



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARINDA KLİNİK
YÖNETİŞİM: İŞGÖREN PERFORMANSI ÜZERİNE ETKİSİ VE
İŞ TATMİNİNİN ARACILIK ROLÜ**

Doktora Tezi

Nuriye SARIAKÇALI

Sivas

Şubat 2024

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARINDA KLİNİK
YÖNETİŞİM: İŞGÖREN PERFORMANSI ÜZERİNE ETKİSİ VE
İŞ TATMİNİNİN ARACILIK ROLÜ**

Doktora Tezi

Nuriye SARIAKÇALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Enis Baha BİÇER

Sivas

Şubat 2024

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Doktora tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

.../.../....

Nuriye SARIAKÇALI

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, bilimsel birikimiyle katkılar sunan ve sonsuz destek veren saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Enis Baha BİÇER'e,

Tez izleme komitelerine katılarak çalışmama değerli katkılar sağlayan ve destek olan saygıdeğer kıymetli hocam Doç. Dr. Derya Fatma BİÇER'e ve saygıdeğer Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN'a ayrıca tez savunma sınavında değerli görüş ve önerileri ile katkılarda bulunan saygıdeğer Doç. Dr. Ahmet İLHAN, saygıdeğer Dr. Öğr. Üyesi Abdullah MISIRLIOğLU ve saygıdeğer Dr. Öğr. Üyesi Ferhat Onur AğAOğLU'na saygılarımı sunar teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen sevgili aileme, kıymetli eşim Barış Sariaalı'ya, onlara ayıramadığım zaman nedeniyle kendimi hep borçlu hissettiğim sevgili ocuklarım, Sezin, Öykü ve Ömer Ege'ye göstermiş oldukları sabırları için teşekkür ederim.

Bu yoğun zamanda kıymetli vakitlerini ayırıp anketimi dolduran tüm sağlık çalışanlarına ayrıca teőekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	xiii
TABLO LİSTESİ	xv
ŞEKİL LİSTESİ	xvii
ÖZET	xix
ABSTRACT	xxi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	5
1. SAĞLIKTA KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	5
1.1. Sağlık Kavramı	5
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	6
1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Gelişmesi	6
1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkileyen Faktörler	10
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Göstergeleri	12
1.6. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	13
1.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri	14
1.6.1.1. Müşteri Memnuniyeti (Hasta ve Çalışan Memnuniyeti) İlkesi	15
1.6.1.2. Katılımcılık İlkesi	17
1.6.1.3. Liderlik İlkesi	17
1.6.1.4. Kalite Düzeyinin Sürekli İyileştirilmesi İlkesi	19
1.6.1.5. Sıfır Hata İlkesi	20
1.6.1.6. Motivasyon İlkesi	21
1.7. Sağlık İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi'nin Uygulanması	22

1.7.1. Kalite Politikasının Belirlenmesi	23
1.7.2. Stratejik Planların Hazırlanması	23
1.7.3. Çalışanların Görev ve Sorumluluklarının Belirlenmesi.....	23
1.7.4. Kalite Organizasyon Yapısının Oluşturulması	24
1.7.5. Müşteri Tanımının Yapılması, İhtiyaç ve Beklentilerinin Belirlenmesi	24
1.7.6. Hizmet Türlerinin Belirlenmesi	25
1.7.7. Etkili İletişim Sisteminin Oluşturulması.....	25
1.7.8. Kalite Sağlama ve Değerlendirme Komitelerinin Kurulması.....	25
1.7.9.Çalışanların Eğitimi	26
1.7.10. Akreditasyon Standartlarının Oluşturulması.....	26
1.7.11. Gelişmiş İstatistikî Yöntemlerin Kullanılması.....	27
1.7.12. Kalite Performansının İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi	27
1.7.13. İç ve Dış Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi.....	28
1.7.14. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi.....	29
1.7.15. Kaliteli Hizmete Uygun Teknoloji, Tıbbi Cihaz Temini ve Kullanımının Sağlanması	30
1.7.16. Rakip Sağlık Kuruluşları İle Karşılaştırma Yapılması (Benchmarking)	30
1.7.17. Örgüt Kültürünün Yeniden Oluşturulması.....	32
1.7.18. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Ortadan Kaldırılması.....	33
2.BÖLÜM.....	35
2. KLİNİK YÖNETİŞİM –İŞGÖREN PERFORMANSI VE İŞ TATMİNİ	35
2.1. Yönetişim Kavramı	35

2.2. Yönetişim Tarihçesi	36
2.3. Yönetişim İlkeleri.....	37
2.4. Klinik Yönetişim	40
2.4.1. Klinik Yönetişimin Temel Bileşenleri.....	43
2.5. Klinik Yönetişim İklimi	46
2.6. Performans ve İşgören Performansı Kavramı	48
2.6.1. İşgören Performansının Değerlendirilmesi.....	49
2.6.2. İşgören Performansının Değerlendirilmesinin Amacı ve Önemi	49
2.6.3. İşgören Performansının Değerlendirilmesinin Kullanım Alanları.....	50
2.7. İş Tatmini Kavramı	51
2.7.1. İş Tatmini Etkileyen Faktörler.....	53
2.7.1.1. İş Tatmini Etkileyen Bireysel Faktörler	53
2.7.1.2. İş Tatmini Etkileyen Örgütsel ve Çevresel Faktörler	54
3. BÖLÜM.....	57
3. MATERYAL ve METOD	57
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	57
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı.....	58
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	58
3.4. Araştırmaya Kabul, Ret Kriterleri ve Sınırlıkları	59
3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler.....	59
3.6. Veri Toplama Araçları.....	62
3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Ölçekler.....	62
3.6.1.1. Klinik yönetim iklimi ölçeği.....	62
3.6.1.2. İşgören Performansı Ölçeği	64
3.6.1.3. İş Tatmini Ölçeği	64

3.7. Araştırmanın Etik Yönü	65
3.8. Veri Toplama Süreci.....	65
3.9. Verilerin Analizi	66
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	67
4. BULGULAR	67
4.1. Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı.....	67
4.2. Araştırma Grubunun Demografik ve Mesleki Özellikleri, İş Yaşamına, Çalıştığı Kuruma Göre Özellikleri.....	67
4.3. Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normal Dağılım Analizi Sonuçları	70
4.3.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	70
4.3.2. İş Tatmini Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	74
4.3.3. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	75
4.3.4. Ölçek ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	77
4.4. Araştırma Hipotezlerinin Testine İlişkin Yapısal Eşitlik Modellemesi Bulguları	77
4.4.1. Aracılı Yapısal Model.....	85
4.5. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Meslek Değişkenine Göre Farklılık Analiz Sonuçları	89
4.6. Ölçekler ve Alt Boyutların Çalışılan Kurum Değişkenine Göre Farklılık Sonuçları.....	91
4.7. Ölçekler ve Alt Boyutların Meslekteki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılık Sonuçları	93
4.8. Ölçekler ve Alt Boyutların Kalite Çalışmalarıyla ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Sonuçları	94

4.9. Ölçekler ve Alt Boyutların Klinik Yönetişim ile ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Sonuçları	95
SONUÇ VE TARTIŞMA.....	99
KAYNAKÇA	125
EKLER.....	149
EK 1. Anket Form	149
Ek 2. İzinler	156
ÖZ GEÇMİŞ.....	167

KISALTMALAR

<	: Küçüktür
>	: Büyüktür
\leq	: Eşit Küçük
\geq	: Eşit Büyük

ACSQHC : Australian Commision On Safety And Quality in Health Care (Avustralya Sağlık Hizmetleri)

AMOS : Analysis of Moment Structures

ANSW : Arthritis New South Walles

CEC : Commission of The European Communities (Avrupa Toplulukları Komisyonu)

DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

F : ANOVA test değeri

IOM : Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

İP : İşgören Performansı

İT : İş Tatmini

KY : Kilinik Yönetişim

KYİ : Klinik Yönetişim İklimi

M.Ö : Milattan Önce

Max : Maximum değer

MBC : Meslektaşlarla Birlikte Çalışma

Min : Minimum değer

NHS : National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)

OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)
OO	: Örgütsel Öğrenme
ORY	: Önleyici Risk Yönetimi
p	: Anlamlılık düzeyi
PEKG	: Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı
RMSEA	: Ana Kütle Yaklaşım Uyum Değeri
SCO	: Suç ve Ceza Ortamı
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SRA	: Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı
ss	: Standart Sapma
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
Vb	: ve benzeri
Vd	: ve diğerleri
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite- Tarihsel Yaklaşımlar	8
Tablo 2. Sürdürülebilirliği Kalite İyileştirmeye Dönüştürmek ve Amaçlanan Faydalar.....	20
Tablo 3. Veri Toplamada Kullanılan Ölçekler	62
Tablo 4. Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Alt Boyutları	63
Tablo 5. İşgören Performansı Ölçeği.....	64
Tablo 6. İş Tatmini Ölçeği	65
Tablo 7. Araştırma Grubunun Demografik ve Mesleki Özellikleri, İş Yaşamına, Çalıştığı Kuruma Göre Özellikleri.....	68
Tablo 8. Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normal Dağılım	70
Tablo 9. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları	71
Tablo 10. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Regresyon Katsayıları.....	72
Tablo 11. İş Tatmini Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları	74
Tablo 12. İş Tatmini Ölçeğine Ait Regresyon Katsayıları Tablosu	75
Tablo 13. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları	76
Tablo 14. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Regresyon Katsayıları Tablosu	76
Tablo 15. Ölçek ve Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	77
Tablo 16. Model 1 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri.....	80
Tablo 17. Alt Hipotezler İçin Kurulan Modelin Parametre Değerleri.....	81
Tablo 18. Model 2 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri.....	82
Tablo 19. Alt Hipotezler İçin Kurulan Modelin Parametre Değerleri.....	84
Tablo 20. Model 3 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri.....	84
Tablo 21. Model 4 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri.....	87

Tablo 22. Yapısal Model Analiz Sonuçları	88
Tablo 23. Ölçekler ve Alt Boyutların Meslek Değişkenine Göre Farklılık Analizi (ANOVA).....	90
Tablo 24. Ölçekler ve Alt Boyutların Çalışılan Kurum Değişkenine Göre Farklılık Analizi (ANOVA).....	91
Tablo 25. Ölçekler ve Alt Boyutların Meslekteki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılık Analizi (ANOVA).....	93
Tablo 26. Ölçekler ve Alt Boyutların Kalite Çalışmalarıyla ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Analizi (bağımsız örneklem t-testi).....	94
Tablo 27. Ölçekler ve Alt Boyutların Klinik Yönetişim ile ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Analizi (bağımsız örneklem t-testi).....	95
Tablo 28. Ölçek ve Alt Boyutların Güvenilirlik Analizleri.....	97

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil.1. Klinik Yönetişimin Kavramsal Haritası	43
Şekil.2. Klinik Yönetişim Çerçevesi.....	46
Şekil 3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Yol Diyagramı	734
Şekil 4. İş Tatmini Ölçeğine Ait Yol Diyagramı	75
Şekil 5. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Yol Diyagramı	76
Şekil 6. Model 1 Yol Diyagramı.....	801
Şekil 7. Model 2 Yol Diyagramı.....	83
Şekil 8. Model 3 Yol Diyagramı.....	856

ÖZET

Günümüzde artan rekabet koşulları, artan maliyetler, beklentilerin yükselmesi, teknolojinin hızla her alanda yaygınlaşması, mükemmelle ulaşma, en iyi mal ve hizmeti alma ve sunma arzusu gibi faktörler, kalitenin daha fazla önem kazanmasına neden olmuştur. Özellikle sağlık hizmetlerinde bu kavramlar daha fazla önem kazanmıştır. Değişen ve gelişen dünyamızda klasik yaklaşımlar yerini farklı uygulamalara bırakmıştır. Profesyonel bir ekibin en iyi uyumu sağlayarak etkin, verimli, etkili, sıfır hatayı hedefleyerek sundukları sağlık hizmetinde yapılacak her işin doğru bir şekilde sınıflandırılması, tanımlanması ve uygulanması hasta güvenliği ve hizmet kalitesi açısından büyük önem arz etmektedir. Öyle ki bu hizmet sunumunda ekip içerisinde yer alan her bir sağlık çalışanının görevini en iyi şekilde uygulaması, motive ve doyuma ulaşmış şekilde yer alması iyi hizmet çıktılarını alabilmek için önemlidir. Etkin ve verimli şekilde uygulanan klinik yönetim ile ekip içerisinde yer alan sağlık çalışanları, gerekli eğitimleri almış, görev tanımları doğru bir şekilde belirlenmiş ve alınan kararlarda söz sahibi ve katılımcı olarak yer alacak ve bunların sonucunda da iş tatminine ulaşmış, işgören performansının artmış olması beklenmektedir. Klinik yönetiminin gelişmesi bu alanda ilerlemeler sağlanması, iyileştirilmiş sağlık hizmeti kalitesi ve hasta güvenliği açısından önemlidir. Kurumsal bir temel olan klinik yönetimin hastalara yansıyan etkilerinin yanı sıra, sağlık politika yapıcıları, yöneticiler ve sağlık profesyonelleri açısından da etkileri bulunmaktadır. Sistemin başarılı bir şekilde işleyebilmesi için klinik yönetiminin gelişiminin ölçülmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Sürdürülebilir rekabet gücünün oluşturulmasında, kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda en kritik ve önemli başarı faktörlerinden bir tanesi işgören performansının artırılmasıdır. Bu çalışma ile klinik yönetim ikliminin değerlendirmesi yapılarak, sağlık çalışanlarının işgören performanslarına etkisi ve bunda iş tatmininin aracılık rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Sivas ilinde sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan 786 (Hekim-Hemşire-Ebe-Sağlık Teknisyeni/Teknikeri) kişi ile yüz yüze ve çevrim içi ortamda anket uygulanmıştır. Anket çalışması ile elde edilen veriler SPSS 26.0 ve IBM AMOS 24 paket programları kullanılarak analiz ve test edilmiş olup, araştırma hipotezlerini test etmek için yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır.

“Klinik Yönetişim İkliminin”, “işgören performansına” etkisi olduğu ve bunda iş tatmininin aracılık rolü olduğu yapısal eşitlik modeli ile yapılan yol analizleri ile tespit edilerek klinik yönetim ikliminin önemi vurgulanmış ve sağlık politika yapıcıları ve yöneticilerine önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Kalite Yönetimi, Klinik Yönetişim İklimi, İşgören Performansı, İş Tatmini

ABSTRACT

Today, factors such as increasing competition conditions, increasing costs, rising expectations, rapid spread of technology in every field, the desire to achieve perfection and to receive and offer the best goods and services have caused quality to gain more importance. In our changing and developing world, classical approaches have been replaced by different applications. The correct classification, definition and implementation of each work to be done in the health service provided by a professional team by providing the best harmony and aiming for effective, efficient, effective, zero error is of great importance in terms of patient safety and service quality. In this service delivery, it is important for each healthcare worker in the team to perform their duties in the best possible way and to be motivated and satisfied in order to obtain good service outcomes. With clinical governance implemented effectively and efficiently, healthcare professionals within the team will have received the necessary training, their job descriptions will be determined correctly, and they will take part as a participant and participant in the decisions taken, and as a result of these, it is expected that they will have reached job satisfaction and increased labour performance. The development of clinical governance is important for advances in this field, improved healthcare quality and patient safety. Clinical governance, which is an institutional basis, has effects on health policy makers, administrators and health professionals as well as its effects on patients. In order for the system to function successfully, the development of clinical governance needs to be measured and monitored. One of the most critical and important success factors in the creation of sustainable competitiveness and provision of quality health services is to increase labour performance. With this study, it is aimed to determine the effect of clinical governance climate on the performance of health professionals and the mediating role of job satisfaction in this. For this purpose, a face-to-face and online survey was applied to 786 health professionals (Physician-Nurse-Midwife-Health Technician/Technician) working in the health services class in Sivas province. The data obtained from the survey were analysed and tested using SPSS 26.0 and IBM AMOS 24 package programs, and structural equation modelling was used to test the research hypotheses. The importance of clinical governance climate was emphasised

and recommendations were made to health policy makers and managers by determining that clinical governance climate has an effect on employee performance and job satisfaction has a mediating role in this.

Keywords: Quality Management in Health, Clinical Governance Climate, Employee Performance, Job Satisfaction

GİRİŞ

Küreselleşmenin etkisiyle değişen günümüz yönetim anlayışı, yerini yetki ve sorumluluğun, merkezi yönetimden, kısmen daha yerel yönetimlere bırakıldığı, etkinliğin artırılması için karar alma yetkisinin alt kademe yöneticilere devredildiği, çalışanların karar alma süreçlerine daha fazla dahil edildiği, daha esnek bir yapı ve şeffaflığın öne çıktığı yönetim anlayışına bırakmıştır (Çukurçayır, Sipahi 2003: 35). Bu yeni yönetim anlayışı “Yönetişim” olarak adlandırılmaktadır. Yönetim ve iletişim kavramlarının birleşiminde oluşan Yönetişim (Governance) kavramı, açık, şeffaf ve iletişimin önemli olduğu bir yönetim şeklidir (Koçel 2014). Farklı bir tanımlamayla da yöneticilerin çalışanlarını sürekli kontrol ederek denetlemesinden ziyade, çalışanların ve yöneticilerin birlikte kararlar aldıkları, çalışanların, kendilerini yönlendirerek, yaptıkları işleri kontrol etmeleri, sevmeleri ve işlerine severek, keyif alarak bağlı oldukları karşılıklı yönetimin gerçekleştiği modern bir uygulamadır (Ünal 2012).

Yönetişim olarak adlandırılan bu yönetim tarzı birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da hem sağlık hizmetlerinin sunumunda hem de sağlık kurumlarının iç işleyişlerinde arz ettiği önem nedeniyle incelenmiştir. Sağlık hizmetleri, alanında uzman farklı birçok meslek çalışanın bir arada profesyonel bir uyum içerisinde hareket etmesini gerektirmektedir. Bu yönetim yaklaşımı özellikle teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, profesyonel ekip çalışmasının önem arz ettiği hastanelerde zorunluluk haline almıştır. Sağlık alanında gündeme gelen bu yönetim anlayışı, birim bazında da uygulama alanı bulmuş ve “Klinik Yönetişim (Clinical Governance)” kavramı ortaya çıkmıştır (Freeman 2003: 235). Klinik yönetişim, yüksek hasta bakım standartlarını koruma ve iyileştirmeye yardım eden tüm faaliyetler için kullanılan bir semsiye kavram olarak gösterilmektedir (Freeman 2003). Klinik Yönetişimin (KY) amacı, hastayı etkileyen tüm faaliyetlerin tek bir stratejide bütünleştirilmesi yoluyla sağlık hizmetlerinde kalitenin aranmasıdır. Kompleks bir yapıya sahip olan sağlık kuruluşlarında, organizasyonel yapı ve süreçler, bunların yönetimi, sağlık hizmetlerinde sunulacak hizmetlerin iyileştirilmesi bakımından, giderek daha önemli hale gelmiştir. Hasta güvenliği, bakım kalitesi ve çalışan güvenliği için büyük önem

arz eden klinik bakımın sağlanmasında, klinik yönetim, sağlık hizmet sunumu için bir arada olan ekip çalışmasını, iş birliğini, klinik ilişkileri koordine ederek kaliteyi geliştirecek uygulamalarda bulunur (Som 2004: 88; McSherry vd., 2008: 62).

Klinik yönetişimin gelişmesinde temel itici güç, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve kalitesi hususunda artan kamu endişesi olmuştur (Wright vd., 1999: 457; Roland vd., 2001: 15). Klinik yönetim, sağlık hizmeti kalitesini ve hasta güvenliğini iyileştirme çabalarını desteklemek için temel politika ve kurumsal bir temeldir (Sally, Donaldson 1998: 61-65). Klinik yönetim, sağlık hizmetlerinde güvenliği ve kaliteyi artırmaktadır (Karassavidou vd., 2011; Campbell vd., 2001).

Sağlık organizasyonlarında klinik yönetişimin değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Öyle ki objektif olarak gerekli ölçümleri yapılan ve değerlendirilebilen klinik yönetim seviyesi arttıkça, sağlık hizmetlerinde kalite ve mükemmeliyette yükselme görülmektedir. Aynı zamanda klinik yönetişimin ölçülerek değerlendirilmesi, örgütsel olarak yapılan çalışmaların, nerelerde yoğunlaşması gerektiğine ve etkilerinin değerlendirilmesine katkı sunacaktır (Gürdoğan, Ecevit 2016: 640). Hasta bakım kalitesi ve güvenliği için önemli olan klinik yönetim aynı zamanda organizasyonun ve personelin bakım kalitesini iyileştirmesine de yardımcı olan bir araçtır. Bu organizasyon içerisinde yer alan sağlık çalışanlarının da iyi yönetilmeleri, iyi eğitim almaları, koordinasyonlarının iyi yapılması yani yönetişimi her yönüyle iyi bilmeleri önemlidir. Tüm bu uygulamaları aktif hale getirecek klinik yönetişimin özünü anlayan, klinik yönetim faaliyetlerine katılımı artıran sürekli iyileştirme için gerekli planlamalarını yapan insan kaynakları yaklaşımı gereklidir (Som 2007: 294; Sally, Donaldson 1998: 61).

İnsan kaynaklarının etkili ve verimli yönetilmesinin sağlık hizmet kalitesini artıracığı yönünde yaygın görüşler vardır. İngiltere’de yapılan deneysel bir çalışmada, 52 hastaneden oluşan bir örnekleme, insan kaynaklarının yönetimi, performans ve hasta bakımı etkinliği arasındaki potansiyel etki incelendiğinde, insan kaynakları yönetimi uygulamalarının kullanımı ne kadar yüksek ise hasta bakım kalitesinin de o kadar yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma koşulları ile ilgili karar verme süreçlerine çalışanların dâhil edilmesi, iş güvencesinin sağlanması, ekip

tabanlı organizasyonların desteklenmesinin sağlık hizmetlerinde performansın olumlu yönde etkilediği görülmüştür (West vd., 2006).

İş tatmini, “bireyin yapmış olduğu işi değerlendirmesi sonucunda hoşuna giden veya olumlu olarak gördüğü duygusal durumdur” (Locke 1976: 1304). Bireyin yapmış olduğu işin beklentilerine, isteklerine, değerlerine uygun olması ve bundan memnuniyet duyması iş tatminini getirmektedir (Aziri 2011: 78). Modern yönetim anlayışının en önemli faktörlerinden olan iş tatmininin, yönetsel ve davranışsal sonuçları bulunmaktadır (Kök 2006: 296). İş tatmininin çalışan, yönetici ve içerisinde bulunduğu örgüte olumlu katkıları bulunmaktadır. İş tatmininin olmadığı durumlarda ise, işe bağlılıkta zayıflık ve örgüt içinde olumsuzluklar söz konusu olmaktadır (Pelit 2014: 75).

İş tatminsizliğinin sonucunda çalışan bireylerde, performans düşüklüğü, yaptığı işi benimsememe, işe devam oranında azalma, işten ayrılma gibi olumsuz durumlar oluşmaktadır (Toplu 1998: 32). Ortaya çıkan bu durumlar, dolaylı olarak hem yöneticileri hem de örgütü olumsuz olarak etkilemektedir. Örgüt içerisindeki pozitif klinik yönetim iklimi algısı, sağlık kuruluşlarının performansı ve verimliliği üzerinde olumlu bir etki oluşmasını sağlar (Siu 2002: 226).

Literatürde iş tatminini etkileyen faktörler, örgütsel ve kişisel olarak iki grupta sınıflandırılmıştır. Kişisel faktörler, yaş, zekâ, cinsiyet, bireysel özellikler, eğitim düzeyi, yetenek olarak sayılabilirken, örgütsel faktörler, yönetim tarzı, çalışma koşulları, ücret, terfi imkânları, işin niteliği, çalışma arkadaşları şeklinde gösterilmektedir. Bireyin içsel iş tatminine, iş arkadaşları ile yaşadıkları iletişim, ast- üst ilişkileri, işin kendisi ve sorumluluk sayılmaktadır. Dışsal iş tatminine ise ücret, ödemeler, terfiler örnek olarak gösterilebilmektedir (Dikili, Bayraktaroğlu 2013: 211).

Klinik yönetim sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunmada kilit bir rol oynamaktadır (Som 2009: 99; Gauld, Horsburgh 2020: 183). Klinik yönetimin uygulanmasında, doğru bir örgüt kültürüne ulaşma, önemli bir faktör olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri sunum kültürünü değiştirerek tıbbi uygulamalarda ve sağlık hizmetleri yönetiminde, kalite geliştirmeyi rutin hale getirebilmek, klinik yönetimde ulaşılmak istenilen en önemli amaçtır. İstenilen

hedeflere ulaşmada, amaçlanan tüm değerlerin sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi, içselleştirilmesi uygun bir klinik yönetim iklimi oluşturmak için gereklidir (Bahrami vd., 2014).

Klinik yönetim ikliminin değerlendirilmesi, gerekli ölçümlerin yapılması, örgütsel gelişmeye yönelik çabalarının nerede yoğunlaşması gerektiğine ve aynı zamanda süreçlere yönelik karar vermede yapılan hareketlerin etkisinin değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır (Freeman 2003: 249). Örgüt içerisinde yer alan bireylerin birbirleriyle olan iletişimleri, çalışma alanlarındaki profesyonel uyumlarının ve bunların sonuçlarının iş tatmin düzeylerini ve iş performanslarını etkileyeceği öngörülmektedir. Hedeflenen amaçlara ulaşmak için çalışanların kabiliyeti ve motivasyonu gösterdiği davranış ve sonuçları bireysel performansı gösterirken, elde edilecek kârlar, finansal sonuçlar, müşteri memnuniyeti, verimlilik, kalite ve yönetsel sonuçlarda örgütsel performansı göstermektedir (Šikýř 2013: 43-44). Bütün kurumlarda olduğu gibi sağlık kurumlarında da bireysel performansın ölçülmesinin, çalışanların kendilerine sağladığı yararların yanında kurumlarına da sağladığı birçok faydaları vardır. Kurum açısından incelendiğinde, çalışanların motivasyonlarının değerlendirilerek, bu alana yönelik gerekli planlama ve düzenlemelerin yapılması, birim bazlı performansların iyileştirilmesi, verimliliğin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması, çalışanlara yapılacak ödemelerde eşit ve adil olunmasına yönelik çalışma ve planlamaların yapılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi bu yararları örnek olarak gösterilebilir (Aydın, Demir 2007: 5).

Bu çalışmanın amacı sağlıkta kalitede, klinik yönetimin önemini vurgulamak ve sağlık çalışanlarının klinik yönetim ikliminin değerlendirmesinin yapılarak işgören performansları üzerine etkisinin belirlenmesi ve bunda iş tatmininin aracılık rolünün tespit edilmesidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIKTA KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, hastalık halinin olmayışı şeklinde algılanmakta ve bu şekilde tanımlanmaktadır. Bu tanımlama ise hastalık kavramını ön plana çıkarmaktadır. Günümüzde öne çıkan ve kabul görmüş olan sağlık tanımını, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ 1948) yapmıştır. Bu tanımlamaya göre, sağlık; "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik" halinde bulunmadır (Kelley 2008: 184). Yapılan bu tanımlamada, bedensel ve ruhsal iyilik durumundan daha fazla sosyal iyilik durumuna vurgu yapılmaktadır. DSÖ'nün tanımında vurgulanan nokta, sağlığın sosyal bakımdan iyilik hali olarak da ifade etmesidir. Sağlık, hastalık, sakatlık gibi fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra, ruhsal ve toplumsal olarak rahatsızlıkların da bulunmamasını gerektirir.

Sağlığın tanımlanmasına yönelik çok paydaşlı yapılan bir çalışmada bu tanımlanmanın güncellenmesi gerektiği vurgulanmıştır. 21. Yüzyılda çevre bilimcilerin dünya sağlığına yönelik yaptıkları tanımlama formülasyonunda uyum sağlama ve kendini yönetme yeteneğine vurgu yapılmıştır. İnsan sağlığını tanımlamada ölçülebilen özellikler ve boyutlar gibi bir dizi dinamikle diğer paydaşların eklenerek kavramlaştırılması gerektiği bildirilmiştir (Huber vd., 2011: 1-3).

Sağlık, sağlık hizmetleri sistemi tarafından üretilen bir ürün değil, sağlık uzmanları tarafından birbirleriyle ve kendilerinin ve ailelerinin sağlığını iyileştirmek veya sürdürmek için yardım arayan kişilerle birlikte oluşturulan bir hizmettir (Batalden vd., 2016: 515).

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri kavramını, sağlık sektörü paydaşları ile insan sağlığının korunması, iyileştirilmesi, rehabilite edilmesi, geliştirilmesi için gerçekleştirilen uygulamaların bütününe kapsayan hizmetler olarak özetleyebiliriz (Tengilimoğlu vd., 2021: 72; Akar, Özalp 2002: 190; Kavuncubaşı 2000: 34).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran belirli özellikler vardır. Sağlık hizmetlerinde çıktıyı tanımlamak ve bu çıktıyı değerlendirmek oldukça zordur, depolanamaz, stoklanma imkânı yoktur, soyuttur, elle tutulamaz, emek yoğunudur. Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, bireyden bireye sonuçlarının farklılık göstermesi, hızlı olmayı ve sürekliliği gerektirmesi, genel olarak ertelenememesi, hataların telafisinin çoğunlukla mümkün olamaması, branşlaşmanın yüksek seviyede olması, iş birliğinin ve birlikte uyum içinde çalışmanın sonuçlarının önemli olması sayılabilmektedir (Yerebakan 2000: 46- 48; Kavuncubaşı 2013: 40).

Sağlık hizmetlerine yönelik farklı tanımlar bulunmaktadır. Sağlık hizmeti kalitesini “bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarının olasılığını artırma ve mevcut mesleki bilgilerle tutarlı olma derecesi”; "mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek için doğru zamanda, doğru hasta için doğru şeyleri doğru zamanda yapmak" gibi tanımlamalar yapılmasına rağmen sağlık sistemlerinde bu tanımlamalar sağlık kuruluşunun disiplin, misyon, strateji ve bakış açılarına bağlı olarak değişen stratejik seçimler yapma süreci olarak sağlık hizmeti kalitesinin bir tanımının oluşmasını sağlamıştır. Sağlık hizmetinin her yönü için geçerli olmakla birlikte, bu tanımlar, ilgili kuruluşun veya disiplinin bakış açılarına ve misyonuna göre değişir. Sağlık hizmeti kalitesi, mükemmellik kültürüne yansıyan ve optimum veya istenen sonuca ulaşılmasıyla sonuçlanan etkili ve güvenli bakımın sağlanmasıdır şeklinde tanımlanabilir (Duck- Allen vd., 2017: 377-386)

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramının Gelişmesi

Sağlık hizmetlerinde kalite tıbbi uygulama kayıtlarının tutulması ile başlamış ve tarihi çok eskilere kadar dayanmaktadır. Paris Louvre müzesinde yer alan Babil Kralı Hammurabi'ye ait olan bir yazıt da “ Hekim, gözünde apse olan bir hastayı

tedavi ederse 10 sikke, fakat hasta köleyse 2 sikke alır. Eğer apse açılırken neştere bağlı olarak hasta görme yeteneğini kaybederse hekimin eli kesilir.” Söylemi tıbbi bakım hususunda beklenti ve yaptırımların M.Ö 2000 yıllarına dayandığını belgelemektedir (Juran 1998: 326). Kırım Savaşı'nda hastaneye kabul ve ölüm oranı arasındaki (pozitif) ilişkiyi ve bunu takiben, standartlaştırılmış bir hastalık sınıflandırma sistemi geliştirme ve ölüm oranlarını sistematik olarak izleme çabalarını gösteren sağlık hizmet kalitesinin metodolojik, kanıta dayalı değerlendirmesi, Florence Nightingale'in öncülük yaptığı çalışmalarına dayanmaktadır (Maxwell 1984: 1470). Fakat bilim insanları ve klinisyenlerin tıbbi bakım ve uygulamalardaki eksiklikler, oluşan zararlar, etkisi olmayan tıbbi işleyişleri sistematik olarak ölçmesi yirminci yüzyılın ikinci yarısında başlamıştır (Berwick 2008: 1182-1184).

1965 ve 1990 yılları arasında sağlık alanında yüksek teknolojinin kullanım alanlarındaki yaygınlık, gelirin artmasına paralel sağlık alanındaki giderlerdeki artışlar, maliyeti denetlemeyi gerektirmiş ve bunların sonucunda Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) bazı organizasyonlar oluşmaya başlamıştır. Özellikle 1990'lı yıllarda sağlıkta toplam kalite yönetimine geliştirilen uygulamalar, gelişmiş teknoloji ve yaygın kullanımıyla birlikte, sağlık giderlerindeki artış ile birlikte paralel gelişen maliyetlerdeki artışlar Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) oluşan bazı organizasyonların diğer ülkelerde oluşmasına öncülük etmiştir. Tıp alanındaki gelişmelerin artması, mesleki örgütlenmelerin ve standartların geliştirilmesi, toplumun bilinç düzeyinin artması, sağlık alanındaki hizmetin artması ve hukuki düzenlemeler, sağlık kurumlarını kalite boyutu ile daha yakından incelemeye yönlendirmiştir (Al-Assaf, Akkün 2016).

Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları üç aşamalı olarak Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite- Tarihsel Yaklaşımlar

Kurallar	Bilimsel Yaklaşım	Yönetim Bilimi Odaklı
Hammurabi (2100 M.Ö) 3. yüzyıl (M.Ö)	Hipokrat Kontrollü klinik araştırmalar (1840' lar)	Endüstriyel Devrim (1800) Taylor'un bilimsel yönetim modeli (1900)
Kanunlar	Nightingale (19.Yüzyılın ikinci yarısı) Osler (19-20. yüzyıl) Codman	
Devlet Kurulları	(20. Yüzyıl başları) Amerika Cerrahi Derneği Hastaneler Standartizasyonu (1917)	Shewart (1920'ler)
Kurallar yaklaşımının bilimsel yaklaşımı etkileme dönemi	Morbidite/ Mortalite Klinik- patolojik konferanslar	4 Sigma- Amerika Endüstri Sektörü 1940'lar
Hastanelerin Akreditasyonu üzerine Ortak Komisyon- JCAH: 1950-1980'ler	Avedis Donobedian (1970)	Deming,Juran,Japonya çalışmaları(1930'lar-1980'ler) 6 Sigmaya ulaşım
JCA-Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyon üzerine Ortak Komisyon (1980'ler ve sonrası)	Çıktılar, Hastalık Yönetimi (1980-1990'lar)	Toplam kalite (1980'ler- 1990'lar) (Baldrige-ISO 9000)
JCAHO/PRO/NCQA (1990 ve sonrası)		Öğrenen organizasyonlar -insan faktörü (1990'lar)
Raporların kartları HEDIS/oryx/etc.		Komplex oluşumlar teorisi- 2000'ler

Kaynak: (Merry, Crago 2001)

Sağlık hizmetlerinde, Avedis Donabedian kalite anlayışını şekillendiren bir lider olarak, yüksek kaliteli hizmeti “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesine yönelik gerekli hesapların yapıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin en kapsamlı ölçüsünün yapılmasını ve bunu en üst düzeye çıkarılmasını sağlayan hizmet” şeklinde ifade etmekte ve sağlık hizmetlerinde kalitenin özelliklerinin ise; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyet içermesi gerektiğini vurgulamaktadır. Maxwell, kalitenin 6 boyutundan bahsetmiş ve bunların, etkililik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişilebilirlik, hakkaniyet ve uygunluk olduğunu ifade etmiştir. 1990'da ABD'de Tıp Enstitüsü tarafından sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik yapılan ve kabul gören tanım “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık

sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi”dir şeklinde olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü 2001 yılında kalitenin 6 boyutu olduğunu ve bunların da; Güvenlik, etkililik, hasta merkezlilik, zamanında, verimlilik ve adalet olduğunu açıklamışlardır (Kaya 2013: 26).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarının zorunlu hale gelmesi ise 1980’li yıllardan hemen sonra 1990’lı yıllarda, özel sağlık kurumlarının sağlık sektörüne dahil edilmesi ve kamuya bağlı sağlık sektöründe ve özel sağlık sektöründe harcamaların artması ve bu alanda yeterli verimin alınamaması sonucunda olmuştur. 2000’li yıllara gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı tarafından tüm sağlık kuruluşlarını kapsayacak şekilde kalite çalışmalarını içeren program ve politikalara geçiş yapılmıştır (Turan, Bozaykut-Bük 2016: 479) .

1998 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Şubenin amacı; Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmelere paralel olarak hizmetlerin belirli şekilde standardize edilmesi ve TKY felsefesinin Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına, profesyonel şekilde yaklaşımını sağlayarak kurumsal olarak değişim sağlamaktır (Doğan, Kaya 2006: 67).

