57	.58	.000	.62	.000	-8.531	.000
	Madde 58	.24	.000	.17	.020	-1.243	.041
	Madde 59	.62	.000	.69	.000	-9.003	.000
	Madde 60	.56	.000	.56	.000	-5.486	.000
Önleyici Risk Yönetimi	Madde 14	.41	.000	.52	.000	-5.74	.000
	Madde 21	.62	.000	.72	.000	-10.29	.000
	Madde 22	.69	.000	.76	.000	-14.48	.000
	Madde 27	.61	.000	.70	.000	-10.55	.000
	Madde 30	.42	.000	.49	.000	-5.02	.000
	Madde 35	.52	.000	.61	.000	-8.32	.000
	Madde 37	.70	.000	.77	.000	-13.79	.000
	Madde 43	.65	.000	.69	.000	-9.24	.000
	Madde 44	.61	.000	.69	.000	-10.59	.000
	Madde 52	.48	.000	.58	.000	-8.27	.000
Suç ve Ceza Ortamı	Madde 54	.25	.000	.31	.000	-6.47	.000
	Madde 1	.41	.000	.58	.000	-6.54	.000
	Madde 3	.40	.000	.50	.000	-7.78	.000
	Madde 5	.22	.017	.40	.000	-2.91	.000
	Madde 7	.49	.000	.59	.000	-7.79	.000
	Madde 10	.41	.000	.60	.000	-10.58	.000
	Madde 11	.28	.000	.46	.000	-5.82	.000
	Madde 12	.18	.024	.28	.000	-3.34	.001
	Madde 16	.49	.000	.65	.000	-11.43	.000
Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma	Madde 26	.52	.000	.68	.000	-11.71	.000
	Madde 8	.46	.000	.56	.000	-7.18	.000
	Madde 19	.49	.000	.51	.000	-6.13	.000
	Madde 40	.63	.000	.63	.000	-9.89	.000
	Madde 45	.65	.000	.70	.000	-15.33	.000
	Madde 53	.47	.000	.49	.000	-7.38	.000
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Madde 55	.53	.000	.52	.000	-8.31	.000
	Madde 4	.62	.000	.68	.000	-9.51	.000
	Madde 6	.71	.000	.77	.000	-14.94	.000
	Madde 9	.70	.000	.74	.000	-11.25	.000
	Madde 15	.65	.000	.71	.000	-13.56	.000
	Madde 17	.54	.000	.60	.000	-8.56	.000
	Madde 28	.60	.000	.65	.000	-9.11	.000
	Madde 47	.34	.000	.42	.000	-4.25	.000
Örgütsel Öğrenme	Madde 49	.69	.000	.74	.000	-8.36	.000
	Madde 2	.55	.000	.68	.000	-9.33	.000
	Madde 13	.24	.006	.37	.000	-5.17	.000
	Madde 23	.66	.000	.76	.000	-11.79	.000
	Madde 31	.61	.000	.71	.000	-10.37	.000
	Madde 32	.23	.005	.35	.000	-5.38	.000

Tablo 11 incelendiğinde KYİÖ'nin birinci alt boyutu olan "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı"nda yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .14 ile .68 arasında değiştiği, madde kalan korelasyon katsayılarının ise .14 ile .71 arasında değiştiği gözlemlendi. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerleri de -1.056 ile -10.188 arasında değişmektedir. Buna göre, bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.05$ düzeyinde anlamlı sonuç vermiş olup, tüm maddelerin KYİÖ'nin birinci boyutunda kalmalarına karar verildi. Bu boyutta yer alan “33. madde ve 50. madde” gerek madde kalan, gerek madde toplam ve ayırt edicilik açısından güvenilir sonuç verdi. Bu sonuca göre “33.madde ve 50. maddenin” ölçekte kalmasına karar verildi.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin ikinci alt boyutu olan "Önleyici risk yönetimi"nde yer alan maddeler için madde toplam korelasyonları .25 ile .70 arasında, madde kalan korelasyon katsayıları .31 ile .77 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri ise -5.02 ile -14.48 arasında değişmektedir. Buna göre, bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Önleyici risk yönetimi" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.001$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi, tüm maddelerin KYİÖ'nün ikinci boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin üçüncü alt boyutu olan "Suç ve ceza ortamı"nda yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .18 ile .52 arasında değiştiği, madde kalan korelasyon katsayılarının ise .28 ile .68 arasında değiştiği gözlemlendi. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri de -2.91 ile -11.71 arasında değişmektedir. Buna göre, bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Suç ve ceza ortamı" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.05$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi, tüm maddelerin KYİÖ'nin üçüncü boyutunda kalmalarına karar verildi. Bu boyutta yer alan “12. madde” gerek madde kalan, gerek madde toplam ve ayırt edicilik açısından güvenilir sonuç verdi. Bu sonuca göre “12. maddenin” ölçekte kalmasına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin dördüncü alt boyutu olan Meslektaşlar ile birlikte çalışma"da yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .46 ile .65 arasında değiştiği, madde kalan korelasyon katsayılarının ise .49 ile .70 arasında değiştiği gözlemlendi. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri de -6.13 ile -15.33 arasında değişmektedir. Buna göre, bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.001$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi, tüm maddelerin KYİÖ'nin dördüncü boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin beşinci alt boyutu olan "Eğitim ve geliştirme fırsatları"nda yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .34 ile .71 arasında değiştiği, madde kalan korelasyon katsayılarının ise .42 ile .77 arasında değiştiği gözlemlendi. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri de -4.25 ile -14.94 arasında değişmektedir. Buna göre, bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.001$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi, tüm maddelerin KYİÖ'nin beşinci boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin altıncı alt boyutu olan "Örgütsel öğrenme"de yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .23 ile .66 arasında değiştiği, madde kalan korelasyon katsayılarının ise .35 ile .76 arasında değiştiği gözlemlendi. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t değerleri de -5.17 ile -11.79 arasında değişmektedir. Buna göre, bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Örgütsel öğrenme" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.05$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi, tüm maddelerin KYİÖ'nün altıncı boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin alt boyutları bazında geçerlilik ve güvenilirlik sınaması Cronbach Alpha katsayısı, iki-yarı test güvenilirliği (Spearman-Brown ve Guttman), madde toplam puan ve madde kalan korelasyonlarının hesaplanması ile gerçekleştirildi.

Tablo 12: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları

KYİÖ'nün Alt Boyutları	Güvenirlilik Katsayıları	r	p
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	Cronbach Alpha	.77	p<0.05
	Spearman-Brown	.79	p<0.05
	Guttman	.83	p<0.05
Önleyici Risk Yönetimi	Cronbach Alpha	.84	p<0.05
	Spearman-Brown	.82	p<0.05
	Guttman	.85	p<0.05
Suç ve Ceza Ortamı	Cronbach Alpha	.68	p<0.05
	Spearman-Brown	.69	p<0.05
	Guttman	.64	p<0.05
Meslektaşlarla Birlikte Çalışma	Cronbach Alpha	.70	p<0.05
	Spearman-Brown	.73	p<0.05
	Guttman	.70	p<0.05
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Cronbach Alpha	.79	p<0.05
	Spearman-Brown	.71	p<0.05
	Guttman	.78	p<0.05
Örgütsel Öğrenme	Cronbach Alpha	.54	p<0.05
	Spearman-Brown	.51	p<0.05
	Guttman	.59	p<0.05

Tablo 12’de görüldüğü gibi "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutunun iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.77$ olarak hesaplandı. Buna ek olarak maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen güvenilirlik (split-half reliability) katsayıları da ayrıca hesaplandı. Bu doğrultuda, Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S=.79$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=.83$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= .70$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=.52$ olarak bulundu. Bu bulgular KYİÖ'nin birinci alt boyutu olan "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutunun güvenilir olduğunu gösterdi.

"Önleyici risk yönetimi" alt boyutunun iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek için yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.84$ olarak hesaplandı. Maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen katsayıları; Spearman değeri $S=.82$ ve Guttman değeri ise $G=.85$ olarak hesaplanmıştır. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= .78$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=.70$ olarak bulundu (Tablo 12). Bu bulgular KYİÖ'nin ikinci alt boyutu olan "Önleyici risk yönetimi" alt boyutunun güvenilir olduğunu gösterdi.

"Suç ve ceza ortamı" alt boyutunun iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.68$ olarak hesaplandı. Maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen katsayıları; Spearman değeri $S=.69$ ve Guttman değeri ise $G=.64$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= .58$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2= .49$ olarak bulundu (Tablo 120). Bu bulgular KYİÖ'nin üçüncü alt boyutu olan "Suç ve ceza ortamı" alt boyutunun güvenilir olduğunu gösterdi.

"Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutunun iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.70$ olarak hesaplandı. Maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen katsayıları; Spearman değeri $S=.73$ ve Guttman değeri ise $G=.70$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= .43$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=.54$ olarak bulundu (Tablo 12). Bu bulgular KYİÖ'nin dördüncü alt boyutu olan "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutunun güvenilir olduğunu gösterdi.

"Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutunun iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.79$ olarak hesaplandı. Maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen katsayıları; Spearman değeri $S=.71$ ve Guttman değeri ise $G=.78$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= 0.78$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=0.47$

olarak bulundu (Tablo 12). Bu bulgular KYİÖ'nin beşinci alt boyutu olan "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutunun güvenilir olduğunu gösterdi.

"Örgütsel öğrenme" alt boyutunun iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.54$ olarak hesaplandı. Maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen katsayıları; Spearman değeri $S=.81$ ve Guttman değeri ise $G=.59$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1=.47$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=.27$ olarak bulundu (Tablo 12). Bu bulgular KYİÖ'nin altıncı alt boyutu olan "Örgütsel öğrenme" alt boyutunun güvenilir olduğunu gösterdi.

6.2. Klinik Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular

Bu bölümün bulguları;

- Örnekleme oluşturan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile ilgili bulgular,
- Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin puan ortalamalarına ait bulgular,
- Sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklere göre klinik yönetim iklimi ile ilgili bulgular olmak üzere üç başlıkta sunuldu.

6.2.1. Örnekleme Oluşturan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hemşirelere uygulanan “Hemşire Tanıtım Formu”ndan elde edilen bulgulara yer verildi. Örnekleme oluşturan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 13’te, çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı ise Tablo 14’te verildi.

Tablo 13: Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=248)

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Yaş		
20-25	13	5.2
26-30	53	21.4
31-35	92	37.1
36-40	74	29.8
41 Yaş ve ↑	16	6.5
Medeni Durum		
Evli	164	66.1
Bekar	84	33.9
Eğitim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	52	21.0
Ön Lisans	98	39.5
Lisans	70	28.2
Lisans Üstü	28	11.3
Toplam	248	100

Tablo 13'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşireler en fazla 31-35 yaş (%37.1) arasında, yarısından çoğu evli (%66.1), ve %39.5'i ön lisans mezunudur.

Tablo 14: Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=248)

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	n	%
Mesleki Deneyim Yılı		
1 - 5 Yıl	36	14.5
6 - 10 Yıl	54	21.8
11 - 15 Yıl	96	38.7
16 ve ↑ Yıl	62	22.0
Çalışılan Kurumdaki Deneyim Yılı		
1 - 5 Yıl	88	35.5
6 - 10 Yıl	46	18.5
11 - 15 Yıl	80	32.3
16 ve ↑ Yıl	34	13.7
Mesleği Tercih		
İsteyerek seçen	174	70.2
İstemeyerek seçen	74	29.8
Görev Yaptıkları Pozisyon		
Yatak başı Hemşire	219	88.3
Yönetici Hemşire	29	11.7
Çalışılan Servis		
Yoğun Bakımlar	41	16.5
Dahili Birimler	70	28.2
Cerrahi Birimler	110	44.4
Poliklinikler	27	10.9
Çalışılan Servisi Tercih		
İsteyerek seçen	128	51.6
Atama ile	120	48.4
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	75	30.2
Vardiya değişimli	173	69.8
Bir Vardiyada Sorumlu Olunan Ortalama Hasta Sayısı		
1- 10 Hasta	70	28.3
11-20 Hasta	65	26.2
21-29 Hasta	42	16.9
30 Hasta ve ↑	42	16.9
Hastası yok (Yönetici)	29	11.7
Toplam	248	100

Tablo 14'te örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin %38.7'sinin 11-15 yıllık mesleki deneyime sahip olduğu, %35.5'inin çalışılan kurumdaki deneyim yılının 1-5 yıl arasında olduğu, büyük çoğunluğunun (%70.2) mesleklerini isteyerek seçtikleri ve %70.2'sinin yatak başı hemşireliği yaptığı görülmektedir.

Hemşirelerin %44.4'ünün cerrahi birimlerde çalıştığı, %51.6'sının çalıştığı servisi isteyerek seçtiği, %69.8'inin vardiyalı olarak çalıştığı ve %28.3'ünün bir vardiyada sorumlu oldukları ortalama hasta sayısının 1-10 hasta arasında değiştiği görülmektedir.

6.2.2. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Türkçe'ye uyarlama aşamasından sonra, 248 kişilik bir örneklem grubuna uygulandı. Ölçek beşli likert tipi bir ölçek olup 60 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 60, en yüksek puan ise 300'dür. Ölçekten alınan puan azaldıkça klinik yönetişimi destekleyici bir iklimden söz edilmektedir. Ölçeğin genel ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları Tablo15'te verildi.

Tablo 15: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamaları (N=248)

Değişkenler	Ortalama	Ss	Minimum Puan	Maksimum Puan
Genel Puan	180.01	20.63	103.00	250.00
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Prg.	74.56	8.52	37.00	95.00
Önleyici Risk Yönetimi	25.89	6.29	11.00	46.00
Suç ve Ceza Ortamı	23.28	4.71	13.00	40.00
Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma	14.80	3.73	7.00	30.00
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	30.56	5.35	12.00	39.00
Örgütsel Öğrenme	10.88	2.51	5.00	20.00

Tablo 15 incelendiğinde; hemşirelerin ölçekten aldıkları genel puan ortalamasının 180.01, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının 74.56, "Önleyici risk yönetimi" alt boyutundan puan ortalamasının 25.89, "Suç ve ceza ortamı" alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının 23.28, "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının 14.80, "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının 30.56, "Örgütsel öğrenme" alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının 10.88 olduğu görüldü.

Tablo 16: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait Puanların Frekans ve Yüzde Değerleri (N=248)

Boyut	Gruplar	Puan Aralıkları	Frekans	%
KYİÖ Genel	Ortalamanın altı	103-159	26	10.48
	Ortalama	160-200	188	75.80
	Ortalamanın üstü	201-250	34	13.70
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	Ortalamanın altı	37-65	33	13.30
	Ortalama	66-83	197	79.43
	Ortalamanın üstü	84-92	18	7.27
Önleyici Risk Yönetimi	Ortalamanın altı	11-18	12	4.83
	Ortalama	19-32	198	79.83
	Ortalamanın üstü	33-38	38	15.34
Suç ve Ceza Ortamı	Ortalamanın altı	13-17	10	4.03
	Ortalama	18-27	197	79.43
	Ortalamanın üstü	28-40	41	16.54
Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma	Ortalamanın altı	7-10	7	2.82
	Ortalama	11-18	206	83.06
	Ortalamanın üstü	19-30	35	14.12
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Ortalamanın altı	12-25	47	18.95
	Ortalama	26-35	168	67.74
	Ortalamanın üstü	36-41	33	13.31
Örgütsel Öğrenme	Ortalamanın altı	5-7	7	2.82
	Ortalama	8-13	201	81.04
	Ortalamanın üstü	14-20	40	16.14

Tablo 16’da araştırmaya katılan hemşirelerin KYİÖ’nin genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ve frekansları görülmektedir. Buna göre hemşirelerin %75.8’i KYİÖ’nden ortalamaya eşit puan almışken, %13.70’i ortalama puanın altında, %10.48’i ise ortalamanın üstünde puan almıştır. "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" boyutundan hemşirelerin %79.43’ü ortalamaya eşit, %13.30’u ortalama puanın altında, %7.27’si ortalama puanın üstünde, "Önleyici risk yönetimi" boyutundan %79.83’ü ortalamaya eşit, %4.83’ü ortalama puanın altında, %15.34’ü ortalama puanın üstünde, "Suç ve ceza ortamı" boyutundan %79.43’ü ortalamaya eşit, %4.03’ü ortalama puanın altında, %16.54’ü ortalamanın üstünde puan almışlardır. Hemşirelerin %83.06’sı Meslektaşlar ile birlikte çalışma" boyutundan ortalamaya eşit, %18.95’i ortalama puanın altında, %14.12’si ortalamanın üstünde, "Eğitim ve geliştirme fırsatları" boyutundan %67.74’ü ortalamaya eşit, %18.95’i ortalama puanın altında, %13.31’i ortalamanın üstünde puan almışlardır. Hemşirelerin %81.04’ü "Örgütsel öğrenme" boyutundan ortalamaya eşit puan alırken, %2.82’si ortalama puanın altında, %16.14’ü ortalamanın üstünde puan almışlardır.

6.2.3. Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklere Göre Klinik Yönetişim İklimi ile İlgili Bulgular

Sosyo-demografik özelliklerin ve çalışma yaşamına ilişkin özelliklerin klinik yönetim iklimine etkisini belirlemek için yapılan "ilişkisiz grup t testi" ve varyans analizi sonuçları Tablo 17 ve Tablo 18'de verildi.