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarında Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Yönetimi Sistemi ile ilgili çalışmaların organizasyon, düzenleme ve bağlantıları gerçekleştirmek üzere bir müsteşar yardımcısı önderliğinde, birim yetkililerinin başkanlığında, tüm birim amirlerinin iştirak etmesiyle 12.01.2004 yılında Kalite Konseyi kurulmuştur. Kalite Konseyinin öncelikli görevi, kalite ile ilgili bilgilendirmeler ve çalışmaları planlama, yürütme ve yönetme yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri olan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur. 2007 yılının Kasım ayından

tarihinden itibaren Müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini devam ettirmiş devamında da bu isimle ve görevle 2009 yılının Eylül ayından sonra da Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü kapsamında hizmetlerini devam ettirmiştir (kalite.saglik.gov.tr. 24.04.2012).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden sonra Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı birimi kapatılmıştır. Daha sonra Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur (kalite.saglik.gov.tr. 24.04.2012). 2019 yılında ise Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığına dönüşmüştür.

1.4. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkileyen Faktörler

Donabedian (1966, 1980, 1992), sağlık hizmeti kalitesini yönetmenin iki temel alanını, yani teknik ve kişilerarası süreçleri birbirinden ayırmıştır. Bu çerçeveye göre teknik bakım, tıp bilimi ve teknolojisinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade ederken, kişilerarası bakım, hizmet sağlayıcı ve tüketici arasında meydana gelen etkileşimin yönetimini temsil etmektedir. Bu kavramsallaştırma içinde üçüncü bir unsur olan bakım olanakları da sağlık hizmetlerinin kalitesine katkıda bulunur. Bakım olanakları, bakımın sağlandığı çevrenin samimi özelliklerini tanımlar. Brook ve Williams (1975), Donabedian (1966, 1980, 1992), önerilen benzer bir kavramsallaştırma ileri sürmüşlerdir; burada teknik bakım, teşhis ve tedavi süreçlerinin ne kadar iyi uygulandığını yansıtmaktadır ve interaktif bakım, hizmet sağlayıcı arasındaki etkileşimli davranışla ilgilidir (Dagger vd., 2007: 125). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin tanımı, bireylerin ve toplumların sağlığının yükseltilmesi için istenen sağlık sonuç düzeylerinin gerçekleşme olasılığını yükseltme derecesidir. Evrensel sağlık sigortası ve kanıta dayalı mesleki bilgi kritik öneme sahiptir. Her ülke herkes için sağlığa ulaşmayı hedeflerken, bakım ve sağlık hizmetlerinin kalitesini özenli bir şekilde ele almak mecburiyetindedir. Kaliteli sağlık hizmetleri birçok şekilde

tanımlanabilmektedir, fakat kaliteli sağlık hizmetlerinin belirli özelliklere sahip olması gerektiği yönünde onaylanmış kavramlar vardır (WHO) Bunlar:

- Etkili; ihtiyacı olanlara kanıta dayalı olarak sağlık hizmetleri sağlamak;
- Güvenli; bakımın amaçlandığı kişilere zarar vermekten kaçınmak;
- İnsan merkezli; bireysel tercihlere, ihtiyaçlara ve değerlere cevap veren bakım sağlamaktır.

Kaliteli sağlık hizmetinin faydalarının farkına varmak için sağlık hizmetlerinin:

- Zamanında; bekleme sürelerinin ve bazen olumsuz olabilecek gecikmelerin azaltılması
- Eşitlikçi; cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyo-ekonomik durum nedeniyle kalitesi değişmeyen bakım sağlanması
- Entegre; tüm sağlık hizmetlerini yaşam süresi boyunca kullanılabilir kılan bakım sağlanması
- Verimli; mevcut kaynakların faydasını en üst düzeye çıkarması ve israfi önlemesi gereklidir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen faktörler; Hastayla ilgili faktörler (Hastaya ait sosyo-demografik değişkenler, Hasta işbirliği, Hastalığının türü). Sağlayıcıyla ilgili faktörler (Sağlayıcıya ait sosyo-demografik değişkenler, Sağlayıcının yetkinliği, Sağlayıcının motivasyonu ve memnuniyeti). Çevresel faktörler (Sağlık sistemi, Kaynaklar ve tesisler, Liderlik ve yönetim, İşbirliği ve ortaklık geliştirme) olarak sınıflandırılabilir (Mosadeghrad 2014: 80).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen faktörler Donebedian'ın sağlık hizmetlerini etkileyen yedi temel başlığı altında toplanmıştır (Öztürk, Gök 2021: 155-156). Bunlar:

- 1- Etkenlik: Sağlık hizmet sunucularının, en iyi sonucu elde etmek için elindeki tüm imkânları en iyi şekilde sunması ve maksimum fayda sağlamasıdır.
- 2- Etkililik: Sunulan sağlık hizmeti sonucunda beklenenden ziyade gerçekleşen ya da gerçekleştirilen somut gelişme değerlendirilerek ölçüm yapılmasını esas alır.
- 3- Verimlilik: Sağlık hizmetinde verimlilik doğru hasta için en etkin tedavi yolunun belirlenerek uygulanması ve iyileştirme süreçlerinin

gerçekleştirilmesidir. Bu şekilde tedavi sürecinde uygulamalar en kısa sürede gerçekleşmiş olacak ve gereksiz maliyetlerden kaçınılmış olacaktır.

- 4- Optimal olma: Sağlık hizmetlerinde optimallik sunulan hizmetten dolayı oluşan maliyetler arasındaki pozitif yöndeki dengedir.
- 5- Kabul Edilebilirlik: Sağlık hizmetlerinde kabul edilebilirlik için, hizmet alan bireylerin kendilerinin ve ailelerinin beklentilerini, karşılıyor olabilmesi gelmektedir. Bireylerin aldıkları hizmetin güven duyulur, rahatlatıcı ve memnuniyet düzeyini artırıcı olması önemlidir.
- 6- Yasallık: Verilen sağlık hizmetin toplum kurallarına uygun olması ve bunlarla örtüşmesi gereklidir.
- 7- Eşitlik: Sağlık hizmeti alan tüm bireylere eşit ve adil hizmet sunmaktır.

Sağlık hizmetlerinde kalite göstergesi olarak farklı ifadeler kullanılsa bile temelde amaç, sağlık hizmeti alan bireyin almış olduğu bu hizmetten en üst düzeyde fayda sağlamış olması gelmektedir. Yani, en az maliyetle, en hızlı şekilde, en iyi sonucu almak gibi.

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Göstergeleri

Kalite göstergeleri belirli bir hizmet alıcısı, hasta bireyler, ya da toplumun geneli için sunulan hizmetin kalitesini gösterir ve sunulan bu hizmet ve bakımların kayıt altına alınmış verilerinden oluşur. Bu kayıtlar oluşturulurken de belirli özellikleri kapsaması gerekmektedir. Bilimsel verilerle desteklenip gözlem yolu ya da randomize kontrollü çalışmaların yapılmış olması yani kanıta dayandırılmalıdır. Veri kayıtları, kesin olmalı, bölümlere ve yapılan işlemlere özgü olmalı ve kalite değerlendirmeleri buna göre yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinde belirlenen göstergelerin klinik anlamı, verilen klinik bakım ve onu elde etme yeteneğiyle ilişkili olmalı ve bu elde edilen verilerin basit yollarla ulaşılan verilerden ziyade önem arz eden veriler olmaları gerekir. Bu süreçte puan kartı oluşturularak kullanılması önemli ve önemli olmayan göstergelerin daha net bir şekilde görülmesi için önemlidir. Bu şekilde daha fazla sayıda ölçüler bir araya getirilebilir ve sonuçlarda oluşabilecek çarpıtmalar önlenmiş olur. Karşılaştırmaları kolaylaştırmak için yeterli veriye sahip

yüksek kaliteli verilere dayanmalıdır. Temel veri seti yüksek kalitede olmalı ve kullanılabilir olması için bazı veri testlerini geçmelidir (Prosser-Snelling, Morris 2017: 290).

Klinik göstergeler, klinisyenler, kuruluşlar ve bu alanda çalışan planlamacılar için sayılar, oranlar ve ortalamalar oluşturarak ulaşmak istedikleri sonuçlara ne ölçüde ulaştıklarını gösteren ölçütler sunar. Sadece belirli bir kanıta dayanan göstergeler hasta için ulaşılabilecek sonuçlar için gerçek kalite ölçütlerini oluşturur. Belirlenen hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını ölçer. Gösterge verileri çoğunlukla hizmet alıcı ve hizmet sunucuları ilgilendirir. Sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi, değerlendirilmesi için, olay ve süreçlerin nitel analizlerini içerebilecek başka yaklaşımları tamamlayan, ilgili nicel göstergelerin uygulanmasıyla da destek olunması sağlanır. Sağlıklı toplum için bu göstergeler, korunma, yaşam kalitesi ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet açısından da önemli olabilir. Kalite çok boyutlu olduğu için göstergeler tek başına kalite ölçüsü değildir (Mainz 2003: 529).

1.6. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Son yıllarda sağlık kuruluşlarında uygulanan toplam kalite felsefesi, sunulan hizmette verimliliği arttırmak ve hizmetin kalitesini daha üst seviyeye çıkarmak için ön plana çıkmıştır. Toplam Kalite Yönetiminin temelini, Deming, Juran, Crosby ve Oakland'ın öncülüğünü yapmış olduğu felsefe ve yöntemler oluşturmaktadır. Toplam kalite yönetimi ve sürekli kalite iyileştirme birçok üretim işletmelerinde ürün ve hizmet kalitesini daha iyi hale getirmek, mükemmele ulaşmak, müşteri beklentilerini karşılamak için uyguladıkları bir yönetim felsefesi olarak uygulanmıştır. Toplam kalite yönetimi uygulamalarının kullanımının sonucunda elde edilmiş olan olumlu yöndeki bu başarılar sağlık hizmet alanında da bu uygulamaların kullanılmasını zorunlu kılmış ve teşvik edici olmuştur (Ennis, Harrington 1999: 232-234).

Sağlık hizmet kuruluşları, yaygın olarak hükümet düzenlemeleri, insan kaynakları, finans, tıbbi teknoloji ve benzerleri tarafından dayatılan kısıtlamaların olduğu bir ortamda hastalara yönelik bakım kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek için çabalar sunmaktadır. Toplam kalite yönetiminin (TKY) uygulanması da verimli ve

etkili bir sağlık hizmeti için önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir (Lee vd., 2013: 119).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmeye başlanması 1980’lerde gerçekleşmiştir. zelleştirilmeye başlanan bu sağlık kuruluşları 1990’larda Toplam Kalite Yönetiminin unsurlarını kullanmaya başlamıştır. Toplum sağlığının daha iyiye ulaşması açısından atılan bu adım kamudaki sağlık hizmetlerinde planlı, sistemli, duyarlı bir sağlık hizmetini en düşük maliyet ve eksikliklerle devam ettirebilmesi için Toplam Kalite Yönetimini uygulamayı gerekli kılmıştır. Daha sonraki on yıllık süreçte Türkiye’deki kamu hastaneleri gerekli planlama, düzenleme ve Toplam Kalite Yönetimi unsurlarını faaliyete geçirebilmek için Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen program ve politikalar tarafından yönetilmiştir (Turan, Bozaykut-Bk 2016: 479).

1.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

Patel (2009), sağlık hizmetlerinde, Deming’in, sıfır hata, tedarikçilerle uygun kalite kontrolü, sistemle ilgili sürekli yapılacak iyileştirmeler, eğitim ve ğretim programları, kayıtların iyi korunması, sayısal hedeflerin, çalışma standartlarının ve sloganların ortadan kaldırılması, işçinin geçişini engelleyen engellerin kaldırılması ve toplam kalite yönetiminin uygulanması için st düzey yönetim desteğine yönelik sağlık sistemleri ilkelerini vurgulamış ve toplam kalite yönetimi prensiplerini sekiz başlık altında toplamıştır. Bunlar (Patel 2009:2):

Müşteri odaklılık: Verilen sağlık hizmetinde müşteri ihtiyaç, gereksinimler ve beklentilerini karşılamalı ve gelecekte de hizmet olarak müşteri beklentilerinin üzerine çıkmaya çalışmalıdır.

Liderlik: Liderler buldukları kuruluşun hedeflerine ulaşabilmesi için amaç birliğini etkili bir Şekilde kurmalı, çalışma ortamında tüm çalışanları bu amaçlar etrafında toplamak için iyi bir liderlik sergilemelidir.

Çalışanların Katılımı: Tüm alışanların kalite ile ilgili tüm aktivitelere yetenekleri doğrultusunda katılması ve bu faaliyetlerin içinde yer alması toplam kalite yönetimi hedeflerine ulaşabilmek için çok önemlidir.

Süreç Yaklaşımı: Verimli sonuçlar elde edebilmek için sağlık hizmeti uygulamalarında kaynaklar ve faaliyetler bir süreç olarak yönetilir.

Yönetime Sistem Yaklaşımı: Birbirleriyle ilişkili süreçlerde tanımlama, anlama ve yönetme sağlık kuruluşunun ulaşmak istediği hedefler ve verimlilik düzeyinde olumlu katkıda bulunur.

Sürekli Gelişme: Sağlık kuruluşunun genel performansı üzerine sürekli yapılan ve yapılması planlanan iyileştirmeler ve gelişmeler sağlık kuruluşunun kalıcı hedefi olmalıdır.

Karar Almada Olgusal yaklaşım: Verilerin ve bilgilerin doğru analizi etkili kararlar alma sürecinde önemlidir.

Tedarikçi ile karşılıklı faydalı ilişkiler: Sağlık kuruluşu ve tedarikçisi arasındaki her ikisine de fayda sağlayan olumlu yöndeki ilişkisi kuruluşları başarı ve değer kazandırır.

1.6.1.1. Müşteri Memnuniyeti (Hasta ve Çalışan Memnuniyeti) İlkesi

Sunulan hizmet çıktısının ölçülmesi kalite yönetimi için önemli bir unsurdur. Toplam kalite yönetiminde iç ve dış müşteri odaklılığı ayırt edici bir özelliktir. Kalite temelli, karar verme, sorunları çözme ve uygulamalarda bilimsel yaklaşım kullanımı önemlidir. Kuruma uzun vadeli bağlılık, ekip çalışması, çalışanların aktif katılımı ve yetkilendirme, sürecin sürekli olarak iyileştirilmesi, en alt birimde çalışandan en üst birimde çalışanlara kadar herkesin eğitim ve öğretim sürecinde yer alması diğer önemli kriterlerdir. Kontrol yoluyla özgürlük ve hedeflerde birlik gibi tüm bu stratejilerin hepsinde organizasyonun desteklenmesi iyi çıktılarının ve iyi sonuçların alınabilmesi için amaçlanması gerekli bileşenlerdir (Tasie 2016: 41). Toplam kalite yönetiminde müşterilerin istek ve beklentilerinin giderilmesi en temel stratejik amaçtır. Bu istek ve beklentilerin tespiti için gerekli analizlerin yapılması ve bunların belirlenmesi daha sonraki süreçte hizmetlerin yeniden planlanmasında önemli bir husustur (Chakravarty vd., 2001: 227).

- Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastaların memnuniyetinin sağlanmasına yönelik yapılmış olan çalışmalarda bu etmenler çeşitli nedenlere bağlanmıştır. Hizmet veren personele güvenmek ve bu personelin nitelikleri, yine çalışan personelle olan iletişim, hizmet alan hastalara ayrılan süreler, verilen hizmetin unsurları bu nedenlerden bazılarıdır (Tatlı, Kazan 2020: 18).

Sağlık hizmeti soyut bir süreç olup hizmetin odak noktasını insan oluşturmaktadır. Somut çıktılarının değerlendirilmesi daha kolay olabilirken soyut çıktılarının değerlendirilmesi güç olmaktadır. Hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan ilk yöntem Grönroos tarafından geliştirilmiş olan yöntemdir. Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu SERVQUAL yöntemi Grönroos'un yönteminin sonrasında gelmiştir. Cronin ve Taylor, SERPERF yöntemini geliştirmiş ve SERVQUAL yöntemine farklı eleştirilerde bulunmuşlardır. Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirmiş oldukları SERVQUAL yöntemi en sık kullanılan yöntemdir Grönroos'un geliştirdiği yöntemde hizmet kalitesinin ölçümünde üç faktör öne çıkmaktadır. Bunlar teknik ve fonksiyonel kalite ve imajdan oluşmaktadır. Teknik kalite verilen hizmet sonucunda müşterinin aldığıyla ilgili iken, fonksiyonel kalite nasıl aldığı ile ilgilidir. Fonksiyonel kalite müşterilerin değerlendirmelerinden etkilenir. İmaj ise müşterinin işletmeyi nasıl algıladığı ile ilgilidir. SERVQUAL yöntemine farklı bir alternatif olarak geliştirilen SERPERF yönteminde hizmet kalitesinin ölçülmesi beklenti ve performans farkına göre değildir. Bu yöntemde hizmet kalitesinin ölçülmesinin yalnızca performansa bağlı olarak ölçülebileceği bir yaklaşım vardır (Jain, Gupta 2004: 25) . SERVQUAL ölçeğinde hizmet kalitesi beş boyutta değerlendirilebileceği vurgulanmıştır. Bu boyutlar: Somutluk, güvenilirlik, yetkinlik, cevap verebilirlik ve empati başlıkları altında toplanmıştır (Öztürk, Gök 2021: 167- 168). Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, hastaya özgü, hizmet verenlere özgü ve kurumsal özellikler olarak sınıflandırılabilir. Hastaya özgü farklılıklar demografik farklılıklardan, bireysel algıdaki farklılıklara kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır. Deneyimler, eğitim durumu gibi birçok faktör hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hizmet verenlere özgü özellikler ise iyi bir iletişim, güven duyulacak bir ortam memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Güler yüzlü, donanımlı, hastaya güven veren ve açıklayıcı bilgilerle hastayı rahatlatan sağlık çalışanları pozitif yönde etkide bulunmaktadır. Kurumsal özellikler, binaya özgü fiziksel ortam, bürokratik işlemler, bekleme süreleri gibi faktörler hasta memnuniyet düzeylerine etki etmektedir (Özer, Çakıl 2007: 141-142). İster devlet tarafından yönetilen sağlık kuruluşu olsun, isterse özel sektör olsun uzman bir ekip tarafından sunulan hizmet ya da profesyonel teknik bakımın yer aldığı faktörler tek başına yeterli değildir. Hizmet kalitesinin sürekli gelişmesi ve iyileşmesi için bu faktörlere

ek olarak psikolojik ve empati yönlerinin ön planda tutulduğu bir hizmet sunulması önemlidir. Sağlık hizmeti alan müşteri aldığı hizmet sırasında kendisine değer verildiğini, takdir edildiğini hissederse ve aldığı hizmet sonucundan da memnun kalırsa sadakat gerçekleşir hizmet sağlayıcı ile arasında duygusal bir bağ oluşur (Akob vd., 2021: 428).

- Çalışan Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Çalışan memnuniyeti de hasta memnuniyeti kadar önemli bir faktördür. Yoğun iş yükü karşısında emeğinin karşılığını alamayan bir çalışanın memnuniyet düzeyi azalır ve buna paralel olarakta performansında düşüş gözlenir. Özellikle az gelişmiş ülkelerde yeterli olmayan tesisler, ilaçlar ve temel sarf malzemelerde yaşanan kısıtlılık, fiziksel olarak çalışma ortam ve şartlarındaki olumsuzluklar, eğitim ve nitelikteki dağılım farklılıkları sayılabilecek başka insan kaynakları problemleridir. Sağlık çalışanlarının, hizmet sunumu aşamasında fikirlerine önem verilmesi, yönetimin yaptığı faaliyetlerde açıklayıcı veriler sunması, yapmış oldukları çalışmalar sonucunda ödüllendirilmeleri, takdir görmeleri, çalışanlara kariyer alanlarında ilerlemeleri için fırsatlar sunulması iş tatmin düzeyini artıracak ve çalışan memnuniyet düzeylerinde olumlu katkı sağlayacaktır (Şentürk, Kaya 2017: 148-149).

1.6.1.2. Katılımcılık İlkesi

Willmott (1994), yapmış olduğu çalışmada, toplam kalite yönetiminde iyi hizmet çıktılarını almak için, kalite felsefesinin ve ekip üyelerinin bir arada katılımcılık ilke kültürünün oluşturulmuş olmasının önemini vurgulayarak bu şekilde organizasyon içinde yer almasının gerekli olduğunu belirtmiştir. Kalite yönetiminde çalışanlar arasında iş birliği ve koordinasyon yüksek performans için temel unsurlardan biridir (Maletič vd., 2014: 1743).

1.6.1.3. Liderlik İlkesi

Lider, çalışan elemanlarına görevlerini ve yapacaklarını ileten, bunları tanımlayarak ifade eden, etkin bir şekilde onları yönlendiren, rehber olan, kurum hedefleri doğrultusunda verimliliğin en üst düzeye çıkarılması için planlamalar yapan, yönergeler oluşturan kurum yönetiminin içinde önemli bir konumda yer alan bireydir (Gün, Aslan 2018: 217).

Liderlik kavramının çeşitli tanımları bulunmaktadır. Bu otorite ile ilgili önemli bir isim olan Warren Bennis'e göre liderlik "kendini tanımanın, iyi iletilen bir vizyona sahip olmanın, meslektaşlar arasında güven inşa etmenin ve kendi liderlik potansiyelinizi gerçekleştirmek için etkili eylemde bulunmanın bir işlevi" olarak tanımlamıştır (Kumar 2013: 39). Bir sağlık kuruluşu için iyi bir yönetim felsefe anlayışına sahip liderlerden oluşan bir ekip güçlü bir organizasyon için önemli bir unsurdur (Beirl 2021: 85).

Sağlık hizmetleri alanında yer alan liderlerde olması gereken özelliklere ek olarak gelecekte yer alacak liderlerde farklı özelliklerde bulunması gerekmektedir (Lindsey, Mitchell 2012):

- Gelecekte sağlık hizmetlerinde yer alan lider, değişen ve gelişen hizmet pazarını iyi analiz eden bağımlı olmayan bir düşünür olmalıdır.

- Hizmet sunma sırasında müşteriye odaklı olmalı, çabuk, etkili ve kolay hizmet sunmanın yollarını bulmalıdır. Geleceğin sağlık lideri müşteriyi dinlemeli, onun yanında yer almalı ve müşterinin gereksinimlerine cevap vermede istekli olmalı bu şekilde hizmet sunumunda fark yaratmalıdır.

- Değişen ve gelişen sağlık hizmet pazarında geleceğin lideri organizasyon için bir değişim ajanı olmalıdır. Hizmet pazarlarını yakından takip etmeli, hızlı değerlendirmeli, değişimi yakalama sürecinde etkili iletişim kurmalı, planlar geliştirmeli ve bunları etkin bir şekilde uygulayabilmelidir.

- Çalışanlarının motivasyonunu artıracak, onlara rol model olabilecek becerileri barındırması gereklidir. Kurumun amaçları doğrultusunda tüm çalışanları etkili ve verimli performans göstermeleri hususunda etkileyebilmelidir.

- Etkili liderlik niteliklerden ziyade sonuçlarla tanımlanır. Geleceğin lideri hizmet kalite çıktısı yüksek, yalın bir organizasyonu yürütecektir. Dikkat seviyesi yüksek, her bir çıktıyı iyi değerlendiren özelliklere sahip olmalıdır.

Sağlık hizmeti sunumunda uzun süreli bakım ve hizmetlerin iyileştirilmesinde liderlerin bu bakım programının içinde aktif bir şekilde yer alması önemlidir. Liderlerin etkin bakım ve güvenilir yönetim biçimi geliştirilmesinde duyarlı olması organizasyon içinde kalite kültürünün oluşmasında ve geliştirilmesine katkıda bulunacaktır (Maletič vd., 2014: 1745).

1.6.1.4. Kalite Düzeyinin Sürekli İyileştirilmesi İlkesi

Sürekli kalite iyileştirme felsefesi bireyden çok sisteme odaklanır. Sağlık kuruluşları kurumsal hedeflerine ulaşmada kalite düzeyini yükseltmek için sürekli iyileştirme yöntemini etkin bir şekilde uygulamalıdır. Hizmet alan bireylerin talep ve beklentilerinin etkin, verimli, tutarlı ve uygun maliyetli olabilmesi için bulunduğu faaliyetler içinde iyileştirme ve geliştirme süreçlerini aktif bir şekilde yerine getirmelidir. Sürekli kalite iyileştirme yönteminde planla- uygula- çalış- harekete geç, altı sigma ve yalın stratejiler uygulanmaktadır. Yöntemin seçiminde kurumsal yapılar önemli olmaktadır. Sağlık kurum yöneticileri planlamış oldukları hedef süreçleri içerisinde farklı yöntemleride bir arada kullanabilmektedir (Varkey vd., 2007: 736- 738).

Sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde geleceğe yönelik uzun vadeli bakış açısı önemlidir. Sağlık hizmet sunumlarının sonunda, kullanılan ilaç, tıbbi malzemeler, kimyasallar ve teknolojik unsurlar çevre ve toplum üzerinde olumsuz etkilerde bulunarak insan sağlığını tehlikeye atabilmektedir. Sürdürülebilir ve iyileştirilebilir sağlık hizmeti tanımını da daha geniş bir açıyla değerlendirerek sadece maliyet unsurlarını ölçmek değil, aynı zamanda çevresel ve sosyal etkilere karşıda sağlık çıktılarını ölçmek gerekmektedir (Mortimer vd., 2018: 88).

Tablo 2. Sürdürülebilirliği kalite iyileştirmeye dönüştürmek ve amaçlanan faydalar

Kalite İyileştirme	Sürdürülebilirlik içeriği	Amaçlanan faydalar
Hedef belirleme	Sürdürülebilir bir kalite için diğer alanlarla ilişki	Kalite iyileştirme sürecine katkıda bulunmak yeni motivasyon oluşması ve değişim için enerji
Sistemin incelenmesi	Çevresel, sosyal kaynak kullanımının sonuçları ve birlikte etkileri	Çevre için oluşabilecek tehlikeler için farkındalık oluşur. Farklı düşünme için yol gösterici olur.
İyileştirme gayretini programlaştırmak	Sürdürülebilir Sağlık Hizmeti için temel uygulama ilkelerinin destekleyici gücü ve süreç değişiklikleri (önleme, hasta yetkilendirme ve öz bakım, yalın sistemler, düşük karbon alternatifleri)	Gelecekteki hedeflenen sağlık hizmet süreçleri için en üst düzeydeki değerleri uygulama için gereken iyileştirmeleri önerir.
Yatırımın etkisinin / getirisinin ölçülmesi	Üçlü sonuç (önleme, hasta yetkilendirme ve öz bakım, yalın sistemler ve yollar / sürdürülebilir değer denklemi; karbon ölçümü	Sürdürülebilir değişimi yönlendirmelerde bulunur. Oluşacak yararların sadece mali unsurlar olarak değil, her alanda oluşmasını sağlar

Kaynak: (Mortimer vd., 2018)

1.6.1.5. Sıfır Hata İlkesi

Sağlık hizmeti uygulamaları insan merkezli olması ve geri dönülemez sonuçlara neden olabilmesi nedeniyle hata kabul etmez ve sıfır hata ilkesi ile hizmet vermesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşları yöneticileri sıfır hata ilkesini benimsemeli ve bunu tüm kurum çalışanlarıyla paylaşmalı ve düzenlemeler yapmalıdır. Hataların oluşmadan önlenmesi için hem birey hem de süreçlere odaklanılmalı ve hatalara neden olan faktörler bu hizmet sürecinde değerlendirilmeli ve bunda sorumluluğun herkeste olduğu vurgulanmalıdır. Eğitimlere önem vermek, çalışanların yaptıkları işlere bağlılıklarının kazandırılması diğer önemli hususlardır. Sunulacak hizmet sırasında işlem süreçleri özenle hazırlanmalı eksiksiz ve doğru uygulanmasına dikkat edilmelidir. Yapılan hatalarla ilgili nedenler araştırılmalı ve bunların giderilmesi için

gereken önlemler alınarak farkındalıklar oluşturulmalı, gereken eğitimler planlanarak uygulanmalıdır (Sarp 2018: 24).

1999 yılında Institute of Medicine'nin (IOM) raporunda hasta güvenliği ve haklarıyla ilgili farkındalık artmış ve uygulamalarla bazı temel unsurlara vurgu yapılmıştır. Hasta güvenliği kavramının tanımı IOM tarafından "hastalara zararın önlenmesi" şeklinde olmuştur. Hasta güvenliğine yönelik uygulamalar sağlık hizmeti alımı sırasında her türlü olumsuz olabilecek süreçleri iyileştirme (tanı, teşhis, tedavi ve iyileştirme süreçleri) ve maruz kalınabilecek bu olumsuz olayların riskini en alt seviyede tutma için yapılan bütün uygulamalardan oluşmaktadır. Burada da amaç hataları önleme, oluşmuş hatalardan ders alma ve sıfır hata felsefesi için sağlık profesyonelleri, hasta bireyler ve sağlık kuruluşlarından oluşan bir güvenlik kültürü oluşturmaktır (Mitchell 2008: 5).

1.6.1.6. Motivasyon İlkesi

Motivasyon, "Bireyin örgütsel hedeflere yönelik çaba sarf etme ve sürdürme istekliliği" şeklinde tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde de çalışanların performansları motivasyon düzeyleriyle paralellik göstermektedir. Kaynakların kullanılabilirliği, çalışan sayısında yeterlilik istenen hedeflere ulaşmak için yeterli değildir. Motivasyonu yüksek olan çalışan daha kaliteli, istekli ve verimli hizmet sunacak ve bu hizmetin çıktısı da iyi olacaktır. Çalışan motivasyonu, birçok faktörün bir araya gelmesiyle etkili olur ve karmaşık bir süreçten oluşmaktadır. Mali anlamda yapılacak iyileştirmeler önemli bir unsur olurken tek başına yeterli değildir. Çalışan motivasyonu, ekonomi, psikoloji, örgütsel gelişim, insan kaynakları ve sosyolojiyi de kapsayan çoklu faktörleri kapsamaktadır (Franco vd., 2002: 1255).

Ülkeden ülkeye kendine özgü unsular olsa bile mali teşvikler, yönetici tarafından önemsenmek, kariyer gelişimi imkanının olması, yeterli çalışan sayısı, kaynaklar ve iyi bir çalışma ortamına sahip olmakta çalışanlarda moral ve motivasyon sağlamakta ortak noktalardır (Willis-Shattuck vd., 2008: 1).

1.7. Sağlık İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi'nin Uygulanması

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite uygulamalarında öncelikli amaç sunulan hizmetin içeriği, yapısı, süreçleri ve sonuçlarını hizmet veren ve hizmet alan bireyler ve toplum tarafından memnuniyet oluşturacak şekilde iyileştirmek ve geliştirmektir (Kurt 2020: 2; Aykaç, Özer 2006: 174).

Toplam kalite yönetimi uygulamalarının, sağlık hizmetleri gibi hizmet sunan önemli bir sektörde kalitenin sürekliliği, hizmet çıktısının iyi olması için kullanılması önemlidir. Sağlık kuruluşları yöneticilerinin toplam kalite yönetimi uygulamaları sürecini çok iyi yönetmesi, gelişen ve gelişebilecek olumsuz durumlar için gerekli önlemleri alması, planlamaları yapması ve tüm çalışanları bu süreç içerisine dahil ederek aktif bir şekilde yer almalarını sağlaması gerekmektedir (Şan vd., 2018: 11).

"Sağlık işletmelerinde toplam kalite yönetimi uygulama çalışmalarında yapılan işlemler şu şekildedir (Öztürk, Gök 2021: 183-184):

1. Kalite Politikasının Belirlenmesi
2. Stratejik Planların Hazırlanması
3. Çalışanların Görev ve Sorumluluklarının Belirlenmesi
4. Kalite Organizasyon Yapısının Oluşturulması
5. Müşteri Tanımının Yapılması, İhtiyaç ve Beklentilerinin Belirlenmesi
6. Hizmet Türlerinin Belirlenmesi
7. Etkili İletişim Sisteminin Oluşturulması
8. Kalite Sağlama ve Değerlendirme Komitelerinin Kurulması
9. Çalışanların Eğitimi
10. Akreditasyon Standartlarının Oluşturulması
11. Gelişmiş İstatistikî Yöntemlerin Kullanılması
12. Kalite Performansının İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi
13. İç ve Dış Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi
14. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi
15. Kaliteli Hizmete Uygun Teknoloji, Tıbbi Cihaz Temini ve Kullanımının Sağlanması
16. Rakip Sağlık Kuruluşları İle Karşılaştırma Yapılması (Benchmarking)

17.Örgüt Kültürünün Yeniden Oluşturulması

18.Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Ortadan Kaldırılması"dır.

1.7.1. Kalite Politikasının Belirlenmesi

Politika, istenilen, belirlenen ve uygunluğu onaylanan hedeflerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ 2018), kalite için ulusal politika belirleme ve uygulama sürecini etkin hale getirmenin, hizmet kalitesini geliştirmek ve bu süreçleri savunmak için kilit bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Bu kalite politikaları belirlenirken her kademedeki hizmet sunan ve hizmet alanların talep ve önerileri önemsenmeli ve bu politikalar ihtiyaçlara karşılık verebilmelidir. Kurum çalışanlarının katılımının sağlandığı ve kurum yöneticilerinin bağlı olduğu politika anlayışları benimsenmelidir (Öztürk, Gök 2021: 184).

1.7.2. Stratejik Planların Hazırlanması

Stratejik plan; geleceğe yönelik istenilen amaçlar ve hedefler doğrultusunda uygulanacak adımları belirleme ve kaynakların ayrılması ile ilgili karar alma süreçleri olarak tanımlanmaktadır. Planlama aşamasında öncelikle üzerinde anlaşılacak stratejik bir planlama sürecinin onaylanması, yetkilerin belirlenmesi, misyon ve vizyonun tanımlanması, iç ve dış çevre analizinin iyi yapılması, güçlü, zayıf yönlerin belirlenmesi, fırsat ve tehditlerin belirlenmesi gereklidir. Stratejik olarak karşılaşılan sorunların tanımlanması ve bunların çözümü için yeni stratejiler oluşturulması yapılan planlamaların tekrar gözden geçirilmesi ve etkili bir uygulama süreci oluşturulması stratejik planlama sürecinin önemli bileşenlerini oluşturmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı 2015: 5-6).

Politikaların uygulanması istenilen standartlar iken, stratejiler bu amaç ve istenilen standartları uygulamada kullanılacak araçları ifade eder (Güçlü 2003: 68).

1.7.3. Çalışanların Görev ve Sorumluluklarının Belirlenmesi

Bütün kalite uygulamalarında ekip çalışmasının önemini vurgulanması, görevlerin tanımlanması, yetkilerin detaylı bir şekilde belirlenmesi sürecin etkinliği için önemli bir husustur (Öztürk, Gök 2021: 186). Toplam kalite yönetiminin en önemli ilkelerinden bir tanesi ekip çalışanlarının bu sürece katılımının tam sağlanmasıdır. Görev tanımlarının tam olarak yapıldığı çalışmalarda karışıklık

meydana gelmeyecek ve işlem basamakları daha hızlı ve nitelikli olarak sonuçlandırılacaktır (Söyük, Üzgül Yenidikici 2014: 82-83).

1.7.4. Kalite Organizasyon Yapısının Oluşturulması

Deming ve Juran kalite uygulamaları ile ilgili yaşanan problemlerin çalışandan ziyade süreçten kaynaklandığını öne sürmüş ve iyi planlanmış, kalite organizasyon yapısının doğru oluşturulduğu organizasyonlarda başarı ve memnuniyetin daha yüksek düzeyde olacağını belirtmişlerdir. Toplam kalite yönetimi ilkelerinin doğru uygulanabilmesi tüm çalışanların aktif olarak katılımının sağlandığı, görüşlerinin alındığı yatay organizasyon yapısında gerçekleşebilmektedir. Dikey yapıda oluşmuş olan organizasyon yapılarında bu başarı düzeyi daha düşüktür. Yatay yapıda oluşmuş olan kalite uygulama organizasyonlarında aktif olarak süreçte görev alan çalışanlar daha motive olmuş bir şekilde yer alacak ve sonuç hizmet çıktısına olumlu bir şekilde yansıtacaktır (Öztürk, Gök 2021: 188-189).

1.7.5. Müşteri Tanımının Yapılması, İhtiyaç ve Beklentilerinin Belirlenmesi

Kalite uygulamalarında müşteri memnuniyeti en önemli hususlardandır. Müşterinin istek, beklenti ve ihtiyaçlarına tam olarak karşılık verebilmek müşteri memnuniyeti ile paralellik göstermektedir. Kalite uygulamalarında başarının sağlanabilmesi için müşterilerin memnuniyet düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi ile verilecek hizmetlerin planlamaları eksiksiz bir şekilde yapılmalıdır. Hizmet kalitesi düzeyinin geliştirilmesi müşteri memnuniyeti ve bağlılığının sağlanmasında önemli bir unsurdur (Şahin, Şen 2017: 1179).

Toplam kalite yönetiminin uygulamaya konulmasıyla birlikte “iç müşteri” kavramı ortaya çıkmıştır. Kurum içerisinde çalışan ve doğal olarak bir ilişki içerisinde olanlar iç müşteri olarak adlandırılırken kurum dışında direkt veya dolaylı olarak hizmet alanlar dış müşteri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetinden faydalanan bir hasta dış müşteri, bu kuruluştaki görev yapan farklı kademedeki çalışan işlevsel olarak farklı birimlerden faydalandığı için iç müşteri olarak adlandırılmaktadır (Devebakan 2006: 122).

1.7.6. Hizmet Türlerinin Belirlenmesi

Sağlık kuruluşları hizmet sunarken maksimum düzeyde fayda sağlamak için çeşitli yapılanmalar içerisinde olmaktadır. Farklı alanlarda branşlaşmayla birlikte daha nitelikli ve daha etkin tanı, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadırlar. Kanser hastaları, psikiyatri hastaları, diyaliz hastaları bu farklı alanlara örnek olarak gösterilebilir. Poliklinik hizmetleri, ayaktan tedavi, yatarak tedavi hizmet seçenekleri sunularak, uygulama alanlarında, çalışanların istihdamında etkin planlamalar yapılmaktadır. Hizmet sunumunda yapılan bu sınıflandırmalar kurumdan hizmet alanlara en üst düzeyde fayda sağlanması, ihtiyaçlar, beklenti ve taleplere karşılık verebilmek için önemlidir (Öztürk, Gök 2021: 190).

1.7.7. Etkili İletişim Sisteminin Oluşturulması

Sağlık hizmetleri çeşitli alanlarda çalışan meslek uzmanlarının, nitelikli, kaliteli hizmet sunmak için bir organizasyon içinde bir araya geldiği karmaşık bir ekipten oluşmaktadır (Kaplan, Köksal 2017: 65). Sağlık kuruluşlarında hizmet sunumunda kurum içindeki iletişim kalite uygulamalarının etkinliği açısından önemlidir. Tüm çalışanların katıldığı eğitimler, toplantılar toplam kalite yönetimi prensiplerini paylaşılmasında farklı iletişim yollarındandır. Kurumdan hizmet alanlarla kurulacak iletişim kurum içi iletişim kadar önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti sunan ve hizmet alanlar arasında etkili ve doğru kurulacak iletişim memnuniyet düzeyini arttıracak ve kaliteli hizmet çıktısı oluşturacaktır (Öztürk, Gök 2021: 191). Sağlık hizmetleri ortak bir hedef doğrultusunda farklı uzmanlık alanlarından oluşan profesyonel bir ekibin, bir arada, hizmet kullanıcıları için kapsamlı hizmet sunduğu disiplinler arası bir kuruluştur. Bu hizmet sunum sürecinde vazgeçilmez unsurlar bulunmaktadır. Bunlar, doğru ve etkili iletişim, çalışanların aldıkları kararlarda birbirine saygı ve karar alma sürecinde katılım önemli kavramlardır (Oliveira vd., 2015: 111).

1.7.8. Kalite Sağlama ve Değerlendirme Komitelerinin Kurulması

Kalite hizmet sunumunda planlanan hedeflere ulaşabilmek için farklı yapı ve sayıda ekipler kurulması sorumlulukların daha iyi tanımlanabilmesi, verimlilik ve etkinliğin artırılabilmesi için gereklidir. Bu ekipler 6-10 kişilik gruplardan oluşmaktadır ve farklı isimler altında yer almaktadırlar. Kalite süreçlerini iyileştirme

için uzman çalışanlardan oluşan hasta bakımı, güvenliği, ölüm oranları gibi alanlarda planlama, düzenleme, iyileştirmeler yapan kalıcı olarak görevlerine devam eden klinik komiteler bunların ilkinde örnek oluşturmaktadır. Yine kalıcı olarak yer alan iş süreçleriyle ilgili düzenleme ve gelişen sıkıntılarda çözüm üreten uzmanlardan oluşan Kalite çemberleri ve belirli çalışma alanında gelişen problemlerde o alandaki oluşan hizmet problemini çözmek ve gereken iyileştirmelerde bulunmak için oluşmuş geçici olarak yer alan görev gücü olarak adlandırılan ekipler bulunmaktadır. Sağlıkta kalite uygulamalarının başarıya ulaşmasında bu ekiplerin yer alması ve temeldeki organizasyonun amaç ve hedefleriyle uyum içinde, bilimsel dayanak ve rehberler oluşturarak sağlık kalite standartlarını uygulama faaliyetlerinde bulunmaları önemlidir (Ayuso-Murillo vd., 2017: 253).

1.7.9.Çalışanların Eğitimi

Kalite uygulamalarında çalışanların eğitimi, yeteneklerinin geliştirilmesi başarıya ulaşmada önemlidir (Söyük, Üzgöl Yenidikici 2014: 401). Çalışanların eğitimi, kalite uygulamalarının başarılı bir şekilde geliştirilebilmesi için gerekli unsurlardır. Toplam kalite geliştirme hedefleri doğrultusunda çalışanlara bilgi, beceri ve yeteneklerinin en üst düzeye ulaşabilmesi için gerekli eğitim ve planlamaların yapıldığı organizasyonlarda başarının daha üst düzeyde olduğu vurgulanmaktadır (Magueres vd., 2001: 95; Moeller 2001: 48) . Eğitimlerde kalitenin bir amaçtan ziyade bir süreç olduğu belirtilmelidir. Sürekli iyileştirme ve geliştirme çalışmaları içerisinde, müşteri memnuniyeti, çalışanların motivasyonu, kurum iç ve dış hedeflerinin açık bir şekilde belirtilmesi, kalitenin önemi ve gerekliliğinin tüm çalışanlara doğru ve etkili şekilde aktarıldığı ve katılımının sağlandığı eğitim programlarının uygulamaya konulması istenilen hedeflere ulaşmak için önemlidir (Öztürk, Gök 2021: 192).

1.7.10. Akreditasyon Standartlarının Oluşturulması

Temel sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenini, akreditasyon oluşturmaktadır. Akreditasyon, önceden belirlenmiş olan ideal standartlara ulaşmak için yapılan çalışmaların uygunluğunun değerlendirme uzmanı olan bağımsız bir dış kuruluş tarafından belgelendirilmesinin gösterilmesidir (Tabrizi, Gharibi 2019: 310). Gerçek performansın değerlendirildiği, ulaşılabilen ve beklenen performans

seviyesi sağlık akreditasyonunda standart olarak tanımlanmaktadır. Uygulanması planlanan standartlar sağlık hizmeti sunan organizasyonlarda hasta güvenliği ve kalite iyileştirme için imkân tanımaktadır. Akreditasyon standartları klinik uygulamada ve kurumsal olarak performansı geliştirmekte ve süreçlerin iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Greenfield vd., 2012: 2).

1.7.11. Gelişmiş İstatistiki Yöntemlerin Kullanılması

Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin tespitinin yanı sıra teknik kalitenin de değerlendirilmesi önemlidir. Hizmet kalitesini belirlemede standartlara uygunluk, mükemmellik derecesi gibi tanımlamalar yapılmaktadır. Teknik kalite ise sağlık profesyonellerinin rutin olarak uyguladıkları süreçteki bilgilerini sunma ile ilgilidir. Hekimin ameliyattaki becerisi, hemşirenin ilaçlarla ilgili bilgisi, laborantın kan testleriyle ilgili uzmanlığı, hastanede yatan hastaların yatış süreleri, hastane enfeksiyon oranları ve bunların ölçümü, teknik kalite değerlendirmesi içerisinde yer almaktadır. Sağlık bakanlığının sağlık hizmet değerlendirmesinde teknik kalite çıktı verileri dikkate alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, teşhis ve süreçteki doğrudur. Teknik kalitenin ölçümü ve değerlendirilmesi daha objektif ve kolay olmaktadır (Organ, Gürbüz 2012: 44). Toplam kalite yönetimi ilkelerinin daha etkili olarak kullanılması ve uygulanmasında, farklı sektörlerde süreç iyileştirme ve geliştirmede kullanılan modern teknikler ve araçların sağlık hizmetinde de kullanılması olumlu etki sağlayacaktır. İş akış diyagramları, kontrol çizelgeleri, sebep- sonuç diyagramları, balık kılçığı, pareto analizi, kalite- fonksiyon tespit teknikleri kalite geliştirme teknikleri içerisinde yer almaktadır (Öztürk, Gök 2021: 193).

1.7.12. Kalite Performansının İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi

Sağlıkta kalite iyileştirme uygulamalarının temel bileşenlerini, hedef ve stratejilerin net ve somut bir şekilde belirlenmesi, bireysel olarak ve kurumsal olarak standartların açıklanması, performansın devamlı olarak ölçülmesi ve değerlendirilerek geliştirilmesi oluşturmaktadır (Güler 2020: 12). Sağlık hizmetleri birçok alana göre kamu harcamalarında en büyük payı almaktadır. Sektör içinde en büyük payı alan bu hizmet sektöründe kaynakların dağıtımı ve sunulan hizmetin

kalitesinin belirlenmesinde karar alan mekanizmalara rehber olması açısından bazı göstergeler elde edebilmek için performansın değerlendirilmesi önemli olmaktadır. Sağlık kuruluşlarında performans ölçülmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Tengilimoğlu, Toygar 2013: 51). Performans yönetimi, sağlık kuruluşunun geleceğe yönelik amaç, hedef ve planlamalarını yapmalarını ve bu hedefler doğrultusunda yöneticilerin kurum çalışanlarından beklentilerinin çalışanlara iletilmesini, gerçekleştirilen performansın izlenmesini, ölçülerek gerekli değerlendirmeleri yapmalarını içermektedir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda performans yönetimi, çalışanların gelişimine katkıda bulunacak eğitimlerinin planlanması, mali anlamda düzenlemelerin yapılması, kariyer planlamaları, çalışanların motivasyonu gibi kavramları için bir kapsayıcılık oluşturmaktadır. Dinamik bir süreç olan performans değerlendirme ve yönetimi süreci çalışanlarda bireysel ya da ekip olarak gerçekleşen eksikliklerin, hataların sistematik olarak ölçülerek belirlenmesini, bu hata ve eksikliklerin giderilmesi için planlama, düzenleme ve eğitimle ilgili çalışmaları yaparak örgütün uzun vadeli amaçlarına ulaşmasına olanak tanır (Tanrıverdi vd., 2010: 109) . Personel değerlendirmede derecelendirme yöntemi, kritik olay yöntemi, kontrol listesi yöntemi, amaçlara göre değerlendirme yöntemi, davranışsal değerlendirme yöntemi, ölçekler aracılığıyla değerlendirme yöntemi, grafik değerlendirme yöntemi, puanlandırma cetvelleri, ikili karşılaştırma yöntemi, zorunlu seçim yöntemi, öz değerlendirme, kompozisyon yöntemi ve 360 derece değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır (Tanrıverdi vd., 2010: 110).

1.7.13. İç ve Dış Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi

Müşteri memnuniyeti tüm işletmeler için önemli bir konudur. 1980'li yıllardan itibaren tüm dünyada tartışılan ve konuşulan temel konulardan bir tanesi olmuştur. Müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati, işletmelerin kâr oranlarını arttırmasında, pazar payları ve büyüme oranlarında olan değişimlerde önemli bir etkidir. Müşteri memnuniyeti, mal ve hizmet sunumundaki farklılıklara bağlı olarak bireysel ve kurumsal özelliklerden dolayı değişiklik gösteren somut olamayan bir kavramdır (Demireli, Bayraktar 2014: 923). Müşterinin memnuniyeti ve sadakati için müşteriye değer katmak, onların talep ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak, oluşan şikâyetleri gidermek kalite ile ilgili uygulamalarda en temel unsurlardandır (Söyük, Üzgül Yenidikici 2014: 401). Evans ve arkadaşlarının 2001 yılında yapmış oldukları

çeşitli çalışmalarda, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesinde, ölçülmesinde kullanılabilecek göstergelerin içerisinde hastaların talep ve isteklerine cevap verme, zamanlama, etkililik ve etkinlik gibi boyutlar olduğunu göstermişlerdir (Atalıç 2019: 56). Hayati bir önem arz eden sağlık hizmetlerinde dış müşteri memnuniyeti kadar, iç müşteri memnuniyeti de önemlidir. Hizmet sunum aşamasında çalışanların diğer bir çalışanı da memnun edilmesi gereken bir müşteri olarak değerlendirmesi sonucunda karşılıklı olarak memnuniyet gerçekleşmiş olacaktır. Kalite hizmet sunumunda bir iç müşteri olarak değerlendirilen çalışan memnuniyetinin, motivasyonun ve iş doyumunun ölçülmesi ve değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeler sonucuna göre gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (Öztürk, Gök 2021: 196).

1.7.14. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Hizmet kalitesi müşterilerin almış oldukları hizmeti değerlendirmeleridir. Hizmet kalitesi müşteri hizmeti aldıktan sonra beklentilerini karşılayıp karşılamama durumu ve almış olduğu o hizmetten sonra kendisinde uyandırmış olduğu duyguya göre tatmin olma durumunu göstermektedir (Ataman, Behram 2011: 75). Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesinin on bileşenini vurgulamıştır. Bunlar; Hizmet sunanların sunmayı planladıkları hizmeti beklenen düzeyde, nitelikte ve zamanında sunmalarını ifade eden güvenilirlik. Gerekli bilgi, beceri ve donanımına sahip olmayı kapsayan yetkinlik. Sunulan hizmet ile ilgili oluşacak sorulara ve isteklere yanıt verme durumunu ifade eden karşılık verme. Müşterilerin aldıkları hizmetle ilgili iletişim kurma ve muhatap bulabilme hususunda ulaşılabilirlik, sorulan sorular karşısında bunların kibar ve nazik bir şekilde yanıtlanmasını gerektiren nezaket ilkesi. İyi bir iletişim kurulması, hizmet sunanların müşterilerin çıkarlarını koruyan, bulunduğu konumda itibar sahibi güvenilir, dürüst bir işletme olması, sunulan hizmetlerin güvenli olması, kuşku ve risk içermeme durumunu ifade eden güvenlik ve güvence durumu, hizmet sunan işletmedeki fiziksel varlıklar, ve kurum yönetici ve çalışanlarının kendisini hizmet alan müşterinin yerine koyarak onları daha iyi anlamasını sağlayan empati kurularak yapılan hizmet sunumudur. Daha sonra bu on bileşen yaygınlaştırılabilecek beş temel başlık altında toplanmıştır. Bunlar; empati, güvenilirlik, karşılık verebilmek, güvence, fiziksel varlıklardır (Şahin, Şen 2017: 1177-1178). Hizmet sunumunda bu ilkelere dikkat edilmesi

müşterilerin memnuniyet düzeylerini artıracak ve beklentilerin tatmin edilmesini sağlayacaktır.

1.7.15. Kaliteli Hizmete Uygun Teknoloji, Tıbbi Cihaz Temini ve Kullanımının Sağlanması

Sağlık kuruluşları sundukları hizmette emek yoğun hizmet sunmanın yanı sıra teknolojinin de ağırlıklı bir şekilde kullanıldığı hizmet kuruluşlarıdır. Sürekli gelişen, değişen günümüzde bilim ilerlemekte teknoloji sürekli olarak yenilenmektedir. Sağlık kuruluşları da verdikleri hizmette bunu yakın olarak takip edebilmelilerdir. Hastaların teşhis, tanı ve tedavilerinde çalışanların adaptasyonu sağlanarak modern teknolojik cihazlar süreçlerin hepsinde kullanılmalıdır (Öztürk, Gök 221: 199).

1.7.16. Rakip Sağlık Kuruluşları İle Karşılaştırma Yapılması (Benchmarking)

Benson (1994) kıyaslamaya (Benchmarking) yönelik yaptığı çalışmada bir mükemmellik standardı oluşturma, iş fonksiyonu ve faaliyetlerini, bir ürün ya da tamamen bir işletmeyi giderleri azaltmak ve hizmet kalitesini artırmak için kullanılacak sağlık hizmetleri için önemi giderek artacak bir kavram olarak tanımlamıştır. Toplam kalite yönetiminin bir bileşeni olarak kıyaslama bir kuruluşun kendi uygulamış olduğu süreç içerisindeki faaliyetleri kendi alanında lider konumda olan kuruluşla karşılaştırabilmesini ve iyileştirmesini sağlayan sürekli bir süreçtir (Benson 1994: 35).

Andersen ve Pettersen 1996 yılında kıyaslama türlerini konusuna ve kime yapıldığına göre farklı türler içerisinde gruplandırmıştır.

Konusuna göre kıyaslama türleri:

- *Performans Kıyaslama:* Performans çıktılarının birbiriyle karşılaştırılması için yapılır.
- *Süreç Kıyaslama:* İş süreçlerinin ve burada kullanılan metotların, uygulamaların karşılaştırılması amacıyla yapılır.
- *Stratejik Kıyaslama:* Kuruluşun belirlemiş olduğu stratejik seçeneklerin ve konumlandırmaların karşılaştırmaların için yapılır.

Kıyaslamamanın kime karşı yapıldığına göre kıyaslama türleri:

- *İşletme İçi Kıyaslama:* İşletme içindeki alanların birbiri ile kıyaslanması amacıyla yapılır.
- *Rekabetçi Kıyaslama:* Rakiplerle işletme çıktısının kıyaslanmasının yapılmasıdır.
- *Fonksiyonel Kıyaslama:* Süreçlerin ve faaliyetlerin benzer sektör ya da seviyede, rakip olarak görülmeyen işletmelerle karşılaştırılmasını sağlayan bir kıyaslama türüdür.
- *Jenerik Kıyaslama:* Aynı sektörde hizmet gösterilmesinin önemli olmadığı, işletme süreçlerinin en iyi yönetildiği işletmeler ile kıyaslanmasına dayanmaktadır (Avcı 2019: 94-95).

Başarılı bir kıyaslama süreci işletmeler için birçok avantaj sağlamaktadır. Süreçler daha verimli ve etkili gerçekleşmekte, performans çıktıları ve müşteri hizmetleri gelişmekte, rekabetçi gücün artması sağlanmaktadır. Daha iyi ve hızlı karar mekanizması çalışmakta, etkili ve verimli pazarlama yapılabilmekte, değişimin hızlı bir şekilde gerçekleştiği bir örgütlenme ve yönetim anlayışı oluşmakta, profesyonel ilişki ve iletişimler gerçekleştirilmektedir (Avcı 2019: 117).

Kıyaslama stratejilerini sınırlandırabilecek belirli zorluklar bulunmaktadır ve göz önünde bulundurulmaları gerekmektedir. Sağlık kurumlarında belirli kıyaslamalar yapılırken hizmet sunulan hasta profili ve hastalıklardan dolayı (yaş, cinsiyet, hastalık düzeyi vb.) oluşan farklılıklar sınırlılıklara örnek olarak gösterilebilir. Hastaneler kıyaslama yaparken kendine denk bir kurumu belirlemelidir. Bir diğer zorluk toplanacak verilerin elde edilme yöntemi ile ilgilidir. Paydaları tespit etmek için çeşitli dahil edilme ölçütleriyle ilgili olarak ölümler gibi veya tehlike altındaki nüfus oranı gibi paydaların ölçümündeki farklılıklar kıyaslamada netlik oluşması açısından karışıklık oluşturabilmektedir. Oluşan farklılıklar nadir görülebilen durumlardan dolayı da gerçekleştirilebilmektedir. Temel problem, sonuç göstergesinin kalite farklılıklarını belirlemek için istatistiksel olarak güce sahip olup olunmayacağıdır. Ender görülen vaka ve bunları yaşayan hasta sayısındaki kısıtlılık çalışmanın gücünü sınırlandırmaktadır. Hastane bakım kalitesinde ve uygulamalarında farklılıklar, sağlık hizmeti sunan ekibin yetenekleri, bilgi ve donanımı gibi ölçülebilir veya daha az ölçülebilir farklılıklar olabilir.

Kıyaslama yapılırken bu faktörlerin değerlendirilmeleri gerekmektedir (Lovaglio 2012: 3).

1.7.17. Örgüt Kültürünün Yeniden Oluşturulması

Angel ve arkadaşları (1998), toplam kalite yönetimi uygulamalarına yönelik uygulama ve yaklaşımlarda ülkeden ülkeye değişiklik görülebileceğini ve örgüt kültürünün bu yaklaşımları etkileyebileceğini vurgulamış ve zaman içerisinde toplumların ekonomik ve diğer alanlarda etkileşim içerisinde olarak bu farklılıkların azalacağını belirtmiştir (Atalıcı 2019: 4) . Kültür, uyumlu ve sağlıklı bir organizasyon sağlayan en önemli etmendir. Yöneticilerin büyük çoğunluğu kültürün önemli olduğunu vurgular fakat az sayıda yönetici organizasyon kültürünün gelişimini destekleyen görev ve sorumluluklarının bilincindedir. Kültürün çeşitli doğalarına (güç, rol, görev, kişi gibi, vs) karşın, bir kuruluşun faydası ve olumlu yönde gelişimi için dört köşe taşı denilen, güven, yetkilendirme, tutarlılık olmalı ve yol gösterici (danışman) eklenmelidir. Yöneticiler çalışanların kendilerini güçlendirmeleri için, kişisel ve örgütsel yetkinliklerini yükseltebilmeleri için olanaklar sunmalı ve desteklemeliler. Mentorlük olarak adlandırılan yol göstericiliği (danışmanlık) özellikle yeni başlayan çalışanlar için güven oluşturmakta ve oluşan sorularda rahat bir şekilde cevap verebilecekleri için kendilerini kuruma bağlı hissetmelerine olanak sağlamaktadır. Mentorlük, kuruma yabancılaşmayı azaltarak iş memnuniyetini artırmaktadır. Çalışanların, kurumlarına daha bağlı olduğu işletmelerde, kurumdan ayrılma oranlarının da daha az düzeyde olması beklenmektedir (Chen 2008: 212). Örgütsel kültürün yeniden yapılandırma sürecinden sonra personelin kuruma olan bağlılığı artmakta ve daha da güçlenmektedir. Örgüt kültürü algısının değişmesinde, yeniden yapılandırma süreci önemlidir. Yeniden yapılandırma süreci, hastane için misyon fikir birliğini, değer duygusunu ve vizyonu teşvik eder ve ayrıca çalışanların organizasyon kültürü algılarını değiştirmesine olanak sağlar (Chen 2008: 216). Örgüt kültürü toplam kalite yönetiminde başarıya ulaşmak için önemli bir etmendir. Tüm çalışanları tarafından benimsenen toplam kalite yönetimi ilkeleri ve oluşan örgüt kültürü istenilen hedeflere ulaşmada vazgeçilmez unsurlardır (Öztürk, Gök 2021: 202).

1.7.18. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Ortadan Kaldırılması

Sağlık kurumlarında yapılan toplam kalite yönetimine yönelik iyileştirme çalışmalarında tek başına bir faktörün değil bazen görünüşte çelişkili olarak değerlendirilebilecek birden fazla faktörün önemli olduğu görülmektedir. Katılımcı bir kültür oluşturmak, güçlü bir liderlik, doğru yönlendirmeler ve kontrol, yerel taleplere göre suçlayıcı olmayan, uygulamada esneklik gösterilen kritik geri bildirimler olması bunlara örnek gösterilebilir. Toplam kalite yönetimi ilkelerini uygulama aşamasında çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir. Çalışanların motivasyon kaybı, yöneticilerin gerçekleşmesi mümkün olmayan hırslı hedefler belirlemesi ve katılımcı ve destekleyici liderlik anlayışının benimsenmemiş olması, uygun olmayan veri toplama sistemleri kurmak, doğru politikaların belirlenmemesi, kurum kültürü oluşmaması sonucu kurumsal bağlılık gelişmemesi ve planlanan uygulamaların çalışanlar tarafından desteklenmemesi, doğru programlara doğru elemanların yerleştirilmemesi toplam kalite yönetimi sürecinde yaşanan zorluk nedenleridir. Bu alanlarda yapılacak iyileştirme ve düzenleme çalışmaları toplam kalite yönetimi uygulama çalışmalarını başarıya ulaştırmada önemli olmaktadır (Dixon-woods vd., 2012: 882). Toplam kalite yönetimi çalışmalarında üst yönetim ve diğer çalışanların bu iyileştirme çalışmalarında eleştirel düzeyde düşünceleri önemlidir. Bu kapsam ve çerçevenin ön koşulu; Kuruluşun misyon ve vizyonunun net olarak belirlenmiş olması, üst yönetim ve desteğinin olması, iyileştirme ve geliştirme alanlarında yeniliklerin yakın takibi, müşteri, çalışan ve tedarikçi arasında kurulan iletişim ve ortaklığı, müşteri memnuniyetinin üst düzeyde tutulduğu strateji, insan merkezli ve ekip ruhunun ön planda tutulduğu çalışma merkezli bir kalite yönetim anlayışı, oluşabilecek engellerin ortadan kaldırılmasında önemli olacaktır (Talib vd., 2010: 1367).

2.BÖLÜM

2. KLİNİK YÖNETİŞİM –İŞGÖREN PERFORMANSI VE İŞ TATMİNİ

2.1. Yönetişim Kavramı

Yönetim kelimesine işteşlik ekinin eklenmesiyle türemiş olan yönetişim kavramı, yönetimden ayrılarak farklı bir anlam kazanmış ve yönetme eyleminin tek bir kişi ya da grup tarafından değil, tüm aktör ve paydaşların bir araya gelerek katılımlarının sağlanmasıyla gerçekleştiği bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Okçu 2011: 45). Yönetişim, birbirleriyle koordineli olan pozisyonların ve çatışan, karşıt çıkarları olan aktörlerin oluşturduğu, birbirleriyle bağlantılı farklı yapıları plan, düzen, denge içerisinde işleyişini sağlayan bir süreç olarak da tanımlanabilmektedir (Cope vd., 1997: 447).

Yönetim kavramının ise birçok tanımı bulunmakla birlikte farklı bilim dallarınca da farklı biçimde tanımlanmaktadır. Ekonomistler, toprak, sermaye ve emekle birlikte üretim fonksiyonlarından biridir şeklinde, siyasal bilimciler ise yönetimi bir otorite sistemi olarak kabul edildiğini, toplumbilimciler ise yönetimi bir sınıf ve saygınlık sistemidir şeklinde tanımlamışlardır (Tengilimoğlu vd., 2021: 33).

Başkaları üzerinde otorite kurma yaklaşımı kamu yönetimine yönelik bir yaklaşım olmakla birlikte yönetimden ziyade idare anlamına gelmekte olup İngilizce’de ‘management’ (yönetim) ve ‘administration’(idare) iki farklı kavrak kullanılarak bu ayırım daha net olarak öne çıkarılmak istenmiştir. Management, çalışanların yeteneklerinin ortaya çıkarılarak daha fazla verimlilik elde etmek için tüm motivasyonların sağlanması olarak gösterilirken, administration kavramı ise çalışanların otoriter tavırlar ve yaklaşımlar sergileyerek sevk ve idare edilmesi şeklinde kullanılmaktadır (Genç 2004: 15).

Sürece yönetim fonksiyonları açısından bakılan farklı bir yaklaşımla ise yönetim; planlama, örgütleme, liderlik ve kontrol fonksiyonları aracılığı ile mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde değerlendirilmesiyle hedefteki amaçlara ulaşılma süreci olarak gösterilmektedir (Eren 2011: 3).

Yönetmek ve yönetişim kavramları arasında benzerlik olsa bile, hükümet etmek anlamında olan yönetim kavramı, hiyerarşik nitelikteki bürokratik yapıya dayalı yönetim anlayışını vurgularken, yönetişim kavramı ise, yönetim süreci içerisinde yer alan tüm aktörlerin karşılıklı etkileşimini, resmi olan ya da olmayan tüm kişilerin, grupların, kuruluşların bu sürece dahil olmasını, hiyerarşik bürokratik yapı yanında, hükümet dışı aktörlerin de etkili olacak şekilde yönetim faaliyetlerinde bulunması şeklinde vurgulanmaktadır (Yüksel 2000: 145). Yönetim, kaynakların planlanarak, örgütlenerek, yönelterek, koordine ve kontrol fonksiyonlarını kullanarak belirlenen hedeflere ulaşma süreci olarak da tanımlanmaktadır (Eren 2011: 5; Özülke 2015: 2). Yönetimde, yöneten ve yönetilen olmak üzere iki taraf bulunmakta ve bu hedeflere ulaşma başkaları aracılığı ile gerçekleşmektedir. Yönetişimde ise birlikte yönetim anlayışı ön planda olup, katılımçılık, paylaşım, açıklık, şeffaflık, eşitlik hakim olmakta, etkileşime dayalı yönetim faaliyetleri ön planda gerçekleşmektedir (Özülke 2015: 2).

2.2. Yönetişim Tarihçesi

Yönetişim kavramının kökeni ilk olarak 16. Yüzyıla dayanmaktadır. 17. Yüzyılda Fransa’da hükümet ve sivil toplum uzlaştırılmaya çalışan bir yaklaşımdan esinlenen Yönetişim kavramı ilk defa Kuzey Avrupa’da daha sonra da dünyadaki diğer ülkelerde de kullanılmaya başlanmıştır (Yüksel 2000: 147). 1980’li yıllarda Latin Amerika’da öne çıkan demokratikleşme hareketleri ve bu hareketlerin 1990’lı yıllardan itibaren Afrika’da yayılmasıyla birlikte yönetişim kavramının daha belirgin olarak geliştiği görülmektedir (Yüksel 2000: 153). 1989 yılında Dünya Bankası, Afrika’nın kalkınmasına yönelik hazırlamış olduğu raporda yönetişimi, ülke meselelerine yönelik yönetimsel konularda politik gücün kullanımı olarak, ilk kez günümüzdeki kullanımıyla tanımlamışlardır (Worldbank 1993: 60).

Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD), yönetişimi “bir ülkenin ekonomik ve sosyal kaynaklarının yönetiminde sahip olunan güç ve yetkilerinin kullanımı” şeklinde, Dünya Bankası uzmanlarından bazıları, “bir ülkede güç ve yetkinin kullanılmasını belirleyen gelenekler ve kurumsal mekanizmalar”, Avustralya Uluslararası Kalkınma Kurumu, parlamentoya sunduğu ve “daha iyi bir gelecek için

daha iyi yardım” ismini taşıyan raporunda ise, “Ülkenin ekonomik ve sosyal kaynaklarının açık, şeffaf, hesap verebilir ve adaletli bir şekilde etkin yönetimi”, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ise, yönetişimi ülke meselelerinin yönetiminde politik, ekonomik ve yönetsel otoritenin kullanımı şeklinde ifade etmekte ve bunun kompleks mekanizma, süreç, ilişki ve kurumlara ihtiyaç oluşturduğunu belirtmektedir (Sobacı 2007: 221). Amerika Birleşik Devletinde Osborne ve Gaebler, kürek çeken değil, dümen tutan devlet sloganıyla “Daha Az Yönetim; Daha Az Kürek”, “Daha Fazla Yönetişim; Daha Fazla Dümen” katılımcı vatandaşlık profilini öne çıkararak, pasif tüketici anlayışının değişmesi yönündeki anlayışın benimsenmesinin temellerini atarak bu yaklaşımın ön plana çıkmasını sağlamışlardır (Osborne, Gaebler 1992). 20. yüzyılda hâkim olan yönetim anlayışında merkeziyetçilik, üniter yapı, katı bürokrasi, hiyerarşi, paylaşımcı olmayan bir bakış açısı yaygınken 21. yüzyılda yönetişim anlayışının gelişmesiyle birlikte yönetsel bir devrim gerçekleşmiş, yerellik, şeffaflık ve açıklığın hâkim olduğu, katılımın daha fazla gerçekleştiği, hesap verebilirlik ve sorumluluğun daha fazla verildiği bir anlayış benimsenmiştir (Özer 2006: 63).

2.3. Yönetişim İlkeleri

Yönetişimin ilkelerini, Avrupa Toplulukları Komisyonu (Commission of The European Communities 2001), Avrupa Yönetişimi: Beyaz Kitabında (European Governance: A White Paper), şeffaflık, katılımcılık, tutarlılık, etkililik, adillik gibi kavramlar olarak belirtilmiş ve yayınlanan bu belgede yer almıştır. Şeffaflık, açıklık ilkesi ile, kurumların daha açık bir şekilde çalışmasını, üye devletler ile daha aktif iş birliği içinde olmayı, halkın geneli için erişilebilir ve ulaşılabilir olmayı hedeflemiştir. Katılımla merkezi hükümetlerin Avrupa Birliğine yönelik politikalar geliştirirken ve uygularken daha kapsayıcı bir yaklaşım sergilemesini, hesap verebilirlik ile yasama ve yürütme süreçlerindeki rollerin daha net olması, Avrupa Birliği kurumlarının her birinin Avrupa’da yaptıklarına yönelik açıklamalarda bulunmasını ifade etmişlerdir. Etkililik ile öne çıkarılmak istenen ise, gerektiğinde sorumluluk almasını, net hedefler belirlenerek politikaların etkili, zamanında uygulanmasını ve aynı zamanda Avrupa Birliği politikalarının orantılı bir

şekilde uygulanmasına ve bu şekilde en uygun karar alınmasına bağlı olduğu belirtilmiştir. Tutarlılık ilkesiyle de politika ve eylemlerin kolay ve tutarlı olacak şekilde uygulanması ifade etmişlerdir (CEC 2001: 8). Annahar ve arkadaşları (2023), kapsayıcı yönetim üzerine yazan akademisyenler tarafından sürekli kullanılan ilk on yönetim ilkesini, kaynakların adil dağıtılması ve daha geniş kamu hizmetinin sunumunun gerçekleşebilmesi için gerekenleri şu şekilde maddelemişlerdir (Annahar vd., 2023: 17):

- a. Katılım:** Demokrasinin uygulanmasında önemli görülen halkın katılımını, müzakereci bir anlayışla iyi politikalar oluşturulmasını, yeniliği teşvik etmenin önemli olduğu ve topluluğun katılımının sağlanmasının kapsayıcı kalkınma oluşturabilmede önemli bir faktör olarak değerlendirildiğini belirtmişlerdir.
- b. Ulaşılabilirlik (Erişebilirlik):** Kamu hizmetine ulaşmada ve politika oluşturmada erişimin genişletilmesinin gerekliliğini vurgulayan temel bir ilke olarak görülmektedir.
- c. Güç:** Bu ilke ile kapsayıcılığı sağlamanın temel noktasının gücün farklı bağlamlarda paylaşılması, güç ve bilginin dağılımının önemli olduğu ve hükümetin buna yönelik planlamalar yapmasının gerekliliği belirtilmektedir.
- d. Yapı:** Yönetişim yapılarının halkın bilgilendirilerek katılımlarının sağlanması ve karşılıklı ilişkilerin geliştirilmesi temel ilkesi olarak ifade edilebilmektedir.
- e. Hesap Verebilirlik:** Ahlaki ve siyasi hesap verebilirlik olarak iki başlıkta değerlendirilen bu ilke kamu görevlilerinin iyi çalışma kurallarına bağlı olarak ahlak kurallarına uyduğu hesapverebilirliği, siyasi hesap verebilirlik ise siyasi kontrolün gerekliliği üzerine dayanmaktadır. Bu nedenlerden dolayı sosyal hesap verebilirlik halkın süreçlere katılmasının, politikaların savunuculuğu süreçlerindeki kapasitelerinin güçlendirilmesi gereken temel bir ilkeyi ifade etmektedir.
- f. Yetkilendirme:** Bireylerin ve toplulukların sorunlarını, endişelerini dile getirme bunlara çözüm oluşturabilme, ihtiyaçlarını tanıma ve karşılama

hususunda becerilerini geliştirmelerini sağlayan bir sũreci ifade etmektedir.

- g. Adalet:** Kamu hizmetlerine adil bir şekilde erişimi aynı zamanda, azınlıkları, yoksulları ve dışlanmışları korumak için yũrũtme, yasama ve yargı işlevlerinin adil bir şekilde çalışmasını sağlamayı ifade eden temel bir ilkedir.
- h. İş birliği:** Kamu kuruluşları ile farklı taraflar arasında iş birliği oluşturmak ve içerideki taraflar arasındaki iş birliğini geliştirerek iyileştirmeyi ifade etmektedir.
- i. Kapasite:** Sũrdũrũlebilir bir kalkınmanın kurumsal kapasitelerin gũçlendirilerek oluşturulabileceği ve çeşitli kamu kurumlarının (hũkũmet ve sivil toplum) birbirleriyle etkileşim içerisinde olarak farklı tarafları sũrelere, planlama ve geliştirme uygulamalarına dahil etmesiyle gerçekleşeceği ũzerinde durmayı belirtmektedir.
- j. Karar Verme:** Halkın karar alma sũrelerine yũnetiřimin her dũzeyinde dahil etmeyi ifade etmektedir.

alışmalar genel olarak incelendiğinde ne çıkan yũnetiřim ilkeleri; Katılımcılık ve fikir birliği, stratejik vizyon, performans duyarlılığı, etkinlik ve verimlilik, hesap verebilirlik, şeffaflık, adalet, eşitlik, hukukun ũstũnlũđũ olarak gösterilmektedir (Graham vd., 2003: 8). Yine “Avrupa Yũnetiřimi: Beyaz Kitabında da (European Governance: A White Paper)” iyi yũnetiřimin ilkeleri, açıklık, katılım, hesap verebilirlik, etkililik ve tutarlılık olarak beş maddede açıklanmıştır (CEC 2001).