Tablo 17. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Klinik Yönetişim İklimi

Sosyo-demografik Özellikler	KYİÖ						
	Genel Puan	Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Prg.	Önleyici Risk Yönetimi	Suç ve Ceza Ortamı	Meslektaşlarla Birlikte Çalışma	Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Örgütsel Öğrenme
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş 20-25 yaş ^a 26-30 yaş ^b 31-35 yaş ^c 36-40 yaş ^d 41 ve ↑ ^e F=1.26 p=.286 Anlamlılık (Scheffe Testi)	188.0±28.14 179.5±24.04 182.1±19.31 177.2±16.76 175.5±24.50 F=1.26 p=.286 yok	76.15±12.08 73.24±10.20 75.03±7.30 74.97±7.66 73.12±9.78 F=.653 p=.626 yok	29.15±8.15 26.49±6.45 26.80±6.46 23.79±4.57 25.75±7.82 F=3.68 p=.006 d<a,b,c	26.23±5.70 24.45±5.33 22.97±4.42 22.64±4.31 21.75±3.83 F=3.03 p=.018 a>d,e	16.23±4.14 14.77±3.81 14.91±3.81 14.64±3.65 13.87±3.07 F=.771 p=.545 yok	29.30±5.82 29.75±6.05 31.09±4.68 30.85±5.60 29.93±5.13 F=.815 p=.517 yok	11.00±3.31 10.81±2.27 11.29±2.65 10.37±2.09 11.06±3.25 F=.141 p=.231 yok
Medeni Durum Evli Bekar t= -.26 p=.795 Anlamlılık	180.2±19.64 179.5±22.55 t= -.26 p=.795 yok	74.53±8.27 74.63±9.04 t=.08 p=.934 yok	26.08±6.11 25.52±6.63 t= -.66 p=.507 yok	23.31±4.57 23.22±5.00 t= -.14 p=.886 yok	14.79±3.63 14.82±3.94 t=.04 p=.964 yok	30.54±5.23 30.60±5.62 t=.081 p=.935 yok	10.96±2.35 10.72±2.79 t= -.72 p=.471 yok
Eğitim Düzeyi SML ^a Ön Lisans ^b Lisans ^c Lisans Üstü ^d F=2.003 p=.114 Anlamlılık (Scheffe Testi)	183.1±18.6 180.9±18.4 179.6±21.4 174.6±27.2 F=2.003 p=.114 yok	75.30±8.0 75.13±7.3 74.31±8.3 74.08±12.7 F=1.242 p=.295 yok	26.00±4.9 26.10±6.6 26.31±6.8 24.81±5.4 F=1.057 p=.368 yok	25.07±5.6 23.05±4.2 22.90±4.4 22.57±4.3 F=3.860 p=.010 a>b,c,d	15.23±3.8 14.93±3.7 14.74±3.4 14.96±4.2 F=1.070 p=.362 yok	30.65±5.7 30.78±4.8 30.60±5.3 31.19±6.4 F=.379 p=.768 yok	10.84±2.1 10.96±2.4 10.80±2.8 10.96±2.5 F=.067 p=.977 yok

t= İlişkisiz grup t testi F=Anova varyans analizi

Tablo 17'ye göre KYİÖ'nin genel puan ortalaması ile "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Meslektaşlarla birlikte çalışma", "Eğitim ve geliştirme fırsatları" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarının puan ortalamaları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken, "Önleyici risk yönetimi" ve "Suç ve ceza ortamı" alt boyutlarının puan ortalamaları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($F=3.68$, $p=.006$; $F=3.03$, $p=.018$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için ileri analiz olarak Scheffe testinden yararlanıldı.

Scheffe testi sonucunda 36-40 yaş grubundaki hemşirelerin "Önleyici risk yönetimi" alt boyutu puanlarının 20-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubunda olan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu (Tablo 17).

"Suç ve ceza ortamı" alt boyutu puanlarının 20-25 yaş grubundaki hemşirelerde, 36-40 yaş ve 41 yaş ve üzeri gruptaki hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 17).

Tablo 17'de görüldüğü gibi KYİÖ'nin genel ve alt boyutlarına ait puanları hemşirelerin medeni durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile KYİÖ'nin genel ve alt boyutlarına ait puanlar karşılaştırıldığında, "Suç ve ceza ortamı" alt boyutu puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($F=3.860$, $p=.010$). Diğer alt boyutlar ve genel puana göre eğitim düzeyleri arasında farklılık saptanmadı ($p>.05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan hemşirelerin Suç ve ceza ortamı alt boyutu puanlarının, Ön Lisans, Lisans ve Lisansüstü eğitimden mezun olan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 17).

Tablo 18. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre Klinik Yönetişim İklimi (N=248)

Çalışma Yaşamına Ait Özellikler		KYİÖ						
		Genel Puan	Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Prg.	Önleyici Risk Yönetimi	Suç ve Ceza Ortamı	Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma	Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Örgütsel Öğrenme
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Pozisyon	Yatak başı Hemşire ^a	181.0±20.27	74.95±8.23	26.08±6.34	23.51±4.79	14.96±3.86	30.77±5.25	10.80±2.51
	Yönetici Hemşire ^b	171.8±21.89	71.65±10.12	24.44±5.77	21.58±3.71	13.62±2.24	29.03±5.94	11.51±2.45
		t=-2.28	t= -1.97	t= -1.32	t= -2.08	t= -1.82	t= -1.64	t= 1.44
	Anlamlılık	p=.023 a>b	p=.047 a>b	p=.188 yok	p=.039 a>b	p=.041 a>b	p=.101 yok	p=.151 yok
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz ^a	177.7±18.04	75.32±7.44	24.17±4.94	22.37±4.21	14.24±3.23	31.06±5.02	10.56±2.24
	Vardiya değişimli ^b	160.8±21.63	67.60±8.95	21.20±6.66	19.80±4.87	13.20±3.91	28.60±5.49	10.40±2.61
		t=2.06	t= -2.24	t=1.29	t=1.35	t=713	t= -1.05	t=157
	Anlamlılık	p=.04 a>b	p=.02 a>b	p=.200 yok	p=.181 yok	p=.478 yok	p=.295 yok	p=.876 yok
Mesleği tercih	İsteyerek seçen ^a	179.3±20.15	74.85±8.16	25.35±5.87	23.08±4.50	14.64±3.73	30.87±5.24	10.55±2.45
	İstemeyerek seçen ^b	181.5±21.79	73.89±9.33	27.16±7.05	23.75±5.16	15.18±3.73	29.85±5.57	11.66±2.49
		t=.747	t= -.815	t=2.08	t=1.02	t=1.05	t= -1.37	t=3.23
	Anlamlılık	p=.456 yok	p=.416 yok	p=.038 a<b	p=.306 yok	p=.294 yok	p=.170 yok	p=.001 a<b
Servisi tercih	İsteyerek seçen ^a	183.3±20.94	52.41±9.17	40.78±5.72	31.07±4.59	21.74±3.09	18.12±5.50	19.21±2.43
	Atama ile ^b	176.4±19.75	50.38±7.67	39.38±6.79	30.33±4.83	20.60±4.24	16.69±5.11	19.00±2.59
		t=2.68	t=1.88	t=1.75	t=1.23	t=2.41	t=2.12	t=0.68
	Anlamlılık	p=.008 a>b	p=.041 a>b	p=.080 yok	p=.219 yok	p=.017 a>b	p=.035 a>b	p=.494 yok

t= İlişkisiz grup t testi

Tablo 18. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerine Göre Klinik Yönetişim İklimi (N=248) (Devam)

Çalışma Yaşamına Ait Özellikler		KYİÖ						
		Genel Puan	Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Prg.	Önleyici Risk Yönetimi	Suç ve Ceza Ortamı	Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma	Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Örgütsel Öğrenme
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Mesleki Deneyim Yılı	1 - 5 Yıl ^a	179.4±26.0	73.3±10.9	26.5±6.9	24.6±5.6	15.0±3.4	29.1±7.0	10.5±2.8
	6 - 10 Yıl ^b	179.7±21.5	73.3±9.1	26.8±6.1	24.0±4.9	15.2±4.1	29.3±6.0	11.0±2.3
	11 - 15 Yıl ^c	181.9±21.2	75.3±8.1	25.9±6.4	23.1±4.7	14.9±4.2	31.4±4.3	11.0±2.5
	16 ve ↑ Yıl ^d	177.5±14.8	75.1±6.7	24.6±5.6	21.9±3.5	14.1±2.7	31.0±4.7	10.5±2.3
		F=.575	F=.975	F=1.308	F=3.153	F=.974	F=2.905	F=.745
	Anlamlılık (Scheffe Testi)	p=.632 yok	p.405 yok	p=.272 yok	p=.026 a>d	p=.406 yok	p=.035 b<c	p=.526 yok
Kurum Deneyim Yılı	1 - 5 Yıl ^a	180.9±22.6	73.7±9.4	27.4±6.8	24.1±5.2	15.3±3.9	28.9±5.9	11.2±2.6
	6 - 10 Yıl ^b	181.2±21.9	75.8±8.7	24.5±5.7	23.3±4.8	14.5±3.9	32.2±5.1	10.6±2.2
	11 - 15 Yıl ^c	180.4±19.6	74.9±8.0	25.6±6.0	22.8±4.3	14.8±3.8	31.4±4.5	10.6±2.4
	16 ve ↑ Yıl ^d	174.8±14.8	74.0±6.7	24.1±5.2	21.8±3.5	13.7±2.2	30.0±4.8	10.8±2.4
		F=.824	F=.770	F=3.580	F=2.373	F=1.662	F=5.312	F=1.147
	Anlamlılık (Scheffe Testi)	p=.482 yok	p=.512 yok	p=.015 a>b,d	p=.050 a>d	p=.176 yok	p=.001 a<b,c	p=.331 yok
Çalışılan Servis	Yoğun Bakımlar ^a	182.8±26.8	74.5±10.8	26.2±6.8	24.1±5.1	16.2±3.9	30.4±7.0	11.1±2.9
	Dahili Birimler ^b	176.8±19.7	73.9±9.1	24.5±5.2	22.7±4.5	14.4±4.0	30.7±4.9	10.4±2.0
	Cerrahi Birimler ^c	182.5±17.2	75.1±6.4	27.2±6.6	23.8±4.6	14.5±3.3	30.4±4.9	11.1±2.7
	Poliklinikler ^d	173.8±23.3	73.6±10.1	23.2±5.3	21.5±4.1	14.4±3.8	30.8±5.1	10.4±1.7
		F=2.199	F=.427	F=4.793	F=2.994	F=2.409	F=.061	F=1.600
	Anlamlılık (Scheffe Testi)	p=.089 yok	p=.734 yok	p=.003 c>b d<c	p=.032 a>d d<c	p=.049 a>b,c,d	p=.980 yok	p=.190 yok
Sorumlu Olunan Hasta Sayısı	Hastası yok ^a	169.4±21.6	71.1±9.6	24.1±5.81	21.0±3.4	13.5±2.3	29.0±5.8	11.0±2.7
	1- 10 Hasta ^b	180.5±21.8	74.4±9.1	25.9±6.3	23.9±4.9	15.1±3.7	30.3±6.0	10.7±2.4
	11-20 Hasta ^c	185.6±18.4	75.7±6.9	28.2±6.7	23.9±4.4	15.3±3.5	30.7±5.1	11.6±2.9
	21-30 Hasta ^d	181.1±15.8	76.5±5.6	23.8±3.9	22.8±4.8	14.8±4.6	33.2±2.8	9.8±1.6
	31 Hasta ve ↑ ^e	176.4±22.8	73.4±10.3	25.4±6.7	23.2±5.1	14.3±3.7	29.1±5.2	10.7±2.1
		F=3.544	F=2.336	F=4.093	F=2.471	F=1.554	F=4.171	F=3.768
Anlamlılık (Scheffe Testi)	p=.007 a<b	p=.050 a<b,c	p=.003 a<b c>d	p=.045 a<b	p=.187 yok	p=.003 d>a,b,e	p=.005 c>d	

t= İlişkisiz grup t testi F=Anova varyans anali

Tablo 18’de hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile KYİÖ’nin genel ve alt boyutlarının puanlarının karşılaştırmaları yer almaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları pozisyon ile KYİÖ’nin genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", Suç ve ceza ortamı ve "Meslektaşlarla birlikte çalışma" alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=-2.28, p=.023$; $t=-1.97, p=.047$; $t=-2.08, p=.039$; $t=-1.82, p=.041$). Yatak başı çalışan hemşirelerin KYİÖ genel puanı ile "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Suç ve ceza ortamı" ve "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutlarının puanlarının yönetici olarak çalışan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

Hemşirelerin görev yaptıkları pozisyon ile "Önleyici risk yönetimi", "Eğitim ve geliştirme fırsatları" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutları puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>.05$).

Hemşirelerin KYİÖ genel puanı ve "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutlarından aldıkları puanlar, hemşirelerin çalışma şekillerine göre anlamlı farklılık gösterdi ($t=2.06, p=.04$; $t=-2.24, p=.02$). Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutu puanlarının, vardiya değişimli çalışan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 18).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin diğer alt boyutlarına ait puanları ile hemşirelerin çalışma şekilleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>.05$).

Tablo 18 incelendiğinde, hemşirelerin mesleği tercih durumları ile KYİÖ’nin genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Suç ve ceza ortamı", "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" ve "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutlarının puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>.05$), ancak "Önleyici risk yönetimi" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarının puanlarının mesleği tercih etme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($t=2.08, p=.038$; $t=3.23, p=.001$) görülmektedir. Buna göre hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin "Önleyici risk yönetimi" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarından aldıkları puanlar, mesleği istemeyerek seçen hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları servisi tercih etme durumları ile KYİÖ genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Meslektaşlarla birlikte çalışma", "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=2.68$, $p=.008$; $t=1.88$, $p=.041$; $t=2.41$, $p=.017$; $t=2.12$, $p=.035$). Çalıştığı servisi isteyerek seçen hemşirelerin KYİÖ genel puanları ile "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Meslektaşlar ile birlikte çalışma", "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutlarına ait puanları atama ile çalışan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 18).

Hemşirelerin çalıştıkları servisi tercih etme durumları ile "Önleyici risk yönetimi", "Suç ve ceza ortamı" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarının puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

Hemşirelerin mesleki deneyim yılları ile KYİÖ genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Önleyici risk yönetimi", "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarının puanları arasında anlamlı ilişki bulunmazken ($p>.05$), "Suç ve ceza ortamı" ve "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutlarının puanları mesleki deneyim yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($F=3.153$, $p=.026$; $F=2.905$, $p=.035$). Bu sonuçlara göre 1-5 yıl mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin "Suç ve ceza ortamı" alt boyutu puanlarının, 16 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin puanlarından, anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutu puanlarının ise 6-10 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan hemşirelerde, 11-15 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu (Tablo 18).

KYİÖ'nin, "Önleyici risk yönetimi", "Suç ve ceza ortamı" ve "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutlarının puanları ile hemşirelerin çalıştıkları kurumdaki deneyim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($F=3.580$, $p=.015$; $F=2.373$, $p=.050$; $F=5.312$, $p=.001$).

Çalıştığı kurumda 1-5 yıl arasında deneyime sahip olan hemşirelerin "Önleyici risk yönetimi" alt boyutundan aldıkları puanlar, çalıştığı kurumda 6-10 yıl ve 16 yılın üzerinde kurum deneyimine sahip olan hemşirelerin aldıkları puanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.05$).

Çalıştıkları kurumdaki deneyimleri 1-5 yıl arasında olan hemşirelerde "Suç ve ceza ortamı" alt boyutu puanları, 16 yıl ve üzerinde kurum deneyimine sahip olan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek iken, "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutunun puanları 1-5 yıl arasında kurum deneyimine sahip olan hemşirelerde 6-10 yıl ve 11-15 yıl arasında kurum deneyimine sahip olan hemşirelerden anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 18).

Tablo 18 incelendiğinde, çalışılan kurumdaki deneyim yılları ile KYİÖ'nin genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarının puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>.05$).

Tablo 18'de KYİÖ genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Eğitim ve geliştirme fırsatları" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarının puanları ile hemşirelerin çalıştıkları servisler arasında anlamlı farklılık görülmezken ($p>.05$), "Önleyici risk yönetimi", "Suç ve ceza ortamı" ve "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutlarının çalışılan birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($F=4.793$, $p=.003$; $F=2.994$, $p=.032$; $F=2.409$, $p=.049$).

İleri analiz için yapılan Scheffe testi sonucunda, "Önleyici risk yönetimi" alt boyutundan alınan puanların polikliniklerde çalışan hemşirelerde cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere göre daha düşük; cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerde ise dahili birimlerde çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<.05$). Polikliniklerde çalışan hemşirelerin "Suç ve ceza ortamı" alt boyutu puanları, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha düşük iken yoğun bakımlarda çalışanların bu boyuttan aldıkları puanlar polikliniklerde çalışan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<.05$). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin

"Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutundan aldıkları puanlar, dahili birimler, cerrahi birimler ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.05$) (Tablo 18).

Hemşirelerin bir vardiyada sorumlu oldukları hasta sayısı ile KYİÖ genel puanı, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı", "Önleyici risk yönetimi", "Suç ve ceza ortamı", "Eğitim ve geliştirme fırsatları" ve "Örgütsel öğrenme" alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($F=3.544$, $p=.008$; $F=2.336$, $p=.050$; $F=4.093$, $p=.003$; $F=2.471$, $p=.045$; $F=4.171$, $p=.003$; $F=3.768$, $p=.005$) varken, "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutunun puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>.05$).

İleri analiz için yapılan Scheffe testi sonucunda, yönetici olarak çalışıp vardiyalarında direkt olarak hasta sorumluluğu almayan hemşirelerin KYİÖ genel puanları, çalıştıkları vardiyada 1-10 hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak düşük bulundu ($p<.05$).

Çalıştıkları vardiyada direkt olarak hasta sorumluluğu almayan yönetici hemşirelerin, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutundan aldıkları puanlar, 1-10 hasta ve 11-20 hastadan sorumlu olan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha düşüktür ($p<.05$).

Vardiyalarında hasta sorumluluğu almayan yönetici hemşirelerin "Önleyici risk yönetimi" alt boyutu puanlarının, çalıştıkları vardiyada 1-10 hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak düşük olduğu, vardiyalarında 11-20 hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerin "Önleyici risk yönetimi" alt boyutu puanlarının ise, vardiyalarında 21-30 hastadan sorumlu olan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu görüldü ($p<.05$).

Yönetici olarak çalışıp hasta sorumluluğu almayan hemşirelerin "Suç ve ceza ortamı" alt boyutundan aldıkları puanlar, çalıştıkları vardiyada 1-10 hastadan sorumlu olan hemşirelerin aldıkları puanlardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p<.05$).

Çalıştıkları vardiyada 21-30 hastadan sorumlu olan hemşirelerin "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutundan aldıkları puanların, hasta sorumluluğu almayan yönetici hemşireler ile 1-10 hasta, 11-20 hasta ve 31 ve üzeri hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerin puanlardan daha yüksek olduğu görüldü.

Çalıştıkları vardiyada 11-20 hastadan sorumlu olan hemşirelerin "Örgütsel öğrenme" alt boyutundan aldıkları puanların, vardiyalarında 21-30 hastadan sorumlu olan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p<.05$).

6.3. Klinik Yönetişim İkliminin Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerine Etkisi ile İlgili Bulgular

Çalışmanın bir amacı da klinik yönetim iklimi ile hemşirelerin iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkisinin belirlenmesiydi. Bu amaçla KYİÖ'nin genelinden ve alt boyutlarından alınan puanlarla, Minnesota İş Doyum Ölçeğinin genelinden ve alt boyutlarından alınan puanlar Pearson çarpım korelasyon katsayısı tekniği kullanılarak karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlar Tablo 19'da gösterildi.

Tablo 19: Klinik Yönetişim İkliminin İş Doyumu İle İlişkisi (N=248)

MİNNESOTA İŞ DOYUMU ÖLÇEĞİ	KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ (KYİÖ)							
	BOYUTLAR	KYİÖ Genel Puanı	Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	Önleyici Risk Yönetimi	Suç ve Ceza Ortamı	Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma	Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Örgütsel Öğrenme
		X=180.01±20.63	X=74.56±8.52	X=25.89±6.29	X=23.28±4.71	X=14.80±3.73	X=30.56±5.35	X=10.88±2.51
	Minnesota İş Doyumu Ölçeği X=3.27±0.59	r=-.463 p=.000**	r=-.27 p=.000**	r=-.46 p=.000**	r=-.43 p=.000**	r=-.44 p=.000**	r=.02 p=.678	r=-.34 p=.000**
	"İçsel Doyum" X=3.54±.62	r=-.42 p=.000**	r=-.21 p=.001*	r=-.47 p=.000**	r=-.40 p=.000**	r=-.42 p=.000**	r=.072 p=.256	r=-.34 p=.000**
	"Dışsal Doyum" X=2.86±.61	r=-.48 p=.000**	r=-.33 p=.001*	r=-.39 p=.000**	r=-.41 p=.000**	r=-.41 p=.000**	r=-.048 p=.450	r=-.30 p=.000**

r= Pearson's korelasyon testi

*p<.05 düzeyinde anlamlıdır.

**p<.001 düzeyinde anlamlıdır.

Klinik yönetim iklimi ile iş doyumu arasındaki ilişki incelendiğinde, KYİÖ genel puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki ($r=-.463$, $p=.000$; $r=-.42$, $p=.000$; $r=-.48$, $p=.000$) olduğu görülmektedir. KYİÖ genel puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin birinci alt boyutu olan "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ve "içsel doyum" alt boyutu puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve düşük düzeyde ($r=-.27$, $p=.000$; $r=-.21$, $p=.000$) bir ilişki, "dışsal doyum" alt boyutu puanı arasında ise anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki ($r=-.33$, $p=.001$) bulunmuştur. KYİÖ'nin "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin ikinci alt boyutu olan "Önleyici risk yönetimi" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki ($r=-.46$, $p=.000$; $r=-.47$, $p=.000$; $r=-.39$, $p=.000$) olduğu görülmektedir. "Önleyici risk yönetimi" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin üçüncü alt boyutu olan "Suç ve ceza ortamı" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki ($r=-.43$, $p=.000$; $r=-.40$, $p=.000$; $r=-.41$, $p=.000$) olduğu görülmektedir. "Suç ve ceza ortamı" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin dördüncü alt boyutu olan "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki ($r=-.44$, $p=.000$; $r=-.42$, $p=.000$; $r=-.41$, $p=.000$) olduğu görülmektedir. "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin beşinci alt boyutu olan "Eğitim ve geliştirme fırsatları" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutları puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki ($r=-.072$, $p>0.5$) bulunmadığı belirlendi (Tablo 19).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin altıncı alt boyutu olan "Örgütsel öğrenme" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki ($r=-.34$, $p=.000$; $r=-.34$, $p=.000$; $r=-.30$, $p=.000$) olduğu görülmektedir. "Örgütsel öğrenme" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

7.TARTIŞMA ve SONUÇ

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı ve hemşirelerin klinik yönetim iklimi ile iş doyumu ilişkisinin incelendiği araştırmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışıldı.

- Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin bulguların tartışılması,
- Hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma durumu özelliklerine göre klinik yönetim ikliminin tartışılması,
- Hemşirelerin Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinden aldıkları puanlar ile İş Doyumu Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulguların tartışılması.

7.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelik ve yönetim bilimlerine ait literatürde farklı tutum ve davranışları ölçen ölçekler yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden bir bölümü Türk araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olmakla birlikte genel eğilim farklı kültürlerde geliştirilmiş ölçeklerin uyarlanarak kullanılması yönündedir. Uluslar arası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği süreyi kısaltır, alanında kurumsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı zamanı arttırır ve araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlar.

Farklı kültürlerde geliştirilen ölçekleri uyarlamanın yaratacağı psikolinguistik problemler uzmanlar tarafından eleştirilmekle birlikte, deneysel ve istatistik tekniklerle bu tür problemleri en aza indirgenen ölçeklerin, birçok global kavramı ölçebileceği ve uluslararası/kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma olanağı sağlayacağı da vurgulanmaktadır (Aksayan ve Gözüm 2002).

7.1.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Geçerliliği

Geçerlilik kullanılan bir ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliğe uygun olması ve aynı zamanda verilerin amaca yönelik olarak yararlı olmasıdır. Bu nedenle kısaca “test puanlarının sonuç çıkarmak için uygun, anlamlı ve yararlı olması” biçiminde tanımlanmıştır. Verilerin ölçüm amacı hakkında doğru bilgi verme derecesini yararlılığını ve kullanışlılığını ifade eder. Davranışsal özellikler, özellikle bilişsel ve duyuşsal özelliği baskın olan özellikler ölçülürken, kullanılan ölçme araçlarının ölçmek istenen özelliği ölçme dereceleri araştırılmalıdır. Böylece bu ölçme araçları ile ne kadar hata payıyla ve hangi tür kararların verilebileceği değerlendirilebilmektedir. Ölçeğin doğru bilgi verme derecesi düşükse söz konusu bilgiler kullanılamaz (Şencan 2005, Tavşancıl 2006).

En genel anlamıyla geçerlilik (Validity), bir ölçme aracının, ölçmeyi hedeflediği özelliği ölçme derecesidir (Hovardaoğlu 2007). Bir başka deyişle geçerlilik, kuramsal bilgilerin ve gözlenebilir kanıtların geliştirilen test veya ölçek puanlarını doğrulamasıdır. Geçerlilik süreci ise yapılan test/ölçek yorumlarının geçerli ve güçlü bir bilimsel temele sahip olduğu konusunda kanıtlar toplamaktır (Şencan 2005).

7.1.1.1. Dil Geçerliliği

Belirli bir kültürde ve dilde geliştirilen bir ölçek o kültüre özgü kavramlaştırma ve örnekleme özellikleri taşır. Aynı ölçeğin diğer kültür ve dillerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmaları ölçek uyarlaması olarak adlandırılır. Uyarlama çalışmasının ilk aşamasında dil eşdeğerliği değerlendirilerek kullanılması amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması sağlanır (Aksayan ve Gözüm 2002, Ebrinç 2000).

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturur.

Çevirinin başarısı büyük ölçüde çevirmenlerin bilgi ve deneyimlerine bağlıdır. Çevirmenler her iki dili akıcı bir şekilde kullanabildiği gibi, her iki kültürü de yakından tanımalıdır. Çevirmenlerin aynı kültürde aynı zamanda her iki dili öğrenenlerden değil, her iki dili farklı zamanlarda ve farklı kültürlerde öğrenenlerden seçilmesi önerilmektedir (Aksayan ve Gözüm 2002).

Çevrilen ölçeğin psikolinguistik özelliklerini değerlendirmede en güvenilir yaklaşım; ölçeği test edildiği alanda, her iki dili bilenlere uygulayarak karşılaştırmaların yapıldığı bir yöntem olan, dilde eşdeğerlik sınaması amaçlı deneysel yöntemidir. Bu şekilde bazı bireyler ölçeği ilk defa Türkçe olarak, bazıları İngilizce olarak yanıtlarlar. İkinci kez de ölçeğin diğer dildeki formu uygulanır. İki uygulama arasında bırakılacak zaman, test-tekrar test uygulamasında olduğu gibidir. Elde edilen veriler formlar arası ve deneysel gruplar arası karşılaştırmalarla ve test-tekrar test korelasyonları ile değerlendirilir (Aksayan ve Gözüm 2002).

Uyarlanacak ölçeğin dil eşdeğerliliğini sınamaya yönelik yapılan bu deneysel düzende beklenti, karşılaştırmaların hiçbirinde anlamlı farkın çıkmaması yönündedir. Beklentilerin desteklenmesi ve Türkçe-İngilizce maddelerin oluşturduğu formlar arası korelasyonların yüksek olması, ölçeklerin dil yönünden eşdeğerlik gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Eğer çeviri iyi yapılmış maddeler açık ve anlaşılır ise bunlar örneklemdaki kişiler için anlamlı ifadeler oluşturur. Bu durumda orijinal ve çeviri maddelere verilen yanıtlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklar çıkmaz (Aksayan ve Gözüm 2002).

Çalışmada KYİÖ'nin Türkçe ve İngilizce formlarının uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde ölçeğin geneli ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü (Tablo 5). Sonuç olarak ölçeğin dil adaptasyonunun uygun olduğu kanısına varıldı.

7.1.1.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam ya da içerik geçerliliği, örneklem olarak belirlenen test veya ölçek maddelerinin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütleyi temsil etme derecesidir. Kapsam geçerliliği ölçek maddelerine ilişkin uzman görüşlerinin alınması ve bu görüşlerin çeşitli yöntemlerle değerlendirilmesi ile yapılmaktadır.

Kapsam geçerliliğinde ölçüm aracının ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediği, ölçeği geliştiren bireylerin kendilerine değil, uzman kararına bırakılmıştır. Uzman olarak tanımlanan birey, ölçme aracı hazırlama tekniğini, yöntemlerini ve hazırlanan konuyu iyi bilenlerdir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006). Kapsam geçerliliği aşamasında görüşüne başvurulacak uzman sayısı hakkında kesin bir tanımlama yapılmamış olmakla birlikte Şencan (2005) bu sayının 5 ile 20 arasında değişebileceğini belirtmiştir.

Lawshe tekniği kapsam geçerliliğinde sık kullanılan yöntemlerden biridir. Lawshe tekniğinde Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) kullanılmaktadır. KGO uzmanların her bir ifadeyi nasıl değerlendirdikleri dikkate alınarak hesaplanır. KGO -1 ile +1 arasında değişmektedir. İlk etapta negatif ve sıfır çıkan değerler ölçekten çıkarılmaktadır. Pozitif değerler hakkında karar vermek için Lawshe $p=.05$ güven aralığında minimum KGO oranlarını belirlemiştir. Uzman sayısına göre bu oranların altında kalan maddeler ölçekten çıkarılmaktadır (Şencan 2005, Tavşancıl 2006).

Çalışmada, 10 uzmana (Ek 6) gönderilen ölçekteki her bir maddenin Lawshe tekniğine göre KGO oranları hesaplandı. 0.62 minimum değerın altında kalan madde olmadı. Ölçeğin klinik yönetim iklimini ölçebilecek nitelikte bir araç olduğu belirlendi.

7.1.2. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Güvenilirliği

Ölçme amaçlı veri toplama araçları için vazgeçilmez bir nitelik olan güvenilirlik, ölçme aracının verileri doğru topladığını, tekrarlanabilir olduğunu, duyarlı, tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebildiğini ve aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılığı gösterir. Ölçmede aynı ölçütlerin kullanılması ile değişkenden sürekli aynı sonuçların alınabileceğini ve de ölçmenin rastlantısal yanılgılardan arınmış olduğunu gösterir. Bir ölçeğin güvenilirlik düzeyi birden çok teknikle incelenebilir. Uygun tekniğin seçilmesinde ölçekteki madde puanlarının doğası, ölçek hakkındaki önermeler, araştırma koşul ve amaçları dikkate alınır (Ergin 1995, Tezbaşaran 1996, Erefe 2002).

Güvenilirlik ile ilgili iki önemli yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilkinde, aynı ölçme aracı, aynı özelliği ölçmek için defalarca kullanıldığında, ne denli istikrarlı ya da tutarlı sonuçların elde edildiği ön planda tutulmaktadır. Diğer yaklaşım ise ölçümlerdeki hata miktarına yoğunlaşmaktadır. Buna göre ölçümlerdeki hata azaldıkça güvenilirlik artmaktadır (Hovardaoğlu 2007). Güvenilirlik analizlerinde İç tutarlılık (Yarıya Bölme Yöntemi, Madde istatistikleri, Cronbach alfa, Spearman Brown), Test-tekrar test tekniği, Paralel (Eşdeğer) formlar ve Gözlemciler arası uyum yöntemi kullanılmaktadır (Tezbaşaran 1996, Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2002, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008).

Çalışmamızda, ölçeğin güvenilirlik incelemesinde Cronbach alpha (İç Tutarlılık Analizi), Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam- item total correlation, madde kalan-corrected item total correlation) ve madde ayırt edicilik indeksleri ve test tekrar test tekniği kullanıldı.

Ölçüm araçlarının iç tutarlılığı aracın belli bir amaçla, bağımsız birimlerden oluştuğu ve bunların, bütün içinde bilinen ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır. İç tutarlılığa bu nedenle aracın benzeşikliği (homojenlik) de denir.

İç tutarlılık analizlerinde genellikle Cronbach Alpha katsayısı ve yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenilirlik incelemelerinde Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayıları kullanılır (Tezbaşaran 1996, Erefe 2004, Gözüm ve Aksayan 2002, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Çalışmamızda KYİÖ'nin geneli, birinci, ikinci, dördüncü, ve beşinci alt boyutları için hesaplanan Gutman güvenilirlik katsayısının .70-.90 arasında, Spearman Brown güvenilirlik katsayısının .71-.84 arasında değiştiği saptandı (Tablo9, Tablo12). KYİÖ'nin üçüncü alt boyutu için hesaplanan Gutman güvenilirlik katsayısı .64, Spearman Brown güvenilirlik katsayısı .69, altıncı alt boyutu için hesaplanan Gutman güvenilirlik katsayısı .59, Spearman Brown güvenilirlik katsayısı ise .51 olarak bulundu (Tablo12). Bu bulguya göre ölçek geneli ile birinci, ikinci, dördüncü ve beşinci alt boyutların güvenilirlik katsayılarının .70'in üzerinde bulunması ölçeğin bütünü ile birinci, ikinci, dördüncü ve beşinci alt boyutlarının oldukça güvenilir olduğunu,

üçüncü ve altıncı alt boyutlarının güvenilirlik katsayılarının ise .60'ın altında bulunması düşük güvenilirlikte olduğunu göstermektedir (Özdamar 2004).

Cronbach alpha katsayısı, likert tipi ölçeklerin güvenilirliğinin belirlenmesinde hem ölçek geneli hem de tüm alt boyutlarda kullanılmaktadır (Tezbaşaran 1996). Cronbach alpha ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle tutarlı olup olmadığını ve aynı özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendirir.

Başka bir deyişle Cronbach alpha ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin ölçüsüdür (Gözüm ve Aksayan 2002, Şencan 2005, Tavşancıl 2006). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır (Erbil ve Bakır 2009). Cronbach alpha katsayısının psikolojik testler için .70 ve üzerinde olması yeterli görülmektedir (Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Özdamar'a (2004) göre ise ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı; $.60 \leq \alpha < .80$ aralığında ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu, $.40 \leq \alpha < .60$ aralığında ise ölçeğin düşük güvenilirliğe sahip olduğu ifade edilir. Çalışmamızda KYİÖ'nin geneli ile birinci, ikinci, dördüncü ve beşinci alt boyutlarının Cronbach alpha katsayıları .70 ile .89 arasında değişmektedir. Ölçeğin üçüncü alt boyutunun Cronbach alpha katsayısı .68, altıncı alt boyutunun Cronbach alpha katsayısı ise .54'tür (Tablo9, Tablo12). Bu sonuçlara göre ölçekteki üçüncü ve altıncı alt boyutun güvenilirliğinin düşük olması ile birlikte bütün maddeler aynı özelliği ölçmektedir ve KYİÖ'nin ölçtüğü özellik homojendir. Bu doğrultuda, tüm güvenilirlik değerleri literatürde benimsenen değerleri karşıladığı için KYİÖ'nin güvenilirliğinin araştırmalarda kullanılabilmesi için yeterli olduğu söylenebilir.

Gerek geliştirilen, gerekse uyarlanan bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere başvurulacak bir diğer yöntem ise, madde analizleridir. Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağının saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır. Madde analizi yönteminde, her bir test maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişkiye bakılır. Bu ilişki Pearson momentler çarpımı

korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile hesaplanır. Ölçekteki maddeler, eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması gerekir (Aker, Dünder ve Pesken 2005, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Literatürde genel olarak madde toplam korelasyonu .30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, .20 ile .30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda teste alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği, .20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması gerektiği söylenmektedir (Büyüköztürk 2008). Ayrıca hem madde-toplam hem de madde-kalan'da sonuçların istatistiksel açıdan minimum $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı olması beklenmektedir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008).