Dilaveroğlu (2020: 48-50), yũnetiřim ilkelerini, şeffaflık-açıklık, hesapverebilirlik, katılımcılık, etkinlik ve verimlilik, stratejik yũnetim olarak beş maddede belirtmiştir. Bunlar;

1. Açıklık- şeffaflık ilkesi ile, vatandaşların karar alma sũrelerine katıldığı, bilgi, belge ve ihtiyaçlarına yönelik taleplerinin karşılanmasını,
2. Hesapverebilirlik ilkesi ile, vatandaşın kamuya ait bilgi ve belgelere ulaşmasını sağlayacak dũzenlemelerin uygulanmasını,
3. Etkinlik ve Verimlilik ilkesi ile kaynak kullanımının en üst dũzeyde kullanılarak amaçların gerçekleşmesini,

4. Stratejik Yönetim ilkesi ile zamanın, fırsatların iyi kullanılarak doğru bir şekilde değerlendirilmesini, zor ve olumsuz durumlarda doğru bir şekilde hareket ederek değişime uyum sağlama ve mücadele edilmesini,
5. Katılımcılık ilkesi ile yapılacak stratejik planlama süreçlerinde, her düzeydeki çalışanların katılımının gerçekleşmesini ifade etmektedir.

Sobacı (2007), yönetişimi, kamu yönetimi, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarını içine alan kompleks bir sistem olduğunu ve bunların kendi aralarındaki ilişkiler ağı ve karşılıklı etkileşimleri ifade etmekte kullanıldığını belirterek, yönetim kavramını oluşturan temel özellikler ve ölçütlerin; saydamlık, hesap sorma, katılım, yönetim katmanları arasındaki uyum, yerindelik ve hukukun üstünlüğü olarak kabul edilebileceğini belirtmiştir (Sobacı 2007: 222-223).

2.4. Klinik Yönetişim

Klinik yönetim kavramı, sağlık kuruluşlarının sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesini sürekli iyileştirmekten, klinik bakımın gelişeceği en iyi ortamı oluşturmaktan, sunulan hizmetten maksimum düzeyde fayda sağlanılmasından ve bu yüksek kaliteli bakımı korumaktan sorumlu oldukları bir çerçeve olarak tanımlanabilmektedir (Sally, Donaldson 1998: 62; Macfarlane 2019: 174). İngilterede 1990'larda, sağlık alanındaki teknolojik gelişmelerin hızlı oluşu ve klinik yönetimindeki ilerlemelerle birlikte kalitenin tanımlanmasında ve sunulmasında kavram kargaşası oluşmuştur. Birmingham'da kemik tümörü teşhisi sırasında, Bristol'da pediatrik kalp cerrahisi sırasında, Kent ve Canterbury'de servikal taramalarda üst üste gelen hizmet başarısızlığı kalite alanında iyileştirme gerekliliğini ön plana çıkarmıştır. Hizmet kalitesi alanındaki düşüşler bu alanda birçok iyileştirmenin yapılmasını gündeme getirmiş, sağlığı geliştirme adına birçok enstitü ve komisyon kurulması sağlanmıştır. Bu süreçte yaşanan sıkıntılara çözüm olarak, kalite alanında iyileştirmede, klinik yönetim, hesap verebilir kalitenin elde edilmesindeki önemli bir araç olarak önerilmiştir. Klinik yönetim, sürdürülebilir, hesap verebilir, hasta merkezli, güvenli ve kaliteli hizmet sunmayı, kurumsal kapasiteyi geliştirecek tüm araçları sağlayan bütün bir sistemdeki kültürel değişim olarak görülmektedir (Nicholls vd., 2000: 173). Öyleki, klinik yönetim, kapsayıcı bir yapı sağlayarak, sağlık sistemlerinin, klinisyenlerin ve personelin hizmetlerinin

güvenliğinden sorumlu olmakta ve sürekli kalite iyileştirmesi için çalışmaktadır (Allen 2000: 608). Klinik yönetim, kalite ve güvenliği teşvik etmek, veri ve kanıtların etkin kullanımı, hasta merkezli bir yaklaşımın sergilenmesi, sağlık hizmetleri klinik ve kurumsal yönetim alanları arasındaki ilişkileri kuvvetlendirmek için kullanılmaktadır (Travaglia vd., 2011: 63). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Klinik Yönetişim Kavramını, “*Sürekli iyileştirmeye dayalı örgüt kültürünü destekleyen bir klinik liderlik varlığında, hasta bakım sürecindeki bütün aktörlerin katılımları ve ortak çabaları ile oluşturulan ve klinik bakımda mükemmelliği hedefleyen yapı ya da düzen*” olarak tanımlamaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2021). Yine bu belirlenen standartların uygulanmasında ise klinik yönetim kapsamında hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin süreç ve uygulamalar ise şu şekilde belirlenmiştir (SKS’de Klinik Yönetişim 2023: 3-6):

- Klinik süreçlerin denetimi: Üst yönetim, klinik kalite yöneticileri, kalite direktörü, klinik kalite iyileştirme komitesi ve hasta güvenliği komitesi tarafından gerçekleştirilen izleme ve değerlendirme çalışmaları,

- Klinik risklerin yönetimi: Hastanın bakım ihtiyaçlarının bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımla belirlenmesi ve karşılanması aynı zamanda hasta bazında klinik risklerin ve bölüme özgü olarak yatan hastalarda bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korunmak için klinik risk değerlendirmelerinin yapılması,

- Kalite güvencesi: Hizmet kalitesi ve klinik kalitenin birleşimiyle sağlanmakta ve hizmet kalitesi sağlıkta kalite standartları (SKS) setleri ile gerçekleştirilirken, klinik kalite Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında hazırlanan göstergeler ile takip edilmektedir.

- Klinik etkinlik: Kurumda Türkiye Klinik Kalite Programı kapsamında elde edilen sonuçlar değerlendirilmektedir. Kurumun sağlık olgusu bazında klinik kalite puanı, hedef değerden sapma durumu ve olgu bazında yaptığı çalışmalar incelenmektedir.

- Kurumsal ve bireysel gelişim: Klinik uygulamaların iyileştirilmesine yönelik sağlık personelinin eğitim ve gelişimine yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık personelinin hasta bakımına yönelik alanlarda bilgi ve tecrübe paylaşımını hedefleyen hizmet içi eğitimlerin, etkinliklerin uygulanması ve mesleki anlamda

gelişimini sağlayacak gerekli kurs/ eğitim/ seminer/ kongre gibi çalışmalara katılımının sağlanması için gerekli teşvik ve desteklerin sağlanması.

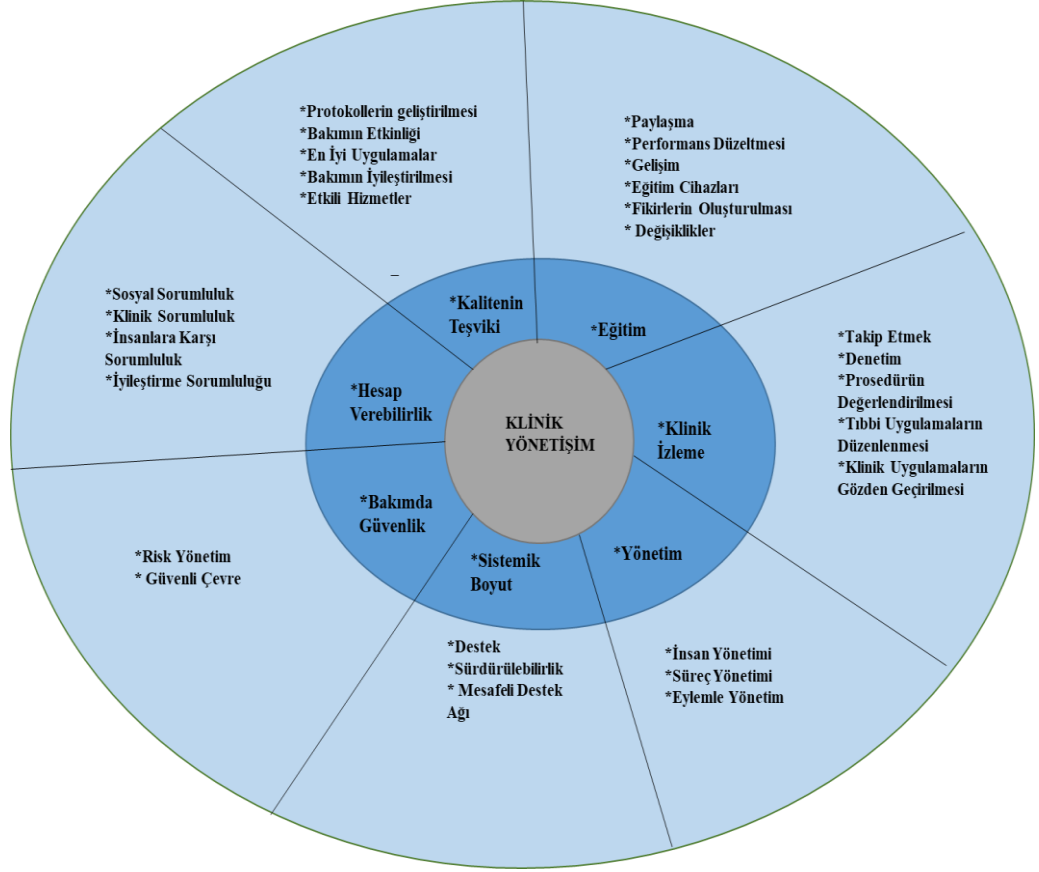
Klinik yönetişimin temel ilkeleri şöyle sıralanabilir (McSherry, Pearce 2010: 22);

- Tüm hastaların yüksek kalitede hizmet alacağı sağlık hizmetini yeniden kurmak,
- En iyi uygulamalara dayalı ulusal standartlar oluşturmak,
- Hastanın odak noktası olduğu, hastane ve toplum hizmetleri arasında işbirlikçi çalışma ortaklıkları oluşturmak
- Hizmetlerin yüksek kalitede bakım sağladığından ve paranın karşılığını verdiğinden emin olmak
- Herkes için klinik kalitenin garanti edildiği bir iç kültür oluşturmak
- Kamuoyunun ulusal sağlık sistemine olan güvenini artırmak

Klinik yönetişimin temel bileşenleri, klinik denetimler, risk yönetimi, hasta katılımı, sürekli öğrenme, kanıta dayalı olarak yapılan uygulamalar gösterilmekte, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iyi iletişim, ekip çalışması, etkili bir liderlik ve kurumsal farkındalıkla desteklenmesiyle de bunun en iyi şekilde yürütüleceği düşünülmektedir (Veenstra vd., 2017: 2).

Gomes vd., (2015), klinik yönetişimle ilgili yapmış oldukları çalışmada, alana yönelik kavramsal harita çıkarılmış ve kapsamlı bir şekilde özetlenmiştir; Klinik yönetişimi, kalitenin teşviki, eğitim, klinik izleme, yönetim, sistemik boyut, bakımda güvenlik, hesap verebilirlik olarak boyutlandırılmış ve kalitenin teşvikini; protokollerin geliştirilmesi, bakımın etkinliği, en iyi uygulamalar, bakımın iyileştirilmesi, etkili hizmetler olarak sınıflandırmıştır. Eğitim boyutunda, paylaşma, performans düzeltilmesi, gelişim, eğitim cihazlarının sağlanması, fikirlerin oluşturulması, olgunlaştırılması ve gerekli değişikliklerin yapılması olarak maddelemiştir. Klinik izleme boyutunda, gerekli takip, izlem ve denetimlerin yapılması, prosedürlerin değerlendirilmesi, tıbbi uygulamaların düzenlenmesi, klinik uygulamaların gözden geçirilmesi olarak kategorize etmiştir. Yönetim boyutunu ise, insan yönetimi, süreç yönetimi, eylemle yönetim olarak maddeleyerek sistemik boyutu, destek, sürdürülebilirlik, mesafeli destek ağı olarak, bakımda güvenliği ise,

risk yönetimi ve güvenli çevre olarak, hesap verebilirliği de, sosyal sorumluluk, klinik sorumluluk, insanlara karşı sorumluluk ve insanları iyileştirme sorumluluğu olarak belirtmiş ve genel bir çerçeve çizmiştir (Şekil 1).



Şekil.1. Klinik Yönetişimin Kavramsal Haritası

Kaynak: Gomes vd., 2015: 2435.

2.4.1. Klinik Yönetişimin Temel Bileşenleri

Klinik yönetişimin, temelde hizmet kalitesini artırma felsefesinin, etkin bir şekilde uygulanabilmesi noktasında, ekip çalışması ve çok disiplinli iş birliği önemlidir. Etkili liderlik, sorumlulukların tek bir kişi yerine tüm ekip üyeleri arasında paylaşımı, mevcut kaynakların (personel, zaman, teknik cihazlar vs.) etkin ve verimli kullanılmasının gerekliliği, birinci basamak sağlık hizmetleriyle işbirliği ve hasta katılımının sağlanması, sürekli eğitim, spesifik hedeflerin her departman

tarafından belirlenmesi ve belirli periyotlarda bunun takibi yapılarak izlenmesi ve değerlendirilmesi, klinik yönetişimin temel bileşenlerini oluşturmaktadır (Wright vd., 1999). Chandraharan, Arulkumaran (2007) ise, klinik yönetişimi oluşturan temel bileşenler ve temaları şu şekilde maddelemiştir (Chandraharan, Arulkumaran 2007: 223);

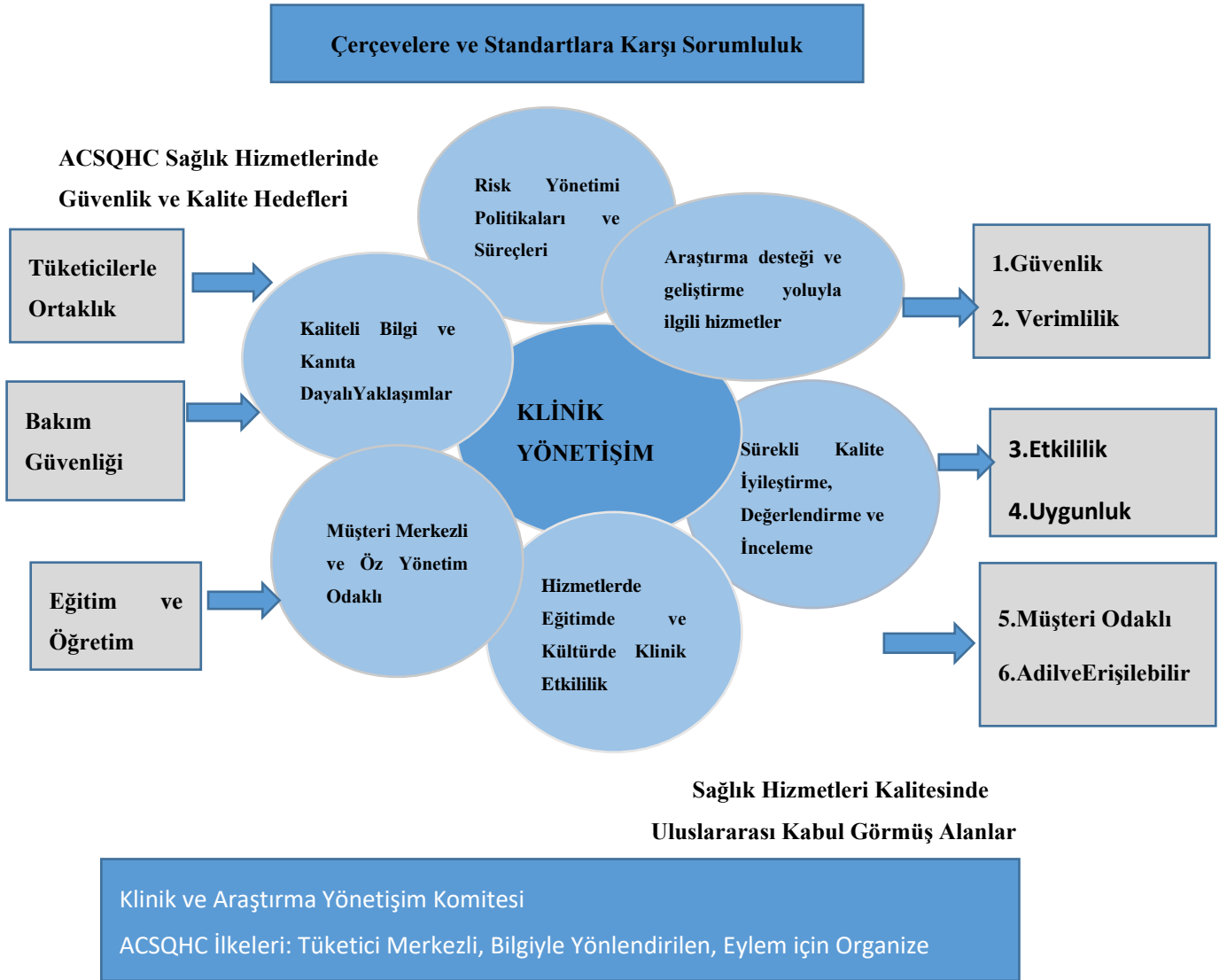
- a. Hasta ve Yakınlarının Katılımı:** Hasta ve hasta yakınlarının tedavi sürecine aktif olarak katılımı, hastaların bakım süreçleriyle ilgili karar ve planlamalarda, onlarla etkileşim içerisinde bulunulması tedavi uyumunu artırabilir ve hasta memnuniyetini yükseltebilir.
- b. Stratejik Planlama:** Kliniklerin uzun vadeli hedeflerini belirlemek ve bu hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirmek kliniğin sürdürülebilirliği ve gelişimi açısından önemlidir. Bölgesel ve kültürel ihtiyaçlara göre planlamalar yapılması ve göz önünde bulundurulması gerekmektedir.
- c. Risk Yönetimi:** Kliniklerde potansiyel riskleri tanımlamak, analiz etmek ve olumsuz olaylardan ders çıkarılarak tekrarlarının önlenmesi açısından önemlidir. Olumsuz olayların bildirimi, raporlanması, enfeksiyon riskinin önlenmesi, minimize edilmesi ve kontrolünün sağlanması örnek olarak gösterilebilir.
- d. Personel Yönetimi ve Performans:** Nitelikli ve yüksek motivasyonlu sağlık çalışanı, etkili ve verimli hizmet sunumunun temelidir. Personelin doğru şekilde yönetilmesi, performanslarının takip edilmesi ve geliştirilmesi kaliteli sağlık hizmeti sağlanması için gereklidir (İşe alma, elde tutma, iş gücü planlaması, esnek çalışma, performans yönetimi, değerlendirme).
- e. Eğitim, Öğretim ve Sürekli Mesleki Gelişim:** Sağlık sektörü sürekli olarak gelişen ve değişen bir hizmet sektörüdür. Bu nedenle personelin güncel bilgilere sahip olması önemlidir. Eğitim, öğretim ve sürekli mesleki gelişim programları düzenlenmesi, sağlık personelinin güncel bilgi ve becerilere sahip olmasını sağlamakta ve hizmet kalitesini artırmaktadır.
- f. Klinik Etkililik:** Kliniklerin verimliliğinin ve etkinliğinin sürekli olarak değerlendirilmesi, hizmetlerin hasta ihtiyaç ve beklentilerine

uygunluğunun değerlendirilmesinin sağlanarak, kanıta dayalı klinik klavuzlar eşliğinde araştırma, planlama, izleme ve denetimini sağlamaktadır.

- g. Bilgi Yönetimi:** Sağlık kayıtları, veri analizi ve sağlık bilgilerinin yönetimi kritik önem taşımakta ve doğru kararların verilmesine, hasta bakımının iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır. Bilgi yönetimi, hastaların tıbbi kayıtları ve sağlık verilerinin etkili şekilde toplanması, depolanması ve paylaşılmasını sağlamaktadır.
- h. İletişim:** Hem içsel (personel arası) hem de dışsal (hasta, hasta yakını), kamu, dış ortaklar ile iletişim etkili olmalıdır. Sağlık profesyonelleri arasındaki etkili iletişim, hasta güveninin artmasında, tıbbi hataların azalmasında büyük önem taşımaktadır.
- i. Liderlik:** Etkili liderlik, kliniklerin yönetiminde hayati bir rol oynayarak, iyi bir vizyon belirlenmesinde, ekiplerin iyi motive edilmesinde ve performansın iyileştirilmesinde olumlu etkiler yaratır. Klinik yönetim uygulamalarında lider önemlidir. Tüm kuruluş genelinde yönetim kurulu üyesi, başkan ve icracı olmayan direktörler, yöneticiler, klinisyenler ve klinik dışı personelden lider olabilir.
- j. Takım Çalışması:** Sağlık hizmetleri farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin bir arada uyum içerisinde çalışmasını gerektirir. Bölüm içerisinde, farklı departmanlarda, klinik liderler, üst düzey yöneticiler, çok disiplinli ekipler, klinik yönetimin çeşitli yönlerini kapsayarak bir arada çalışır ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı amaçlar.

Klinik yönetim ve kalite bileşenlerine yönelik yine literatürde kapsamlı ve özet bilgiler yer almaktadır. Arthritis New South Wales (Yeni Güney Galler) (ANSW) Klinik Yönetişim Çerçevesi, Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu'nun (ACSQHC) hedefleri tarafından desteklenmekte; sağlık hizmetlerinin güvenliği ve kalitesinin iyileştirilmesini sağlayacak programları desteklemek, yeni politikalar ve programlar geliştirmek için mevcut en iyi bilgiyi hedeflemektedir. Belirlemiş olduğu sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite için uluslararası kabul görmüş alanlar olmaktadır. Klinik yönetime ve sağlık

hizmetlerinde güvenlik ve kalite hedeflerine yönelik oluşturmuş oldukları kapsamlı çerçeve, alana yönelik temel hedefleri özetlemektedir (Şekil.2).



Şekil.2. Klinik Yönetişim Çerçevesi

Kaynak: <https://www.arthritisnsw.org.au/about/clinical-governance-and-research-governance-frameworks/> Erişim Tarihi 29 /08/2023.

2.5. Klinik Yönetişim İklimi

Sağlık hizmet kalitesi ve hasta güvenliğini iyileştirme çabalarını destekleyen temel bir politika ve organizasyon olarak tanımlanan klinik yönetişim, 1990'ların sonlarında Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti'nde (NHS), birden fazla hastanın

bakım sürecinde zarar görmesi ve bir dizi sağlık hizmetindeki başarısızlığın sonucunda tanıtılarak ön plana çıkarıldı. Klinik yönetim, bu başarısızlıkların sağlık sistemiyle ilgi olduğu ve bu düzenlemenin sistemin koruyucuları olarak görülen sağlık profesyonellerinin kalite ve güvenliği iyileştirme çabalarına liderlik ettiklerini ve bu süreçte birbirleriyle ve yönetimle bir arada ortaklaşa çalıştıkları fikrini özetleyen bir yaklaşım olarak gösterilmektedir (Gauld, Horsburgh 2020: 183). Klinik yönetimin en önemli bileşeni olan organizasyon kültürünün, sunulan hizmetlerin planlanması, geliştirilmesi, sık sık yeniden düzenlenmesi, güvenlik ve kalite kültürünü besleyerek geliştirmesi bakımından önemli olduğu birçok çalışma ve raporda vurgulanmaktadır (Spigelman, Rendalls 2015: 69).

Organizasyon çapında bir dönüşüm gerektiren klinik yönetimde, klinik liderlik ve olumlu organizasyon kültürü önemli özellikler olarak öne çıkmaktadır (Scully, Donaldson 1998: 62). Klinik yönetimin uzun vadeli faydalarının; kültürel değişiklikler meydana getirerek suçlayıcı ve korku ikliminden uzaklaşılmasını sağlaması ve beraberinde yansıtıcı öğrenme ve hizmet geliştirmeye yönelik, gerçekleşmiş olan olaylarda açık raporlanması, beraberinde hatalardan ders alınmasını sağlaması, klinikte iletişim ve etkileşimin ön plana çıkmasını ve destekleyici bir iklim oluşturması gösterilmektedir (Freeman vd., 2001: 37).

Kültür ve örgüt kavramlarıyla ilintili olan klinik yönetim, örgütsel iklim kavramı ile biraraya gelmesi sonucu klinik yönetim iklimi ortaya çıkmıştır. Klinik yönetim iklimi, klinikte tüm çalışanların bir arada etkili ve verimli iletişim kurarak, doğru bir ekip ruhu ile düşüncelerini ifade edebildiği, doğru davranışların desteklendiği, hatalardan ders çıkarılarak gerekli eğitim ve düzenlemelerin yapıldığı, alınan kararlarda yönetime ortak olduğu bir çalışma ortamı olarak ifade edilebilmektedir (Köroğlu 2018: 18). Klinik yönetim, çalışanların davranışlarında olumlu etkilerle oluşturularak hastaların yüksek kalitede bakım almasını sağlamak için kapsamlı adımlar ve prosedürler sistemi oluşturan kalite sistemidir (Adrian 2009). Aynı zamanda klinik yönetim, kaliteyi en üst düzeye çıkarmak için gerekli olan tüm uygulamaları en iyi şekilde yapmak olarak da ifade edilmektedir (Weston vd., 2001: 117). Sağlıkta kalitede büyük önem arz eden Klinik yönetim, kaliteye yönelik uygulamalar için yönetsel ve klinik yaklaşımlar arasında bir köprü görevi görmektedir. Öyleki başarılı bir şekilde uygulanan klinik yönetim süreci sırasında,

gerekli personel düzenlemeleri, destekleyici uzmanlıkların doğru planlanması, personel eğitimlerinin sağlanması, gerekli malzeme ve donanımların düzenlenmesi gibi her bir aşama, doğru belirlenebilecek ve mevcut durumların müdahaleden önce değerlendirilmesi sağlanarak, problemlerin çözümü için en uygun yöntem seçilerek sağlık hizmetlerindeki güvenlik ve kalite de iyileşme sağlanmış olacaktır (Mousavi vd., 2014: 493). Birçok alanda olumlu etkiler oluşturan klinik yönetim uygulamaları, kalite güvencesi ve güvenlik çerçevesi oluşturmaktadır (Herd, Musaad 2015: 41).

Örgütsel iklim, örgütsel ve yönetsel tüm süreçler sırasında çalışanlar ile örgütün karşılıklı olarak birbirini etkilemesi sonucunda oluşmakta ve çalışanlar bu süreç içerisindeki tüm faaliyetlerinde, örgütün kendilerine olan yaklaşımlarında, örgütsel iklime ilişkin çeşitli uyarıları algılamakta ve bir kanaat oluşturmaktadırlar ki bu kanaatlerin toplamı da örgütsel iklimi oluşturmaktadır (Tutar, Altınöz 2010: 197). Örgütsel iklim, hastane kültüründeki baskın olanı özetlemek ve ifade etmek için bir araç olarak kullanılabilir. Klinik yönetim ve örgütsel iklimin birleşimiyle oluşan klinik yönetim ikliminin hâkim olduğu çalışma ortamında, suçlayıcı ortamın olmaması, destekleyici, katılımcı, yenilikçi, yaratıcı, sürekli öğrenen ve gelişen, iyimser, etkili ve verimli iletişimin hâkim olmasına ve bunların sonucunda da sağlık hizmet sunucularında pozitif değişiklik oluşmasına ve hastaların da kalite beklentilerine cevap vermesine olanak sağlayacağı ifade edilmektedir (Karassavidou vd., 2011: 221).

2.6. Performans ve İşgören Performansı Kavramı

Performans, kavram olarak, kapasitenin kullanım seviyesi, yapılan bir iş neticesinde elde edilmiş olan çıktının düzeyidir (Uludağ 2018: 179). Genel anlamda planlanan bir etkinliğin neticesinde elde edilmiş olanı, nitel ve/veya nicel olarak ölçen bir kavram, ya da farklı bir ifadeyle de oluşturulmuş olan hedefe ulaşma düzeyinin ölçülmesi şeklinde de performans tanımlanabilmektedir (Özer 2009: 4). Performans doğası gereği çok boyutlu ve dinamik olarak nitelendirilmektedir.

Bireysel performans ise, bireyin örgütsel amaçlarla ilgili ölçülebilir davranışı olarak tanımlanabilmektedir (Sonnentag, Frese 2002: 18). Yine performansı, bireyin

çıktılarının bütünü, rol içi davranışın ya da yapılması gereken işin yapılma sürecinde beklenen sorumlulukların yerine getirilmesi olarak da ifade etmek mümkündür (Atatsi vd., 2019: 334). Performansa ve işgören performansına yönelik farklı tanımlamalarda mevcuttur. Performansı bir çalışanın görevini kurallara uygun bir şekilde icra etmesi, elde edilen işin kalite düzeyi ve miktarıdır şeklinde ifade ederken, işgören performansını da çalışanın işyerinde görevini yerine getirirken yaptığı eylemdir şeklinde ifade eden tanımlamalar bulunmaktadır (Utin vd., 2019: 71). İşgören performansı birçok faktörden etkilenmektedir, çalışma ortamı, iş yaşam kalitesi ve örgütsel bağlılık bunlardan en fazla öne çıkan etmenlerdir (Karoso vd., 2022: 167).

2.6.1. İşgören Performansının Değerlendirilmesi

Performans değerlendirme, çalışanın performansının değerlendirildiği, yaptığı işin sonucunun kaydedilerek işgörene bildirildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Aksoy 2001: 4). Bireyin bir görev veya işi, tanımları çerçevesinde ne düzeyde gerçekleştirdiği ve tanımlanan bu görev ve işi belirlenen süreçte gerçekleştirme düzeyinin tespit edilmesidir şeklinde de ifade edilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2021: 402). Dessler (2008), performans değerlendirmeyi, çalışma standartları için gerekli düzenlemelerin yapılması ve bu standartlara göre işgörenin gerçek performansının değerlendirilmesi, aynı zamanda performansla ilgili yetersizliklerin kaldırılması için gerekli planlama ve düzenlemelerin yapılarak, çalışanların gerekli motivasyonlarının sağlanması için geri bildirimde bulunulmasını kapsayan bir yöntem olarak tanımlamaktadır (Dessler 2008: 336).

2.6.2. İşgören Performansının Değerlendirilmesinin Amacı ve Önemi

Performans değerlemenin öncelikli amacı, kurumsal amaçların çalışanlar tarafından anlaşılma ve benimsenme düzeyinin tespiti ve amaçların asgari düzeyde gerçekleşmesinin sağlanması ile birlikte dinamik bir çalışma ortamı oluşturarak herkesin mutlu olmasını sağlayabilmektir (Tengilimoğlu vd., 2021: 403).

Kurum çalışanlarının performanslarını iyileşme ve gelişmesine katkıda bulunmak, eğitim ihtiyaçlarının tespiti, gelişimini sağlamak, çalışanların eksikliklerinin tespitinin sağlanması, ücret planlamalarını yapmak, ödül, terfi, işten ayrılma, cezai işlemlere yasal olarak dayanak oluşturmak, kariyer planlama

çalışmaları için veri oluşturmak performans değerlendirmenin amaçları arasında sayılmaktadır. Objektif olarak yapılan değerlendirmeler özellikle özverili ve fedakârca çalışan işgörenler için eksikliklerini belirlemeleri sağlamada ve kendilerini geliştirme noktasında faydalı olmakta, iyi bir motivasyon kaynağı olarak işgören için moral olarak değerlendirilmekte ve işgörenin kuruma karşı güven duygusunun artmasını sağlamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2021: 403-404).

İnsan kaynakları yönetiminin en temel ve önemli sistemlerinden birisi olan personel değerlendirme çalışanların performansını değerlendirerek onlara geri bildirimde bulunma sürecidir (Van Dijk, Schodl 2015: 716). Personel değerlendirilmesi sonucunda iş tanımı ile ilgili bilgisinin, yeteneklerinin, eğitim ve becerilerine yönelik olan tutum ve davranışlarının takibi sağlanarak, personelin eksik yönlerine yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Gerekli değerlendirmelerden sonra personel ne düzeyde başarılı olduğunu ve geliştirmesi gereken yönlerin farkına varmaktadır. Bunları personel değerlendirmede birincil amaç olarak saymak mümkündür. İkincil amaç olarak ise, personel değerlendirme sonucuna göre, iyi sonuç alındığında, işgörenin ödüllendirilmesi, terfiye yönelik planlamaların yapılması ve ücret düzenlemelerinin yapılması gerçekleşmekte, olumsuz değerlendirme sonucunda ise, görev değişikliklerin yapılması, cezalandırma, işten çıkartılma söz konusu olabilmektedir. İşgören değerlendirmede en önemli amaç olarak ise, örgütün amaçlarına ve hedeflerine yönelik faktörlerin işgörene benimsetilmesi ve bu amaç ve hedeflere işgörenin ulaşmasında gerekli destek ve motivasyonların yapılarak hem yönetici hem de işgörenin çalışma ortamında huzurlu olmasının sağlanmasıdır. İşgören performansı değerlendirme süreçlerinin sonuçlarına göre işgören üzerinde gerekli planlamalar yapılmaktadır (Güney, Şahin 2023: 563).

2.6.3. İşgören Performansının Değerlendirilmesinin Kullanım Alanları

İnsan kaynaklarına yönelik planlama, işgören tedariki, işgörenlerin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve geliştirilmesine yönelik planlamaların yapılması, ücretlendirme, terfi, ödül gibi kararların verilmesi, şikâyet ve disiplin gibi sorunlara yönelik uygulamaları planlama, işgörene geri bildirimde bulunma gibi alanlarda kullanılmaktadır (Bingöl 1998: 375).

İşgören performansının değerlendirilmesinin kullanım alanları şöyle sıralanabilir (Çolakoğlu 2005: 130);

- İşgörenin eksik olan yönlerinin belirlenmesi
- Ücret ve yapılması gereken diğer ödemelerin belirlenmesi
- Terfi ve kariyer planlamalarında dikkate alınması
- Eğitim ve geliştirmeye yönelik ihtiyaçların belirlenmesi ve planlanması
- İşe alma ile ilgili süreçlerin etkinliğinin değerlendirilmesi
- İşe yönelik tasarımsal eksikliklerin, hataların belirlenmesi
- İş standartlarına uygun olmayanların belirlenebilmesi ve işten çıkarılması
- İşgörenlerin yapmış oldukları işlerin kendileriyle uygun olup olmadıklarının tespit edilmesi
- Örgüt içinde, iyi iletişim, ilişkiler ve hakkaniyetin oluşturulması

Performans değerlendirmeye bireysel açıdan bakıldığında, psikolojik bir gereksinim, kurumsal olarak değerlendirildiğinde ise motivasyonun sağlanması için bir gerekliliktir. Performans değerlendirme öncelikli hedefi, bireyin kendisini yapmış olduğu çalışmalar hakkında bilgilendirmektir. Çalışanların ve organizasyonların gelişmesinde bu bilgilendirmenin rolü büyüktür. Performans değerlendirmesi organizasyonun bir bütün değerlendirilmesini sağlayarak, çalışanların, temel, yönetsel ve liderlik düzeyleri hakkında belirli bir fikir sahibi olunmasını sağlamakta ve örgütün vizyon ve misyon paylaşımının düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Bireysel ve örgütsel algılama farklılıklarını tespit edilmesini sağlayarak eğitim ihtiyaçlarına göre, kaynak kullanımının planlanmasına göre, çalışanların örgüt için oluşturmuş oldukları katma değer karşılaştırılmasının incelenmesine göre ve gerekli ücret düzenlemeleri hususunda gerekli ve önemli olmaktadır (Camgöz, Alpten 2006: 193).

2.7. İş Tatmini Kavramı

İş tatmini kavramı, literatürde ilk kez Hoppock (1937) tarafından tanımlanmıştır. Bu tanımlamada iş tatmini kavramını, 'çalışanın iş ortamından veya yaptığı işten memnun olması için tüm etmenlerin pozitif bir kombinasyon

oluşturmasıdır' şeklinde ifade etmiştir (Hoppock 1937: 301). İş tatmini, çalışanların yapmış oldukları işlerine duymuş oldukları olumlu ve olumsuz duyguların bileşimidir şeklinde açıklanabilmektedir. Locke (1976), iş tatminine yönelik yapmış olduğu tanımında, iş tatminini, bireyin işinin veya işe yönelik tecrübelerinin değerlendirilmesi neticesindeki keyifli ve pozitif bir duygusal durum olarak ifade etmiştir (Locke 1976: 1304). İş tatmini, bireyin istek ve ihtiyaçlarının çalıştığı iş yerinde karşılandığı, bireyin yapmış olduğu işten memnun ve mutlu olduğu psikolojik bir durum olarak ifade edilebilmektedir (Hossain 2015: 155). İş tatminini çalışanın yaptığı işe karşı olumlu yönelim olarak da tanımlamak mümkündür (Piotrowski vd., 2022: 3; Schleicher vd., 2011: 150). Sağlık hizmetlerinde de iş tatmini kavramına yönelik çeşitli tanımlar vardır. Bunlar, çalışanların işlerini ne oranda sevdikleri, yapmış oldukları işleri ile ilgili sahip oldukları duyguları ve bir işe veya onun bileşenlerine yönelik olumlu duygunun derecesi gibi tanımlardır (Castaneda, Scanlan 2014: 132).