Madde ayırt edicilik ise; ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubun en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst-grup, alt-grup) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır. Testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt grup (% 27'lik alt kısım) ile üst grubun (% 27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılır. İki grup arasında anlamlı fark olması gerekmektedir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin genelinde yer alan maddeler için madde-toplam korelasyonlarının -.05 ile .57 arasında değiştiği; madde-kalan korelasyon katsayılarının ise -.05 ile .61 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 10). KYİÖ'nde yer alan "12.- 33. ve 50. maddeler" hariç tüm maddeler ile toplam puan arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p < .05$ düzeyinde anlamlı bulundu. "12.-33. ve 50. maddelerin" ölçekte yer alıp almamasına karar vermek için bu maddelerin içinde bulunduğu alt boyutlardaki madde kalan ve toplam değerlerine bakıldı. Maddelerin ayırt ediciliklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t-testi sonucunda "12.-33. ve 50. maddeler" hariç tüm maddeler için alt ve üst grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak $p < .05$ düzeyinde anlamlı bulundu. "12.-33. ve 50. maddelerin" ölçekte yer alıp almamasına karar vermek için bu maddelerin içinde bulunduğu alt boyutlardaki ayırt edicilik değerlerine bakıldı.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin birinci alt boyutu olan "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı"nda yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .14 ile .68 arasında, madde kalan korelasyon katsayılarının .14 ile .71 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin ise -1.056 ile -10.188 arasında değiştiği belirlendi. Bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p < .05$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi. Bu boyutta yer alan "33. madde ve 50. madde" gerek madde kalan, gerek madde toplam ve ayırt edicilik açısından güvenilir sonuç verdiği için bu maddelerin ölçekte kalmasına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin ikinci alt boyutu olan "Önleyici risk yönetimi"nde yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .25 ile .70 arasında, madde kalan korelasyon katsayılarının .31 ile .77 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin -5.02 ile -14.48 arasında değiştiği belirlendi. Bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Önleyici risk yönetimi alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p < .001$ düzeyinde anlamlı sonuç verdiği için, tüm maddelerin KYİÖ'nin ikinci boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin üçüncü alt boyutu olan "Suç ve ceza ortamı"nda yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .18 ile .52 arasında, madde kalan korelasyon katsayılarının .28 ile .68 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin -2.91 ile -11.71 arasında değiştiği belirlendi. Bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Suç ve ceza ortamı" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p < .05$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi. Bu boyutta yer alan "12. madde" gerek madde kalan, gerek madde toplam ve ayırt edicilik açısından güvenilir sonuç verdiği için tüm maddelerin KYİÖ'nin üçüncü boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin dördüncü alt boyutu olan "Meslektaşlar ile birlikte çalışma"da yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .46 ile .65 arasında, madde kalan korelasyon katsayılarının .49 ile .70 arasında, madde ayırt

edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin de -6.13 ile -15.33 arasında değiştiği belirlendi. Buna göre, bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.001$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi. Tüm maddelerin KYİÖ'nin dördüncü boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin beşinci alt boyutu olan "Eğitim ve geliştirme fırsatları"nda yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .34 ile .71 arasında, madde kalan korelasyon katsayılarının .42 ile .77 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin -4.25 ile -14.94 arasında değiştiği belirlendi. Bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.001$ düzeyinde anlamlı sonuç verdiğinden tüm maddelerin KYİÖ'nün beşinci boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin altıncı alt boyutu olan "Örgütsel öğrenme"de yer alan maddeler için madde toplam korelasyonlarının .23 ile .66 arasında, madde kalan korelasyon katsayılarının .35 ile .76 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin ise -5.17 ile -11.79 arasında değiştiği belirlendi. Bu boyutta yer alan tüm maddeler ile "Örgütsel öğrenme" alt boyutu toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<.05$ düzeyinde anlamlı sonuç verdi, tüm maddelerin KYİÖ'nün altıncı boyutunda kalmalarına karar verildi (Tablo 11).

Bu sonuçlar maddelerin ölçtükleri özellik açısından ayırt edici olduğunu ve ölçeği oluşturan maddelerin güvenilirliklerinin yüksek ve aynı amacı ölçmeye yönelik olduklarını ispatlamaktadır.

Test-tekrar test güvenilirliği, bir testin aynı gruba belli aralıklarla iki kez uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki korelasyon ile açıklanır. İki puan seti arasındaki ilişkinin derecesi, varsayımları karşılandığı durumda Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanır.

Bir ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu (kararlılık gösterdiğini) saptamak üzere hazırlanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması, en az .70 olması

gerekmektedir (Tavşancıl 2006). Çalışmada KYİÖ 3 hafta arayla 40 hemşireye uygulanarak korelasyon katsayısı hesaplandı ve KYİÖ'nin test tekrar test korelasyon katsayısı .94 olarak bulundu ($p<.001$) (Tablo 6). Bu sonuç; ölçeğin zaman karşısında etkilenmediğini, zaman geçse bile hep aynı durumu ölçtüğünü göstermektedir.

Sonuç olarak geçerlilik analizlerinden, dil geçerliliği ve kapsam geçerliliği; güvenilirlik analizlerinden ise iç tutarlılık analizleri, madde analizleri, test-tekrar test yöntemleri kullanılarak KYİÖ değerlendirildi. Elde edilen bulgular doğrultusunda Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Türk toplumuna uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğuna karar verildi. Bu bulgu "*Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin (KYİÖ) türçe versiyonu, hastanelerde klinik yönetim iklimini ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?*" sorusuna yanıt verdi.

7.2. Sosyo-Demografik ve Çalışma Durumu Özelliklerine Göre Klinik Yönetişim İklimi

Bu bölümde hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma durumu özelliklerinin klinik yönetim iklimine etkilerine ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Algılamalar, bireyin tutum ve davranışlarını belirlemektedir. Bireylerin çalıştıkları ortamı nasıl ve ne şekilde algıladıkları önemlidir. Çalışma ortamı ve koşullarına ilişkin olumlu algılamalar, birey davranışlarını olumlu yönde etkilerken, tersi durumda olumsuz tutum ve davranışlar gözlemlenebilmektedir.

Literatürde, hemşirelerde klinik yönetim iklimi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğundan araştırma sonuçları yakın çalışma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 60, en yüksek puan ise 300'dür. Ölçekten alınan puan azaldıkça kurumdaki iklim klinik yönetimi destekleyici yöndedir. Hemşirelerin KYİÖ'nden aldıkları puan 180.01'dir. Araştırmaya katılan 248 hemşirenin %10.48'inin KYİÖ'nden ortalamanın altında, %13.7'sinin ortalamanın üstünde ve %75.8'inin ortalama puan alması belirlendi (Tablo16). Hemşirelerin yarısından fazlasının ortalama puan alması kurumda klinik yönetimi orta düzeyde destekleyen bir iklim olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmadan farklı olarak, Karassavidou ve arkadaşları (2011) Makedonya'daki üç hastanede 214 çalışanın katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, klinik yönetimi destekleyici iklimin negatif yönde olduğunu bulmuşlardır. Benzer olarak, Garcia ve arkadaşları (Garcia, Ramos, Serrano, Cobos and Souza 2011) İspanyadaki bir kamu ve bir özel hastanede yapmış oldukları çalışmalarında hemşirelerin örgüt iklimine bakışlarını değerlendirmişler ve her iki kurumda çalışan hemşirelerin örgüt iklimini negatif yönde değerlendirdiklerini bulmuşlardır. Bunun da ağır iş koşullarından ve personel eksikliğinden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir.

Hinno ve arkadaşlarının (2011) Hollandalı hemşirelerin iş çevresi özellikleri ile bakımın kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak ve hemşirelerin kariyer planlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin genelinin çalışma ortamını olumlu olarak değerlendirdikleri ve %68'inin destekleyici bir yönetime sahip olduklarını belirttikleri görülmektedir.

Yazıcı (2006) bir kamu hastanesinde çalışanların örgüt kültürü algılarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, çalışanların örgüt kültürü algılamalarının ortalamaya yakın değerde olduğunu saptamıştır. Bu iki çalışma, bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Klinik yönetim iklimi ölçeği genel puanı hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği tercih, mesleki deneyim yılı, kurum deneyim yılı ve çalışılan servise göre farklılık göstermezken, hemşirelerin çalıştıkları pozisyon, çalışma şekli, çalıştığı servisi tercih etme durumu ve sorumlu olunan hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi (Tablo 17, Tablo 18). Bu bulgular *"Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile klinik yönetim ikliminin ilişkisi var mıdır?"* sorusuna yanıt verdi.

Yönetici olarak çalışan hemşirelerin yatak başı çalışan hemşirelere göre KYİÖ'nden daha düşük puan almaları, kurumlarında klinik yönetimin daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir. Destekleyici ortamın yaratılmasında yöneticilerin önemli rol oynadıkları düşünülecek olursa, yöneticilerin iklimi daha destekleyici bulmaları beklenen bir sonuçtur.

Freeman (2003)'ın çalışmasında da, yönetici pozisyonunda çalışanlar, diğer çalışanlara göre kurumlarında klinik yönetimi destekleyici iklim olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Gormley (2011)'in hemşirelerin çalışma ortamı ve bakımın kalitesine bakışlarını değerlendirdikleri çalışmada, yönetici olarak çalışan hemşireler çalışma ortamını diğer hemşirelere göre daha olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Şen de (2007) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve yönetici hemşirelerin örgüt iklimi algılarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada katılımcıların örgüt iklimi algılarının orta düzeyde olduğunu ve yönetici hemşirelerin

örgüt iklimi algılarının hemşirelerden yüksek olduğunu bulmuştur. Bu çalışma sonuçları bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Hemşireler KYİÖ'nin "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutundan 74.56 puan aldılar. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 13.3'ü bu boyuttan ortalamanın altında puan alırken, %7.27'si ortalamanın üstünde, %79.43'ü ise ortalamaya eşit puan aldılar (Tablo 16). Hemşireler "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı"nı orta düzeyde destekleyen bir iklimin olduğunu düşünmektedirler. Hinno ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında hemşirelerin %95'i çalıştıkları üniteye işlerin yapılması ile ilgili standart ve politikalar olduğunu belirtmelerine rağmen sadece %62'si çalışmaları ile ilgili aktif kalite kontrol sistemleri olduğunu belirtmişlerdir.

"Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutu puanları hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği tercih, mesleki deneyim yılı, kurum deneyim yılı ve çalışılan servise göre farklılık göstermedi (Tablo 17, Tablo 18). Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Sezgin (2007) hemşirelerin çalışma ortamıyla ilgili yaptığı çalışmasında lisansüstü eğitimden mezun olan hemşirelerin kalite yönetimi boyutundan sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans mezunu olan hemşirelere göre daha yüksek puan aldıklarını belirlemiştir.

Çalışmada "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutunun puan ortalaması hemşirelerin çalıştıkları pozisyon, çalışma şekli, çalıştığı servisi tercih etme durumları ve bir vardiyada sorumlu olunan hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi (Tablo 18). Buna göre, "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" boyutunun puan ortalamaları yatak başı çalışan hemşirelerde, yönetici olarak çalışan hemşirelere; sürekli gündüz çalışan hemşirelerde, vardiya değişimli çalışan hemşirelere; çalıştıkları servisi isteyerek seçen hemşirelerde, atama ile gelen hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Yönetici olarak çalışan hemşirelerin kalite yönetim sürecine ilişkin daha bilinçli olması ve farkındalıklarının da gelişmiş olması nedeniyle, bu boyutu yatak başı çalışan hemşirelere göre daha destekleyici olarak değerlendirmeleri beklenen bir durumdur.

Özgener ve Küçük'ün (2008) hastanelerde modern yönetim felsefesinin verimliliğe etkisini değerlendirdikleri çalışmada, hemşirelerin TKY felsefesi konusunda sadece prosedürlerin uygulanması niteliğinde bir bilgiye sahip oldukları bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, yatak başı çalışan hemşirelerin bu boyuttan yüksek puan almalarının nedeni kalite uygulamaları ile ilgili prosedürlerin iş yoğunluğunu arttırdığını düşünüyor olmalarından kaynaklanabilir.

Çalıştıkları vardiyada hasta sorumluluğu almayan yönetici hemşirelerin “Planlı ve entegre kalite geliştirme programı” alt boyutunun puan ortalamasının, çalıştıkları vardiyada 1-10 hasta ve 11-20 hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi. Bakım verilen hasta sayısı arttıkça hemşirelerin iş yoğunluğu da artmaktadır. Bu nedenle hasta sayısı arttıkça hemşirelerin bu boyutta iklimi daha olumsuz olarak değerlendirdikleri söylenebilir.

Risk yönetimi üst yönetimden başlayan ve kurumdaki tüm birimleri içine alan bir takım yaklaşımını gerektirmektedir. Sağlık bakım kurumlarının sorumluluğu kalite güvenliği ve risk yönetimi programları geliştirmektir (İnce 2008). Hemşireler KYİÖ'nin "Önleyici risk yönetimi" alt boyutundan 25.89 puan aldılar (Tablo 15). Araştırmaya katılan hemşirelerin %4.83'ü bu boyuttan ortalamanın altında puan alırken, %15.34'ü ortalamanın üstünde, %79.83'ü ise ortalamaya eşit puan aldılar (Tablo 16). Hemşireler “Önleyici risk yönetimi”ni orta düzeyde destekleyen bir iklimin olduğunu düşünmektedirler. Taşcıoğlu (2007)'nin çalışmasında hemşirelerin yarısına yakınının çalıştıkları servislerdeki risk algılarının yüksek olduğu bulunmuştur.

“Önleyici risk yönetimi” boyutu puan ortalaması ile hemşirelerin yaş grupları ve kurum deneyim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (Tablo 17, Tablo 18). Buna göre 36-40 yaş grubunda olan hemşirelerin bu boyuttan aldıkları puan ortalaması 20-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubundaki hemşirelerden anlamlı olarak daha düşük bulundu. 1-5 yıllık kurum deneyimine sahip olan hemşirelerin “Önleyici risk yönetimi” boyutundan aldıkları puan ortalaması ise 6-10 yıl ve 16 ve üzeri kurum deneyimine sahip olan hemşirelerden daha yüksek bulundu. (Tablo 18).

Mesleki deneyim yılı arttıkça çalışanlar riskleri yönetmeyi öğrenirler. 36-40 yaş grubundaki hemşireler çalıştıkları kurumun “Önleyici risk yönetimi” konusunda daha destekleyici bir iklime sahip olduğunu düşünmektedirler. Yaş arttıkça mesleki deneyim de artacağından bu boyutun daha destekleyici olarak algılanması beklenen bir sonuçtur.

“Önleyici risk yönetimi” boyutu puan ortalamaları ile hemşirelerin medeni durumları ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken, hemşirelerin mesleği tercih etme durumu, çalışılan servis ve bir vardiyada sorumlu olunan hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 17, Tablo 18).

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin bu boyuttan aldıkları puan ortalaması, istemeden tercih eden hemşirelere göre daha düşüktür. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bu boyuttan aldıkları puan ortalaması dahili birimlerde çalışanlardan daha yüksek iken, polikliniklerde çalışan hemşirelerin puan ortalaması cerrahi birimlerde çalışanlardan daha düşük bulundu. Cerrahi üniteleri genel olarak hasta sirkülasyonunun hızlı olduğu bölümlerdir. Cerrahi hastaların takip ve bakımı sık ve gözleme dayalı komplikasyon gelişme olasılıklarının daha yüksek olduğu birimlerdir. Bu nedenle cerrahi birimlerde çalışan hemşireler olası komplikasyonlar ve hata yapma korkusu nedeniyle bu boyuttan daha yüksek puan almış olabilirler.

Çalıştıkları vardiyada hasta sorumluluğu almayan yönetici hemşirelerin “önleyici risk yönetimi” boyutu puan ortalaması 1-10 hastadan sorumlu olan hemşirelerden anlamlı olarak daha düşük iken, 11-20 hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerde, 21-30 hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olarak görüldü. Hasta yükünün fazla, personel sayısının yetersiz olması hemşirelerde mesleki şikâyetlerin artmasına neden olmaktadır. Bakılan hasta sayısı arttıkça olası riskler de artmaktadır. Taşçıoğlu (2007), çalışmasında bakılan hasta sayısının fazla olmasının mesleki şikâyetleri arttırdığını belirtmektedir. Çalışma bulgularımız bu sonucu desteklemektedir.

Hemşirelerin KYİÖ'nin "Suç ve ceza ortamı" alt boyutundan 23.28 puan aldığı bulundu. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 4.03'ü bu boyuttan ortalamanın altında puan alırken, %16.54'ü ortalamanın üstünde, %79.43'ü ise ortalamaya eşit puan aldılar (Tablo 16).

“Suç ve ceza ortamı” boyutunun puan ortalamaları hemşirelerin yaş grupları ve eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken, medeni durumlarına göre fark bulunamadı (Tablo 17, Tablo 18). Hemşirelerin bu boyuttan aldıkları puan ortalamaları 20-25 yaş grubundaki hemşirelerde 36-40 yaş ve 41 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin puanlarından ve sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerde ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitimden mezun olan hemşirelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Ödül – teşvik beklentileri eğitim düzeyinin artması ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Yazıcı (2006) çalışmasında ödüllendirmenin az olduğunu düşünen grubun eğitim durumu yüksek olanlar olduğunu eğitim durumu yüksek olan grupların somut ödüllendirilme beklentisi içinde olduğunu belirtmektedir. Efe ve Ayaz (2010) mobbinge maruz kalma durumlarının genç hemşirelerde daha yüksek olduğunu belirtirken, Yıldırım ve Yıldırım (2007) mobbinge maruz kalmada yaş faktörünün önemli olmadığını bildirmektedir. Dilman (2007) çalışmasında mobbinge maruz kalan hemşirelerin yaş ortalamasının 27.94 ± 5.22 olduğunu bulmuş ancak mobbinge maruz kalma durumlarıyla yaş grupları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadığını ancak sağlık meslek lisesinden mezun olan hemşirelerin duygusal tacize maruz kalma oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda 20-25 yaş grubundaki hemşirelerin ve sağlık meslek lisesinden mezun olan hemşirelerin “Suç ve ceza ortamı” boyutundan yüksek puan almış olması, bu gruptaki hemşirelerin mobbinge maruz kalmış olabileceğini düşündürmektedir. Genç yaş ve düşük eğitim seviyesinin. “Suç ve ceza ortamı” boyutunu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada “Suç ve ceza ortamı” boyutunun puan ortalamalarının hemşirelerin çalıştıkları pozisyon, mesleki deneyim yılı, kurumdaki deneyim yılı, çalışılan servis ve bir vardiyada sorumlu oluna hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği gözlemlendi (Tablo 18).