İş tatmin düzeyini, bireyin motivasyonu, bulunduğu konumu, iş ortamındaki iletişim ve ilişkiler, iş güvenliği, birlikte çalıştığı arkadaşlarının mesleki yeterlilikleri ve aralarındaki iletişim, özel yaşam ve aile arasındaki denge ve ilişkiler, iş ortamındaki fiziksel durum, sağlık durumları gibi birçok faktör olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. İş tatmini yüksek olan çalışanın mesleki stres ve işten ayrılma niyetinin düşük olduğu, mesleki stres ve işten ayrılma niyeti arasında iş tatminin arabulucu olarak yer aldığı belirtilmiştir (Piotrowski vd., 2022: 3). Yöneticiler tarafından iş tatminini etkileyen faktörlerin anlaşılması, çalışanların iş tatminini artırmaya ve işte kalmanın sürdürülmesine yönelik stratejiler geliştirilmesi ve uygulaması noktasında önemli görülmektedir (Penconek vd., 2021: 1). Luthans (1995: 170-172), iş tatmininin üç boyutu olduğunu belirtmiş ve iş tatmininin duygusal bir yanıt olduğunu, görülemediğini ve sadece ifade edilebildiğini, iş tatmininin genellikle çıktılarını, beklentileri ne düzeyde karşıladığı ile ifade edilebildiği, son olarak iş tatmininin, birbiriyle ilgili birçok tutumu beraberinde getirdiği, bunların da iş, ücret, terfi imkanları, yönetim tarzı, çalışma arkadaşları ve benzerleri ile ilgili olduğu şeklinde açıklamıştır (Luthans 1995: 170-172)

2.7.1. İş Tatminini Etkileyen Faktörler

İş tatminini etkileyen faktörler bireysel faktörler, örgütsel ve çevresel faktörler olarak iki grupta incelenebilir.

2.7.1.1. İş Tatminini Etkileyen Bireysel Faktörler

Yaş: Bulunulan yaş dönemi bireylerin istek algı ve beklentilerini etkilemektedir. Genç, orta ve yaşlı olarak ele alınan ve değerlendirilen çalışanlarda genç olarak adlandırılan grubun işe yeni başlamaları, çalışma hayatlarının başında olmaları, ilk defa işe yerleştirilmenin sıkıntıları olabilmektedir. Bunun yanı sıra eğer eğitim ve yetenekleri doğrultusunda bir işe yerleştirilmişler ise de çalışma arzuları daha yüksek ve işe bağlılıklarında daha kuvvetli olabilmektedir. Orta yaşlı grubundakiler ise alışmış oldukları işlerinde olmaları nedeni ile daha iyimser psikolojik iklim algılarına sahip olabilmektedir. Yaşlı çalışanlar ise değişime daha fazla direnç göstermekte, teknolojik cihazları kullanmaya daha ön yargılı olabilmektedirler (Güven vd., 2005: 131-132). Aşırı beklenti, deneyim eksikliği, belirli bir uzmanlık alanının olmaması genç çalışanlarda daha düşük iş tatminine neden olabilmektedir. Herzberg ise erken çalışma hayatına başlayan bireylerde iş tatmin düzeyinin yüksek olduğu, 30 yaşına doğru bu düzeyin azaldığı, ilerleyen yaş ile birlikte çalışma yaşantısının sonuna doğru iş tatmin düzeyinin tekrar yükseldiğini belirtmiştir. Ancak bu sonucun tüm nesiller için geçerli olmadığını araştırmanın yapılmış olduğu dönemdeki nesli kapsadığını, Saleh ve Otis ise bir yönetici için 60 yaş civarında iş tatmin düzeyinin yüksek olduğu ve emeklilik dönemine yaklaştıkça iş tatmin düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir (Özaydın, Özdemir 2014: 255).

Cinsiyet ve medeni durum: İş tatminini etkileyen diğer bir unsurda cinsiyet olarak ifade edilmektedir. Birçok farklı meslek grubunda yapılan çalışmada bu belirtilmiştir. Bu faktörün çalışan bireyin mesleğiyle ilintili olduğu bazı meslek gruplarında kadın çalışanlarda iş tatmin düzeyi daha yüksek bulunurken bazı meslek gruplarında da erkek çalışanlarında iş tatmin düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Ertemiz 2023: 34). Medeni duruma göre iş tatmin düzeyi değerlendirildiğinde ise evli çalışanların işlerinden beklentilerinin bekâr çalışanlardan farklılaşmasından

dolayı evli çalışanların iş tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğunu söyleyebilmek mümkündür (Erkan 2013: 39).

Eğitim ve zekâ düzeyi: Eğitim düzeyine göre yapılan işe yönelik bakış açılarında farklılık görülebilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde yapılan işe yüklenen anlamlar ve beklentiler değişiklik gösterebilmektedir (Güven vd., 2005: 132), özellikle eğitim düzeyinin artmasıyla hem iç hem de dış ödüllerin artması ile birlikte iş tatmininin yükseldiği, bunun yanı sıra da beklentilerin artması neticesinde iş tatmininin azaldığı yönünde literatürde tartışmalar bulunmaktadır (Demir 2007: 122).

Hiyerarşik düzey ve iş tecrübesi: Yapılan çalışmalarda bireyin statüsünün, iş tatmininde önemli olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin iş tatminlerine yönelik yapılan bir incelemede, yönetici düzeyinde çalışan hemşirelerde iş tatmin düzeylerinin diğer alt düzeyde çalışan hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Özpehlivan 2019: 51). Yapılan bazı çalışmalar, iş tecrübesi ve iş tatmini arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bir kurumda daha uzun yıllardır çalışan, tecrübesi ve deneyimi fazla olan çalışan bireyin iş tatmin düzeyinin daha yüksek olduğu dolayısıyla iş tecrübesinin iş tatminini etkilediği ifade edilmektedir (Sevimli, İşcan 2005: 57).

Kişilik özellikleri: İş tatmini ve kişilik özellikleri arasında ilişki bulunmaktadır. Çalışan bireyin kişiliği, yaptığı işi hakkındaki tutumunun olumlu ya da olumsuz olmasına neden olmaktadır. Öyle ki olumsuz karaktere sahip, çevresine uyum sağlayamamış ve hayata bakışı negatif olan bireylerin iş tatmin düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Sevimli, İşcan 2005: 56).

Kültürel ve etnik farklar: İç tutum, inançlar ve değerler, bireyin doğup büyüdüğü, yaşamını sürdürmüş olduğu çevrenin iş tatmini üzerinde etkileri bulunmaktadır (Özpehlivan 2019: 51).

2.7.1.2. İş Tatminini Etkileyen Örgütsel ve Çevresel Faktörler

Ücret ve ödül: Çalışanın yapmış olduğu işin karşılığında elde ettiği ücret işin çekici hale gelmesinde, örgütte kalmasının devam etmesinde, motivasyonların artmasında ve iş tatmininde önemli bir etkidir (Çakır 2001: 145).

Aynı zamanda çalışanların almış oldukları ücret, satın alma gücünü artırdığı için daha iyi yaşama isteğinden dolayı önemli bir tatmin aracı olarak ifade edilmektedir (Kumkale 2006: 82)

İş ve özellikleri: İş yükü ve iş-yaşam dengesi iş tatmini üzerinde önemli bir etki göstermektedir. Aşırı yoğun tempoda çalışma, uzun ve yorucu gece vardiyası gibi olumsuz şartlar iş tatminini azaltabilmektedir. Çalışma şartlarının güvenli olması gerekli iş güvenliğinin sağlanması ise iş tatmini üzerinde olumlu etki yaratmaktadır (Demirel, Okyay 2023: 39).

Çalışma ortamı ve koşulları: Çalışma ortamındaki fiziksel koşullar, yüksek ses, yetersiz aydınlatma, havalandırma problemleri, ısıtmada sıkıntı yaşanması (az ya da fazla olması), aşırı ve uzun çalışma süreleri, ergonomik koşulların olmaması iş tatmini üzerinde etki oluşturmaktadır (Hayta 2007: 21).

Kariyer (ilerleme) olanakları: Çalışanların yapmış oldukları işlerine yönelik gerekli gelişimlerini sağlayacak eğitim olanaklarının verilmesi, işlerinde ilerleme ve yükselme fırsatlarının sunulması çalışanların iş tatminlerinin artmasına ve beraberinde işe bağlılıklarında ve motivasyonlarının artmasında olumlu etki göstermektedir (Demirel, Okyay 2023: 39).

Yönetim biçimi ve yöneticilerle ilişkiler: İletişim ortamının iyi olduğu, iyi ilişkilerin kurulduğu, adalet ve dürüstlüğe özen gösterilen güven verici yöneticilerin olduğu çalışma ortamlarında çalışanın iş tatmini olumlu düzeyde etkilenmektedir (Çakır, Öztürk 2023: 205). Özellikle sağlık işletmelerinde yöneticilerin çalışanları dinlemesi, onların istek ve beklentilerini göz önünde bulundurması, kişisel gelişimlerinin desteklenmesini sağlaması, empati, güvenlik gibi değerleri göz önünde bulundurması halinde çalışanlar kuruma ve yöneticiye güven duymakta işlerini ve görevlerini en iyi şekilde yerine getirmek için çaba göstermekte ve bu davranışlar çalışanlarda iş tatmininin artmasını sağlamaktadır (Budak vd., 2023: 1038).

Çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler: Bireyin çalışmış olduğu kurumda arkadaşları ile olan iletişimi ve ilişkileri iş tatminini etkilemektedir. Başarıya odaklanmış ve kendisiyle aynı bakış açısına sahip çalışma arkadaşları ile birlikte çalışmak iş tatmini üzerinde olumlu etki yaratmaktadır.

Sosyal etkileşimde bulunmak, iyi iletişimler kurmak, bir arada uyum içerisinde çalışmak iş tatminini artırıcı etki yaratmaktadır (Pehlivan 2019: 55).

İş güvencesi: İş güvencesinin olması çalışanın görevlerini yerine getirirken çalışma ortamıyla ilgili alınan çeşitli önlemler, hayat sigortası ve emeklilik gibi kendisine sunulan olanaklar, çalışan bireyin kendisini güvende hissetmesi iş tatmini açısından önemlidir (Çakır, Eğinli 2010: 28).

Örgüt kültürü ve iklimi: Örgüt kültürü ve iklimi, yöneticiler ve çalışanların birlikte paylaştığı, ortak değerleri göstermekte, hedef ve amaçlara ulaşmada da standart uygulamalar konusunda gerekli motivasyonu sağlayarak, çalışanların kendilerini kurumlarına daha bağlı hissetmelerine ve aidiyet duygusu geliştirerek iş tatmini ve beraberinde başarı getirmesini sağlamaktadır (Demirel, Okyay 2023: 39).

3. BÖLÜM

3. MATERİYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler, Özel Hastane, Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan Hekim, Hemşire/Ebe, Sağlık Teknisyeni/Teknikeri (Radyoloji, Laboratuvar) grubunda çalışan sağlık profesyonellerinin klinik yönetim iklimi düzeyini belirlemek ve klinik yönetim ikliminin işgören performansına etkisi ve bunda iş tatmininin aracılık rolünü belirlemek amacıyla kesitsel olarak tasarlanmıştır.

Çalışma planlanırken alanın önemi ve bu alana yönelik yapılmış olan çalışmaların azlığı konunun daha fazla araştırılması ve incelenmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Ülkemizde klinik yönetim alanına yönelik çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Bunlar:

- Bir Üniversite Hastanesinde Klinik Yönetişim İkliminin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi (Gürdoğan 2012).
- Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi (Köroğlu 2018).
- Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri (Lale 2019).
- Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisinin İncelenmesi (Eraslan 2022).

Ülkemizde yeni bir kavram olarak değerlendirilen klinik yönetişimin etkin bir şekilde uygulanabilmesi ve tam olarak anlaşılabilmesi için bu alana yönelik katkı sunmak da çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı

Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışma Aralık 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında Sivas ilinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Sivas ilinde görev yapan sağlık hizmetleri sınıfında (Hekim, Hemşire, Ebe, Laboratuvar teknisyeni ve Radyoloji teknisyeni) yer alan çalışanlar araştırmasının evrenini oluşturmaktadır. Sivas ilinde sağlık hizmetleri sınıfında yer alan çalışanların sayısı yaklaşık olarak 7000 civarındadır. Bu sayının içerisinde, bir Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve bir özel hastane, Toplum Sağlığı ve Aile Sağlığı Merkezinde çalışanlar bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, parametre sayısı önemlidir (Jackson 2003: 128). Araştırmalarda örneklem sayısının en az kaç olması gerektiği konusunda alan yazında farklı yöntemlerin var olduğu bilinmektedir. İlişki katsayıları, küçük örneklemelerden kestirildiyse daha az güvenilir olma eğilimindedir. Bu yüzden örneklem büyüklüğünün ilişkilerin güvenilir bir şekilde kestirilebilmesini sağlayacak büyüklükte olması önemlidir. Örneklem hacminin saptanmasında gözlenen değişken sayısının baz alınması gerektiğini savunan görüşler oldukça yaygındır. Bu bağlamda katılımcı sayısının, ölçekte bulunan gözlenen değişkenlerin beş ile on katı arasında (Büyüköztürk 2002: 480) olması gerektiği tavsiye edilmektedir.

İstatiksel analizlere göre 7000 kişiden oluşan evrende örneklem büyüklüğü minimum 365 olması yeterli görülmektedir. %99'luk bir güven düzeyinde ise bu sayı 607 kişi olarak hesaplanmaktadır. Çalışmamızda dağıtılan 1200 anketten, anketi tam ve eksiksiz dolduran 786 kişinin verileri değerlendirmeye alınarak hedef sayıya ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmaya Kabul, Ret Kriterleri ve Sınırlıkları

Araştırmada, kabul kriterleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve kurumda en az 1 yıl çalışmış olmak, ret kriterleri ise araştırmaya katılmayı kabul etmeme ve kurumdaki görev süresinin 1 yıldan daha az olması olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın kesitsel nitelikte olması, veri toplama süreci sırasında, Covid-19 pandemisinin olması, ulaşmak istediğimiz hedef kitlenin, anket doldurma konusunda genel olarak isteksiz olması ve bunun sebebi olarakta, çalışma saatlerini, çalışma sürelerini ve çalışma yoğunluklarını dile getirmeleri çalışmanın kısıtını oluşturmaktadır.

3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler

Araştırma modelindeki ölçme araçları ve hipotezleri şu şekildedir; Klinik yönetim iklimi ölçeğinin 6 alt boyutu, İşgören performansı ölçeği tek alt boyutu, iş tatmini ölçeği tek alt boyutundan oluşmaktadır.

Model 1: Klinik yönetim iklimi ölçeğinin iş tatmini üzerinde etkisi vardır.
H₁: Klinik yönetim ikliminin iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{1a}: Planlı ve entegre kalite geliştirme programının iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{1b}: Önleyici risk yönetiminin iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{1c}: Suç ve ceza ortamının iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{1d}: Örgütsel Öğrenmenin iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{1e}: Meslektaşlar ile birlikte çalışmanın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Model 2: Klinik yönetim iklimi ölçeğinin işgören performansı üzerinde etkisi vardır.
H₂: Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{2a}: Planlı ve entegre kalite geliştirme programının işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{2b}: Önleyici risk yönetiminin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{2c}: Suç ve ceza ortamının işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{2a}: Örgütsel Öğrenmenin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
H_{2e}: Meslektaşlar ile birlikte çalışmanın işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Model 3: İş tatmini ölçeğinin işgören performansı üzerinde etkisi vardır.
H₃: İş tatmininin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Model 4: Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerine etkisinde iş tatminin aracı rolü
H₄: Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerine etkisinde iş tatminin aracı rolü vardır.

Klinik yönetim iklimi ölçeğinin 5 alt boyutu, İşgören performansı ölçeği tek alt boyutu, iş tatmini ölçeği tek alt boyutundan oluşan hipotezlerimize ek olarak, yine ölçek puanlarımızı meslek grupları, kurum değişkeni, meslekteki çalışma süreleri ve kalite ve klinik yönetim alanındaki eğitim değişkenleriyle incelenmesi amacıyla diğer hipotezler de oluşturulmuştur (Hipotez 5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15).

Hipotez 5: Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin meslek grupları arasında farkı bulunmaktadır. (Hipotez 5)

Hipotez 6: Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı bulunmaktadır. (Hipotez 6)

Hipotez 7: Sağlık çalışanlarının işgören performansı ölçek düzeyleri meslek grupları arasındaki farkı bulunmaktadır. (Hipotez 7)

Hipotez 8: Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin çalışılan kurum değişkeni arasında farkı bulunmaktadır. (Hipotez 8)

Hipotez 9: Sağlık çalışanlarının işgören performansı ölçek düzeylerinin çalışılan kuruma göre farkı bulunmaktadır. (Hipotez 9)

Hipotez 10: Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin meslekteki çalışma süresi grupları arasında farkı bulunmaktadır. (Hipotez 10)

Hipotez 11: Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin meslekteki çalışma süresine göre farkı bulunmaktadır. (Hipotez 11)

Hipotez 12: Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alma grupları arasında fark bulunmaktadır. (Hipotez 12)

Hipotez 13: Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma grupları arasında fark bulunmaktadır. (Hipotez 13)

Hipotez 14: Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma grupları arasında farkı bulunmaktadır. (Hipotez 14)

Hipotez 15: Sağlık çalışanlarının işgören performans düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farkı bulunmaktadır. (Hipotez 15)

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda elde edilen veriler, 3 bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından geliştirilen ve sosyo-demografik özelliklerle ilgili 4 soru, iş yaşamı özelliklerine ilişkin 6 soruluk kişisel bilgi formu yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde, Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği, üçüncü bölümünde İşgören Performansı Ölçeği ve İş Tatmini Ölçeği yer almıştır (Tablo 3).

3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Ölçekler

Tablo 3. Veri Toplamada Kullanılan Ölçekler

Ölçek Adı	İngilizce Güv. ve Geçerlilik	Türkçe Güv. ve Geçerlilik	Boyut, Madde Sayısı	Ölçek Türü	Puan Değerlendirme
Klinik Yönetişim İklimi (KYİ)	Tim Freeman (2003)	Eylem Paslı Gürdoğan 2012	60 madde ve 6 faktör	Likert (5'li)	Düşük puanlama, ideal KYİ' yi yansıtmaktadır.
İşgören Performansı	Kirkman ve Rosen (1999), daha sonra ise, Sigler ve Pearson (2000)	Güner Çöl (2008)	4 madde ve tek faktör	Likert (5'li)	Katılımcıların ortalama puanının azalması, işgören performansının azaldığını; ortalama puanının artması ise işgören performansının arttığını göstermektedir
İş Tatmini	Brayfield ve Rothe (1951) tarafından geliştirilen, Judge, Locke, Durham ve Kluger (1998) tarafından kısaltılmıştır.	Başol, Çömlekçi (2020)	5 madde ve tek faktör	Likert (5'li)	Katılımcıların ortalama puanının azalması, iş tatmini değerlendirmesinin azaldığını; ortalama puanının artması ise iş tatmini değerlendirmesinin arttığını göstermektedir

3.6.1.1. Klinik yönetim iklimi ölçeği

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği çalışması, İngiltere'de sağlık hizmeti sunan dört hastanede görev yapan Hekim, Hemşire, Yöneticiler, Psikologlar ve Destek hizmet çalışanlarından oluşan 406 sağlık çalışanı ile 2001 yılı Aralık ayından 2002 yılının Mayıs ayı tarihleri arasında yapılmıştır. 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. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .94, alt boyutları için

$\alpha = .81 - .95$ arasında bulunmuştur (Freeman 2003). Bu bulgular ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Gürdoğan (2012) tarafından yapılmıştır ve Cronbach's Alpha değeri 0,89'dur (Gürdoğan 2012: 74). Anket sorularının yanıtlanması, 15 dakika sürmektedir. Ölçek tipi 5 dereceli Likert ölçeğidir ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekteki maddeler; 1=kesinlikle katılıyorum, 2=katılıyorum, 3=hiçbiri, 4=katılmıyorum, 5=kesinlikle katılmıyorum şeklinde puanlanmaktadır.

Tablo 4. Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Alt Boyutları

Ölçek Boyut ve Madde Sayısı Madde Numaraları	Madde Numaraları
1-Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı(PEKG): Hizmet sürecinin sürekli iyileştirilmesine ve kalite geliştirme faaliyetlerinin başarısı ile ilgili 21 madde bulunmaktadır	18* , 20* , 24* , 25* , 29* , 33* , 34* , 36* , 38* , 39, 41* , 42* , 46* , 48* , 50* , 51* , 56* , 57, 58* , 59* , 60
2-Önleyici Risk Yönetimi (ORY): Bilginin karar vermede ne kadar etkili olduğu ve risk bilgilerinin sistematik olarak toplanmasına yönelik 11 madde yer almaktadır	14, 21* , 22, 27* , 30* , 35, 37, 43, 44, 52, 54
3-Suç ve Ceza Ortamı (SCO): Haksız yere suçlama, cezalandırma ve suçlama kültürüyle ilgili ifadelerle yönelik 9 madde bulunmaktadır	1* , 3* , 5* , 7* , 10* , 11, 12, 16, 26*
4-Meslektaşlarla Birlikte Çalışma (MBC): Çalışanların birlikte çalışma şekilleri, görev ve sorumluluklarının ortak anlaşılma düzeyi, çalışanlar arasındaki dürüstlük konuları yönelik 6 madde bulunmaktadır	8, 19* , 40, 45* , 53* , 55
5-Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF): Çalışanların eğitim ve gelişme olanaklarına yönelik 8 madde bulunmaktadır	4, 6, 9, 15, 17* , 28* , 47, 49
6-Örgütsel Öğrenme (OO): Örgütsel sınırlılıklar, kurum içinde ve dışındaki bilgi paylaşımını açıklamaya yönelik 5 madde bulunmaktadır.	2, 13, 23, 31, 32
Toplam	60 madde

*Ters yönlü 32 madde koyu olarak verilmiştir.

Kaynak: (Freeman 2003, Gürdoğan 2012, Eraslan 2022)

Klinik yönetişim iklimi ölçeği alt boyutları ve madde numaraları verilmiştir (Tablo 4). Ölçekte; 32 soru ters yönde, 28 soru düz puanlanmaktadır. Ters yönlü (olumsuz) ifadeler, olumlu ifadeye çevrildikten sonra puan hesaplaması yapılmaktadır. Ölçekten minimum 60 puan, maximum 300 puan alınmaktadır.

Ölçekteki düşük puanlama, ideal klinik yönetim iklimini yansıtmaktadır. Ölçekten alınan puan azaldıkça, kurumdaki iklim klinik yönetimi destekleyici yönde olduğu ifade edilmektedir (Freeman 2003).

3.6.1.2. İşgören Performansı Ölçeği

Çalışmada kullanılan diğer ölçek olan, İşgören Performansı ölçeği, Kirkman ve Rosen (1999) tarafından kullanılmış, daha sonra ise Sigler ve Pearson (2000) tarafından yaptıkları çalışmalarda kullanılmıştır. Cronbach α düzeyinin tüm değişkenlerde güvenilirlikleri kabul edilebilir düzey olan 0,70'in üzerinde bulunmuştur (Çöl 2008: 41). İşgören Performansı ölçeği 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçek tek boyutludur. Ölçekte yer alan sorulara aşağıda yer verilmektedir.

Tablo 5. İşgören Performansı Ölçeği

Bireysel Performans	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
Görevlerimi tam zamanında tamamlarım.					
İş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum.					
Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim					
Bir problem gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim.					

3.6.1.3. İş Tatmini Ölçeği

İş tatmini ölçeği Brayfield ve Rothe (1951) tarafından geliştirilen, Judge, Locke, Durham ve Kluger (1998) tarafından kısaltılan iş tatmini ölçeğinin yeniden yorumlanmış halinin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını Başol ve Çömlekçi (2020) yapmıştır. Analiz sonuçlarına göre, iş tatmini ölçeğinde tek faktör bulunmaktadır ve faktördeki maddelerin faktör yükleri 0,841 ile 0,932 arasında değişmektedir ve açıklanan toplam varyans %77,99 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin içsel tutarlığı 0,929 olarak hesaplanmıştır ve madde-toplam korelasyonlarının 0,756 ile 0,886 arasında değiştiği ve iş tatmini ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı

olduğu analiz sonuçlarıyla gösterilmiştir. Ölçeğin puanlanması en az 1, en çok 5 puan olarak şekilde hesaplanmaktadır ve ilgili 5 maddenin ortalaması alınmaktadır. Buna göre katılımcıların ortalama puanının azalması, iş tatmini değerlendirmesinin azaldığını; ortalama puanının artması ise iş tatmini değerlendirmesinin arttığını göstermektedir (Başol, Çömlekçi 2020: 22). Ölçekte yer alan sorulara aşağıda yer verilmektedir.

Tablo 6. İş Tatmini Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
İşimi Keyifli Buluyorum					
Mevcut İşimden Memnunum					
İşimi Severek Yaparım					
İş yerinde Zaman İyi Geçiyor					
Mutluluğu İşimdeyken Buluyorum					

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşerî Bilimler Kurulu'ndan 04.08.2022 tarih ve E-60263016-050.06.04-191650 sayılı etik kurul izni alınmış olup, çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan, e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 2).

3.8. Veri Toplama Süreci

Veri toplama aşamasında, örnekleme yer alan sağlık kuruluşlarına yüz yüze ve çevrimiçi olarak ulaşılmaya çalışılmıştır. Birim sorumlu ve yöneticilerine araştırmanın önemi hakkında bilgi verilmiş olup anket doldurulma süresince gereken özen gösterilmesi hakkında açıklamalar yapılmıştır. Yoğun çalışma saatleri, zaman yetersizliği gibi nedenlerle anket dönüşlerinde evrenin tamamına ulaşmak mümkün olmamıştır. Dağıtılan 1200 anketten, anketi tam ve eksiksiz dolduran 786 kişinin verileri değerlendirmeye alınabilmiştir.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 26.0, IBM AMOS 24 programlarından faydalanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının (Aritmetik Ortalama, Sayı, Yüzde) yanı sıra, güvenilirlik analizi ve doğrulamayı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Ölçek ortalama puanı ağıısından sosyo-demografik grupların karşılaştırması yapılmıştır. Veriler parametrik şartları sağladığından bağımsız iki grup için bağımsız örneklem t test, ikiden fazla grup için tek yönlü ANOVA kullanılırken, hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik varsayımı sağlayanlarda LSD, homojenlik varsayımı sağlamayanlarda Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Klinik yönetişim iklimi ölçeğinin, diğer ölçeklerde üzerindeki etkisinin test edilmesinde yapısal eşitlik modelleme-yol analizi yöntemleri kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı

Çalışma; Aralık 2022 -Nisan 2023 tarihleri arasında Sivas ilinde bulunan farklı statülerdeki 4 Sağlık kuruluşunda (Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi-277 Kişi, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane-344 Kişi, Özel Hastane-100 Kişi, Aile Sağlığı Merkezi/ Toplum Sağlığı Merkezi-65 Kişi) çalışan, Hekim, Hemşire/ Ebe, Sağlık Teknisyeni/ Teknikeri (Laboratuvar- Radyoloji)'nden oluşan 786 kişi üzerinde gerçekleştirmiştir. Çalışmamızda, örneklemdaki veriler Tablo 6'da verilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanede çalışanların katılımlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın, bu hastanelerin sayısının ve çalışanların sayısının daha fazla olmasından kaynaklandığını ifade etmek mümkündür.

4.2. Araştırma Grubunun Demografik ve Mesleki Özellikleri, İş Yaşamına, Çalıştığı Kuruma Göre Özellikleri

Çalışmamızda, anketin birinci bölümünde yer alan araştırma grubunun demografik ve mesleki özellikleri, iş yaşamına, çalıştığı kuruma göre özelliklerine ilişkin dağılımları verilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma Grubunun Demografik ve Mesleki Özellikleri, İş Yaşamına, Çalıştığı Kuruma Göre Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	543	69,1
Erkek	243	30,9
Yaş	Sayı	%
18-25	148	18,8
26-35	276	35,1
36-45	232	29,5
46-55	116	14,8
56 ve üzeri	14	1,8
Medeni Durum	Sayı	%
Evli	525	66,8
Bekar	261	33,2
Eğitim Durumu	Sayı	%
Lise	71	9,0
Ön lisans	149	19,0
Lisans	384	48,9
Lisansüstü	182	23,2
Meslek	Sayı	%
Hekim	149	19,0
Hemşire	406	51,7
Ebe	54	6,9
Laboratuvar Teknisyeni/Teknikeri	90	11,5
Radyoloji Teknisyeni/Teknikeri	87	11,1
Çalıştığınız Kurum	Sayı	%
Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi	277	35,2
Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane	344	43,8
Özel Hastane	100	12,7
Aile Sağlığı Merkezi/Toplum Sağlığı Merkezi	65	8,3
Meslekteki Deneyim Süresi	Sayı	%
1-5 yıl	246	31,3
6-10 yıl	151	19,2
11-15 yıl	101	12,8
15 yıl ve üzeri	288	36,6
Çalışılan Kurumda Deneyim Süresi	Sayı	%
1-5 yıl	415	52,8
6-10 yıl	133	16,9
11-15 yıl	87	11,1
15 yıl ve üzeri	151	19,2
Kalite Çalışmalarıyla İlgili Eğitim Alma Durumu	Sayı	%
Evet	573	72,9
Hayır	213	27,1
Klinik Yönetişim ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Sayı	%
Evet	393	50,0
Hayır	393	50,0

Tablo 7’de araştırma grubunun sosyodemografik ve mesleki özellikleri, iş yaşamına, çalıştığı kuruma göre özellikleri yer almaktadır. Araştırma grubunun,

%69,1'i kadın, %30,9'u erkektir. 18-25 yaş aralığındaki katılımcıları oranı %18,8; 26-35 yaş aralığında olanların oranı %35,1; 36-45 yaş aralığındaki katılımcıların oranı %29,5; 46-55 yaş aralığında olanlar %14,8; 56 ve üzerinin ise %1,8 olduğu görülmektedir. En yüksek katılım oranının, %35,1 oran ile 26-35 yaş aralığında olan katılımcılardan oluşmaktadır. Evli olan katılımcıların oranı, %66,8'dir. Eğitim durumları incelendiğinde %9 lise mezunu, %19 önlisans mezunu, %48,9'u lisansüstü düzeyde öğrenim görmüş ve %23,2 oranında da lisansüstü katılımcılar çalışmamızda yer almıştır. En yüksek katılımcı oranı %48,9'la lisans mezunları olduğu görülmektedir. Tüm grubun; %19'u hekim, %51,7'si hemşire, %6,9'u ebe, %11,5'i laboratuvar teknisyeni/teknikeri, %11,1'i radyoloji teknisyeni/teknikeri dir. Çalıştıkları kurum incelendiğinde, Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Hastanesi %35,2, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane %43,8, Özel Hastane %12,7, Aile Sağlığı Merkezi/Toplum Sağlığı Merkezi %8,3 oranında katılım sağlamışlardır. Meslekteki deneyim süreleri incelendiğinde, 1-5 yıl arası olanların oranı %31,3; 6-10 yıl arası %19,2; 11-15 yıl arası deneyim süresi olan katılımcıların oranı %12,8; 15 yıl ve üzeri olan katılımcıları oranı ise %36,6 oranında olup en yüksek katılım oranına sahiptirler. Çalışılan kurumdaki deneyim süreleri incelendiğinde 1-5 yıl arası olanlar %52,8 oranında ve en yüksek katılım oranına sahiptirler. Diğer katılımcıların oranı ise %16,9, 6-10 yıl kurumda deneyim süresi olanlar, %11,1 oranında ise 11-15 yıl deneyim süresine sahip olanlar ve %19,2 oranıyla da 15 yıl ve üzeri çalıştığı kurumda deneyim süresine sahip olanların olduğu görülmektedir. Kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde %72,9 oranında eğitim aldıklarını belirterek evet cevabını verenler, %27,1 oranıyla da eğitim almadıklarını belirten hayır cevabını verenler oluşturmaktadır. Klinik yönetim ile ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde %50'nin eğitim aldığını belirten evet cevabını verdiği diğer %50'nin ise hayır cevabını verdikleri, eğitim alanlar ve eğitim almayanlarının oranının eşit olduğu görülmektedir.

4.3. Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normal Dağılım Analizi Sonuçları

Tablo 8. Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normal Dağılım

	K-S	p	Min	Max	\bar{X}	S.Sapma	Med.	Çarpıklık	Basıklık
PEKG	,052	,000	12	60	38,89	8,76	40	-,123	-,125
ORY	,109	,000	7	35	18,53	5,12	18	,494	,125
SCO	,059	,000	6	30	17,85	5,00	18	,091	-,375
OO	,154	,000	3	15	7,91	2,58	8	,477	-,167
MBC	,095	,000	3	15	9,55	2,67	10	-,016	-,587
KIY	,057	,000	34	155	92,73	18,82	94	-,060	,332
İT	,104	,000	1,80	5,00	3,52	,89	3,6	-,148	-,885
İP	,163	,000	1,00	5,00	3,96	,95	4,00	-1,107	,876

Ölçekler ve alt boyutlarına ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, aritmetik ortalama ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2.0 sınırları içinde bulunmasından verilerin normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir (George, Mallery 2010).

4.3.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Freeman (2003) tarafından geliştirilen klinik yönetim iklimi ölçeği 6 boyut ve 60 maddeden oluşmaktadır. Geliştirilen Klinik yönetim iklimi ölçeğinin Türkçe uyarlaması Gürdoğan (2012) tarafından yapılmıştır. Klinik yönetim iklimi ölçeğinin örneklemimizde geçerliliğinin incelenmesi için IBM AMOS 24 (Chicago, USA) programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda model uyum kriterleri incelenmiş ve CMIN=8169,859 DF=1695, DMIN/DF=4,820 RMSEA=0,070, CFI=0,733, GFI=0,753 olarak elde edilmiştir. Elde edilen model uyum kriterleri istenilen sınırlarda olmadığından modifikasyon indekslerine ve standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (SRA) bakılmıştır. İnceleme sonucunda 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 16, 17, 21, 23, 27, 28, 30, 33, 34, 38, 39, 40, 42, 47, 50, 54, 55, 57, 58, 60 numaralı maddelerin SRA katsayı değerleri 0,50' den küçük olduğu için analizden çıkarılmıştır.

Doğrulamalı faktör analizi tekrarlandıktan sonra modifikasyon indeksleri incelenmiş Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF) boyutunda bulunan 15 ve 49. maddelerin diğer faktörler altındaki değişkenlerle yüksek kovaryans bağlantısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu maddelerde ölçekten çıkarılarak beş boyutlu bir yapı ile tekrar çözümleme yapılmıştır.

Tablo 9. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

Ölçüm Adı	Mükemmel Uyum	Kabul Uyum	Edilebilir	Modelin Ulaştığı sonuç	Modelin Başarı Düzeyi
χ^2/df	$0 < X^2/sd < 3$	$0 < X^2/sd < 5$		4,378	Kabul Edilebilir Uyum
RMSEA	$RMSEA \leq .05$	$RMSEA \leq .10$,066	Kabul Edilebilir Uyum
GFI	$.95 \leq GFI < 1.0$	$.90 \leq GFI < 1.0$,954	Mükemmel Uyum
NFI	$.95 \leq NFI < 1.0$	$.90 \leq NFI < 1.0$,902	Kabul Edilebilir Uyum
CFI	$CFI \geq .95$	$CFI \geq .90$,940	Kabul Edilebilir Uyum

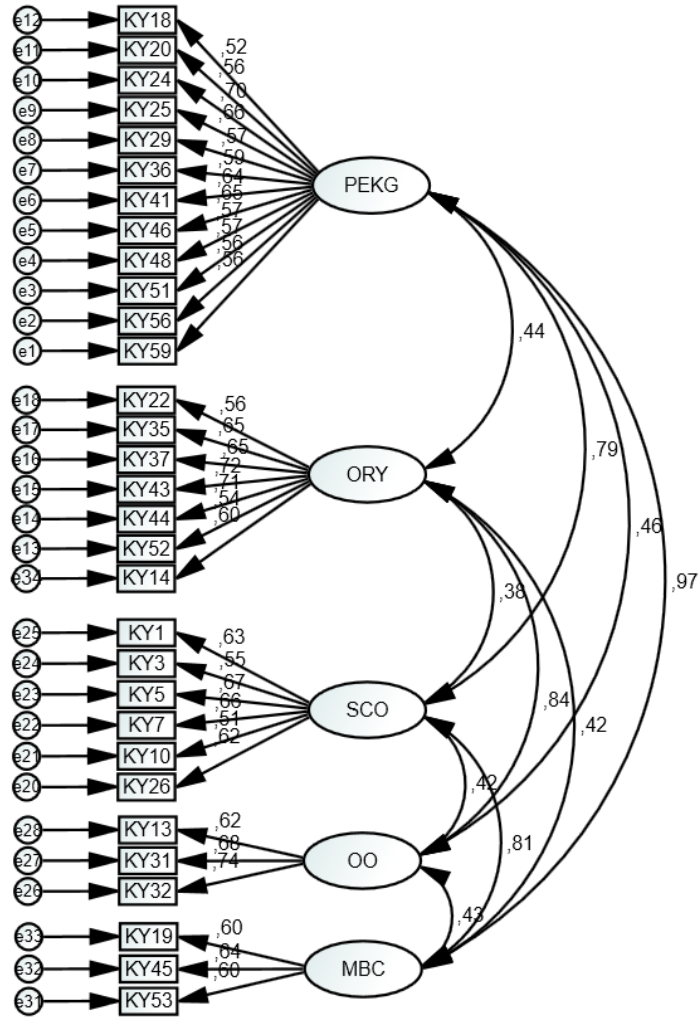
Schermelleh, Moosbrugger (2003)

Yapılan DFA analizine göre, maddelerin ilgili faktörleri %95 güven seviyesinde doğruladığı ($p < 0.05$ $p = 0,000$) ve X^2/sd , RMSEA, GFI, NFI, CFI değerlerinin kabul edilebilir uyum aralıklarında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Regresyon Katsayıları

			Tahmin	SRA	S.H.	t	p
KY59	<---	PEKG	1,000	,563			
KY56	<---	PEKG	1,068	,559	,084	12,695	***
KY51	<---	PEKG	1,032	,567	,080	12,829	***
KY48	<---	PEKG	1,060	,575	,082	12,956	***
KY46	<---	PEKG	1,210	,650	,086	14,095	***
KY41	<---	PEKG	1,192	,638	,086	13,928	***
KY36	<---	PEKG	1,090	,588	,083	13,173	***
KY29	<---	PEKG	,986	,571	,076	12,900	***
KY25	<---	PEKG	1,201	,661	,084	14,256	***
KY24	<---	PEKG	1,220	,695	,083	14,725	***
KY20	<---	PEKG	,968	,559	,076	12,696	***
KY18	<---	PEKG	,921	,519	,077	12,025	***
KY52	<---	ORY	1,000	,537			
KY44	<---	ORY	1,359	,712	,099	13,783	***
KY43	<---	ORY	1,377	,722	,099	13,888	***
KY37	<---	ORY	1,341	,652	,102	13,111	***
KY35	<---	ORY	1,202	,648	,092	13,066	***
KY22	<---	ORY	1,040	,563	,087	11,962	***
KY14	<---	ORY	1,197	,599	,096	12,444	***
KY26	<---	SCO	1,000	,622			
KY10	<---	SCO	,849	,513	,071	11,996	***
KY7	<---	SCO	1,041	,659	,071	14,600	***
KY5	<---	SCO	1,031	,671	,070	14,801	***
KY3	<---	SCO	,817	,553	,064	12,757	***
KY1	<---	SCO	1,034	,629	,073	14,109	***
KY32	<---	OO	1,000	,745			
KY31	<---	OO	,854	,675	,052	16,520	***
KY13	<---	OO	,903	,623	,059	15,365	***
KY53	<---	MBC	1,000	,599			
KY45	<---	MBC	1,051	,645	,072	14,581	***
KY19	<---	MBC	1,018	,603	,073	13,878	***

Standartlaştırılmış regresyon katsayılarının (SRA) 0,50' dan, t değerlerinin 1,96' dan büyük olduğu ve "p" değerleri 0,05'ten küçük olduğu için, faktör yüklenimleri önemlidir. Klinik yönetim iklimi ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi yapısı aşağıdaki şekilde açıkça görülmektedir.



Şekil 3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğine Ait Yol Diyagramı

Klinik Yönetişim İklimi ölçeği alt boyutlarından Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG) boyutunda en etkili değişkenin 0,695' lik katsayı ile KY24 "Hızmette değişiklikleri uygulamaya koymak için destek yoktur", Önleyici Risk Yönetimi (ORY) boyutunda en etkili değişkenin 0,722' lik katsayı ile KY43 "Klinik risk politikaları organizasyon içinde paylaşılır", Suç ve Ceza Ortamı (SCO) boyutunda en etkili değişkenin 0,671' lik katsayı ile KY5 "Klinik olaylara karışanlar suçlu hissettirilir", Örgütsel Öğrenme (OO) boyutunda en etkili değişkenin 0,745' lik katsayı ile KY32 "Kişiler iyi uygulamaları yaymak için zaman ayırır", Meslektaşlarla birlikte çalışma (MBC) boyutunda en etkili değişkenin 0,645' lik katsayı ile KY45 "Kişiler meslektaşlarının kendilerinden neler beklediklerini bilmezler" maddeleri

olduğu belirlenmiştir. PEKG alt boyutu ile ORY boyutu arasında 0,444, SCO boyutu ile 0,785, OO boyutu ile 0,460, MBC boyutu ile 0,973 kuvvette pozitif yönlü ilişki vardır. ORY boyutu ile SCO boyutu arasında 0,382, OO boyutu ile 0,841, MBC boyutu ile 0,415 kuvvetinde pozitif yönlü bir ilişki vardır. SCO boyutu ile OO boyutu arasında 0,424, MBC boyutu ile 0,806 kuvvetinde pozitif yönlü bir ilişki vardır. OO alt boyutu ile MBC boyutu arasında 0,428 kuvvetinde pozitif yönlü ilişki vardır.

4.3.2. İş Tatmini Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Beş sorudan oluşan iş tatmini ölçeğinin örnekleminizde geçerliliğinin incelenmesi için AMOS 24 programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda model uyum kriterleri incelenmiş ve CMIN=91,001 DF=5, DMIN/DF=18,200 RMSEA=0,148, CFI=0,970, GFI=0,957 olarak elde edilmiştir. Elde edilen model uyum kriterleri istenilen sınırlarda olmadığından modifikasyon indekslerine ve standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (SRA) bakılmıştır. IT4-IT5 maddeleri arasında modifikasyon yapılmıştır. Modifikasyon yapıldıktan sonra tek boyutlu yapı ile tekrar çözümleme yapılmıştır.

Tablo 11. İş Tatmini Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

Ölçüm Adı	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Modelin Ulaştığı sonuç	Modelin Başarı Düzeyi
χ^2/df	$0 < X^2/sd < 3$	$0 < X^2/sd < 5$	3,213	Kabul Edilebilir Uyum
RMSEA	$RMSEA \leq .05$	$RMSEA \leq .10$,053	Kabul Edilebilir Uyum
GFI	$.95 \leq GFI < 1.0$	$.90 \leq GFI < 1.0$,994	Mükemmel Uyum
NFI	$.95 \leq NFI < 1.0$	$.90 \leq NFI < 1.0$,995	Mükemmel Uyum
CFI	$CFI \geq .95$	$CFI \geq .90$,997	Mükemmel Uyum

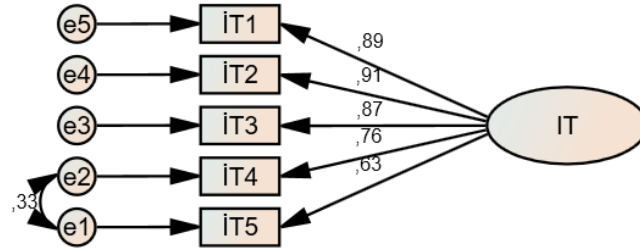
Schermelleh, Moosbrugger (2003)

Yapılan DFA analizine göre, maddelerin ilgili faktörleri %95 güven seviyesinde doğruladığı ($p < 0.05$ $p = 0,000$) ve X^2/sd , RMSEA değerlerinin kabul edilebilir uyum, GFI, NFI, CFI değerlerinin mükemmel uyum aralıklarında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. İş Tatmini Ölçeğine Ait Regresyon Katsayıları Tablosu

	Tahmin	SRA	S.H.	t	p
İT5 <--- İş Tatmini	1,000	,625			
İT4 <--- İş Tatmini	1,205	,760	,056	21,356	***
İT3 <--- İş Tatmini	1,354	,870	,069	19,525	***
İT2 <--- İş Tatmini	1,487	,914	,074	20,122	***
İT1 <--- İş Tatmini	1,467	,891	,074	19,821	***

Standartlaştırılmış regresyon katsayılarının (SRA) 0,50’ dan, t değerlerinin 1,96’ dan büyük olduğu ve “p” değerleri 0,05’ten küçük olduğu için, faktör yüklenimleri önemlidir. İş tatmini ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi yapısı aşağıdaki şekilde açıkça görülmektedir.



Şekil 4. İş Tatmini Ölçeğine Ait Yol Diyagramı

İş Tatmini ölçeği en etkili değişkenin 0,914’ lük katsayı ile İT2“Mevcut işimden memnunum” maddesi olduğu görülmektedir.

4.3.3. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Dört sorudan oluşan işgören performansı ölçeğinin örneklemimizde geçerliliğinin incelenmesi için AMOS 24 programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda model uyum kriterleri incelenmiş ve kabul edilebilir uyum aralıklarında olduğu görülmüştür.

Tablo 13. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)
Sonuçları

Ölçüm Adı	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Modelin Ulaştığı sonuç	Modelin Başarı Düzeyi
χ^2/df	$0 < X^2/sd < 3$	$0 < X^2/sd < 5$	3,312	Kabul Edilebilir Uyum
RMSEA	$RMSEA \leq .05$	$RMSEA \leq .10$,054	Kabul Edilebilir Uyum
GFI	$.95 \leq GFI < 1.0$	$.90 \leq GFI < 1.0$,996	Mükemmel Uyum
NFI	$.95 \leq NFI < 1.0$	$.90 \leq NFI < 1.0$,997	Mükemmel Uyum
CFI	$CFI \geq .95$	$CFI \geq .90$,998	Mükemmel Uyum

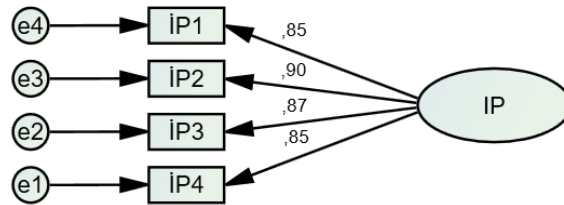
Schermelleh ve Moosbrugger 2003

Yapılan DFA analizine göre, maddelerin ilgili faktörleri %95 güven seviyesinde doğruladığı ($p < 0.05$ $p = 0,000$) ve X^2/sd , RMSEA değerlerinin kabul edilebilir uyum, GFI, NFI, CFI değerlerinin mükemmel uyum aralıklarında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Regresyon Katsayıları Tablosu

			Tahmin	SRA	S.H.	t	p
İP4	<---	İşgören Performansı	1,000	,849			
İP3	<---	İşgören Performansı	1,158	,873	,037	31,358	***
İP2	<---	İşgören Performansı	1,176	,903	,036	33,102	***
İP1	<---	İşgören Performansı	1,094	,848	,037	29,877	***

Standartlaştırılmış regresyon katsayılarının (SRA) 0,50' dan, t değerlerinin 1,96' dan büyük olduğu ve "p" değerleri 0,05'ten küçük olduğu için, faktör yüklenimleri önemlidir. İşgören performansı ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi yapısı aşağıdaki şekilde açıkça görülmektedir.



Şekil 5. İşgören Performansı Ölçeğine Ait Yol Diyagramı

İşgören performansı ölçeği en etkili değişkenin 0,903' lük katsayı ile IP2“İş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum” maddesi olduğu görülmektedir.

4.3.4. Ölçek ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 15. Ölçek ve Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	PEKG	ORY	SCO	OO	MBC	KİY	İT	İP
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG)	1	,372*	,651*	,377*	,725*	,895*	-,299*	-,136*
Önleyici Risk Yönetimi (ORY)		1	,309*	,680*	,306*	,665*	-,182*	,007
Suç ve Ceza Ortamı (SCO)			1	,337*	,585*	,782*	-,267*	-,142*
Örgütsel Öğrenme (OO)				1	,303*	,631*	-,261*	-,095*
Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma (MBC)					1	,760*	-,238*	-,125*
Klinik Yönetişim İklimi (KİY)						1	-,329*	-,130*
İş Tatmini (İT)							1	,515*
İşgören Performansı (İP)								1

*p<0,05

Klinik yönetişim iklimi ölçeği alt boyutları ile iş tatmini ve işgören performansı ölçekleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, klinik yönetişim iklimi genel ölçek ve alt boyutları ile iş tatmini ve işgören performansı arasında negatif yönlü düşük kuvvetli ilişki bulunmuştur (p<0,05). Klinik yönetişim iklimi alt boyutlarından önleyici risk yönetimi alt boyutu ile işgören performansı arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

4.4. Araştırma Hipotezlerinin Testine İlişkin Yapısal Eşitlik Modellemesi Bulguları

YEM temelli araştırmalarda konuyla ilgili araştırmacının beklentisinden yola çıkılarak, test edilmek üzere istatistiksel bir model tasarlanmaktadır. Araştırmanın hipotezleri IBM AMOS 24 Programı kullanılarak test edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Maximum Likelihood hesaplama yöntemi kullanılarak kovaryans matrisi oluşturulmuş, araştırmanın amacı ve modeline uygun olan, örtük

değişkenlerle değişkenler arasındaki dolaylı etkilerin test edildiği YEM modeli (aracılı yapısal model) (Gürbüz 2019: 106) kullanılmıştır.

Araştırma modelinin test edilmesi öncesinde aracı değişken olmadan, ölçeklerin birbiri üzerindeki etki değerlerini test etmeyi amaçlayan YEM modelleri kurulmuş ve hipotezler test edilmiştir. YEM modelleri ve hipotez sonuçları sırası ile açıklanmıştır.

Model 1: Klinik yönetim iklimi ölçeğinin iş tatmini üzerinde etkisi vardır.

H₁: Klinik yönetim ikliminin iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{1a}: Planlı ve entegre kalite geliştirme programının iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{1b}: Önleyici risk yönetiminin iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{1c}: Suç ve ceza ortamının iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{1d}: Örgütsel Öğrenmenin iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

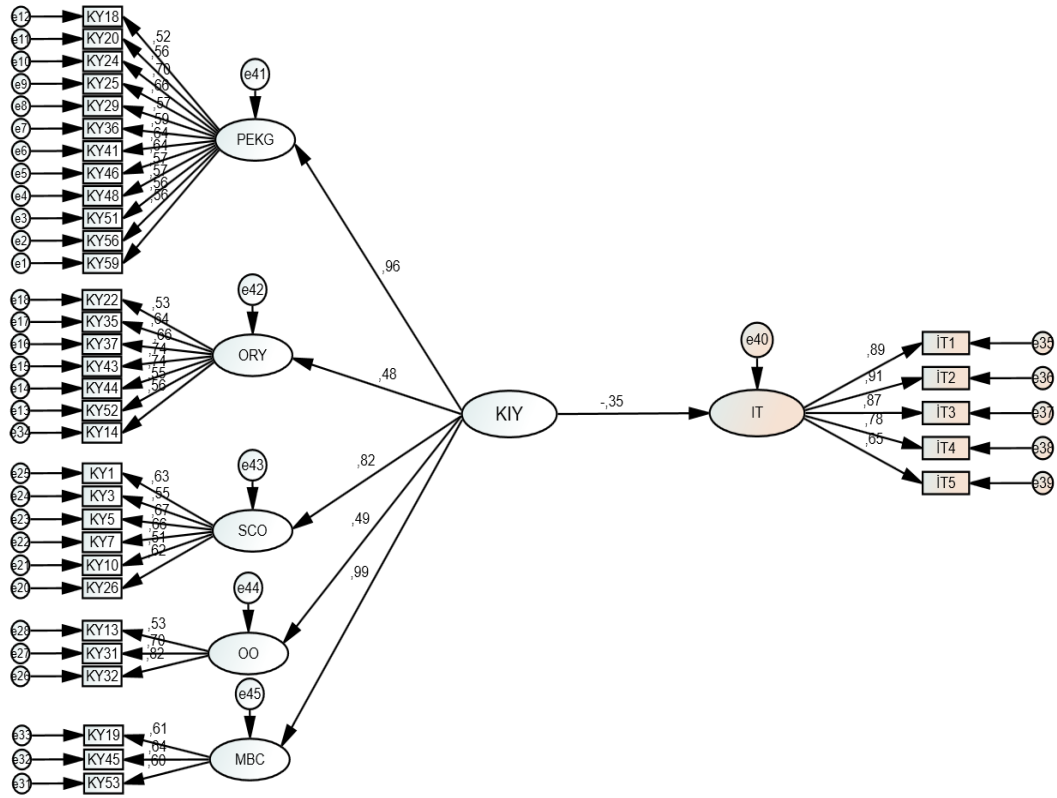
H_{1e}: Meslektaşlar ile birlikte çalışmanın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 16. Model 1 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri

Parametre Tahminleri		β	S. β	S.Hata
Ölçme Modeli				
KY59	<--- PEKG	1,000	,565	
KY56	<--- PEKG	1,060	,557	,084
KY51	<--- PEKG	1,027	,567	,080
KY48	<--- PEKG	1,055	,574	,081
KY46	<--- PEKG	1,195	,644	,085
KY41	<--- PEKG	1,193	,641	,085
KY36	<--- PEKG	1,094	,593	,082
KY29	<--- PEKG	,981	,571	,076
KY25	<--- PEKG	1,196	,661	,084
KY24	<--- PEKG	1,218	,697	,082
KY20	<--- PEKG	,962	,558	,076
KY18	<--- PEKG	,921	,521	,076
KY52	<--- ORY	1,000	,548	
KY44	<--- ORY	1,378	,738	,098
KY43	<--- ORY	1,390	,745	,098
KY37	<--- ORY	1,320	,655	,100
KY35	<--- ORY	1,162	,640	,089
KY22	<--- ORY	,954	,528	,083
KY26	<--- SCO	1,000	,622	
KY10	<--- SCO	,849	,513	,071
KY7	<--- SCO	1,042	,659	,071
KY5	<--- SCO	1,029	,670	,070
KY3	<--- SCO	,820	,554	,064
KY1	<--- SCO	1,033	,629	,073
KY32	<--- OO	1,000	,821	
KY31	<--- OO	,798	,695	,056
KY13	<--- OO	,699	,531	,057
KY53	<--- MBC	1,000	,599	
KY45	<--- MBC	1,036	,635	,072
KY19	<--- MBC	1,032	,612	,074
KY14	<--- ORY	1,100	,562	,092
İT1	<--- IT	1,000	,888	
İT2	<--- IT	1,012	,910	,027
İT3	<--- IT	,924	,868	,027
İT4	<--- IT	,844	,778	,030
İT5	<--- IT	,712	,650	,034
Yapısal Model				
İş Tatmini	<--- Klinik Yönetişim İklimi	-,541	-,348	,067
$X^2/df=4,194$; CFI=0,912; NFI=0,873; GFI=0,917; RMSEA=0,064				

Veri çözümlenmeleri AMOS 24 ile incelenmiştir. Ölçme modellerinin doğrulanmasından sonra, örtük değişkenli yapısal model üzerinden araştırma hipotezleri test edilmiştir. Tablo 16'daki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,05’ den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir. X^2/sd , RMSEA, GFI, NFI, CFI değerlerinin kabul edilebilir uyum aralıklarında olduğu belirlenmiştir.

H₁ (Klinik Yönetişim İklimi → İş Tatmini) hipotezini test etmek amacıyla klinik yönetim iklimi algı düzeyinin iş tatmini örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. YEM sonuçlarına göre klinik yönetim iklimi algı düzeyinin iş tatminini yordadığı ($\beta = -.348$; $p < .05$) tespit edilmiş; bu durumda H₁ hipotezi kabul edilmiştir.



Şekil 6. Model 1 Yol Diyagramı

Tablo 17. Alt Hipotezler İçin Kurulan Modelin Parametre Değerleri

Parametre Tahminleri			β	S. β	S.Hata
İş Tatmini	<---	PEKG	-,304	-,220	,055
İş Tatmini	<---	ORY	,103	,063	,064
İş Tatmini	<---	SCO	-,144	-,096	,061
İş Tatmini	<---	OO	-,215	-,206	,044
İş Tatmini	<---	MBC	-,026	-,022	,051

Araştırma modeli kapsamında gerçekleştirilen yol analizi sonuçlarına göre klinik yönetim iklimi alt boyutlarından planlı ve entegre kalite geliştirme programı, suç ve ceza ortamı, örgütsel öğrenmenin iş tatmini üzerinde negatif yönde anlamlı etkisi vardır. Fakat önleyici risk yönetimi ve meslektaşlar ile birlikte çalışma alt boyutlarının iş tatmini üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur. Bu bağlamda H_{1a} , H_{1c} , H_{1d} hipotezleri kabul edilmiştir, H_{1b} ve H_{1e} hipotezleri reddedilmiştir.

Model 2: Klinik yönetim iklimi ölçeğinin işgören performansı üzerinde etkisi vardır.

H₂: Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2a}: Planlı ve entegre kalite geliştirme programının işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2b}: Önleyici risk yönetiminin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2c}: Suç ve ceza ortamının işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H_{2d}: Örgütsel Öğrenmenin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

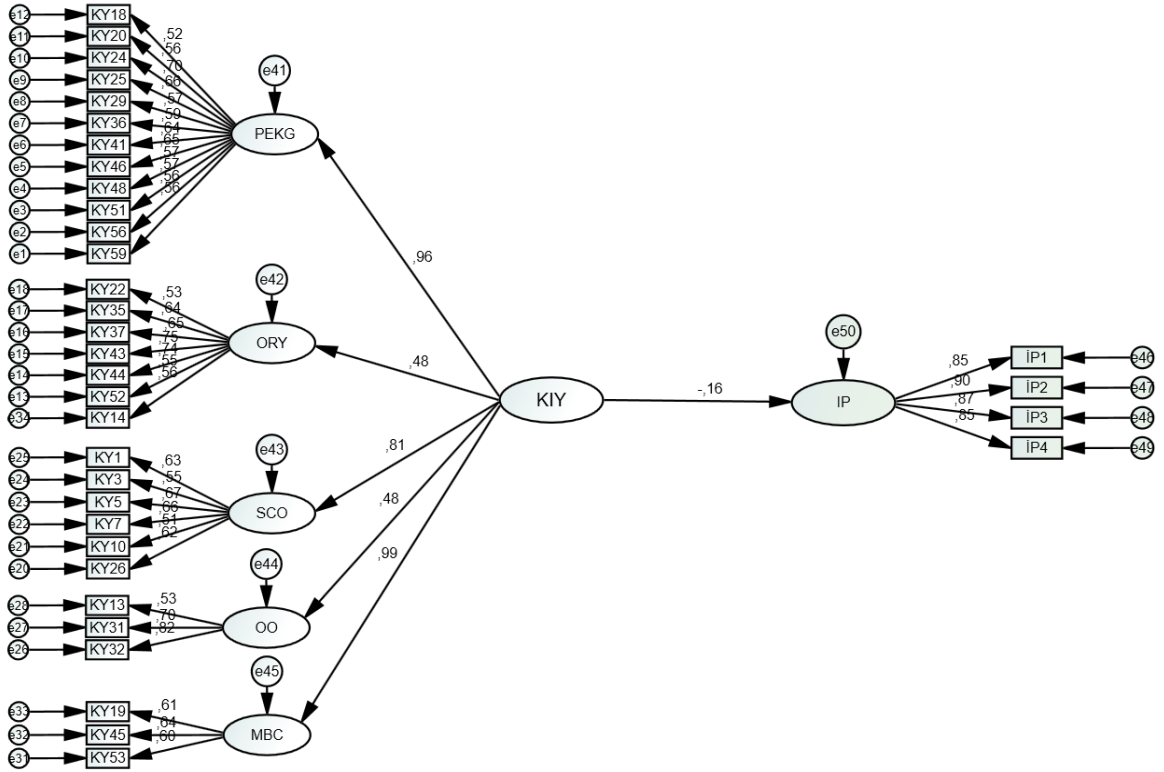
H_{2e}: Meslektaşlar ile birlikte çalışmanın işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 18. Model 2 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri

Parametre Tahminleri			β	S. β	S.Hata
Ölçme Modeli					
KY59	<---	PEKG	1,000	,564	
KY56	<---	PEKG	1,064	,558	,084
KY51	<---	PEKG	1,029	,566	,080
KY48	<---	PEKG	1,058	,575	,082
KY46	<---	PEKG	1,199	,645	,085
KY41	<---	PEKG	1,192	,640	,085
KY36	<---	PEKG	1,094	,592	,083
KY29	<---	PEKG	,983	,571	,076
KY25	<---	PEKG	1,201	,662	,084
KY24	<---	PEKG	1,220	,697	,083
KY20	<---	PEKG	,964	,558	,076
KY18	<---	PEKG	,923	,521	,076
KY52	<---	ORY	1,000	,548	
KY44	<---	ORY	1,379	,738	,098
KY43	<---	ORY	1,391	,745	,098
KY37	<---	ORY	1,320	,655	,100
KY35	<---	ORY	1,162	,640	,089
KY22	<---	ORY	,954	,528	,083
KY26	<---	SCO	1,000	,620	
KY10	<---	SCO	,851	,513	,071
KY7	<---	SCO	1,047	,660	,072
KY5	<---	SCO	1,034	,671	,070
KY3	<---	SCO	,822	,555	,064
KY1	<---	SCO	1,037	,629	,074
KY32	<---	OO	1,000	,822	
KY31	<---	OO	,796	,695	,056
KY13	<---	OO	,696	,529	,057
KY53	<---	MBC	1,000	,601	
KY45	<---	MBC	1,034	,637	,072
KY19	<---	MBC	1,025	,610	,073
KY14	<---	ORY	1,099	,562	,092
İP1	<---	İşgören Performansı	1,000	,848	
İP2	<---	İşgören Performansı	1,076	,904	,033
İP3	<---	İşgören Performansı	1,059	,868	,034
İP4	<---	İşgören Performansı	,914	,778	,031
Yapısal Model					
İşgören Performansı	<---	Klinik Yönetişim İklimi	-,239	-,160	,060
$X^2/df=4,248$; CFI=0,912; NFI=0,874; GFI=0,920; RMSEA=0,064					

Ölçme modellerinin doğrulanmasından sonra, örtük değişkenli yapısal model üzerinden araştırma hipotezleri test edilmiştir. Tablo 18'deki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,05’ den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir. X2/sd, RMSEA, GFI, NFI, CFI değerlerinin kabul edilebilir uyum aralıklarında olduğu belirlenmiştir.

H₂ (Klinik Yönetişim İklimi → İşgören Performansı) hipotezini test etmek amacıyla klinik yönetim iklimi algı düzeyi ve işgören performansı örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. YEM sonuçlarına göre klinik yönetim iklimi algı düzeyinin işgören performansını yordadığı ($\beta = -.160$; $p < .05$) tespit edilmiş; bu durumda H₂ hipotezi kabul edilmiştir.



Şekil 7. Model 2 Yol Diyagramı

Tablo 19. Alt Hipotezler İçin Kurulan Modelin Parametre Değerleri

Parametre Tahminleri			β	S. β	S.Hata
İşgören Performansı	<---	PEKG	-,142	-,104	,053
İşgören Performansı	<---	ORY	,308	,189	,067
İşgören Performansı	<---	SCO	-,059	-,040	,060
İşgören Performansı	<---	OO	-,188	-,182	,043
İşgören Performansı	<---	MBC	-,059	-,051	,051

Araştırma modeli kapsamında gerçekleştirilen yol analizi sonuçlarına göre klinik yönetim iklimi alt boyutlarından planlı ve entegre kalite geliştirme programı, örgütsel öğrenmenin işgören performansı üzerinde negatif yönde, önleyici risk yönetimi üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi vardır. Suç ve ceza ortamı, meslektaşlar ile birlikte çalışma alt boyutlarının işgören performansı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur. Bu bağlamda H_{2a}, H_{2b}, H_{2d} hipotezleri kabul edilmiştir, H_{2c} ve H_{2e} hipotezleri reddedilmiştir.

Model 3: İş tatmini ölçeğinin işgören performansı üzerinde etkisi vardır.

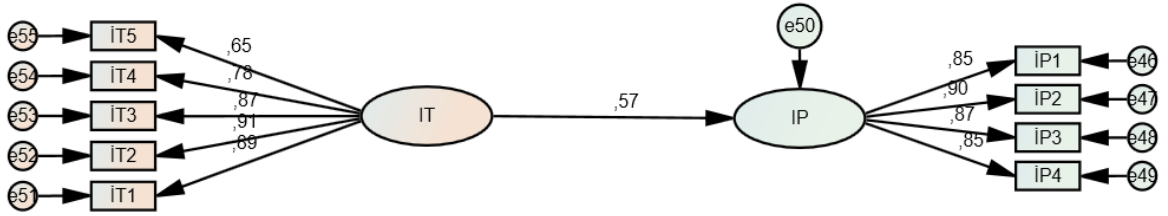
H₃: İş tatmininin işgören performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 20. Model 3 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri

Parametre Tahminleri			β	S. β	S.Hata
Ölçme Modeli					
İP1	<---	İşgören Performansı	1,000	,850	,032
İP2	<---	İşgören Performansı	1,073	,904	,034
İP3	<---	İşgören Performansı	1,053	,870	,030
İP4	<---	İşgören Performansı	,913	,850	
İT1	<---	İş Tatmini	1,000	,891	,027
İT2	<---	İş Tatmini	1,008	,909	,027
İT3	<---	İş Tatmini	,930	,877	,031
İT4	<---	İş Tatmini	,822	,760	,034
İT5	<---	İş Tatmini	,680	,623	,083
Yapısal Model					
İşgören Performansı	<---	İş Tatmini	,545	,569	,035
$\chi^2/df=4,096$; CFI=0,986; NFI=0,982; GFI=0,972; RMSEA=0,063					

Ölçme modellerinin doğrulanmasından sonra, örtük değişkenli yapısal model üzerinden araştırma hipotezleri test edilmiştir. Tablo 20'deki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,05’ den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizil değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir. X2/sd, RMSEA değerlerinin kabul edilebilir uyum, GFI, NFI, CFI değerlerinin mükemmel uyum aralıklarında olduğu belirlenmiştir.

H₃ (İş Tatmini → İşgören Performansı) hipotezini test etmek amacıyla iş tatmini algı düzeyi ve işgören performansı örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. YEM sonuçlarına göre iş tatmininin işgören performansını yordadığı ($\beta=.569$; $p<.05$) tespit edilmiş; bu durumda H₃ hipotezi kabul edilmiştir.



Şekil 8. Model 3 Yol Diyagramı

4.4.1. Aracılı Yapısal Model

Klinik Yönetişim ikliminin iş tatmini ve işgören performansına doğrudan etkisinin tek tek incelenmesinden sonra aracı değişken iş tatmininin eklenmesiyle birlikte klinik yönetişim ikliminin işgören performansı üzerindeki etkisi test edilmiştir. Aracılı yapısal model analizinde aracı değişkenlerin etkisini belirlemek için Bootstrap yöntemini esas alan yol analizi tercih edilmiştir. Bootstrap, normal dağılımlar veya eşit varyanslar gibi varsayımlar olmadan standart hata ve önyargı tahminleri, güven aralıkları ve hipotez testleri gibi istatistiksel çıkarımlar sağlamakta ve bu nedenle Bootstrap yöntemlerinin, normal veya t dağılımlarına dayalı klasik çıkarımlardan çok daha doğru olabildiği gösterilmiştir (Hesterberg 2011: 497). Bootstrap ile yapılan aracılık etki analizlerinde, araştırma hipotezinin

desteklenebilmesi için analiz neticesinde elde edilen %95 güven aralığındaki alt ve üst (GA) değerlerinin (0) değerini kapsamaması gerekmektedir (Gürbüz 2019: 118).

Model 4: Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerine etkisinde iş tatminin aracı rolü

H4: Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerine etkisinde iş tatminin aracı rolü vardır.

Tablo 21. Model 4 YEM Analizine İlişkin Parametre Tahmin Değerleri

Parametre Tahminleri			β	S. β	S.Hata
Ölçme Modeli					
KY59	<---	PEKG	1,000	,565	
KY56	<---	PEKG	1,060	,557	,084
KY51	<---	PEKG	1,027	,567	,080
KY48	<---	PEKG	1,055	,574	,081
KY46	<---	PEKG	1,194	,644	,085
KY41	<---	PEKG	1,192	,641	,085
KY36	<---	PEKG	1,093	,593	,082
KY29	<---	PEKG	,981	,571	,076
KY25	<---	PEKG	1,196	,661	,084
KY24	<---	PEKG	1,218	,697	,082
KY20	<---	PEKG	,962	,557	,076
KY18	<---	PEKG	,921	,521	,076
KY52	<---	ORY	1,000	,548	
KY44	<---	ORY	1,378	,738	,098
KY43	<---	ORY	1,390	,745	,098
KY37	<---	ORY	1,320	,655	,100
KY35	<---	ORY	1,162	,640	,089
KY22	<---	ORY	,954	,528	,083
KY26	<---	SCO	1,000	,622	
KY10	<---	SCO	,849	,513	,071
KY7	<---	SCO	1,043	,660	,071
KY5	<---	SCO	1,029	,670	,070
KY3	<---	SCO	,820	,555	,064
KY1	<---	SCO	1,033	,629	,073
KY32	<---	OO	1,000	,821	
KY31	<---	OO	,797	,695	,056
KY13	<---	OO	,699	,531	,057
KY53	<---	MBC	1,000	,599	
KY45	<---	MBC	1,036	,635	,072
KY19	<---	MBC	1,032	,612	,074
KY14	<---	ORY	1,101	,562	,092
İP1	<---	İşgören Performansı	1,000	,850	
İP2	<---	İşgören Performansı	1,074	,904	,032
İP3	<---	İşgören Performansı	1,053	,870	,034
İP4	<---	İşgören Performansı	,914	,850	,030
İT1	<---	İş Tatmini	1,000	,888	
İT2	<---	İş Tatmini	1,007	,905	,027
İT3	<---	İş Tatmini	,931	,874	,027
İT4	<---	İş Tatmini	,844	,777	,030
İT5	<---	İş Tatmini	,709	,648	,034

Ölçme modellerinin doğrulanmasından sonra, örtük değişkenli yapısal model üzerinden araştırma hipotezleri test edilmiştir. Tablo 21'deki verilere göre, tüm ilişkilerde “p” değerlerinin 0,05'den küçük olması sebebiyle, faktör yüklenimleri ve gizli değişkenler arasındaki ilişkilerin önemli olduğu görülmektedir.

Tablo 22. Yapısal Model Analiz Sonuçları

Tahmin Değişkenleri	Sonuç Değişkenleri			
	İş Tatmini		İşgören Performansı	
	β	S. Hata	β	S. Hata
Klinik Yönetişim İklimi (c yolu)	-	-	-,239	,060
R ²	-	-	,026	-
Klinik Yönetişim İklimi (a yolu)	-,347	,067	-	-
R ²	,120	-	-	-
Klinik Yönetişim İklimi (c' yolu)	-	-	,042	,054
İş Tatmini (b yolu)	-	-	,583	,037
R ²	-	-	,325	-
Dolaylı Etki	-	-	-,202	(-,259;-,152)
$X^2/df=3,639$; CFI=0,926; NFI=0,882; RMSEA=0,058				

Klinik yönetim iklimi ile işgören performansı arasındaki ilişkide iş tatminin aracılık rolü olup olmadığını test etmek amacıyla bootstrap yöntemini esas alan yol analizi yapılmıştır. Yapılan aracı modelli yapısal eşitlik modelinin uyum değerleri incelendiğinde X^2/sd , RMSEA, NFI, CFI değerlerinin kabul edilebilir uyum aralıklarında olduğu belirlenmiştir. Bootstrap yönteminin, Baron ve Kenny' nin geleneksel yönteminden ve Sobel testinden daha güvenilir sonuçlar verdiği öne sürülmektedir. 5000 yeniden örnekleme seçeneği ile bootstrap yöntemi tercih edilmiştir. Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerinde toplam etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=-0,239$; $p<,01$). Aracılı yapısal eşitlik sonuçlarına göre klinik yönetim ikliminin iş tatminini yordadığı görülmüştür ($\beta=-0,348$; $p<,01$). Aracı değişken olan iş tatmininin işgören performansı üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ($\beta=0,582$; $p<,01$). Aracı değişken iş tatmininin modele dahil edilmesiyle klinik yönetim iklimi değişkeninden işgören performansına giden yol katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($\beta=0,042$; $p>,05$). Bootstrap ile yapılan aracılık etki analizlerinde araştırma hipotezinin desteklenebilmesi için analiz neticesinde elde edilen %95 güven aralığındaki (GA) değerlerin sıfırı kapsamaması gerekmektedir (Gürbüz 2019:

120). Bootstrap sonuçlarına göre ise klinik yönetim ikliminin iş tatmini vasıtasıyla işgören performansı üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,202$, %95 GA [-,259; -,152]. Bootstrap alt ve üst güven aralığı değerleri sıfırı içermemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda klinik yönetim iklimi ve işgören performansı arasındaki ilişkide iş tatmininin aracı rolü bulunmaktadır. H_4 hipotezi kabul edilmiştir.