Buna göre yatak başı çalışan hemşirelerin bu boyuttan aldıkları puan ortalaması, yönetici olarak çalışan hemşirelerin puan ortalamasından, 1-5 yıllık mesleki ve kurum deneyimine sahip olan hemşirelerin puan ortalaması, 16 yıl ve üzeri mesleki ve kurum deneyimine sahip olan hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek bulundu. Yönetici olarak çalışan hemşireler klinik olaylarda daha çok değerlendirici ve karar verici pozisyonda olduklarından bu boyutu daha düşük puanlamaları doğaldır. 1-5 yıllık mesleki deneyimi olan hemşireler ise kurum işleyişini ve bazı uygulamaları yeni öğrenmeye başlamaktadırlar ve doğal olarak endişe içinde çalışmaktadırlar. Mesleki deneyim yılı arttıkça hem kurumu tanıyacaklar, hem de birçok uygulamayı tekrar tekrar yapmış olacaklarından hata yapma olasılıkları da azalacaktır.

Polikliniklerde çalışan hemşirelerde “Suç ve ceza ortamı” boyutunun puan ortalaması cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamasından düşük iken, yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bu boyuta ait puan ortalamaları polikliniklerde çalışanlara göre yüksektir. Yoğun bakımlar ve cerrahi birimler polikliniklere göre daha kompleks çalışma alanları olduğundan hata yapma olasılıkları daha yüksek olabilir. Yoğun bakım ve cerrahi birimlerde çalışan hemşireler hata yapma korkusu nedeniyle bu boyuttan yüksek puan almış olabilirler.

Hasta sorumluluğu almayan yönetici hemşirelerin “Suç ve ceza ortamı” boyutundan aldıkları puan ortalaması, çalıştıkları vardiyada 1-10 hastanın sorumluluğunu alan hemşirelerin puan ortalamasından daha düşüktür. Sağlıksız hasta/hemşire oranları hata ve istenmeyen olaylara yol açabileceğinden, fazla sayıda hasta bakan hemşireler hata yapma endişesi yaşamaktadırlar ve bu nedenle, bu boyuttan yüksek puan almış olabilirler.

ICN olumlu çalışma ortamı yaratılmasına ilişkin 2007 temasında kurumsal politikalar, eğitim, takım çalışması ile birlikte iş arkadaşlığının önemine dikkat çekmektedir. Mesleki ilişkilerin pozitif ve güvenli çalışma ortamının oluşturulmasında önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir (<http://www.icn.ch/indkit2007.pdf> Erişim tarihi:15.10.2011).

Çalışmamızda hemşirelerin KYİÖ'nin "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutundan 14.80 puan aldıkları görüldü. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 2.82'si bu boyuttan ortalamanın altında puan alırken, %14.12'si ortalamanın üstünde, %83.06'sı ise ortalamaya eşit puan aldılar (Tablo 16).

Doğan ve Üngüren (2009) bir hastanedeki farklı meslek gruplarında çalışanların örgüt iklimi algılamaları ile ilgili yapmış oldukları araştırmada, özellikle tekniker grubundaki çalışanların diğer meslek gruplarına oranla yönetici ve meslektaşlarından aldıkları destek konusunda daha yüksek düzeyde tatmin duyduklarını, ancak hemşirelerin yönetici ve meslektaşlarından alınan destek konusunda en memnuniyetsiz meslek grubunu oluşturduklarını bulmuşlardır.

“Meslektaşlar ile birlikte çalışma” boyutunun puan ortalamaları ile hemşirelerin yaş, medeni durum ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo 17). Kurumlarda kişilerin birbirlerini tanımaları ve anlamaları ilerleyen zaman içinde daha çok gelişmekte, bu durumda mesleki ilişkileri olumlu yönde etkilemektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sezgin'in (2007) çalışmasında çalışma ortamı ölçeği'nin mesleki ilişkiler boyutunun puan ortalaması 40-49 yaş grubundaki hemşirelerde 20-29, 30-39 ve 50 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelere göre ve lisansüstü eğitimden mezun olanlarda sağlık meslek lisesi ve ön lisanstan mezun olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada “Meslektaşlar ile birlikte çalışma” boyutundan alınan puan ortalamaları ile hemşirelerin çalıştıkları pozisyon, çalışılan servisi tercih etme durumu ve çalışılan servis arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi (Tablo 18). “Meslektaşlar ile birlikte çalışma” boyutundan yatak başı çalışan hemşireler yönetici olarak çalışan hemşirelere; çalıştığı servisi isteyerek

seçen hemşireler atama ile gelen hemşirelere; yoğun bakımda çalışan hemşireler diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek puan aldılar. Yönetici olarak çalışan hemşirelerin bu boyuttan düşük puan almaları konumları gereği çalışma arkadaşlarını daha iyi tanımaları, yetenekleri ve yapabilecekleri konusunda daha çok bilgi sahibi olmaları ve herkese eşit mesafede durmalarından kaynaklanabilir. Çalıştığı servisi isteyerek seçen hemşireler genelde yüksek beklentiler ile servise gelirler ancak bu beklentileri karşılanmadığında hayal kırıklığı yaşayabilirler. Bu nedenle bu boyuttan yüksek puan almış olabilirler. Yoğun bakımda çalışan hemşireler ise, işlerin çok yoğun olması nedeniyle meslektaşlarına yeterince zaman ayıramıyor, destek ve ilgi gösteremiyor olabilir. Bu nedenle, bu alt boyuttan yüksek puan almış olabilirler.

Hemşireler KYİÖ'nin "Eğitim ve geliştirme fırsatları" alt boyutundan 30.56 puan almışlardır. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 18.95'i bu boyuttan ortalamanın altında puan alırken, %13.31'i ortalamanın üstünde, %67.74'ü ise ortalamaya eşit puan aldılar (Tablo 16). Hemşirelerin yarısından çoğu kurumlarının eğitim ve geliştirme fırsatları bakımından destekleyici bir iklime sahip olduğunu düşünmektedir. Çalışmanın yapıldığı kurumun bir üniversite hastanesi olması, misyonu gereği çalışanlarının eğitim ve gelişmelerini desteklemesini gerektirmektedir. Hinno ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun (%81) eğitimlerinin desteklendiğini belirtmeleri bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

“Eğitim ve geliştirme fırsatları” boyutunun puan ortalamaları ile hemşirelerin yaş, medeni durum ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo 17). İş ve çalışılan ortam ile ilgili beklentiler eğitim durumunun yükselmesi ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Ancak çalışmada eğitim durumlarına göre “Eğitim ve geliştirme fırsatları” boyutundan alınan puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır.

Bizim bulgularımızdan farklı olarak, Yazıcı'nın (2006) bir kamu hastanesinde çalışanların örgütsel kültür algılarını değerlendirdiği çalışmada, örgüt kültürü ölçeği destek boyutunun katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği,

ilköğretim mezunlarının verdikleri yanıtların puan ortalamalarında diğerlerine göre ileri derecede anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Bu durum beklentilerin büyük ya da küçük olmasından kaynaklanabilir. Daha yüksek eğitime sahip olanlar, bireysel gelişimlerinde kurumdan daha fazla destek beklemektedir. Örneğin eğitim ve araştırma kurumunda çalıştıkları için çeşitli kongre, seminer vb. toplantılarda bulunma hakları olduğunu düşünerek yönetimin desteğini talep edebilirler. Sınırlı kaynaklardan dolayı bunu elde edemeyebilirler. Bu nedenlerle desteklenmediklerini belirtebilirler.

“Eğitim ve geliştirme fırsatları” boyutu puan ortalaması ile hemşirelerin çalıştıkları servisi tercih etme durumu, mesleki ve kurum deneyim yılı ve bir vardiyada sorumlu olunan hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 18). Çalıştıkları servisi isteyerek seçen hemşirelerin bu boyuttaki puan ortalamasının atama ile gelenlerin puan ortalamasından yüksek olduğu belirlendi. 6-10 yıllık mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin "Eğitim ve geliştirme fırsatları" boyutu puan ortalamaları 11-15 yıllık deneyime sahip olan hemşirelerin puan ortalamasından, 1-5 yıllık kurum deneyimine sahip olan hemşirelerin puan ortalaması 6-10 ve 11-15 yıllık kurum deneyimine sahip olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşük bulundu. Çalıştığı servisi isteyerek seçen hemşirelerin beklentileri yüksek olduğu için bu boyuttan yüksek puan almış olabilirler. Mesleğin ilk yıllarında hemşireler daha çok şey öğrenmek, kendilerini daha çok geliştirmek isterler bunun için de daha çok fırsat yaratmaya çalışırlar. Bu yönde istek ve algıları yüksek olduğundan “Eğitim ve geliştirme fırsatları” boyutunu diğer hemşirelere göre daha destekleyici buluyor olabilirler.

Çalıştıkları vardiyada 21-30 hastadan sorumlu olan hemşirelerin “Eğitim ve geliştirme fırsatları” boyutundan aldıkları puan ortalaması hasta sorumluluğu almayan yönetici hemşireler ile 1-10 ve 31 ve üzeri hastadan sorumlu olan hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksektir. Sorumlu olunan hasta sayısı arttıkça iş yoğunluğu artmakta hemşireler eğitim ve geliştirme faaliyetlerine yeterli zaman ayıramamaktadır. Bu nedenle bu boyutu destekleyici bulmuyor olabilirler.

Hemşirelerin KYİÖ'nin "Örgütsel öğrenme" alt boyutundan 10.88 puan aldığı belirlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 2.82'si bu boyuttan ortalamanın altında puan alırken, %16.14'ü ortalamanın üstünde, %81.04'ü ise ortalama puan aldılar (Tablo 16).

Erigüç ve Balçık (2007) bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin örgütsel öğrenme ile ilgili değerlendirmelerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bireysel, takım ve örgütsel boyutlar bakımından öğrenme düzeylerinin oldukça düşük olduğunu bulmuşlardır. Güdülüğlu ve Bahçecik'in (2011) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin kurumlarını öğrenen organizasyon özelliklerini taşıdığı şeklinde değerlendirdikleri belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin çoğunluğu "Örgütsel öğrenme" boyutundan ortalama puan almışlardır.

Çalışmada "Örgütsel öğrenme" boyutunun puan ortalamaları ile hemşirelerin yaş, medeni durum ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo 17). Benzer şekilde Erigüç ve Balçık'ın (2007) çalışmasında da hemşirelerin yaşları ve medeni durumları ile örgütsel öğrenme boyutu arasında fark yoktur. Ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak, Erigüç ve Balçık'ın (2007) çalışmasında sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin örgütsel öğrenmeye ilişkin değerlendirmelerinin lisans mezunu hemşirelere göre daha olumlu olduğu görülmektedir.

"Örgütsel öğrenme" boyutu ile mesleği tercih etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi (Tablo 18). Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden hemşirelerin bu boyuttan aldıkları puan ortalaması istemeden seçenlere göre daha düşük bulundu. Puan ortalamasının düşük olması bu gruptakilerin, kurumda örgütsel öğrenmeyi daha çok destekleyici bir iklim algıladıklarını ifade etmektedir. Bu da mesleği isteyerek seçen hemşirelerin bireysel, ekip ve kurum bazında öğrenmeye istekli olduklarını ve öğrendiklerini paylaşmak için hevesli olduklarını düşündürmektedir.

7.3. Klinik Yönetişim İklimi ile İş Doyumu İlişkisi

Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde temel hedef topluma ve hastaya yönelik hizmet kalitesini artırmaktır. Hemşirenin kaliteli hizmet verebilmesi için ise motive olması ve yaptığı işten doyum bulması gerekmektedir. Örgütteki iklim, çalışanların motivasyonunu, iş doyumunu, örgüte bağlılığını ve performansını etkilemektedir. Olumlu bir örgüt iklimine sahip olan kurumlarda çalışanların memnuniyet ve motivasyonları, örgüte bağlılıkları ve iş performansları yüksektir.

Çalışmamızda KYİÖ'nin genel puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görüldü. KYİÖ genel puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "içsel doyum" ve "dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19). Bir başka deyişle Klinik yönetişimi destekleyici iklim, iş doyumunu arttırmaktadır. Bu bulgu *"Klinik yönetişim iklimi hemşirelerin iş doyum düzeylerini etkilemekte midir?"* sorusuna yanıt verdi.

Meeusen ve arkadaşları, (Meeusen, Dam, Mahoney, Zundert and Knape 2011) Hollandalı hemşire anesteziistlerin iş iklimi ile iş doyumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında olumlu iş iklimi ile iş doyumunu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Siu (2002) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada örgüt ikliminin iş tatminini etkilediğini belirtmektedir. Özdemir'in (2006) tekstil sektöründe çalışanlarda örgütsel iklimin iş tatmin düzeyine etkisini incelemiş ve örgütsel iklim ile iş tatmini arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğunu bulmuştur. Bu bulgular bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin birinci alt boyutu olan "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ve "İçsel doyum" alt boyutu puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve düşük düzeyde bir ilişki, "Dışsal doyum" alt boyutu puanı arasında ise anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulundu. KYİÖ'nin "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

Çalışma ortamında insanın performansını, sağlığını ve rahatlığını olumsuz yönde etkileyen birçok değişken vardır. TKY felsefesi içinde insan faktörünü olumsuz yönde etkileyen iş özellikleri minimize edilebilmekte veya kontrol altına alınabilmektedir. Günümüzde en yüksek rekabet gücüne sahip kuruluşlarda kalite yönetiminin temeli "sürekli gelişme"ye dayalıdır. Çalışma ortamı ve ilişkilerde gerçekleştirilecek iyileştirmeler çalışanların iş doyumunu önemli ölçüde etkilemektedir (Mandıracıoğlu, Lüleci, Leblebici 2000). Çalışmamızda "Planlı ve entegre kalite geliştirme programı" boyutunda iklimin destekleyici olduğunu ifade edenlerin iş doyumlarının yüksek bulunması literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin ikinci alt boyutu olan "Önleyici risk yönetimi" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır. "Önleyici Risk Yönetimi" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

Hastanelerde meydana gelen kaza ve hatalar hasta ve çalışanlar için risk oluşturmaktadır. Hastaların güvenli bakım alabilmeleri için hastanelerin risk yönetim programları olmalıdır (İnce 2008). Risk yönetim programlarının uygulanması hem hastaların güvenli ve kaliteli bakım almasını, hem de hemşirelerin güvenli şekilde çalışmalarını sağlayacaktır. Bu da hasta ve çalışan memnuniyetini ve çalışanların işinden aldıkları doyumunu arttıracaktır. Literatür bilgisi bulgularımızı desteklemektedir.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin üçüncü alt boyutu olan "Suç ve ceza ortamı" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır. "Suç ve ceza ortamı" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19). Suçlayıcı bir atmosferde çalışan kişilerin işlerinden aldıkları doyumun azalması beklenen bir sonuçtur.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin dördüncü alt boyutu olan "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. "Meslektaşlar ile birlikte çalışma" alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19). Hemşirelerin meslektaşları ile birlikte çalışmaktan memnun olmaları ve onlarla olumlu ilişkiler içinde olmaları, iş doyumunu arttırması beklenen bir durumdur.

Yapılan çalışmalarda da çalışma arkadaşları ile olumlu ilişkiler içinde olan çalışanların iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu (Aksayan 1990, Aslan ve Akbayrak 2002, Bayrak 2004, Buerhaus et al 2005, Lu, While and Barribal 2005, Serinkan ve Bardakçı 2009, Güleç 2009, Karcıoğlu, Timuroğlu ve Çınar 2009, Aşık 2010, Çam ve Yıldırım 2010), çalışma arkadaşları ile olumsuz ilişkiler içinde olan hemşirelerin ise iş doyumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Dede ve Çınar 2008). Cerit'in (2009) çalışmasında da hemşirelerin ekip çalışması algıları ile genel iş doyumları arasında olumlu yönde güçlü ilişki bulunmuştur. Bu bulgular bizim sonuçlarımızı desteklemektedir.

Kişinin işinden doyum sağlamasında önemli olan faktörlerden biri de kişinin işinde gelişme ve yükselme olanağının olmasıdır. Arıkan ve arkadaşları (2006). işinde gelişme ve yükselme fırsatı yakalayan kişinin, kendine daha çok güvendiği, kişiliğinin geliştiği ve yetkilerinin artması nedeniyle çalışma isteğinin de arttığını belirtmektedir. Çalışmada KYİÖ'nin beşinci alt boyutu olan "Eğitim ve geliştirme fırsatları" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutları puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p>.05$) (Tablo 19).

Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Uzun (2010) çalışmasında bilimsel etkinliklere katılan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamıştır. Hamamcı, Göktepe ve İnanç (2005) da yapmış oldukları çalışmada, okullarda çalışan psikolojik danışmanlarda konferans ve seminerlere katılmanın, mesleki konuları meslektaşlarla tartışmanın ve ilgili yayınları (kitap, dergi vb.) okumanın mesleki doyumunu etkileyen önemli faktörler olduğunu belirlemişlerdir.