4.5. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Meslek Değişkenine Göre Farklılık Analiz Sonuçları

Tablo 23. Ölçekler ve Alt Boyutların Meslek Değişkenine Göre Farklılık Analizi (ANOVA)

	Meslek			F/p
	Hekim ($\bar{X} \pm ss$)	Hemşire/Ebe ($\bar{X} \pm ss$)	Tekniker/ Teknisyen ($\bar{X} \pm ss$)	
PEKG	40,20±8,85	38,90±9,12	37,75±7,50	3,184/,042*
ORY	20,31±5,67	17,73±4,92	19,10±4,73	16,288/,000*
SCO	18,16±5,12	17,82±5,20	17,66±4,63	,414/,661
OO	8,47±2,89	7,72±2,50	7,90±2,48	4,742/,009*
MBC	9,52±2,59	9,63±2,76	9,35±2,47	,705/,494
KYİ	96,68±20,03	91,82±19,08	91,79±16,63	4,069/,017*
İş Tatmini	3,34±,91	3,48±,90	3,79±,78	11,904/,000*
İşgören Performansı	3,82±,93	3,94±,99	4,14±,84	4,881/,008*

*p<0,05

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin meslek grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre, klinik yönetim iklimi ölçeği alt boyutlarından planlı ve entegre kalite geliştirme programının meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=3,184; p<0,05). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc testlerinden Tamhane's T² testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre hekimlerin ($\bar{x}=40,20$) planlı ve entegre kalite geliştirme programı algı düzeyleri tekniker/teknisyen ($\bar{x}=37,75$) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Önleyici risk yönetimi alt boyut düzeyleri meslek grupları arasındaki

farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=16,288$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc testlerinden Tamhane's T^2 testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre hemşire/ebe ($\bar{x}=17,73$) olanların önleyici risk yönetimi alt boyut düzeyleri hekim ($\bar{x}=20,31$) ve tekniker/teknisyen ($\bar{x}=19,10$) grubunda olan katılımcılara göre daha düşüktür. Örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,742$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc testlerinden Tamhane's T^2 testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre hekimlerin ($\bar{x}=8,47$) örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri hemşire/ebelere ($\bar{x}=7,72$) göre daha yüksektir. Klinik yönetim iklimi genel ölçek düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,069$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc testlerinden Tamhane's T^2 testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre hekimlerin ($\bar{x}=96,68$) klinik yönetim iklimi genel ölçek düzeyleri hemşire/ebelere ($\bar{x}=91,82$) ve tekniker/teknisyen ($\bar{x}=91,79$) olanlara göre daha yüksektir. Klinik yönetim iklimi ölçeği alt boyutlarından suç ve ceza ortamı ile meslektaşlarla birlikte çalışma düzeylerinin meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=11,904$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc testlerinden Tamhane's T^2 testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre hekimlerin ($\bar{x}=3,34$) iş tatmini düzeyleri tekniker/teknisyen ($\bar{x}=3,79$) olanlara göre daha düşüktür.

Sağlık çalışanlarının işgören performansı ölçek düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,881$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre tekniker/teknisyen ($\bar{x}=4,14$) işgören performansı düzeyleri hekimler ($\bar{x}=3,82$) ve hemşire/ebe ($\bar{x}=3,94$) olanlara göre daha yüksektir.

4.6. Ölçekler ve Alt Boyutların Çalışılan Kurum Değişkenine Göre Farklılık Sonuçları

Tablo 24. Ölçekler ve Alt Boyutların Çalışılan Kurum Değişkenine Göre Farklılık Analizi (ANOVA)

	Çalışılan Kurum			Aile Sağlığı Merk/ Toplum Sağlığı Merk. ($\bar{X} \pm ss$)	F/p
	Üniversite Sağlık Hizmetleri Uyg. Ve Araş. Hast. ($\bar{X} \pm ss$)	Sağlık Bakanlığına Bağlı Hast. ($\bar{X} \pm ss$)	Özel Hast. ($\bar{X} \pm ss$)		
PEKG	39,74±8,13	38,39±9,46	38,79±8,04	38,04±8,43	1,457/,225
ORY	18,98±5,17	18,24±5,25	18,55±4,99	18,09±4,36	1,255/,289
SCO	18,00±4,83	17,61±5,21	18,52±4,72	17,44±4,97	1,079/,357
OO	8,32±2,59	7,70±2,65	8,03±2,44	7,03±2,11	5,792/,001*
MBC	9,89±2,53	9,28±2,84	9,71±2,27	9,24±2,71	3,153/,024*
KYİ	94,36±17,96	91,24±20,22	93,60±16,59	89,86±17,06	2,607/,051
İş Tatmini	3,40±,86	3,57±,92	3,53±,83	3,78±,80	4,021/,007*
İşgören Perf.	3,83±,94	4,04±,97	3,97±,90	4,08±,91	2,771/,041*

*p<0,05

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin çalışılan kurum değişkeni arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre, klinik yönetim alt boyutlarından örgütsel öğrenme düzeylerinin çalışılan kurum arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=5,792; p<0,05). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının (\bar{x} =8,32) örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri sağlık bakanlığına bağlı hastane (\bar{x} =7,70) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde (\bar{x} =7,03) görev yapanlara göre daha yüksektir. Özel hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının (\bar{x} =8,03) örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde (\bar{x} =7,03) görev yapanlara göre daha yüksektir. Meslektaşlarla birlikte çalışma düzeylerinin çalışılan kurum arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=3,153; p<0,05). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc

testlerinden Tamhane's T^2 testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=9,89$) meslektaşlar birlikte çalışma alt boyut düzeyleri sağlık bakanlığına bağlı hastane ($\bar{x}=9,28$) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=9,24$) görev yapanlara göre daha yüksektir. Planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı alt boyutlarının ve klinik yönetim iklimi genel ölçek puanlarının çalışılan kuruma göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin çalışılan kuruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,021$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc testlerinden Tamhane's T^2 testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=3,40$) iş tatminleri sağlık bakanlığına bağlı hastane ($\bar{x}=3,57$) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=3,78$) görev yapanlara göre daha düşüktür.

Sağlık çalışanlarının işgören performansı ölçek düzeylerinin çalışılan kuruma göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=2,771$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=3,83$) işgören performansları sağlık bakanlığına bağlı hastane ($\bar{x}=4,04$) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=4,08$) görev yapanlara göre daha düşüktür.

4.7. Ölçekler ve Alt Boyutların Meslekteki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılık Sonuçları

Tablo 25. Ölçekler ve Alt Boyutların Meslekteki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılık Analizi (ANOVA)

	Meslekte Çalışma Süresi				F/p
	1-5 yıl ($\bar{X} \pm ss$)	6-10 yıl ($\bar{X} \pm ss$)	11-15 yıl ($\bar{X} \pm ss$)	15 yıl ve üzeri ($\bar{X} \pm ss$)	
PEKG	38,67±8,70	40,62±8,31	38,90±8,42	38,17±9,06	2,682/,046*
ORY	18,43±5,11	19,92±5,17	18,65±5,04	17,84±5,02	5,582/,001*
SCO	17,88±5,13	18,03±4,88	17,52±5,01	17,85±5,00	,924/,429
OO	7,89±2,66	8,54±2,50	7,74±2,36	7,64±2,60	4,172/,006*
MBC	9,66±2,69	9,85±2,68	9,72±2,64	9,23±2,63	2,274/,079
KYİ	92,55±18,54	96,98±18,48	93,44±17,08	90,42±19,50	4,106/,007*
İş Tatmini	3,41±,91	3,36±,88	3,56±,86	3,68±,85	6,276/,000*
İşgören Perf.	3,92±,94	3,86±1,00	3,94±,91	4,05±,94	1,595/,189

*p<0,05

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin meslekteki çalışma süresi grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre, klinik yönetim alt boyutlarından planlı ve entegre kalite geliştirme programı düzeylerinin meslekteki çalışma süresi arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=2,683; p<0,05). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre çalışma süresi 6-10 yıl (\bar{x} =40,62) olanların planlı ve entegre kalite geliştirme programı alt boyut düzeyleri 1-5 yıl (\bar{x} =38,67) ve 15 yıl ve üzeri (\bar{x} =38,17) görev yapanlara göre daha yüksektir. Önleyici risk yönetimi alt boyut düzeylerinin meslekteki çalışma süresi arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=5,582; p<0,05). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi sonucuna göre çalışma süresi 6-10 yıl (\bar{x} =19,92) olanların önleyici risk yönetimi alt boyut düzeyleri 1-5 yıl (\bar{x} =18,43) ve 15 yıl ve üzeri (\bar{x} =17,84) görev yapanlara göre daha yüksektir. Örgütsel öğrenme alt boyut düzeylerinin meslekteki çalışma süresi arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=4,172; p<0,05). Gruplar arasındaki

farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi sonucuna göre çalışma süresi 6-10 yıl ($\bar{x}=8,54$) olanların örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri, 1-5 yıl ($\bar{x}=7,89$), 11-15 yıl ($\bar{x}=7,74$) ve 15 yıl ve üzeri ($\bar{x}=7,64$) görev yapanlara göre daha yüksektir. Klinik yönetim iklimi genel ölçek düzeylerinin meslekteki çalışma süresi arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,106$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi sonucuna göre çalışma süresi 6-10 yıl ($\bar{x}=96,98$) olanların klinik yönetim iklimi düzeyleri 1-5 yıl ($\bar{x}=92,55$) ve 15 yıl ve üzeri ($\bar{x}=90,42$) görev yapanlara göre daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin meslekteki çalışma süresine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=6,276$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağılmadığından Post Hoc testlerinden Tamhane's T^2 testi sonucuna göre çalışma süresi 15 yıl ve üzeri ($\bar{x}=3,68$) olan sağlık çalışanlarının iş tatminleri 1-5 yıl ($\bar{x}=3,41$) ve 6-10 yıl ($\bar{x}=3,36$) olanlara göre daha yüksektir.

4.8. Ölçekler ve Alt Boyutların Kalite Çalışmalarıyla ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Sonuçları

Tablo 26. Ölçekler ve Alt Boyutların Kalite Çalışmalarıyla ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Analizi (bağımsız örneklem t-testi)

	Kalite Çalışmalarıyla İlgili Eğitim Alma		t/p
	Evet ($\bar{X} \pm ss$)	Hayır ($\bar{X} \pm ss$)	
PEKG	38,70±9,02	39,39±8,01	-,987/,324
ORY	18,03±5,07	19,86±5,05	-4,505/<,001*
SCO	17,85±5,05	17,83±4,87	,069/,945
OO	7,78±2,57	8,25±2,60	-2,267/,024*
MBC	9,56±2,67	9,51±2,65	,250/,802
KYİ	91,94±18,92	94,86±18,44	-1,932/,054
İş Tatmini	3,56±,89	3,43±,87	1,767/,078
İşgören Performansı	3,95±,99	3,98±,84	-,374/,708

* $p<0,05$

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alma grupları arasında fark durumlarının

belirlenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, kaliteyle ilgili eğitim almayanların ($\bar{x} = 19,86$) klinik yönetim alt boyutlarından önleyici risk yönetimi düzeylerinin eğitim alanlara göre ($\bar{x}=18,03$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=-4,505$; $p<0,05$). Örgütsel öğrenme alt boyut düzeylerinin kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alma durumuna göre farklılaşması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2,267$; $p<0,05$). Kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=7,78$) örgütsel öğrenme düzeylerinin eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=8,25$) daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Planlı ve entegre kalite geliştirme programı, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut düzeyleri, klinik yönetim genel ölçek düzeyi, iş tatmini ve işgören performansı düzeyleri kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.9. Ölçekler ve Alt Boyutların Klinik Yönetişim ile ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Sonuçları

Tablo 27. Ölçekler ve Alt Boyutların Klinik Yönetişim ile ilgili Eğitim Alma Durumuna Göre Farklılık Analizi (bağımsız örneklem t-testi)

	Klinik Yönetişim ile İlgili Eğitim Alma		t/p
	Evet ($\bar{X} \pm ss$)	Hayır ($\bar{X} \pm ss$)	
PEKG	37,90±8,90	39,87±8,51	-3,169/,002*
ORY	17,61±4,99	19,45±5,09	-5,122/<,001*
SCO	17,80±5,18	17,89±4,81	-,264/,792
OO	7,63±2,48	8,19±2,66	-3,046/,002*
MBC	9,48±2,74	9,61±2,60	-,707/,480
KYİ	90,43±18,63	95,04±18,76	-3,451/,001*
İş Tatmini	3,60±,92	3,45±,84	2,239/,020*
İşgören Performansı	3,98±1,01	3,94±,89	,710/,478

* $p<0,05$

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, planlı ve entegre kalite geliştirme programı alt boyut düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,169$; $p<0,05$).

Klinik yönetimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=37,90$) planlı ve entegre kalite geliştirme programı düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=39,87$) daha düşüktür. Önleyici risk yönetimi alt boyut düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-5,122$; $p<0,05$). Klinik yönetimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=17,61$) önleyici risk yönetimi düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=19,45$) daha düşüktür. Örgütsel öğrenme alt boyut düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,046$; $p<0,05$). Klinik yönetimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=7,63$) örgütsel öğrenme düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=8,19$) daha düşüktür. Klinik yönetim iklimi genel ölçek düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-3,451$; $p<0,05$). Klinik yönetimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=90,43$) klinik yönetim iklimi düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=95,04$) daha düşüktür. Suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma grupları arasında fark durumlarının belirlenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, iş tatmini düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,239$; $p<0,05$). Klinik yönetimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=3,60$) iş tatmin düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=3,45$) daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının işgören performans düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Ölçek ve Alt Boyutların Güvenilirlik Analizleri

	Cronbach's alpha	Madde sayısı
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG)	,869	12
Önleyici Risk Yönetimi (ORY)	,823	7
Suç ve Ceza Ortamı (SCO)	,775	6
Örgütsel Öğrenme (OO)	,705	3
Meslektaşlarla Birlikte Çalışma (MBC)	,647	3
Klinikte Yönetişim İklimi (KYI)	,917	31
İş Tatmini (IT)	,912	5
İşgören Performansı (IP)	,924	4

Ölçek ve alt boyutların güvenilirlik analizleri incelendiğinde, Klinik yönetim iklimi alt boyutu olan, Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programının (PEKG), 12 maddeden oluştuğu ve Cronbach's alpha değerinin 0,869 olarak bulunduğu, Önleyici Risk Yönetimi (ORY) boyutunun, 7 maddeden oluştuğu ve Cronbach's alpha değerinin 0,823, Suç ve Ceza Ortamı (SCO) boyutunun 6 maddeden oluştuğu ve Cronbach's alpha değerinin, 0,775, Örgütsel Öğrenme (OO) boyutunun ise 3 maddeden oluştuğu ve Cronbach's alpha değerinin, 0,705, Meslektaşlarla Birlikte Çalışma (MBC) boyutunun ise, yine 3 maddeden oluştuğu ve Cronbach's alpha değerinin, 0,647 olarak bulunduğu görülmektedir. Klinik yönetim iklimi ölçeği alt boyutlarında Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG) yapılan analiz sonuçlarında en yüksek güvenilir düzeyde bulunmuştur. Klinikte Yönetişim İklimi (KYI) ölçeği, 31 madde ve Cronbach's alpha değeri 0,917 olarak bulunmuştur. Ölçekler içerisinde İşgören Performansı (IP) ölçeği, 4 maddeden oluşmakta ve Cronbach's alpha değeri, 0,924 olarak ve en yüksek güvenilirlik düzeyinde bulunmuş ve İş Tatmini (IT) ölçeği 5 maddeden oluşmakta ve Cronbach's alpha değeri, 0,912 olarak bulunmuştur. Ölçek düzeylerinin yüksek ve anlamlı olduğu, en yüksek düzeyde işgören performansı ölçeği ve en düşük düzeyde, klinik yönetim iklimi alt boyutu olan meslektaşlarla birlikte çalışma olduğu görülmektedir (Tablo 28).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma bulgularının sonuçları özetlenerek, benzer literatüre dayalı olarak tartışılmıştır. Yapılan bu araştırma ile Sivas ilinde bulunan sağlık kuruluşlarında çalışan, “Hekim, Hemşire/Ebe, Sağlık Teknisyen/Teknikerinin” Klinik yönetim iklimi düzeyini belirlemek ve klinik yönetim ikliminin işgören performansına etkisini ve bu etkide iş tatminin aracılık rolünü belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz ve önemli olarak öne çıkan sonuçlar şu şekildedir;

Araştırma Grubunun Sosyo Demografik, İş Yaşamı ve Çalıştığı Kurum Özellikleri

Araştırmamızda yer alan grubunun demografik ve mesleki özellikleri, iş yaşamına, çalıştığı kuruma göre öne çıkan özellikleri şu şekildedir. Araştırma grubunun %69,1’i kadın, %30,9’u erkektir. Kadın katılımcıların sayısı daha fazladır. %48,9’u lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Tüm grubun; %19’u hekim, %51,7’si hemşire, %6,9’u ebe, %11,5’i laboratuvar teknisyeni/teknikeri, %11,1’i radyoloji teknisyeni/teknikeridir. Hemşire katılımcıların sayısı diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Çalıştıkları kurum incelendiğinde, Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Hastanesi %35,2, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane %43,8, Özel Hastane %12,7, Aile Sağlığı Merkezi/ Toplum Sağlığı Merkezi %8,3 oranında katılım sağlamışlardır. Katılım oranlarının düzeyi, çalışma süreleri, çalışma yoğunlukları ve çalışmaya katılmaya istekli olma gibi birçok faktörden etkilenmektedir. 15 yıl ve üzeri mesleki deneyim süresine sahip olanların katılım oranları %36,6 oranıyla en yüksek düzeyde bulunmuştur. Çalıştıkları kurumdaki deneyim sürelerine göre katılım oranları ise 1-5 yıl deneyim süresine sahip olanların %52,8 oranında en yüksek katılım oranına sahip oldukları görülmektedir. Kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde %72,9 oranında yüksek bir grubun eğitim aldıklarını, Klinik yönetim ile ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde ise eğitim alanların ve almayanların durumunun %50 oranıyla birbirine eşit olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Literatür inceleğinde hekim ve hemşire grubunu inceleyen çok fazla çalışma olduğu görülmektedir (Freeman 2003; Gürdoğan 2012; Stewart vd., 2006; Kaba,

Öztürk 2020; Dreliazi vd., 2013; Arab vd., 2014; Eraslan vd., 2022; Lale 2019; Köroğlu, Öztürk 2022).

Sağlık teknisyeni olarak incelendiğinde sayının yetersiz olduğu (Fardazar vd., 2015; Bahrami vd., 2014; Pereira De Almeida 2021) görülmektedir ve bu alana yönelik çalışma yapılması gerekliliği vurgulanmaktadır. Yapılan bu çalışmada sağlık teknisyenini araştırmaya dahil etmenin literatüre katkı noktasında önemli olarak değerlendirilebilmektedir. Birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerini de bu çalışma içerisinde araştırmak yine çalışmanın önemli hususlarından biri olarak ifade etmek mümkündür. Yine ülkemizde yapılan klinik yönetim alanına ilişkin çalışmalar incelendiğinde bu grubun araştırmalar içerisinde olmadığı görülmektedir (Gürdoğan 2012; Köroğlu 2018; Burcu 2019; Eraslan 2022). Literatürde hekim ve hemşire meslek grubunu içine alan çalışmaların, diğer meslek gruplarından daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sağlıkta kalitede çok önemli olarak değerlendirilen kalite standartlarının sürdürülebilirliği için temel olan klinik yönetim, 1990'lı yılların sonlarından itibaren konuşulmaya başlanmış ve bu kavram sağlık hizmet kalitesini artırmaya yönelik etkililik, verimlilik, sağlık hizmetlerinin ulusal kalite standartlarının geliştirilmesine yönelik uygulamaların hizmetlere eklenmesi ve düzenlenmesini kapsamaktadır. Bu alana yönelik çalışmalar incelendiğinde, yayınlanma yılına bakıldığında, 2010 yılında (%42) yayınlanan makalelerin ağırlıkta olduğu, bunu 2012 (%32), 2009 (%5) ve 2013 (%5) yıllarında yayınlanan makalelerin yer aldığı görülmektedir. Çalışma alanına bakıldığında, makale grubunun %27'si ile hemşire ön plana çıkarken, onu tıp (%26), diş hekimliği (%26), halk sağlığı (%16) ve eğitim (%5) olduğu görülmektedir. Yapılan analiz ve incelemelerin neticesinde, klinik yönetim ve politikaların yeterince tartışılmadığı ve bu alana daha fazla odaklanma gerekliliği vurgulanmaktadır (Gomes vd., 2015: 2434). Huntington vd., (2000), klinik yönetimin karmaşık, çok profesyonelli ve sektörler arası iş birliğinin önemli olduğu yapısı gereği, birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan tüm üyeleri arasında güven, iyi iletişim ve iyi ilişkiler kurmanın önemli olduğu ve klinik yönetim uygulamalarına yönelik çalışmalarında aynı derecede önemli olduğunu ifade etmişlerdir (Huntington vd., 2000: 680). Sağlık hizmetleri sunumunda ön saflarda yer alan birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde toplum temelli bir kültürün tüm yönlerine dikkat eden

politikalar belirlenmesi ve klinik yönetişimin uygun şekilde uygulanması için sağlık politika yapıcılarının planlama yapmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü klinik yönetişim, birinci basamak sağlık hizmet kalitesini artırma ve iyileştirme sağlama, performansı yükseltmeye yönelik sistematik bir yaklaşım olarak değerlendirilebilmektedir (Ghavamabad vd., 2021: 6). Araştırmada birinci basamak sağlık çalışanlarının da gruba dahil edilmesi, klinik yönetişim literatürüne bir katkı olarak değerlendirilebilir. Yapılan analiz sonuçlarında da bu merkezde çalışan sağlık çalışanlarının daha olumlu bir algıya sahip oldukları görülmektedir. Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin klinik yönetişim iklimi düzeyi diğer kurumlardan daha iyi düzeyde bulunmuştur (89,86±17,06). Klinik Yönetişim İklimi Ölçek düzeyi, Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda 91,24±20,223- Özel hastanede 93,60±16,59- Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde ise 94,36±17,96 düzeyinde bulunmuştur. Klinik yönetişim iklimi ölçek puanı düştükçe daha olumlu klinik yönetişim iklimine sahip oldukları analiz değerlendirmelerine göre birinci basamak sağlık merkezlerinde bu sonuç daha iyi bulunmuştur. Klinik yönetişimin tüm kurumlarda uygulanması sağlık hizmetlerinin bütününe yansıyan olumlu sonuçlar getirmektedir.

Yapılan farklı bir çalışmayla da buna vurgu yapılmıştır. Adduci vd., (2023), yapmış oldukları çalışmada, klinik yönetişimin derinlemesine bir bilimometrik analizi incelenmiş ve klinik yönetişimin kaliteye yönelik yönetimsel ve klinik yaklaşımlar arasında bir köprü görevi gördüğu, sağlık hizmetlerinin hastalarıyla ilgili tüm süreçleri, araştırma ve geliştirme gibi çeşitli bileşenlerden oluşan kapsamlı bir şemaya entegre ettiği, sürekli eğitim ve mesleki gelişim, kanıta dayalı uygulama, klinik denetim, klinik liderlik, ekip çalışması ve işbirliğinin desteklenmesi, performans ölçümü ve değerlendirilmesi, klinik risk yönetimi, hastaların ve sağlık profesyonellerinin süreçlere katılımı ve önemi anlatılmış, sağlık sisteminde yaşanan zorluklar için stratejik bir klinik yönetişime ihtiyaç olduğu, sağlık politika yapıcılarının verecekleri kararlar için bilimsel araştırmaların gerekliliği ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde klinik yönetişim uygulaması ve klinik yönetişim boyutlarının her yönüyle araştırılmasına daha fazla ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Adduci vd., 2023: 2).

Eraslan ve Hayran (2023), hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerinin klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü üzerindeki belirleyiciliğinin oldukça düşük olduğunu belirtmiştir (Eraslan, Hayran 2023: 63). Bu araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Meslek grupları farklılığı açısından incelendiğinde ise özellikle teknisyen/tekniker grubunda çalışanların daha olumlu düzeyde sonuçları olduğu görülmüştür. Pereira de Almeida (2020), sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesine yönelik, radyoloji teknisyenleriyle yapmış olduğu çalışmada, radyoloji teknisyenlerini, tıbbi görüntüleme prosedürlerinde kullanılan teknoloji arasında bağlantıyı gerçekleştiren anahtar rolündeki profesyoneller olarak ifade etmiş ve uygulamalardaki bakımın teknik kalitesi için, organizasyonel kapasitenin, kanıta dayalı radyoloji uygulamalarının, bilgi ve desteğin, hasta katılımının öneminden bahsederek, hasta katılımı ve bilgi desteğinin bakım kalitesine yönelik yeterli kurumsal kapasitenin sağlanması için gerekli olan iki etmen olduğundan ve kalite iyileştirme süreçlerinde, protokoller ve standartlar oluşturulurken radyoloji teknisyenlerinin de bu süreçlere dahil edilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Yapılan bu çalışmanın sonucundan da anlaşılan kalite süreçlerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi için klinik yönetim uygulamalarının önemli olduğu ve klinik yönetimin temel ilkeleri olan ekip çalışması, çalışanların alınan kararlara dahil edilmesi, hasta katılımı gibi faktörlerin önemli olduğu gösterilmektedir (Pereira De Almeida 2020). Teknisyen/Tekniker grubunda çalışan sağlık profesyonelleride klinik yönetim içerisinde sürecin en iyi uygulayıcı ekip üyelerindendirler.

Klinik yönetim iklimi ölçeğinin iş tatmini üzerinde etkisi vardır (Hipotez 1)

H₁ (Klinik Yönetişim İklimi → İş Tatmini) hipotezini test etmek amacıyla klinik yönetim iklimi algı düzeyinin iş tatmini örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. YEM sonuçlarına göre klinik yönetim iklimi algı düzeyinin iş tatminini yordadığı ($\beta = -.348$; $p < .05$) tespit edilmiş; bu durumda H₁ hipotezi kabul edilmiştir. Çalışmamızın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Gürdoğan ve Ecevit (2016) destekleyici klinik yönetim iklimi algısının iş tatminini artırdığını belirtmişlerdir.

Klinik yönetişimin önemli bir bileşeni olan, örgütsel bağlılık, olumlu ve güçlü etkisiyle iş tatmini üzerinde anlamlı ve güçlü bir etkiye sahip olarak yapılan analizlerde anlamlı bulunmuştur (Lu vd., 2007: 478). Örgütsel bağlılık, işine kendisini adanmış, verimli ve istekli iyi çalışan kavramına karşı gelmekle birlikte kuruluşlar için önemli olmakta ve örgüte bağlı çalışan oluşturabilmek hedef olabilmektedir. Çünkü örgütsel bağlılığı gelişmiş yetenekli çalışan insan kaynaklarının kalbini oluşturmaktadır. Literatürde hemşirelerin örgütsel bağlılık ve iş tatmini araştıran birçok çalışma bulunmakta aynı zamanda aralarında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu da ifade edilmektedir (Dinc vd., 2018: 78).

Ekip içerisinde yer alan diğer üyeler ve meslektaşlarla ve yöneticilerle bir arada çalışma sırasında çatışma yaşanması, uyumsuzluk, eşit olmayan ücret, kariyer geliştirme imkanının olmaması, iş kalitesini olumsuz etkilemekte ve iş tatminsizliğine neden olmakta ve bu da beraberinde örgütsel istikrarsızlığa yol açmaktadır. Klinik yönetim uygulamalarında, ekip ruhu içerisinde uyumlu bir şekilde, etkili ve verimli bir iletişimin hâkim olduğu, çalışanların karar alma süreçlerine dahil edildiği, yönetici desteği ve takdirinin olduğu çalışma ortamlarında ise iş tatmini de sağlanmış olmaktadır (Hossain 2015: 155). Bu araştırmada da benzer bugular bulunmuş, pozitif ve olumlu klinik yönetim ikliminin, iş tatminini artırdığı istatistiksel verilerle gösterilmiştir.

Klinik yönetim ikliminin en önemli bileşeni olan ekiple birlikte iyi çalışma, örgüt kültürü, bir kuruluş için çok önemlidir. Öyle ki literatür incelendiğinde örgütsel desteğin önemli olduğu ve çalışanlar üzerinde iş tatminini artırdığına yönelik araştırmalar mevcuttur (Çakar, Yıldız 2009; Allen 2000; Howes 2000; Grandy 1997). Ekip içerisinde yer alan yönetici ve diğer çalışanların bir arada iyi ve etkili bir iletişim kurması sonucunda, ekip iş birliğine katkı sağlanması gerçekleşecek, yönetici desteği ile de kurumun belirlemiş olduğu misyon ve hedefleri gerçekleştirme mümkün olacak, bu da çalışanlarda iş tatmininin artmasını sağlayacaktır (Tsai 2011: 8). Literatürdeki çalışmaların da araştırma sonucuyla paralellik gösterdiği görülmektedir.

***Klinik yönetim iklimi ölçeğinin işgören performansı üzerinde etkisi vardır
(Hipotez 2)***

H₂ (Klinik Yönetişim İklimi → İşgören Performansı) hipotezini test etmek amacıyla klinik yönetim iklimi algı düzeyi ve işgören performansı örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. YEM sonuçlarına göre klinik yönetim iklimi algı düzeyinin işgören performansını yordadığı ($\beta = -.160$; $p < .05$) tespit edilmiş; bu durumda H₂ hipotezi kabul edilmiştir. Klinik yönetim ikliminin işgören performansına etkisi bulunmaktadır. Genel olarak literatür incelendiğinde, ekip arasındaki iletişimin iyi olması ve ekip bağlılığının kuvvetli olmasının, ekip üyeleri arasında çıkabilecek çatışmaları azaltmada, görev performansını iyileştirmede çok önemli olduğunu ve bunların neticesinde de iş başarısının yükseldiğine yönelik vurgular yapılmıştır (Cho vd., 2018: 6).

Özkan vd., (2021), işgören performansının, çalışanın bireysel performansını ifade ettiğini, örgütsel performansa doğrudan katkı sağlayan bir unsur olduğunu, aynı zamanda, örgütsel performansı etkileme gücü yüksek bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Bu açıklamalar doğrultusunda da işgören performansı ile örgütsel performans arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğunu ifade etmişlerdir (Özkan vd., 2021: 230). İşgörenlerin yaratıcılıklarının desteklendiği bir örgüt ikliminin bulunduğu çalışma ortamlarında, iş tatmin düzeyinin yüksek olduğu ve işgören performansının arttığı ifade edilmiştir (Shally vd., 2000: 217).

Tutar ve Altınöz (2010), çalışanların algılamış oldukları örgütsel iklim ve performans arasındaki ilişkiyi incelemek için yapmış oldukları çalışmada, işgörenlerin demografik özelliklerinin örgütsel iklim ve performans algıları bakımından farklılık gösterdiğini, yine analizlerin sonucunda örgütsel iklim algısı ile işgören performansında ilişki olduğunu ifade etmişlerdir ve çalışanların motivasyonlarının artmasında iş tatminlerinin ve performanslarının yüksek olmasında olumlu örgüt iklimi algılarının olmasının önemini belirtmişlerdir (Tutar, Altınöz 2010: 215).

Sağlık kuruluşlarında her ne kadar önemsense ve düzenlenmeye çalışılsa da çoğunlukla çok sağlıklı çalışma ortamları bulunmamaktadır. Çalışma ortamındaki bu koşullar çoğunlukla tükenmişliğe neden olarak, hizmet kalitesini düşürmektedir ve

çalışanların psikolojik sağlıklarında olumsuz etki oluşturmaktadır. Bilimsel çalışmalar psikolojik sağlığın işgören performansı ile güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Olsen ve Mikkelsen (2021) yapmış oldukları çalışma sonucunda, sağlık kuruluşunda çalışanların psikolojik olarak desteklenmediklerinde, problemler yaşayacaklarını ve bu olumsuz etkilenmelerinde işgören performansını etkileyerek hastaların zarar görmelerine neden olabileceğini göstermektedir (Olsen, Mikkelsen 2021: 12).

Performansı olumlu etkileyen hususlardan bir tanesi de işgörenin yöneticisi tarafından ilgi ve destek görmesi sonucu gerçekleşmektedir. Sıcak, yakın ve destekleyici iletişimin olduğu çalışma ortamlarında işgören daha yüksek performans göstermektedir (Van Dijk, Schodl 2015: 719).

Çalışma ortamlarında örgüt içi ve örgüt dışı olmak üzere çok fazla etmen işgören performansını etkilemektedir. Kale (2015) yaptığı işgören performansına yönelik çalışmada, işgörenlerin lider tarafından desteklerinin bulunmasının ve çalışma arkadaşlarının desteğine yönelik algılarının, iş performanslarına yönelik etkisinde iş ve yaşam tatminlerinin aracı rolünü araştırmıştır. Yaptığı araştırma neticesinde, lider tarafından desteklenmenin, iş tatmini ve yaşam tatmininde olumlu etkilerinin olduğu, iş arkadaşı desteğinin yalnızca yaşam tatminini etkilediği, lider desteği ve iş arkadaşları desteğinin ise iş performansı üzerinde direkt olarak bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Lider desteğinin iş tatmini ve yaşam tatmini aracılığı ile iş performansını etkilemekte, arkadaş tarafından desteğin ise yaşam tatmini aracılığı ile iş performansını etkilediği bulunmuştur. Yine yapılan bu çalışmada iş tatmininin yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Kale 2015: 115). Klinik yönetişimin en temel uygulamalarından olan, iyi iletişim, tüm süreçlere katılımın, alınan kararlarda söz sahibi olmanın tüm süreçlerde olumlu etkileri olduğu ve literatürde bu konuya yönelik yapılan araştırmalarda, çalışanların yapmış oldukları iş sürecinde, işlerini nasıl yapmaları gerektiği konusunda söz hakkına sahip olduklarında ve yine yaptıkları iş üzerinde daha fazla kontrole sahip olduklarında işgören performanslarının yükseldiği ve diğer çalışanlara göre daha yüksek performans gösterdikleri belirtilmiştir (Ekiyor, Karagul 2016: 22). Literatürde yer alan sonuçlar bu çalışmayla da örtüşmektedir.

İş tatmini ölçeğinin işgören performansı üzerinde etkisi vardır (Hipotez 3)

H₃ (İş Tatmini → İşgören Performansı) hipotezini test etmek amacıyla iş tatmini algı düzeyi ve işgören performansı örtük değişkenli yapısal model test edilmiştir. YEM sonuçlarına göre iş tatmininin işgören performansını yordadığı ($\beta=.569$; $p<.05$) tespit edilmiş; bu durumda H₃ hipotezi kabul edilmiştir yani iş tatmininin işgören performansı üzerinde etkisi vardır.

Sağlık sektöründe iş tatmini ile işgören performansı arasında diğer sektörlerde olduğu gibi yakın bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki çok karmaşık birçok faktörle ilintilidir. Kişisel değerler, iş değerleri, örgütsel bağlılık, operasyonel koşullar gibi birçok faktör iş tatmini ve performansı etkileyen etmenlerdir (Platis vd., 2015: 481).

İş tatmini ile işgören performansı arasındaki ilişkiyi inceleyen ve araştıran bilim insanlarının, demografik bilgiler, duygusal özellikler, iş stresi, iş tükenmişliği, altyapı, iş motivasyonu ve bağlılık, kültürel ve örgütsel özellikler, stratejiler, toplam kalite yönetimi, liderlik tarzı gibi birçok faktörü göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Platis vd., 2015: 485). İş gücü bütün kurumlar için çok önemli olmakta ve maksimum düzeyde fayda sağlayabilmek için çalışanların iş tatminlerinin sağlanması gerekmektedir (Nathwani 2021; Inuwa 2016). Inuwa (2016) iş tatmini ve iş performansı arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı çalışmada, iş memnuniyetinin önemli olduğu ve düşük motivasyonun üretkenliği etkileyebileceği ve kuruluşun performansını etkileyebilecek önemli faktörlerden olduğunu belirterek iş performansı ve iş tatmini arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Inuwa 2016). Carvalho Da Cruz vd., (2020) yaptıkları çalışmanın sonuçları ve bulguları ışığında; iş tatmininin işgören performansı üzerindeki olumlu ve pozitif etkiye sahip olduğunu belirtmişler ve bu konunun üzerinde vurgulamalar yapmışlardır (Carvalho Da Cruz vd., 2020). Yine literatürde, işgörenlerin iş tatmini ile işgören performansı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Mira vd., 2019: 782).

İş tatmini hem bireye hem de örgüte fayda sağlamakta, çalışan birey, kendisini geliştirip performans düzeyinin artmasını sağlarken beraberinde örgütün de performansında artış gerçekleşmektedir (Budak vd., 2023: 1030). Yapılan bu

çalışmada da istatistiksel analiz sonuçlarında iş tatmininin işgören performansını etkilediği bulunmuştur.

Klinik yönetim ikliminin işgören performansı üzerine etkisinde iş tatminin aracı rolü (Hipotez 4)

Bu hipoteze yönelik, özellikle bu başlık altında bulunan farklı bir çalışmayla literatürde karşılaşılmamıştır. Araştırmada buna yönelik yapılan analizde, örnek dağılışının normal olmadığı durumlarda ya da çok küçük veri setlerinde varyans analizine göre üstünlük taşıyan ve klasik istatistik yöntemleriyle yapılan sonuçlarla da benzerlik gösteren (Simon, Bruce 1991) Bootstrap metodu kullanılmış ve analiz sonuçlarına göre klinik yönetim ikliminin iş tatmini vasıtasıyla işgören performansı üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,202$, %95 GA[-,259; -,152]. Bootstrap alt ve üst güven aralığı değerleri sıfırı içermemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda klinik yönetim iklimi ve işgören performansı arasındaki ilişkide iş tatmininin aracı rolü bulunmaktadır. H₄ hipotezi kabul edilmiştir. Çalışmanın ana tema hipotezi olan klinik yönetimin, işgören performansına etkisi ve bunda iş tatmininin aracılık rolü olduğu istatistiksel analiz sonuçlarıyla gösterilmiştir.