Günümüzde her örgütün, çalışanına, kendisine, topluma karşı çeşitli yükümlülükleri yerine getirmek zorunda olduğu bilinmektedir. Örgütün çalışanlarına karşı iki yükümlülüğü vardır. Birinci yükümlülük, ruhsal, toplumsal ve yasal sözleşmelere göre, çalışanların ruhsal, geçimsel ve toplumsal gereksinimlerini karşılamaktır. İkinci yükümlülük ise, çalışanların kendilerini yetiştirme haklarını korumalarına olanak sağlamaktır. Bu iki yükümlülük çalışanların iş tatmini kaynağıdır. Buradan hareketle çalışanların tatminsizlik düzeylerinin yüksek olduğu örgütlerin yükümlülüklerini tam olarak yerine getiremedikleri söylenebilir (Örücü, Yumuşak ve Bozkır 2006).

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin altıncı alt boyutu olan "Örgütsel öğrenme" puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı, "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutları puanları arasında anlamlı negatif doğrusal yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. "Örgütsel öğrenme alt boyutunun puanı yükseldikçe, Minnesota İş Doyum Ölçeği genel puanı ile "İçsel doyum" ve "Dışsal doyum" alt boyutlarının puanları ise düşmektedir (Tablo 19).

"Örgütsel öğrenme" boyutunda bilgilerin ve uygulamaların kurum içinde ve kurum dışında paylaşılması ve takım olarak çalışma yer almaktadır. Cerit (2009) çalışmasında hemşirelerin olumsuz etkileşim algıları ile genel iş doyumları arasında olumsuz yönde orta düzeyde ilişki bulmuştur. Olumsuz etkileşim boyutunda yer alan çalışanlar arasında bilgi paylaşımının olmaması, resmi olmayan iletişim şeklinin tercih edilmesi ve çalışanlar arasında birlikteliğin olmamasının hemşirelerin iş doyumlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Bu bulgular bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırma sonucunda;

- Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin Türk toplumuna uygulayabilmek üzere geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir araç olduğu,
- Hemşirelere göre, kurumlarında klinik yönetişimi orta düzeyde destekleyen bir iklim olduğu,
- Hemşirelerin KYİÖ'nin alt boyutlarından ortalama puan aldıkları, buna göre hemşirelerin Planlı ve entegre kalite geliştirme programı, Önleyici risk yönetimi, Suç ve ceza ortamı, Meslektaşlar ile birlikte çalışma, Eğitim ve geliştirme fırsatları ve Örgütsel öğrenme boyutları açısından kurumlarını orta düzeyde destekleyici bulduğu,
- Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği tercih durumu, mesleki deneyim yılı, kurum deneyim yılı ve çalışılan servisin KYİÖ'nden alınan puanlar üzerinde etkisi olmadığı,
- Hemşirelerin çalıştıkları pozisyon, çalışma şekli, çalıştıkları servisi tercih etme durumu ve sorumlu oldukları hasta sayısının KYİÖ'nden alınan puanlar üzerinde etkisi olduğu,
- Yönetici olarak çalışan hemşirelerin kurumlarındaki klinik yönetişim iklimini yatak başı çalışan hemşirelere göre daha destekleyici buldukları,
- Klinik yönetişimi destekleyici iklimin hemşirelerin iş doyumunu arttırdığı saptandı.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'nin hastanelerdeki yönetim ikliminin değerdendirilmesine yönelik çalışmalarda kullanılması, farklı hastane grupları ve örneklem gruplarında denenmesi,
- Klinik yönetim ikliminin çalışanlar tarafından olumlu yönde algılanması ya da var olan algının yükseltilmesini sağlayacak önlemlerin alınması,
- Yöneticilerin klasik yönetim anlayışından uzaklaşarak, katılımcı ve demokratik yönetim anlayışını benimsemesi,
- Çalışanların karar alma süreçlerine katılımının sağlanması,
- Kurumda işbirliği ve güven duygusunun gelişmesi için ekip çalışmasının desteklenmesi,
- Çalışanlara kişisel gelişim ve kariyer geliştirme olanaklarının sağlanması,
- Ödül-ceza sisteminin adil olarak uygulanması,
- Klinik yönetim ikliminin iş doyumunu etkilediği dikkate alınarak, örgütlerde var olan iklimin tanınması ve kurumdaki iklimin iş doyumunu yükseltecek yönde geliştirilmesi için gerekli uygulamaların yapılması,
- Türkiye'de henüz yeni bir kavram olan "Klinik Yönetişim" konusunda tüm sağlık çalışanlarını içeren daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Aker S, Dünder C, Pesken Y. (2005). Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: geçerlik ve güvenirlik. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 22(1): 50-60.
2. Aksayan S.(1990). Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkenlerinin İrdelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Dan: Perihan Velioğlu).
3. Aksayan S., Gözümlü S.(2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 4(1):9-14.
4. Albion MJ., Fogarty GJ., Machin MA.(2005). Benchmarking occupational stressors and strain levels for rural nurses and other health sector workers. *Journal of Nursing Management*, 13, 411–418.
5. Arıkan F. ,Gökçe Ç., Özer ZC., Köksal CD.(2006). İş doyum ve hemşirelik. *Hemşirelik Forumu*, Ocak,Şubat, Mart,Nisan, s:4-10.
6. Arslan N.T.(2004). Örgütsel performansı belirleyici bir etmen olarak örgüt kültürü ve iklimi hakkında bir değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9, s:203-228.
7. Aslan Ö., Akbayrak N.(2002). Hemşirelerde iş doyum. *Modern Hasta Yönetimi Dergisi*. 6(2), s:29-35.
8. Aşan Ö.(2001). Motivasyon. İçinde: *Yönetim ve Organizasyon*. Ed: Salih Güney, Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti., Ankara, s:225-249.
9. Aşan Ö., Aydın EM.(2006). Örgütsel Davranış. Ed: Halil Can, Arıkan Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti.,İstanbul.
10. Aşık NA.(2010). Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. *Türk İdare Dergisi*, Haziran Sayı: 467, s: 31-51.
11. Aydeniz EŞ.(2008). İşletmelerde Gelecek (Futures) ve Opsiyon Sözleşmeleri ile Risk Yönetimi. Arıkan Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti., İstanbul.
12. Aydın R., Kutlu Y.(2001). Hemşirelerde iş doyum ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Sayı:2, s: 38-45.

13. Aydoğan ZF.(2004). Örgüt kültürü ve iklimi. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, s:203-215.
14. Aytürk N.(2007). Yönetim Sanatı Etkin Yönetim ve Liderlik Becerileri. Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti., 5. Baskı, Ankara.
15. Bahçavan G.(2006). Yönetişim ve Türkiye Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Konya, (Dan: Ali Şafak Balı).
16. Baycan FA, (1985). Farklı Gruplarda Çalışan Gruplarda İş Doyumunun Bazı Yönlerinin Analizi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
17. Baykul Y.(2000). Eğitimde ve Psikolojide Ölçme: Klasik Test Teorisi ve Uygulanması. OSYM Yayınları, Ankara.
18. Bayrak G. (2004). Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul. (Dan: Nefise Bahçecik).
19. Braitwaite J. Travaglia JF.(2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review*, 32:1, pp:10-22.
20. Buerhaus PI., Donelan K., Ulrich BT., Kirbiy L., Norman L., Dittus R.(2005). Registered nurses' perceptions of nursing. *Nursing Economics*, May/Jun, 23;3, pp:110-119.
21. Burton MR., Loritsen J., Obel B.(2004). The impact of organizational climate and strategic fit on firm performance. *Human Research Management*, 43:1, pp:67-82.
22. Büyüköztürk Ş.(2008). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Pegem Yayıncılık, 8.Baskı, Ankara.
23. Can H.(2002). Organizasyon ve Yönetimi. Siyasal Kitabevi, 6.Baskı, Ankara.
24. Cerit K.(2009). Hemşirelerin İş Doyumlarını Belirleyen Faktörler: Örgüt İklimi. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, (Dan: Şeyda Seren).
25. Çam O., Yıldırım S.(2010). Hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 2(19): 64-70.

26. Çatalca H.(2003). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul.
27. Çekmecelioğlu GH.(2003). İş Çevresinin Algılanan Teşvik Edici Boyutlarının Verimlilik Üzerine Etkileri. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, no 3, s 67-87.
28. Çekmecelioğlu GH.(2011). Algılanan örgüt ikliminin çalışanların iş tatmini, duygusal bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Yönetim*, Yıl:22, Sayı:68, s:29-45.
29. Çetinkanat C.(2000). Örgütlerde Güdülenme Ve İş Doyumu. Anı Yayıncılık, Ankara.
30. Çimen M., Şahin İ.(2000). Bir kurumda çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5: 53-67.
31. Dede M., Çınar S.(2008). Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, s: 3-14.
32. Demir N.(2007). Örgüt Kültürü ve İş Tatmini. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
33. Dilman T.(2007). Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Tacize Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, (Dan: Yasemin Akbal Ergün).
34. Doğan H., Üngüren E.(2009). Farklı meslek gruplarındaki çalışanların örgüt iklimi algılamaları ve Alanya Başkent Hastanesi'nde bir araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11;2, s:41-58.
35. Durmuş S., Günay O.(2007). Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(2): 139-146.
36. Düren AZ.(2002). 2000'li Yıllarda Yönetim. Alfa Basım Yayın Dağıtım Ltd.Şti., 2.Baskı, İstanbul.
37. Ebrinç S.(2000): Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(2): 109-16.
38. Efe S.Y., Ayaz S.(2010). Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review*, 57:3, p:328-334.

39. Efil İ.(2002). İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon. Alfa Basım Yayın A.Ş. 7. Baskı, İstanbul.
40. Erbil N., Bakır A.(2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:6, Sayı:1, s:290-302.
41. Erefe İ.(2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Ed: İnci Erefe, Odak Ofset, İstanbul. s:169-188.
42. Eren E.(2001). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 7. Baskı, İstanbul.
43. Eren TA. (2008). Onkoloji Hemşirelerinin İş Doyumu ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, (Dan: Şule Ecevit Alpar).
44. Ergin DY.(1995). Ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, sayı:7, s:125-148.
45. Erigüç G., Balçık PY.(2007). Öğrenen örgüt ve hemşirelerin değerlendirmelerine yönelik bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:10, Sayı:1, s:75-106.
46. Eşki H.(2003). Kamu Yönetiminde Değişim ve Yeni Yönetim Modelleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Dan: M. Akif Çukurçayır).
47. Freeman T.(2003). Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Services Management Research*. 16;4, pp:234-250.
48. Garcia IG., Ramos VB., Serrano JLC., Cobos MCR., Souza A.(2011). Nursing personnel's perceptions of the organizational climate in public and private hospitals in Spain. *International Nursing Review*, Vol:258, pp:234-241.
49. Genç N.(2004). Yönetim ve Organizasyon. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
50. Gormley DK.(2011). Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. *Journal of Nursing Management*, 19;33-40.

51. Gözüm S., Aksayan S.(2002). Kùltùrlèrarasì òlçek uyarlamasì için rehber II: Psikometrik özellikler ve kùltùrlèrarasì karşılaştırmà. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 4(2):1-13.
52. Güçlü N., Şehitoğlu ET.(2006). Örgütsel değişim yönetimi. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:13.
53. Güdüloğlu N., Bahçecik N.(2011). Özel bir hastanede çalışan hemşirelerin örgüt kùltürü algıları ve öğrenen organizasyon özelliklerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:4, Sayı:1, s:103-114.
54. Güleç D.(2009). Rotasyon ile Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunun Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Dan: Necmiye Sabuncu).
55. Halligan A. Donaldson L.(2001). Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ Clinical Research Ed.* 9:322 (7299), pp: 1413-7.
56. Hamamcı Z., Göktepe EO., İnanç N.(2005). Ankara ilinde çalışan okul psikolojik danışmanlarının mesleki gelişim ve mesleki doyum düzeyleri arasındaki ilişki. *Türk PDR (Psikolojik Danışma ve Rehberlik) Dergisi*, Sayı: 24, Eylül, s: 27-44.
57. Hinno S., Partanen P., Julkunen KV.(2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *Internatioanl Nursing Review*, 58, pp:255-262.
58. Hovardaoğlu S.(2007). Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri. 2. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
59. Ildır A.(2008). Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
60. Ismail M.(2005). Creative climate and learning organization factors: their contribution towards innovation. *Leadership & Organization Development Journal*, 26:8, pp:639-654.
61. İnce BS.(2008). Hastanelerde risk yönetimi ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(3):73-81.

62. Karassavidou E., Glaveli N., Zafiropoulos K.(2011). Assessing hospital's readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate. *Journal of Health Organization and Management*, 25;2, pp:214-240.
63. Karcioğlu F., Timuroğlu K., Çınar O.(2009). Örgütsel iletişim ve iş tatmini ilişkisi, Bir uygulama. *Yönetim*, Yıl:20, Haziran, Sayı: 63.
64. Kavuncubaşı Ş.(2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.
65. Keser A.(2006). Çalışma Yaşamında Motivasyon. Alfa Akademi Basım Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Bursa.
66. Kınık S.(2007). Kişilik Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Eskişehir, (Dan: Selahattin Turan).
67. Kocaman G.(2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 61-69.
68. Koçel T.(2001). İşletme Yöneticiliği. Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., 8.Baskı, İstanbul.
69. Küçükylmaz Ü., Özer FG., Taşçı KD.(2006). Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*, Eylül, Ekim, Kasım, Aralık, s: 37-46.
70. Lashinger HKS.(2007). Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction and patient care quality. *J Nurs Care Qual.* Vol:23 (4), pp:322-330.
71. Leiter MP., Lashinger HKS.(2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout. testing a causal model. *Nursing Research*, March/April, Vol 55, No 2, pp:137-146.
72. Lu H. While AE., Barriball KL.(2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, pp:211–227.
73. Mandıracıoğlu A., Lüleci E.,Leblebici A.(2000). Toplam kalite yönetiminin bir unsuru olarak çalışanların iş doyumlarının bir fabrika örneği ile değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 39(3):165-168.

74. Mathers S., Abel R., Chesson R.(2004). Developing research skills for clinical governance: a report of a trust/university provided short course. *Clinical Governance An International Journal*, 9:1, pp:11-16.
75. McColl A., Roland M.(2000). Knowledge and information for clinical governance. *BMJ*, Volume 321, pp:871-874.
76. McGilton KS., Hall LM., Wodchis WP., Petroz U.(2007). Supervisory support, job stres and job satisfaction among long term care nursing staff. *JONA*, Volume:37, Number: 7/8, pp: 366-372.
77. McSherry R., Wadding A., Pearce P.(2008). Healthcare Governance Through Effective Leadership, In: *Effective Health Care Leadership*, Eds:Melanie Jasper, Mansour Jumaa, Blackwell Publishing, 2.Edition, UK, pp:58-72.
78. Meeusen VCH., Dam KV., Mahoney CB., Zundert AAJV., Knappe HTA.(2011). Work climate related to job satisfaction among dutch nurse anesthetists. *AANA Journal*, Vol:79, No:1, pp:63-70.
79. Mills RP.(2003). Organizational Climate Factors. Organizational Commitment and The Culture of Retention. *NYSED Research Report Registere Nurses in NewYork State*, Vol:2.
80. Mok EA., Yeung B.(2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in hong kong. *Journal of Nursing Programs*, 10:129–137.
81. Mosser NR, Walls RT.(2002).: Leadership Frames of Nursing Chairpersons and the Organizational Climate in Baccalaureate Nursing Programs. Southern Online Journal of Nursing *Research*. Issue:2, Vol:3.
82. Murat G.(2001). Yönetime Katılma. İçinde: *Yönetim ve Organizasyon*. Ed: Salih Güney. Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti., Ankara, s:257-279.
83. Murray J., Rayner HF., Fine H., Karia N., Sweetingham R. (2004). What do NHS staff think and know about cilinical governance? *Clinical Governance: An International Journal*, 9:3, pp:172-180.
84. Örucü E., Yumuşak S., Bozkır Y.(2006). Kalite yönetimi çerçevesinde bankalarda çalışan personelin iş tatmini ve iş tatminini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. Celal Bayar Üniversitesi İİBF, *Yönetim ve Ekonomi*, Cilt:13, Sayı:1, s:39-51, Manisa.

85. Özdamar K.(2004). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Kaan Kitabevi, 5.Baskı, Eskişehir.
86. Özdemir F.(2006). Örgütsel İklimin İş Tatmin Düzeyine Etkisi: Tekstil Sektöründe Bir Araştırma. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana, (Dan: Ünal Ay).
87. Özgener Ş., Küçük F.(2008). Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20):543-560.
88. Öztekin A.(2002). Yönetim Bilimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.
89. Peak M., Burke R., Ryan S., Wratten K., Turnock R., Vellenoweth C.(2005). Clinical governance – the turn of continuous improvement? *Clinical Governance An International Journal*, 10:2, pp:98-105.
90. Schulte M., Ostroff C., Kinicki AJ.(2006). Organizational Climate Systems and Psychological Climate Perceptions: A Cross-level Study of Climate Satisfaction Relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol 79, pp:645-671.
91. Serinkan C., Bardakçı A.(2009). Pamukkale Üniversitesi’ndeki akademik personelin iş doyumları ve tükenmişlik düzeylerine ilişkin bir araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 21, s:115-132.
92. Sezgin B.(2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, (Dan: Aytolan Yıldırım).
93. Siu O. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 40:2, pp:218-229.
94. Sohal AS., Fitzpatrick P.(2002). IT governance and management in large Australian organizations. *International Journal of Production Economics*, 75: 97-112.

95. Solmuş T. (2004). İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler. Psikoloji Penceresinden İnsan Kaynakları Yönetimi. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul.
96. Som CV.(2004). Clinical governance: a fresh look at its defination. *Clinical Governance an International Journal*, 9:2, pp:87-90.
97. Söylemez D., Sur H., Cebeci D. (2005). Hemşirelerin iş doyumunu ile ilgili bir meta analizi çalışması: *Hastane Yönetimi*, Nisan-Mayıs-Haziran:34-41.
98. Söyük S.(2007). Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul, (Dan: Fatih Semerciöz).
99. Stone P., Yunhing D., Gerson R.(2007). Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. *Journal of Occupational &Environmental Medicine*, vol.49, pp.50-58.
100. Sümbüloğlu V., Sümbüloğlu K.(2002). Biyoistatistik. 10.Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
101. Şen H.T.,(2007). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, (Dan: Nefise Bahçecik).
102. Şencan H.(2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik ve Geçerlik. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
103. Şişman M.(2002). Örgütler ve Kültürler. Pegem Yayıncılık, Ankara.
104. Taşçıoğlu İ.(2007). Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, (Dan:Galip EKUKLU).
105. Tavşancıl E.(2006). Tutumların Ölçülmesi ve Spss ile Veri Analizi. Nobel Yayın Dağıtım, 3.Baskı, Ankara

106. Tezbaşaran AA.(1996). Likert Tipi Ölçek geliştirme Klavuzu. Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
107. Tınaz P.(2009). Çalışma yaşamından Örnek Olaylar. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul.
108. Tzeng H.M., Ketefian S.(2003). Demand for nursing competencies: an exploratory study in Taiwan 's hospital system. *Journal of Clinical Nursing*, 12, pp:509- 518.
109. Uzel E. (2006). Küresel Çevresel Yönetişim (İyi Yönetim). Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Çevre Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara, (Dan:Nesrin Algan).
110. Uzun Ö.(2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyleri ile iş doyumları ile ilgili bazı değişkenlerin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:18, Sayı:1, s:1-9.
111. Verplanken B.(2004). Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41:599–605.
112. Vural BZ.(2005). Kurum Kültürü ve Örgütsel İletişim. 2.Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
113. Wright J.,Hill P.(2003). Clinical Governance. Elsevier Science Limited, UK.
114. Yaktin US., Azoury NB., Doumit MAA.(2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. *JONA*, Vol: 33 (7/8), pp:384-390.
115. Yaprak E.(2009). Hemşirelerin İşten Ayrılma Niyetlerini Belirleyen Faktörler: Örgüt İklimi, Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, (Dan: Şeyda Seren).
116. Yazıcı Z.(2006). Bir Kamu Hastanesinde Çalışanların Örgütsel Kültür Algıları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, (Dan: Nefise Bahçecik).

117. Yıldırım A., Yıldırım D.(2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), pp:1444–1453.
118. Yılmaz M.(2005). Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9:1, s:41-48.
119. Yurdagül H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV.Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri, Denizli.
120. Yüksel İ. (2003). Hemşirelerin iş güçlüğüne oluşturan değişkenlerin iş doyumu, iş gerilimi ve örgütsel bağlılık üzerine etkileri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13;1, s:261-272.
121. Yüksel İ.(2002). Hemşirelerin iş doyum düzeyini ayırt edici iş doyum öğelerinin diskriminant analiziyle belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(3): 67-78.
122. Zeybek I.(2005). Yönetişimde Halkla İlişkilerin Yeri ve Kullandığı Teknikler. Arıkan Basım Yayım Dağıtım Ltd.Şti.,İstanbul.

8. EKLER

EK 1: HEMŞİRE TANITIM FORMU

Bu bölüm, bireysel ve mesleki özellikleriniz ile ilgilidir. Yanıtlar seçenekleri işaretleme ve boşlukları doldurma şeklindedir.

1. Yaşınız.....
2. Medeni durumunuz
 1. Evli
 2. Bekar
3. Eğitim durumunuz
 1. Sağlık Meslek Lisesi
 2. Önlisans
 3. Lisans
 4. Yüksek lisans
 5. Doktora
4. Mesleki deneyim yılınız.....
5. Çalıştığınız kurumdaki deneyim yılınız.....
6. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz ?
 1. Evet
 2. Hayır
7. Çalıştığınız kurumdaki pozisyonunuz.....
8. Çalıştığınız servis.....
9. Çalıştığınız servisi isteyerek mi seçtiniz ?.....
 1. Evet
 2. Hayır
10. Çalışma şekliniz
 1. Sürekli gündüz
 2. Sürekli gece
 3. Gündüz ve bazen nöbet
 4. Vardiya değişimli
11. Bir vardiyada sorumlu olduğunuz ortalama hasta sayısı.....

EK 2: KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ

Çalışmakta olduğunuz bölümü düşünerek, aşağıda yer alan ifadelere katılım durumunuzu belirtiniz. Her bir ifadeyi 5 puan üzerinden değerlendirerek, lütfen görüşünüzü en iyi yansıtan sayıyı daire içine alınız.

1:Kesinlikle katılıyorum		2:Katılıyorum		3:Hiçbiri		
4:Katılmıyorum		5:Kesinlikle katılmıyorum				
Kurumun çalıştığım bölümünde...						
1	Birşeyler ters gittiğinde, otomatik olarak birinin suçlanacağı fikri vardır.	1	2	3	4	5
2	Uygulamaları iyileştirmeye yönelik iyi fikirler kurum dışındakilerle paylaşılır.	1	2	3	4	5
3	Hata raporlama sistemleri klinisyenleri cezalandırmak için temel bir araçtır.	1	2	3	4	5
4	İsteyenler için eleştirel değerlendirme becerileri eğitimi vardır.	1	2	3	4	5
5	Klinik olaylara karışanlar suçlu hissettirilir.	1	2	3	4	5
6	Kariyer gelişim gereksinimleri ile birlikte hizmetin stratejik gereksinimleri de tanımlanır.	1	2	3	4	5
7	Personel değerlendirmeleri personeli cezalandırmak için kullanılır.	1	2	3	4	5
8	Kişiler meslektaşlarının yetenekleri hakkında iyi bilgi sahibidir.	1	2	3	4	5
9	Kalite iyileştirme aktiviteleri için zaman ayrılır.	1	2	3	4	5
10	Meslektaşlarla açık ve dürüst olmak güvenli değildir.	1	2	3	4	5
11	Ağırılık olayın nasıl meydana geldiğindedir, hatayı kimin yaptığında değil.	1	2	3	4	5
12	Hata yapan kişiler desteklenir.	1	2	3	4	5
13	Kaliteyi iyileştirmek için takımlarla birlikte çalışırız.	1	2	3	4	5
14	Klinik riskler ile ilgili bilgi toplarız.	1	2	3	4	5

1:Kesinlikle katılıyorum		2:Katılıyorum		3:Hiçbiri		
4:Katılmıyorum		5:Kesinlikle katılmıyorum				
Kurumun çalıştığım bölümünde...						
15	Kanıtı dayalı uygulamalar ile ilgili teknik yardımlar mevcuttur.	1	2	3	4	5
16	Bir hata olduğunda, bireyleri suçlamak yerine sistemdeki başarısızlıkları ararız.	1	2	3	4	5
17	Personel değerlendirmeleri personelin gerçek gelişme ihtiyaçlarını tanımlamaz.	1	2	3	4	5
18	Uzun vadeli kalite iyileştirme planları günden güne kaybolmaktadır.	1	2	3	4	5
19	Meslektaşlar birbirine karşı dürüst değildir.	1	2	3	4	5
20	Organizasyon içindeki iyi uygulamalar gruplarla sınırlı kalır.	1	2	3	4	5
21	Klinik riskler tanımlandıktan sonra gerçekten gereken yapılmaz.	1	2	3	4	5
22	Klinik riskler sistematik yöntemlerle değerlendirilir.	1	2	3	4	5
23	Kişiler uygulama ile ilgili sorunları örgütün farklı bölümlerinde çalışanlarla paylaşırlar.	1	2	3	4	5
24	Hizmette değişiklikleri uygulamaya koymak için destek yoktur.	1	2	3	4	5
25	Örgütün neyi başarmak istediği ile ilgili açık bir vizyonu yoktur.	1	2	3	4	5
26	Suçlayıcı bir ortamda çalışırız.	1	2	3	4	5
27	En önemli klinik riskler ile ilgili yeterli bilgi toplayamayız.	1	2	3	4	5
28	Araştırma kanıtlarını bulup ortaya çıkarma konusunda eğitim olanağı yoktur.	1	2	3	4	5
29	Çok fazla kalite iyileştirme çabasına karşın gerçekleşen değişim çok azdır.	1	2	3	4	5
30	Risk yönetimine ilişkin ortak bir yaklaşım mevcut değildir.	1	2	3	4	5
31	Örgütün değişik bölümlerindeki ekipler iyi uygulamalarını paylaşırlar.	1	2	3	4	5

1:Kesinlikle katılıyorum		2:Katılıyorum		3:Hiçbiri		
4:Katılmıyorum		5:Kesinlikle katılmıyorum				
Kurumun çalıştığım bölümünde...						
32	Kişiler iyi uygulamaları yaymak için zaman ayırır.	1	2	3	4	5
33	Örgütün diğer bölümlerindeki kalite gelişimini ancak bunun etkilerini hissettiğimizde öğreniriz.	1	2	3	4	5
34	Hizmetteki iyileştirmeler kriz zamanlarında gündeme gelir.	1	2	3	4	5
35	Klinik bir risk tanımlandığında her zaman o riski önlemeye dönük bir çaba vardır.	1	2	3	4	5
36	Kalite iyileştirme çabaları alt kademelerde oluşturulmak yerine üst yönetim tarafından zorla Kabul ettirilir.	1	2	3	4	5
37	Klinik riskleri düzenli olarak değerlendiririz.	1	2	3	4	5
38	Biraraya gelip fikirlerimizi paylaşmak için yeterli zaman yoktur.	1	2	3	4	5
39	Kişiler hizmet sunumu için ortak bir vizyonu paylaşırlar.	1	2	3	4	5
40	Herkesin katkılarına karşılıklı saygı vardır.	1	2	3	4	5
41	Zaman harcayıp doğru bir çözüm yerine problemlerin hızlı çözümü için baskı vardır.	1	2	3	4	5
42	Olması beklenen kazaları tanımlamayız.	1	2	3	4	5
43	Klinik risk politikaları organizasyon içinde paylaşılr	1	2	3	4	5
44	Klinik risk bilgileri düzenli olarak kararları bildirmede kullanılır.	1	2	3	4	5
45	Kişiler meslektaşlarının kendilerinden neler beklediklerini bilmezler.	1	2	3	4	5
46	Çalışanların ortak hizmet amaçları olmadığı görülmektedir.	1	2	3	4	5
47	Uygulamalar üzerine iyice düşünmek için zaman vardır.	1	2	3	4	5
48	Kişiler organizasyonun diğer bölümlerindeki iyi uygulamalardan haberdar değildir.	1	2	3	4	5

1:Kesinlikle katılıyorum		2:Katılıyorum		3:Hiçbiri		
4:Katılmıyorum		5:Kesinlikle katılmıyorum				
Kurumun çalıştığım bölümünde...						
49	Gelişim ihtiyaçları düzenli olarak değerlendirilir.	1	2	3	4	5
50	Acil yapılması gerekenler daima kalite iyileştirmeden daha önemlidir.	1	2	3	4	5
51	Kalite iyileştirme faaliyetleri çoğunlukla dış baskılara bir cevaptır.	1	2	3	4	5
52	Risk değerlendirme süreçleri klinik olayların ışığında güncellenmektedir.	1	2	3	4	5
53	Meslektaşların birbirlerinin görevlerini anlamadıkları görülmektedir.	1	2	3	4	5
54	Başarısızlıklar öğrenim fırsatı olarak değerlendirilir.	1	2	3	4	5
55	Mesleki geçmişi her ne olursa olsun herkes eşit konumdadır.	1	2	3	4	5
56	Problemleri önlemeye çalışmaktansa, onlara tepki gösteririz.	1	2	3	4	
57	Kişiler kaliteyi iyileştirmek için motive edilir.	1	2	3	4	5
58	Gelişimin bir parçası olarak öğrenilen yeni becerileri uygulayacak çok az fırsat vardır.	1	2	3	4	5
59	Çalışanlar hizmette değişiklikler yapmaya teşvik edilmek yerine buna zorunlu tutulurlar.	1	2	3	4	5
60	Kişiler klinik uygulamalarda değişiklik yapmak için çok iyi motive edilirler.	1	2	3	4	5

EK 3. Clinical Governance Climate Questionnaire (CGCQ)

We would like to know what it is like to work in your organisation

Thinking of the part of the organisation where you work, indicate whether you agree or disagree with each of the following statements. Please rate all the statements on the 5-point scale by circling the number that best represents your opinion.

1= Agree strongly, 2= Agree, 3= Neither, 4= Disagree, 5= Disagree strongly

	<i>In the part of the organisation where I work...</i>	<i>(Circle)</i>
1	When things go wrong, there is an automatic assumption that 'someone is to blame'	1 2 3 4 5
2	Good practice ideas are shared with others outside the organisation	1 2 3 4 5
3	Error reporting systems are basically a stick to beat clinicians with	1 2 3 4 5
4	Critical appraisal skills training is available to those who want it	1 2 3 4 5
5	People involved in clinical incidents are made to feel guilty	1 2 3 4 5
6	Career development needs are addressed alongside strategic needs of the service	1 2 3 4 5
7	Staff appraisals are used to punish staff	1 2 3 4 5
8	People have a good knowledge of the skills of their colleagues	1 2 3 4 5
9	We have protected time for quality improvement activity	1 2 3 4 5
10	It is unsafe to be open and honest with colleagues	1 2 3 4 5

1= Agree strongly, 2= Agree, 3= Neither, 4= Disagree, 5= Disagree strongly

	<i>In the part of the organisation where I work...</i>	<i>(Circle)</i>
11	The emphasis is on how an incident happened, not who made the mistake	1 2 3 4 5
12	People who make mistakes are supported	1 2 3 4 5
13	We work together across teams to make quality improvements	1 2 3 4 5
14	We collect information on clinical risks	1 2 3 4 5
15	Technical help with evidence based practice is available	1 2 3 4 5
16	When there is an error, we look for failures in systems rather than blame individuals	1 2 3 4 5
17	Appraisal does not identify the real development needs of staff	1 2 3 4 5
18	Long-term planning for quality improvement gets lost in the day-to-day	1 2 3 4 5
19	Colleagues are dishonest with each other	1 2 3 4 5
20	Good practice stays isolated in pockets	1 2 3 4 5
21	Identified clinical risks simply remain unaddressed	1 2 3 4 5
22	Clinical risks are examined in a systematic way	1 2 3 4 5
23	People share practice issues with others in different parts of the organisation	1 2 3 4 5
24	There is no support to deliver service changes	1 2 3 4 5
25	There is no clear vision of what it is that the organisation is trying to achieve	1 2 3 4 5
26	We work in an atmosphere of blame	1 2 3 4 5
27	We don't collect information on the clinical risks that matter most	1 2 3 4 5

1= Agree strongly, 2= Agree, 3= Neither, 4= Disagree, 5= Disagree strongly

	<i>In the part of the organisation where I work...</i>	<i>(Circle)</i>
28	There is no training available in searching for research evidence	1 2 3 4 5
29	There are lots of quality improvement initiatives, but little real change	1 2 3 4 5
30	There is no common approach to risk management	1 2 3 4 5
31	Teams from different parts of the organisation share their good practice	1 2 3 4 5
32	People devote time to disseminating good practice	1 2 3 4 5
33	The first we know of quality improvements elsewhere in the organisation is when we feel their effects	1 2 3 4 5
34	Service improvements tend to be crisis-led	1 2 3 4 5
35	When a clinical risk is identified, there is always action to address it	1 2 3 4 5
36	Quality improvement is imposed from above rather than built from below	1 2 3 4 5
37	We systematically assess clinical risks	1 2 3 4 5
38	There is no time to get together to share ideas	1 2 3 4 5
39	People share a common vision of service delivery	1 2 3 4 5
40	There is mutual respect for the contributions of all	1 2 3 4 5
41	There is pressure to 'solve' problems quickly rather than take time and do it properly	1 2 3 4 5
42	We don't address the accidents waiting to happen	1 2 3 4 5
43	Clinical risk policies are shared throughout the organisation	1 2 3 4 5
44	Clinical risk information is used routinely to inform decisions	1 2 3 4 5

1= Agree strongly, 2= Agree, 3= Neither, 4= Disagree, 5= Disagree strongly

	<i>In the part of the organisation where I work...</i>	<i>(Circle)</i>
45	People don't know what their colleagues expect of them	1 2 3 4 5
46	People don't seem to have shared service goals	1 2 3 4 5
47	There is time to reflect on practice	1 2 3 4 5
48	People don't know about good practice taking place in other parts of the organisation	1 2 3 4 5
49	Development needs are regularly assessed	1 2 3 4 5
50	Immediate pressures are always more important than quality improvement	1 2 3 4 5
51	Quality improvement activity is largely a response to external pressure	1 2 3 4 5
52	Risk assessment processes are updated in the light of clinical incidents	1 2 3 4 5
53	Colleagues don't seem to understand each others roles	1 2 3 4 5
54	When something fails, it is used as a learning opportunity	1 2 3 4 5
55	Everyone has the same standing, regardless of professional background	1 2 3 4 5
56	We react to problems, rather than try to prevent them	1 2 3 4 5
57	People are motivated to improve quality	1 2 3 4 5
58	There are few opportunities to use new skills learned as part of development	1 2 3 4 5
59	People are forced into making service changes, rather than encouraged to make them	1 2 3 4 5
60	People are highly motivated to make changes to clinical practice	1 2 3 4 5

EK 4. MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Şimdiki işimden	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok memnunum
1. Beni her zaman memnun etmesi bakımından					
2. Tek başıma çalışma olanağı olması bakımından					
3. Arasıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
4. Toplumda “saygın bir kişi” olma şansını vermesi bakımından					
5. Yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı bakımından					
6. Yöneticimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
7. Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
8. Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
9. Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağını bana vermesi bakımından					
10. Kişilere, ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma bakımından					
11. Kendi yeteneklerimi kullanarak birşeyler yapabilme şansını vermesi bakımından					
12. İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından					
13. Yaptığım iş ile karşılığında ücret bakımından					
14. İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
15. Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16. İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi bakımından					
17. Çalışma şartları bakımından					
18. Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
19. Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından					
20. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi bakımından					

EK 5. KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ ORJİNAL ALT BOYUTLARI

Cronbach's alpha coefficients for CGCQ sub-scales

			Items and α values for scales
old	new	-ve	Factor 1: A planned and integrated QI programme ($\alpha = .95$) 21 items
87	29	✓	There are lots of quality improvement initiatives, but little change
154	58	✓	There are few opportunities to use new skills learned as part of development
128	48	✓	People don't know about good practice taking place in other parts of the organisation
138	50	✓	Immediate pressures are always more important than quality improvement
125	46	✓	People don't seem to have shared service goals
139	51	✓	Quality improvement activity is largely a response to external pressure
94	33	✓	The first we know of quality improvements elsewhere in the organisation is when we feel the effects
56	18	✓	Long-term planning for quality improvement gets lost in the day-to-day
152	56	✓	We react to problems, rather than try to prevent them
80	25	✓	There is no clear vision of what the organisation is trying to achieve
155	59	✓	People are forced into making service changes, rather than encouraged to make them
96	34	✓	Service improvements tend to be crisis led
104	38	✓	There is no time to get together to share ideas
156	60		People are highly motivated to make changes to clinical practice
77	24	✓	There is no support to deliver service changes
99	36	✓	Quality improvement is imposed from above rather than built from below
153	57		People are motivated to improve quality
110	42	✓	We don't address the accidents waiting to happen
64	20	✓	Good practice stays isolated in pockets
106	39		People share a common vision of service delivery
109	41	✓	There is pressure to 'solve' problems quickly rather than take time and do it properly
			Factor 2: Proactive risk management ($\alpha = .90$) 11 items
67	22		Clinical risks are examined systematically
50	14		We collect information on clinical risks

Items and α values for scales			
101	37		We systematically assess clinical risks
83	27	✓	We don't collect information on the clinical risks that matter most
142	52		Risk assessment processes are updated in the light of clinical incidents
118	44		Clinical risk information is used routinely to inform decisions
97	35		When a clinical risk is identified, there is action to address it
117	43		Clinical risk policies are shared throughout the organisation
90	30	✓	There is no common approach to risk management
147	54		When something fails, it is used as a learning opportunity
66	21	✓	Identified risks simply remain unaddressed
Factor 3: Climate of blame and punishment ($\alpha = .90$) 9 items			
27	5	✓	People involved in clinical incidents are made to feel guilty
34	11		The emphasis is on how an incident happened not who made the mistake
81	26	✓	We work in an atmosphere of blame
1	1	✓	When things go wrong there is an automatic assumption that 'someone is to blame'
22	3	✓	Error reporting systems are basically a stick to beat clinicians with
29	7	✓	Staff appraisals are used to punish staff
53	16		When there is an error, we look for failure in systems, rather than blame individuals
32	10	✓	It is unsafe to be open and honest with colleagues
42	12		People who make mistakes are supported
Factor 4: Working with colleagues ($\alpha = .85$) 6 items			
30	8		People have a good knowledge of the skills of their colleagues
146	53	✓	Colleagues don't seem to understand each other's roles
124	45	✓	People don't know what their colleagues expect of them
151	55		Everyone has the same standing, regardless of professional background
108	40		There is mutual respect for everyone's contribution
59	19	✓	Colleagues are dishonest with each other

Items and α values for scales			
Factor 5: Training and development opportunities ($\alpha = .81$) 8 items			
86	28	✓	There is no training available in searching for research evidence
25	4		Critical appraisal skills training is available to those who want it
52	15		Technical help with Evidence Based Practice is available
28	6		Career development needs are addressed alongside the strategic needs of the service
129	49		Development needs are regularly assessed
31	9		We have protected time for quality improvement activity
55	17	✓	Appraisal does not identify the real development needs of staff
126	47		There is time to reflect on practice
Factor 6: Organisational learning ($\alpha = .87$) 5 items			
71	23		People share practice issues with others in different parts of the organisation
10	2		Good practice ideas are shared with others outside the organisation
93	32		People devote time to disseminating good practice
91	31		Teams from different parts of the organisation share their good practice
44	13		We work together across teams to make quality improvements

EK 6: Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar

Prof.Dr. Necmiye SABUNCU	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Prof.Dr. Hediye ARSLAN	Gazikent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölüm Başkanı
Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Doç.Dr. Havva ÖZTÜRK	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
Yrd.Doç.Dr. Ükke KARABACAK	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi
Yrd.Doç.Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd.Doç.Dr. Yasemin AKBAL ERGÜN	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Yrd.Doç.Dr. Gülfer BEKTAŞ	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi
Yrd.Doç.Dr. Mualla YILMAZ	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi
Öğr.Gör. Vedat GENÇ	Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Öğretim Elemanı

Arş.Gör. Murat Çakar

Dr. Savaş ŞEN

Kerem ENE

Dr. Geysu KARLIKAYA

Onur BAHÇECİK

Rabia VURAL

Kadem KÖKSAL

Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim
Fakültesi Öğretim Elemanı

Eyüp Devlet Hastanesi

Yönetici/USA

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Carleton Üniversitesi/KANADA

İngilizce Öğretmeni/MERSİN

İngilizce Öğretmeni/MUĞLA

EK 7. ÖLÇEK İZİN YAZISI

Dear Freeman,

I am a assistant in Management Main Science of Nursing Institution of Higher Education of Marmara University in İstanbul. I am at the degree of doctorate thesis. I found your article, "Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire" in internet. I am influenced a lot by your study. If you don't mind I want to apply your questionnaire for cultural adapt in to Turkish society. Could you please inform me whether someone has used your questionnaire before or not. And would you mind if you could send me your orginal questionnaire by e-mail. I hope you will accept my offer and I already thank you a lot for your help and cooperation.

Yours sincerely...

Eylem PASLI GÜRDOĞAN, Msc
Marmara University College of Nursing
Department of Nursing Management
Tibbiye Cad. No: 40
81326 Haydarpasa-Istanbul
TURKEY

Tel: [+90 216 590 05 45](tel:+902165900545)
Fax: [+90 216 325 03 23](tel:+902163250323)
e-mail: eylem.pasli@marmara.edu.tr
e.gurdogan@gmail.com

Hello Eylem

I'm glad that you found the CGCQ interesting - I've attached a copy and an additional document which identifies the questions that are in each scale. The CGCQ has been used in many applications within the UK, and I am also aware of applications in Australia, China and Italy. In addition, I am considering a doctoral student who is working on an adaptation of the CGCQ for a UK military context. Hope this is helpful

Tim

Dr. Tim Freeman
Lecturer, Health Services Management Centre
University of Birmingham
School of Public Policy
Park House
40 Edgbaston Park Road
Birmingham B15 2RT
Telephone [+44 \(0\)121 414 7050](tel:+44(0)1214147050)

Fax [+44 \(0\)121 414 7051](tel:+44(0)1214147051)
email t.freeman@bham.ac.uk

EK 8. ETİK KURUL İZNİ



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/557
Konu :

Sayın Doç.Dr. Şule Ecevit ALPAR

05.09.2008

MAR-YÇ-2008-0175 protokol nolu “ Bir üniversite Hastanesindeki klinik yönetim ortamının hemşirelerin iş doyum düzeylerine etkisinin belirlenmesi ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hacer DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

EK 9.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sayı : B.30.2.MAR.0.07.00.02/463

İstanbul 31.07/2008

Konu :

MARMARA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Fakültemiz Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Eylem Paşlı Gürdoğan'ın, Doç.Dr.Şule Ecevit Alpar Danışmanlığında "*Bir Üniversite Hastanesindeki Klinik Yönetişim Ortamının Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi*" başlıklı tez çalışmasını Hastanenizde gerçekleştirebilmesi için gerekli iznin verilmesini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Deniz SELİMEN
Dekan

Handwritten: Hemş. Hiz. Hiz. 08.08.2008

GELEN EVRAK	
TARİH	06.08.08
SAYI	
KODU	
KAYIT EDEN	2520-26

Marmara Üniversitesi
34865 Cevizli / Kartal İSTANBUL

0 (216) 399 93 71 - 84
0 (216) 399 62 42 (Faks)

shf@marmara.edu.tr
http://shf.marmara.edu.tr



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

15.08.2008

Sayı : B.30.2.MAR.0.70.10.00/3378
Konu :

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'na

İLGİ: 31/07/2008 tarih ve 463 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile sorulan, Fakülteniz Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisi Eylem Pashi GÜRDOĞAN'ın tez çalışmasını Hastanemizde gerçekleştirmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Doç.Dr. Hasan Fevzi BATIREL
Başhekim V.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Sayı : Hem. Hiz. Mhd. / 182
Konu :

15.08.08

MARMARA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi : 31.07.2008 tarih ve B.30.2.MAR.0.70.00.02/463 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora öğrenci Eylem Paslı' Gürdoğan'ın "Bir Üniversite Hastanesindeki Klinik Yönetişim Ortamının Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemiz kliniklerinde yapması müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Yrd.Doç.Dr. Gülfer BEKTAŞ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

EK 10: Gönüllü Bilgilendirme Formu

Sayın Meslektaşım,

Hemşirelik hizmetlerinin sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve sürekli bakımın kalitesinin geliştirilmesinde önemli bir yeri vardır. Sürekli gelişimi destekleyen bir klinik yönetim ortamı hemşirelerin iş doyumunu arttıracak, iş doyumunun artması ise sağlık bakım sisteminin etkinliğini yükseltecektir. Bu noktadan hareketle hazırlamış olduğumuz doktora tez çalışması kurumunuzdaki klinik yönetim ortamının hemşirelerin iş doyum düzeylerine etkisini belirlemek ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğini hemşirelik literatürüne kazandırmak amacı ile planlanmıştır. Tez çalışmasında uygulamada kullanacağım veri toplama formları bireysel ve mesleki özelliklerinizi içeren Hemşire Tanıtım Formu, Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği ve İş Doyum Ölçeğinden oluşmaktadır. Doğru ve samimi cevaplarınız ölçüsünde anlamlı ve geçerli olacaktır. Yanıtlar seçenekleri işaretleme ve boşlukları doldurma şeklinde olup her bölümün başında o bölümle ilgili açıklamalar bulunmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Değerli katkılarınız ve işbirliğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Arş.Gör. Eylem PASLI GÜRDOĞAN

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Esasları AD.
Doktora Öğrencisi

Prof.Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Esasları AD. Başkanı
Tez Danışmanı

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Eylem	Soyadı	PASLI GURDOGAN
Doğum Yeri	Edirne	Doğum Tarihi	11.07.1976
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	12347078406
E-mail	eylemgurdogan@trakya.edu.tr	Tel	0 284 213 30 42

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2005
Lisans	Marmara Üniversitesi	2002
Lise	Ankara Cebeci Atatürk Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Öğretim Görevlisi	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2009-
2. Araştırma Görevlisi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2008-2009
3. Araştırma Görevlisi	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2003-2008
4. Hemşire	Prof.Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1997-2003
5. Hemşire	Özel Acıbadem Hastanesi	1996-1997

Yabancı Dilleri		Okuduğunu Anlama*		Konuşma*			Yazma*	
İngilizce		İyi		Orta			Orta	
Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	57,5							

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı	Orta	Orta	Orta

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi
Excel	İyi
Powerpoint	İyi
SPSS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Tezler

Gürdoğan EP.: Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Sağlık Ekibi Üyelerinin Ekip Çalışmasını Algılayışları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kasım 2005, İstanbul.

Ulusal Yayınlar

- **Pash E.**, Ceylan D., Ertem F., Çınar Ç., Öztürk H., Ergün Y., Bahçecik N.: Bir Üniversite Hastanesindeki Hasta ve Yakınlarının Yönetici Hemşirelerden Beklentileri. Türk Hemşireler Dergisi, 56(1), 2004. (Araştırma makale)
- Kocaer Ü., Öztop T., Usta N., Gökçek D., Bahçecik N., Öztürk H., **Pash E.:** Hemşirelik Mesleğinde Erkek Üyelerin Yeri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7:2, Mayıs-Ağustos 2004. (Araştırma makale)
- Bahçecik N., Öztürk H., **Pash E.:** Hemşirelikte Aydınlatılmış Onam. SENDROM Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 16:3, Mart 2004. (Araştırma makale)
- Sayan İ., Tekbaş Ö.F., Göçgeldi E., **Pash E.**, Babayigit M.: Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sigara İçme Profilinin Belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi, Cilt:19, Sayı:1, Mart 2009. (Araştırma makale)
- Öztürk H., Bahçecik N., **Gürdoğan E.P.:** Hemşirelere Göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt:20, Sayı:1, s:17-25, Şubat 2012. (Araştırma makale)

Ulusal / Uluslararası Kongre Bildirileri

- **Pash E.**, Ceylan D., Ertem F., Tiryaki H., Çınar Ç.: Bir Üniversite Hastanesindeki Hasta ve Yakınlarının Yönetici Hemşirelerden Beklentileri. Danışmanlar: Öztürk H., Ergün Y., Bahçecik N., I.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Ankara, 12-14 Mayıs 2002 (Sözel Bildiri)
- Kocaer Ü., Öztop T., Usta N., Gökçek D.: Hemşirelik Mesleğinde Erkek Üyelerin Yeri. Danışmanlar: Bahçecik N., Öztürk H., **Pash E.**, II. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İzmir, 8-9 Mayıs 2003, (Poster).

- E. Ünalın, T. Demir, E. Erkin, N.Büyükyılmaz, F. Taşkın, P.Karaman, G.Altay : Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri, Danışmanlar: **E.Paslı**, H.Öztürk, N.Bahçecik, III.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Edirne, 29-30 Nisan 2004 (Sözel Bildiri).
- Öztürk H., Bahçecik N., **Paslı E.**:Yönetici Hemşirelerin Liderlik Özellikleri, Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), Queen's Park Otel Kemer/Antalya 22-26 Ekim 2008. (Sözel Bildiri)
- Karaoğlu M., Güney S., **Gürdoğan E.P.**ve Topçu S.Y. (2010). “Geleceğin Hemşire ve Ebelerinin Organ Bağışı ile İlgili Görüşleri ve Bilgi Düzeyleri” 9. Uluslararası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Fethiye, Muğla, 1-3 Nisan 2010. (Poster)
- Ergül G.D., Akarsu Ö., **Gürdoğan E.P.**ve Topçu S.Y. (2010). “Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyleri”, 9. Uluslararası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Fethiye, Muğla, 1-3 Nisan 2010. (Poster)
- Topçu, S.Y., **Gürdoğan E.P.**, Kurt S., “Mobbing Experiences and Dealing Strategies of Nurses”, 1st International Women and Health Congress, Sakarya, Turkey, June 3rd-5th 2010, 75-76.(Sözel Bildiri)
- **Gürdoğan E.P.**, Kurt S., Fındık Ü.Y.: “Onkoloji Hastalarında Oral Mukozit Riskinin Değerlendirilmesi” I. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Çeşme/İzmir, 21-23 Ekim 2010. (Poster)
- Tiryaki Şen H., Taşkın Yılmaz F., **Gürdoğan E.P.**: “Hemşirelik ve Yaratıcılık” I. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Çeşme/İzmir, 21-23 Ekim 2010. (Poster)
- **Gürdoğan E.P.**, Bahçecik N., Özçelik S.K., Dolu N., Altan N.: “Hastaların Sağlık Durumları İle İlgili Bilgi Alma Haklarının Değerlendirilmesi” *Uluslararası 2. Hasta Hakları Kongresi “Aydınlatılmış Onam”* Beldibi /Antalya, 3-6 Kasım 2010. (Sözel Bildiri)

- Özbay H.A., Badur Y., **Gürdoğan E.P.**: “Hemşirelik Öğrencilerinin Adli hemşirelik İle İlgili Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi” 10. Ulusal Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep, 28-30 Nisan 2011. (Poster)
- **Gürdoğan E.P.**, Yıldızeli Topçu S., Çetinkaya Uslusoy E., Aygün E.: “Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalara İlişkin Görüşleri” 13. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011. (Sözel bildiri)
- Yıldızeli Topçu S., **Gürdoğan E.P.**, Kurt S., Çetinkaya Uslusoy E.: “Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Klinik Uygulamadaki Stres Düzeyleri ve Stresle Başetme Durumları” 13. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011. (Sözel bildiri)
- Tiryaki Şen H., Taşkın Yılmaz F., Kaya F., **Gürdoğan E.P.**, Tiryaki N.: “Hizmet içi Enfeksiyon Kontrol ve Diyabet Eğitim Hemşirelerinin Duygusal Zeka ve Öz-Güven Düzeyleri” 13. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011. (Sözel bildiri)
- **Gürdoğan E.P.**, Yıldızeli Topçu S., Çetinkaya Uslusoy E., Tiryaki Şen H.: “Hemşirelik Öğrencilerinin Öz-Güven ve Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Değerlendirilmesi” 13. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011. (Poster)
- Çetinkaya Uslusoy E., **Gürdoğan E.P.**, Karabacak Ü.: “Öz-Güven İle Klinik Stres İlişkisi: Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Deneyimi” 13. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011. (Poster)
- **Gürdoğan E.P.**, Tiryaki Şen H., Yazıcı Z., Birbudak S., Yıldızeli Topçu S.: Bir Kamu Hastanesinde Görev Yapan sağlık Çalışanlarında Duygusal Emek ve İş doyumunun Değerlendirilmesi” 13. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011. (Poster)

- Ünsar S., **Gürdoğan E.P.:**“Hemşirelik Öğrencilerinin Fakültelerinden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi” 13. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, 19-21 Ekim 2011. (Poster)
- Aygün E., Uğur G., Oğuz D., **Gürdoğan E.P.:** "Hemşirelik Öğrencilerinin Ötenaziye İlişkin Görüşleri" 11. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bursa, 27-28 Nisan 2012. (Poster)
- Uğur G., Aygün E., Oğuz D., **Gürdoğan E.P.:** "Depremle Yaşamayı Öğrenmek" 11. Ulusal / Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Bursa, 27-28 Nisan 2012. (Poster)