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin meslek grupları arasında fark

Meslek grupları arasındaki farkı incelemek için yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre, klinik yönetim alt boyutlarından planlı ve entegre kalite geliştirme programının meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F=3,184; p<0,05). Hekimlerin ($\bar{x}=40,20$) planlı ve entegre kalite geliştirme programı algı düzeyleri, hemşire/ebe ($\bar{x}=38,90$), tekniker/teknisyen ($\bar{x}=37,75$) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Klinik yönetim iklimi ölçeğinin puan analiz değerlendirmelerinde, ölçek puanının yükseldikçe daha olumsuz olduğu verisinden yola çıkarak, kurumdaki iklimin klinik yönetimi destekleyici yönünün düşük olduğu, ölçekten alınan puan azaldıkça kurumdaki iklimin klinik yönetimi destekleyici yönünün yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ölçek analizlerinden alınan bu sonuçlar doğrultusunda hekimlerde, planlı ve entegre kalite geliştirme programı algı düzeylerinin, hemşire/ebe, teknisyen/tekniker grubundan daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Önleyici risk yönetimi alt boyut düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak

%95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=16,288$; $p<0,05$). Post Hoc testi sonucuna göre hemşire/ebe ($\bar{x}=17,73$) olanların önleyici risk yönetimi alt boyut düzeyleri hekim ($\bar{x}=20,31$) ve tekniker/teknisyen ($\bar{x}=19,10$) grubunda olan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç hemşire/ebe meslek grubunda çalışanların önleyici risk yönetimde daha olumlu olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Eraslan (2022) hekim ve hemşireler arasında meslek grubuna göre yapmış olduğu incelemede, hemşirelerin klinik yönetim iklimini hekimlere göre, daha olumlu değerlendirdikleri tespit ettiklerini ifade etmiştir. Örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,742$; $p<0,05$). Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, hekimlerin ($\bar{x}=8,47$) örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri hemşire/ebelere ($\bar{x}=7,72$) göre daha yüksektir, analiz sonucu değerlendirildiğinde yine hekimlerde örgütsel öğrenme alt boyut düzeylerinin daha olumsuz olduğu görülmektedir. Klinik yönetim iklimi genel ölçek düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,069$; $p<0,05$). Hekimlerin ($\bar{x}=96,68$) klinik yönetim iklimi genel ölçek düzeyleri hemşire/ebelere ($\bar{x}=91,82$) ve tekniker/teknisyen ($\bar{x}=91,79$) olanlara göre daha yüksektir. Yine bu sonuçtan da görülmektedir ki hemşire/ebe'ler klinik yönetim iklimini daha olumlu değerlendirmektedirler. Elde ettiğimiz sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Hemşire/ Ebe meslek grubunun klinik yönetim iklimi ölçeği alt boyutlarında olan, önleyici risk yönetimi, planlı ve entegre kalite geliştirme, örgütsel öğrenme alt boyutlarından aldıkları puan doğrultusunda diğer meslek grubu üyelerine göre daha olumlu ve pozitif olduğu bulunmuştur. Yine KYİ ölçeği alt boyutlarında olan, suç ve ceza, meslektaşlarla birlikte çalışma arasında meslek grupları arasında farklılık bulunmamıştır.

Cihangiroğlu vd., (2016) bir eğitim hastanesinde, personelin (hekim, hemşire, laboratuvar teknisyeni, idari personel) algılarına dayalı olarak, klinik yönetim iklimini ölçerek, sağlık personelinin çalıştıkları hastanenin klinik yönetim iklimine ilişkin değerlendirmeleri arasında, farklılığı incelediği çalışmasında, hekimlerin klinik yönetim iklimi ile ilgili değerlendirmelerinin genellikle diğer sağlık personelinden daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir (Cihangiroğlu vd., 2016: 4). Çalışmamız analiz sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=11,904$; $p<0,05$). Post Hoc testi sonucuna göre hekimlerin ($\bar{x}=3,34$) iş tatmini düzeyleri, tekniker/teknisyen ($\bar{x}=3,79$) grubunda olanlara göre daha düşüktür. Genel olarak incelendiğinde de çalışmamızda en düşük iş tatmin düzeyine sahip meslek grubunu hekimler olduğu analiz sonuçlarıyla bulunmuştur. İş tatmin düzeyini etkileyen bireysel ve çevresel birçok faktör bulunmaktadır; kişilik özellikleri, çalışma ortamında yaşanan sıkıntılar sayılabilirken, Gökaslan ve Kanad, hekimlerin iş tatminlerinin artırılmasında, çalışma şartlarının iyileştirilmesinin ve ekonomik olarak motivasyonlarının artırılmasının önemli bir yer tuttuğunu belirtmişlerdir (Gökaslan, Kanad 2020: 92). Yine hekimlerle ilgili yapılan bir çalışmada iş tatmininin düşük olmasında, uzun çalışma saatleri, ağır iş yükü olduğu gösterilmiştir (Sibbald vd., 2003: 4).

Hemşirelere yönelik yapılan bir çalışmada, iş tatmininin birçok faktörden etkilendiğini, bunların; hasta bakımı, çevre, iş yüküne yönelik denge, birlikte çalıştığı iş arkadaşlarıyla ilişkiler, bireysel faktörler, ücret ve sosyal haklar, yapılan işte profesyonellik, hemşirenin kültürel geçmişi ve aynı zamanda hemşirenin bulunmuş olduğu kariyer aşaması gibi başlıklarda toplanabileceğini belirtilmiştir (McNeese-Smith 1999: 1332).

Teknisyen/Tekniker meslek grubunda yeralan katılımcıların iş tatmin düzeyinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olması sonucu yine literatürde farklı çalışmalarda da yer almıştır. Çakır'ın örgütsel iklim ile iş tatmin ilişkisini incelediği çalışmasında meslek gruplarının iş tatmin düzeylerine yönelik yapmış olduğu karşılaştırmalı analizde, teknik personelin iş tatmin düzeyinin en yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Çakır 2010: 94).

Yapılan birçok çalışmada, genel olarak sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Rosenberg, Bonsaksen 2022: 2).

Huang vd., (2022), sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeylerine birçok faktörün etki ettiğini belirterek, iş tatmininin, bireyin, yapmış olduğu işine ve iş ortamıyla ilgili durumlara karşı içsel duygu ve tutumlarını ifade ettiğini, ayrıca, in’de sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeylerinin düşük olduğunu, hemşirelerin sadece %25 düzeyinde işlerinden memnun olduklarını yapmış oldukları çalışmayla göstermişlerdir (Huang vd., 2022: 1).

Yapılan birçok çalışmada, çalışanların tatmin olabilmesi için kişiliklerine ve uzmanlıklarına uygun bir işte çalışmaları, adil ücret almaları, uygun kaynaklara, yeterli çalışma koşullarına ve destekleyici bir yöneticiye sahip olmaları gerektiği de vurgulanmaktadır (Castaneda, Scanlan 2014: 132). İş tatmininin sağlanması, çalışan personelin en st düzeyde verimli çalışabilmesini sağlamak için önemlidir. Çalışanları olumlu etkileyerek yönetmek, işletmelerin rekabetci piyasada ayakta kalabilmeleri, devamlılık sağlayabilmeleri adına gerekli ve önemli bir husustur. (Hossain 2015: 165-166).

Hemşirelerin iş tatmin sonuçlarını içeren çalışmada, işlerinden memnun olduklarında yaşam kalitelerinin, performanslarının arttığı, çalışma koşullarının dzeldiğin de ise, tükenmişlik, iş stresi, devamsızlık ve işten ayrılma yaşanmadığı gösterilmektedir. Sağlık politika yapıcılarının yaptıkları politikalarda çalışanların iş tatmin düzeyini göz önünde bulundurarak alacakları karar ve uygulamalar sonucunda yalnızca hemşirelerin sağlığına değil aynı zamanda hemşirelik bakımı alan hastalar için de bakım kalitesine ve sağlıklarına katkı sağlanacağı vurgulanmaktadır (Liu vd., 2016: 89). Hekim, Diş Hekimi, Eczacı, Sağlık İdarecisi, Sağlık Teknisyeni ve Hemşire meslek grubunun incelendiği bir çalışmada ise, iş tatmin düzeyi en düşük meslek grubunun Hemşireler olduğu ifade edilmiştir (imen, şahin 2000: 61). Huang vd., (2021), sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve hizmetlerin iyileştirilmesi için, sağlık politika yapıcılarının ve yöneticilerin çalışanların iş tatmin düzeyini artıracak çalışmalar yapmasının gerekliliği ve önemini vurgulamaktadır (Huang vd., 2022: 1).

Sağlık çalışanlarının işgören performansı ölçek düzeyleri meslek grupları arasındaki farkı

Sağlık çalışanlarının işgören performansı ölçek düzeyleri meslek grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=4,881$; $p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılaşmanın tespit edilebilmesi için veriler homojen dağıldığından Post Hoc testlerinden LSD testi ile analiz edilmiştir. Post Hoc testi sonucuna göre tekniker/teknisyen ($\bar{x}=4,14$) işgören performansı düzeyleri hekimler ($\bar{x}=3,82$) ve hemşire/ebe ($\bar{x}=3,94$) olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İşgören performansını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında, çalışma ortamı, ekip arasındaki iletişim, yönetici desteği, motivasyon sağlayan faktörler vb., kişisel ve çevresel olmak üzere sayılabilir. Yapılan çalışmalar da bunu göstermektedir. Yapılan bu çalışmada da teknisyen/tekniker meslek grubunda yer alanların işgören performans düzeyi diğer meslek gruplarından daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık hizmetleri gibi multidisipliner bir ekip çalışmasının önemli olduğu çalışma ortamlarında çalışanların performansları en temel zorluklardan birisi olarak değerlendirilmektedir. Performansın, etkinlik, bilgi yönetimi ve kalite boyutlarının yanı sıra organizasyonun yönetimi, finansmanı, gelişimi ile yakından ilişkili olması bu temel zorlukların nedenleri olarak gösterilebilir. Uluslararası literatür, yapılan işten memnuniyetin, çalışma ortamının, ücret politikaları gibi birçok faktörün performansa etkisi olduğunu belirtmektedir. Özellikle hekim ve hemşireler için performansa yönelik konular hasta güvenliği nedeni ile önemli ve bağlantılı olarak görülmektedir (Platis vd., 2015: 480).

Hanan (2009) hemşireler ile ilgili yaptığı çalışmada, işgören performansının, örgütsel bağlılık, iş tatmini, bireysel ya da bireysel olmayan birçok değişkenle pozitif olarak ilişkili olduğunu belirtmiş, iş tatmini ve örgütsel bağlılığın hemşirelik mesleğinde performansa yönelik güçlü belirleyiciler olduğunu bulmuştur. Bunun yanı sıra işgören performansı, tecrübe, cinsiyet, medeni durum gibi bireysel özelliklerle de olumlu ilişki gösterdiğini, eğitim düzeyi ile ise olumsuz ilişkide olduğunu belirtmiştir (Hanan 2009: 40).

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin çalışılan kurum değişkeni arasında farkı

Yapılan istatistik analizlerin sonucunda, üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=8,32$) örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri sağlık bakanlığına bağlı hastane ($\bar{x}=7,70$) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=7,03$) görev yapanlara göre klinik yönetim iklimi ölçek puanları daha yüksektir. Klinik yönetim iklimi ölçeğinden alınan puan azaldıkça, kurumdaki iklim, klinik yönetimi destekleyici yönde olduğu istatistik analiz sonucu göz önüne alındığında, üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının, kurumdaki örgütsel öğrenme destekleyici boyutunu, diğer kurumlara göre daha olumsuz bulduğu sonucu tespit edilmiştir.

Özel hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=8,03$) örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=7,03$) görev yapanlara göre puanlaması daha yüksektir. Özel hastanede çalışanlarının da kurumlarında örgütsel öğrenme destekleyici boyutunu aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerine göre daha olumsuz bulmuştur. Klinik yönetim iklimi düzeyinin kurumsal olarak farklılık göstermesinin birçok nedeni olabilir. Kurum kültürü bir çatı olarak ifade edilirse, bu kültürün, yönetim anlayışı, liderlik tarzı, çalışma atmosferi bu farklılığı oluşturan nedenler olarak gösterilebilir.

Fardazar vd., (2015) yapmış oldukları çalışmada, hastanelerin klinik yönetim uygulama hazırlıkları incelenmiş ve klinik yönetim iklimi ölçeğinin, boyutları arasında "örgütsel öğrenme" ve "planlı ve entegre kalite iyileştirme programı"nda daha yüksek olmakla beraber, özel hastanelerin kamu hastanelerinden tüm boyutlarda daha iyi puan aldıklarını belirtmişlerdir. Sadece özel hastane ve kamu hastanesi arasında "proaktif risk yönetimi" boyutundaki farkı diğerlerinden daha anlamlı bulmuşlardır (Fardazar vd., 2015: 69).

Bu çalışmada, meslektaşlarla birlikte çalışma düzeylerinin çalışılan kurum arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=3,153$; $p<0,05$). Post Hoc testi sonucuna göre üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=9,89$)

meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut düzeyleri sağlık bakanlığına bağlı hastane ($\bar{x}=9,28$) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=9,24$) görev yapanlara göre puansal olarak daha yüksektir. Planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı alt boyutlarının ve klinik yönetim iklimi genel ölçek puanlarının çalışılan kuruma göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Klinik yönetim iklimi ölçeğinin meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut düzeyleri yine üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde, diğer kurumlara göre daha olumsuz olduğu bulunmuştur.

Yine yapılan bu çalışma sonuçları arasında önemli olarak değerlendirilen bir diğer sonuç, üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=9,89$) meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut düzeyleri sağlık bakanlığına bağlı hastane ($\bar{x}=9,28$) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=9,24$) görev yapanlara göre klinik yönetim iklimi ölçek sonucunun puansal olarak daha yüksek olmasıdır. Bu sonuç yine üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde bu boyutta destekleyici iklimin diğer kurumlara göre daha düşük olduğu yönündedir. Bahrami vd., (2014), yapmış oldukları çalışmalarında üç eğitim hastanesini incelemiş ve analiz sonuçlarını değerlendirdiklerinde, eğitim hastanelerinin klinik yönetim iklimi ve uygulamaları açısından başarısız olduğu sonucunu bulmuşlardır (Bahrami vd., 2014: 799).

Köroğlu (2018), kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puan ortalamalarının üniversite ya da özel hastanede çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek ve anlamlı bulmuştur (Köroğlu 2018: 32).

Sağlık hizmetleri sunumunda ekip iş birliği ve iletişimi büyük önem arz etmektedir. Klinik yönetimin alt boyutlarından olan meslektaşlarla birlikte çalışma düzeyinin pozitif olması, sağlık hizmetlerinin kalitesi, hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti açısından önemlidir. Literatürde yapılan birçok çalışmada, sağlık profesyonelleri arasında iş birliği ve iletişimin, hasta bakımındaki koordinasyon üzerinde ve hastane hizmetlerinin etkinliği üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermiştir. Sağlık profesyonellerinin, iş birliği ve dayanışma içerisinde

çalışmalarının işlerine olan bağlılık ve iş tatminleri arasında olumlu etkileri görülmekte ve bu alana yönelik yapılan iyileştirilme çalışmalarında hem hastalar hem de sağlık çalışanları için önemli olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının işgören performansı ölçek düzeylerinin çalışılan kuruma göre farkı

Post Hoc testi sonucuna göre üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=3,83$) ve özel hastanede görev yapanların ($\bar{x}=3,97$) işgören performansları sağlık bakanlığına bağlı hastane ($\bar{x}=4,04$) ve aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezinde ($\bar{x}=4,08$) görev yapanlara göre daha düşüktür. Sağlık çalışanlarının işgören performansı, çalıştıkları kuruma göre farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılığın, kurum türü, hizmet modelleri, çalışma koşulları, kurumsal kültür gibi çeşitli etmenlerden kaynaklandığı ifade edilebilmektedir. Yapılan bu çalışmada, üniversite sağlık hizmetleri uygulama ve araştırma hastanesinde, işgören performansının diğer kurumlara göre en düşük düzeyde olduğu sonucu bulunmuştur. Bu kurumdaki farklılık diğer sayılan etmenlerden ve hizmet sunduğu hasta gruplarının farklılığından, yoğun iş yükü, hizmet modeli ve hedeflerinden kaynaklandığı ifade edilebilir.

Sağlık hizmetleri gibi ekip çalışmasının önemli olduğu, stresli çalışma ortamlarında çalışanların performanslarının takibi ve en iyi çıktı ile sonuçlanması önemli ve zordur. Bunun birçok nedenin olmasının yanı sıra (etkinlik, bilgi yönetimi, kalite), performansın, organizasyonun yönetilmesi, finansmanı ve gelişimi ile güçlü bir ilişkisinin olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin performansa yönelik çıktıları, hasta güvenliği açısından çok önemli ilişki içerisindedir. İşgören performansına yönelik uluslararası literatür, birçok faktörün etkili olduğunu göstermektedir. Bunlar; çalışmış olduğu kurum, yaptığı iş ya da meslekten memnuniyet, yasal haklar, tazminat politikaları gibi ve çalışma ortamı sayılabilmektedir (Platis vd., 2015: 480).

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin meslekteki çalışma süresi grupları arasında farkı

Post Hoc testi sonucuna göre çalışma süresi 6-10 yıl ($\bar{x}=40,62$) olanların planlı ve entegre kalite geliştirme programı alt boyut düzeyleri 1-5 yıl ($\bar{x}=38,67$) ve 15 yıl ve üzeri ($\bar{x}=38,17$) görev yapanlara göre puansal olarak daha yüksektir. Yapılan analizin sonucu, klinik yönetim iklimi ölçek değerlendirme parametrelerine göre incelendiğinde, 1-5 yıl ve 15 yıl üzeri çalışanlarının klinik yönetim iklimi daha olumlu ve destekleyici buldukları anlamına gelmektedir. Gürdoğan (2012) çalışmasında yaşları fazla olan hemşirelerin, diğer hemşirelere göre klinik yönetim iklim düzeyini bazı alt boyutlarda daha olumlu algıladığını belirtmiş ve yine Lale (2019) benzer şekilde, meslekte deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerde, algılanan klinik yönetim ikliminin daha olumlu olduğunu belirtmiş ve bu durumun, mesleki deneyim süresinin artmasıyla birlikte eğitim ve tecrübenin artmasına, beraberinde riskler ve sorunlar karşısında meslektaşlarıyla birlikte daha planlı ve kaliteli çalışmayı öğrenmesinden kaynaklı olabileceğini ifade etmiştir (Lale 2019: 71). Köroğlu (2018), yapmış olduğu çalışmasında ise hemşirelerin mesleki deneyimleri ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu, bu farka göre de 15 yıl ve daha az mesleki deneyimi olan hemşirelerin planlı ve entegre kalite geliştirme programı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puan ortalamalarının 16 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olarak bulunduğunu belirtmiştir (Köroğlu 2018: 33) Önleyici risk yönetimi alt boyut düzeylerinin çalışılan kurum arasındaki farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F=5,582$; $p<0,05$). 6-10 yıl ($\bar{x}=19,92$) olanların önleyici risk yönetimi alt boyut düzeyleri 1-5 yıl ($\bar{x}=18,43$) ve 15 yıl ve üzeri ($\bar{x}=17,84$) görev yapanlara göre puansal olarak daha yüksektir. 6-10 yıl ($\bar{x}=8,54$) olanların örgütsel öğrenme alt boyut düzeyleri 1-5 yıl ($\bar{x}=7,89$), 11-15 yıl ($\bar{x}=7,74$) ve 15 yıl ve üzeri ($\bar{x}=7,64$) görev yapanlara göre puansal olarak daha yüksektir. Yapılan analiz sonuçlarında genel olarak değerlendirildiğinde meslekte 6-10 yıl çalışma süresi aralığında olanlar bu boyutlarda klinik yönetim iklimi destekleyici ve olumlu bulmamaktadırlar. Genel çerçevede değerlendirildiğinde klinik yönetim iklimi alt boyut düzeylerinin 15 yıl ve üzeri çalışanlarda daha

olumlu bulunmuştur. Literatür eşliğinde bu analiz değerlendirildiğinde; çalışanların, çalışma yılının artması ile birlikte deneyimin de artması, hastalar ve çalışma ekibiyle daha iyi iletişim kurma, kompleks süreçleri daha profesyonelce yönetme ve klinik beceriler olarak daha iyi yönde gelişmiş olabilmektedirler ve bu da klinik yönetim algı düzeylerine yansımaktadır. Tüm bunların yanı sıra çalışma yılının artması bireysel farklılık da gösterebilmektedir. Uzun çalışma yılları deneyim ve beraberinde olumlu etkiler sunarken bazen bu, tükenmişlik ve iş yorgunluğu olarak ortaya çıkmakta ve olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu süreçler içerisinde sağlık politika yapıcıları ve kurum yöneticilerine büyük görevler düşmektedir. Çalışanların iş yükünü ve iş stresini en iyi şekilde yönetecek programlar geliştirmek, çalışanların deneyimlerini en iyi şekilde değerlendirmek ve klinik yönetim iklimini en olumlu şekilde etkilemek için uygun sağlık politika ve uygulamalarını benimsemeleri gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin meslekteki çalışma süresine göre farkı

Çalışma süresi 15 yıl ve üzeri ($\bar{x}=3,68$) olan sağlık çalışanlarının iş tatminleri 1-5 yıl ($\bar{x}=3,41$) ve 6-10 yıl ($\bar{x}=3,36$) olanlara göre daha yüksektir. Daha uzun çalışma yılına sahip bireylerde geçen süreyle birlikte kazanılan tecrübe, deneyim ve yaptığı işine hâkim olma beraberinde iş tatminini de getirebilmektedir. Bozkurt ve İlhan (2008), mesleğe yeni başlamış olanların iş tatmin düzeylerinin meslekte eski olanlara göre daha yüksek bulunduğu çalışma sonucunda bunun sebebi olarak, çalışma süresi daha uzun olan çalışanların yıllar geçtikçe meslekte beklentilerine yeterince cevap bulamamış olma durumunun gösterilebileceğini fakat meslekte çalışma süresi arttıkça, deneyim, tecrübe ve uyumun artması ile birlikte iş tatmin düzeyinde artabileceğini belirtmişlerdir (Bozkurt, İlhan 2008: 16). Literatürde bu çalışmada bulunan sonuçla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Meslekte çalışma süresi arttıkça iş tatmini de artmaktadır (Aslan vd., 1997: 27; Çimen, Şahin 2000: 60).

Sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi ölçeği ve alt boyut düzeylerinin kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alma grupları arasında fark

Kalite çalışmasıyla ilgili eğitim almayan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}=19,86$), klinik yönetim alt boyutlarından önleyici risk yönetimi puanlama düzeylerinin

eğitim alanlara göre ($\bar{x}=18,03$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=-4,505$; $p<0,05$). Örgütsel ğrenme alt boyut düzeylerinin eğitim alanlarda ($\bar{x}=7,78$), eğitim almayanlara göre puanın daha düşük ($\bar{x}=8,25$) olduğu bulunmuştur. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde, kalite çalışmalarıyla ilgili eğitim alanların klinik yönetişim iklimi alt boyutu olan önleyici risk yönetimi ve örgütsel öğrenmede daha başarılı olduğunu göstermektedir. Planlı ve entegre kalite geliştirme programı, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Sağlık kuruluşları değerimeye ihtiyaç duyduğunda, kendilerinin de örgütsel gelişim için zamana ve kaynaklara ihtiyaı vardır. Bu, yalnızca bir dizi personelin değerim sürecine dahil edilmesini değer, aynı zamanda liderlik rollerinde olanlar için eğitim ve desteği ve organizasyon içindeki değerim süreciyle ilgili iletişime ayrıntılı bir dikkat gösterilmesini gerektirir. Eğitim, rgtsel değerim ve gelişim için önemli bir parametredir. Kalite ve klinik yönetişim süreçlerinin, kurum içerisinde benimsenmesi ve bunların kurum kültürü haline gelmesi için öğrenmeye açık, yaşam boyu öğrenme kavramını destekleyen bir kurum kültürünün olması gerekmektedir. Eğitim, değerim ve sürekli gelişim için ulusal sağlık sistemlerinin, klinik yönetişim ve kalite uygulamalarının en iyi sonuçları verebilmesi için öğrenen organizasyonları desteklemesi önemlidir (Roland vd., 2001: 198).

Sağlık alışanlarının klinik yönetişim iklimi leği ve alt boyut düzeylerinin klinik yönetişimle ilgili eğitim alma grupları arasında fark

Klinik yönetişimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=37,90$) planlı ve entegre kalite geliştirme programı düzeyleri klinik yönetişimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=39,87$) puanları daha düşüktür. Klinik yönetişimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=17,61$) nleyici risk yönetimi düzeyleri klinik yönetişimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=19,45$) puanları daha düşüktür. Klinik yönetişimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=7,63$) rgtsel öğrenme düzeyleri klinik yönetişimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=8,19$) daha düşüktür. Klinik yönetişimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=90,43$) klinik yönetişim iklimi düzeyleri klinik yönetişimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=95,04$) daha düşüktür. Yapılan istatistiksel analizler değerlendirildiğinde klinik yönetişim ile ilgili eğitim alanının, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, örgütsel öğrenme düzeyleri daha olumlu

ve başarılı olduğu bulunmuştur. Bu alana yönelik eğitim alan sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi düzeyinin, eğitim almayanlara göre daha başarılı ve iyi bulunmuştur. Suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bu alana yönelik yapılan eğitimler çok anlamlı olarak değerlendirilmekte ve sağlık sistemi ve hizmetlerine yansıyan çok fazla olumlu etkileri görülmektedir. Veenstra vd., (2017) Hollanda da yaptıkları bir Delphi çalışması sonucunda klinik yönetime yönelik görüşleri alınan sağlık uzmanlarının, klinik yönetimin, hastaların güvenliğini sağlama amacıyla en yüksek düzeyde kalitede bakım sağlama ve uygulamalara dayalı değer odaklı yaklaşım olduğunu belirtmişler ve ekip içerisinde yer alan herkesin etkin ve etkili bir şekilde çalışmasının önemini vurgulayarak kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti için bunların gerekliliği ve bununda sürekli öğrenme ve eğitim ile desteklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Veenstra vd., 2017: 6). Köroğlu ve Öztürk (2022), hemşire meslek grubuna yönelik yapmış olduğu çalışmanın sonucunda ise klinik yönetimin önemini vurgulamış, klinik yönetim ikliminin kurum kültürüne yansıtmanın ve herkes tarafından benimsenmesinin gerekliliği ve bunun içinde gerekli eğitim programlarının planlanmasını, eğitim ve sertifika programlarının uygulanmasının öneminden bahsetmişlerdir (Köroğlu, Öztürk 2022: 206).

Sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma grupları arasında farkı

Klinik yönetimle ilgili eğitim alanların ($\bar{x}=3,60$) iş tatmin düzeyleri klinik yönetimle ilgili eğitim almayanlara göre ($\bar{x}=3,45$) daha yüksektir. Köroğlu (2019) yapmış olduğu çalışmada, klinik yönetim iklimini, kuruluşlarda iletişim ve etkileşimi desteklemeyi, hataları en aza indirmeyi ve hizmet sürecini sürekli iyileştirmeyi ve geliştirmeyi amaçlayan bir yönetim yaklaşımı olarak açıklamış ve çalışma sonucunda hemşirelere klinik yönetim iklimi ile ilgili eğitim ve öğretimlerin verilmesini önermiştir (Köroğlu 2019). İş tatmininin artması, sağlık çalışanlarının motivasyonu daha yüksek olarak çalışmasını sağlayabilmekte ve bunların sonucu da sağlık hizmetlerinin kalitesine yansımaktadır. Klinik yönetime yönelik yapılan eğitimler, ekip içi iletişim, liderlik eğitimleri gibi çeşitli kapsamlı

süreçleri kapsamaktadır. Bu ve buna yönelik eğitimlerde, liderlik becerilerinin gelişmesi, karar verme süreçlerine dahil olma, iletişim becerilerinin gelişmesi beraberinde iş tatmininin de sağlanmasında önemli rol oynamaktadır.

Sağlık çalışanlarının işgören performans düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farkı

Sağlık çalışanlarının işgören performans düzeylerinin klinik yönetimle ilgili eğitim alma durumuna göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırmayı, klinik sonuçları iyileştirmeyi, hizmet sunumunda etkili ve verimli bir yaklaşımı teşvik etmeyi amaçlayan çok boyutlu bir kavram olarak ifade edilen, sağlıkta kalitede, klinik yönetimi benimsemek, bilgi ve güvenin artmasını sağlayacak mentörlük sistemleri geliştirmek, kaliteli iletişim ortamları oluşturmak açısından önemlidir. Sağlıkta kalite standartlarını oluşturmak ve sürekli iyileştirmeyi gerçekleştirme noktasında önemli olan klinik yönetim, çalışan, hasta ve toplumu korumaya katkı sağlayacaktır, bu nedenle klinik yönetimin uygulamaları üzerindeki etkilerinin farkında olabilmek için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır (Snowdent vd., 2017: 118).

Klinik yönetim, sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin kalitesini sürekli olarak iyileştirmekten ve geliştirmekten sorumlu oldukları bir çerçeve olarak değerlendirilmektedir. Yüksek bakım standartlarını oluşturmak, geliştirmek ve korumak sağlık hizmetlerinde çalışan her bireyin sorumluluğundadır. Klinik yönetiminin tüm ilke ve bileşenlerinin benimsenmesi ve günlük uygulamalarda kullanılması bu kültürün oluşmasının sağlanması hasta bakım kalitesinin gelişmesini sağlayarak klinik bakımda mükemmeliğin gelişmesini sağlayacak bir ortam oluşturacaktır (Chandrahara, Arulkumaran 2007: 224). Sağlıkta kalitede her geçen gün önemi daha çok vurgulanan klinik yönetim, tıbbi kararlar ile yönetim ve organizasyonel süreçlerin entegrasyonunu vurgulamaktadır.

Klinik yönetimde en fazla vurgulanan hususlardan birisi de yönetici desteği ve yaklaşımıdır. Chandra (2016) yaptığı çalışmada, liderlik özelliklerinin ve yaklaşımının işgören performansı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu, bunun yanı sıra çalışma ortamının performansı etkilediğini belirtmiş yine iş tatmininin de

işgören performansına etkisi olduğu ve bunların bütününe, liderlik tarzı, çalışma ortamı, iş tatmininin işgören performansına yönelik önemli ölçüde etkileri olduğunu vurgulamıştır (Chandra 2016: 131).

Toraman ve Ateş (2021), klinik kalite kavramının tam olarak anlaşılmadığı, sağlık çalışanları tarafından uygulamalara yansıtılmadığını çalışmalarında belirtmişler ve klinik kalite komite ya da komisyonlarının daha aktif olarak çalışmalarının gerekliliğini vurgulamışlardır. Kaliteli sağlık hizmeti sunma noktasında önemli olan klinik kalite çalışma süreçlerine, gerekliliğine, faydalarına, çalışanların, yöneticilerin, klinisyenlerin inanmalarının, katılımlarının önemli olduğu, klinik kalite sayesinde hasta yaşam kalitesinin artırılması sağlanırken, sağlık maliyetlerinde bunlara paralel azalacağı belirtilmiştir (Toraman, Ateş 2021: 608).

Cihangiroğlu vd., (2016), klinik yönetim ikliminin önemli olduğu, ileri düzey profesyonelleşme ve iş bölümünün gerekli ve önemli olduğu sağlık hizmetlerinde, iletişim ve ekip çalışmasının önemli olduğu, klinik yönetim ikliminin tüm personel tarafından olumlu algılanmasının, personelin kişisel gelişimi için eğitiminin gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Çalışmalarının sadece bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmasının alana yönelik çok yeterli olmayabileceğini ve Türkiye’de çok az olan klinik yönetim hakkında çalışmaların daha farklı kurumlarda ve daha geniş boyutta yapılmasının alana katkı sağlayacağını belirtmişlerdir (Cihangiroğlu vd., 2016: 4-5).

Eraslan vd., (2022), klinik yönetimi, tıbbi hataların dikkate alındığı, uygun olmayan, zayıf ve etkisiz bakımın ortadan kaldırıldığı önemli bir ilke olarak ifade etmiş ve sağlıkta kalitede en önemli unsur olan hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için klinik yönetimin güçlendirilmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır (Eraslan vd., 2022: 444).

Klinik yönetim, çalışanlar tarafından, karmaşık ve yorucu olarak hissedilmesine rağmen, olumlu ve faydalı olarak algılanmaktadır (Murray vd., 2004: 173).

Karassavidou vd., (2011), yapmış oldukları çalışmada, klinik yönetim iklimi ölçeğinin, yöneticiler ve politika yapımcılar için hastane ortamındaki problemler olarak değerlendirilen alanların takibini yapmak ve başarılı klinik yönetim girişimleri için stratejiler geliştirmek açısından faydalı bir araç olduğu kanıtlamışlardır (Karassavidou vd., 2011: 237). Literatürde vurgulanan noktalardan bir tanesi ise, klinik yönetimi yürütmesi beklenen tarafların rolleri ve sorumluluklarıyla eşleştirilmesi konusunda eksiklik bulunması, net bir planlama ya da buna yönelik haritalamanın olmaması nedeniyle uygulayıcılarda kafa karışıklığının olması gösterilmektedir (Flynn, Brennan 2020: 31).

Klinik yönetim uygulamalarına ve farkındalığına yönelik, planlı ve entegre bir programın oluşturulması, yönetici desteğinin tam olarak sağlanması, hatalardan ders alma kültürünün oluşturulması, personelin kalite iyileştirme programlarına imkân sağlayan örgüt ikliminin oluşturulması yapılan birçok çalışmada önerilmektedir (Fardazar vd., 2015: 73). Örgütsel desteğin önemine ve kuruma kazandırmış olduğu faydaya yönelik Eisenberg vd., (1986), yapmış oldukları vurguda; örgütsel destek algısına sahip çalışanların teorik olarak örgüte fayda sağlayan davranışlar gösterme eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir (Eisenberger vd., 1986: 501).

Klinik yönetim uygulamalarının kurum kültürü haline gelmesi önemlidir. Dreliozi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonucunda ise hastane ikliminin klinik yönetim açısından destekleyici olmadığı belirtilmiş ve bunun da çalışanların motivasyonu ile ilgili olabileceği ifade edilmiştir (Angeliki Dreliozi vd., 2013: 15). Ageiz vd., (2022), kaliteli sağlık hizmetlerine yönelik çözümler olarak yalın yönetim ve klinik yönetim faktörlerinin benimsenmesi, titizlikle değerlendirilmesi, aralarında anlamlı bulunan istatistiksel korelasyon doğrultusunda sağlık kuruluşlarında kalite iyileştirme girişimi olarak klinik yönetimi entegre eden yalın yönetim stratejisinin geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır (Ageiz vd., 2022: 37). Kalite odaklı bir klinik yönetim sistemi içerisinde, çalışanların süreçlere katılımının sağlanması ve sorumluluklarının artmasıyla birlikte, iletişimin iyileşmesi, kaynakların daha verimli ve etkin kullanılması sağlanırken beraberinde hataların da azalması gerçekleşmektedir.

Gerçekleşen bu faktörler, işgörenlerin iş tatmininin artmasını sağlarken, beraberinde işgören performansında da olumlu etkiler oluşturmaktadır. Kurumsal bir temel olan klinik yönetişimin hastalara yansıyan etkilerinin yanı sıra, sağlık politika yapıcıları, yöneticiler ve sağlık profesyonelleri açısından da etkileri bulunmaktadır. Sistemin başarılı bir şekilde işleyebilmesi için klinik yönetişimin gelişiminin ölçülmesi ve izlenmesi gerekmektedir (Gauld, Horsburgh 2020: 185).

Öneriler

Bu çalışma, sağlıkta kalite standartlarında klinik yönetişim: işgören performansı üzerine etkisi ve iş tatminin aracılık rolünü incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, sözü edilen bu değişkenler, ilk kez birlikte ele alınarak; klinik yönetişim ikliminin, işgören performansına etkisi ve iş tatminin aracılık rolü, yapısal eşitlik modellemesiyle test edilmiştir. Araştırma, Aralık 2022 - Nisan 2023 tarihleri arasında Sivas ilinde bulunan farklı statülerdeki 4 Sağlık kuruluşunda (Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi-277 Kişi, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane-344 Kişi, Özel Hastane-100 Kişi, Aile Sağlığı Merkezi/ Toplum Sağlığı Merkezi-65 Kişi) çalışan, Hekim, Hemşire/ Ebe, Sağlık Teknisyeni/ Teknikeri (Laboratuvar-Radyoloji)'nden oluşan 786 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık profesyonelleri içerisinde yer alan hekim, hemşire/ebe, teknisyen ve tekniker grubunun çalışmaya dahil edilmesi, Üniversite Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin yanı sıra Özel Hastane ve birinci basamak sağlık hizmetleri sınıfında yer alan, Aile ve Toplum Sağlığı Merkezinin de çalışmaya dahil edilmesi yapılan araştırmanın güçlü yönü olarak gösterilebilir. Bunun yanı sıra ülkemizde sayısı az olan, klinik yönetişime yönelik yapılan çalışmalarda, klinik yönetişim ikliminin hemşirelerin iş doyumunu düzeylerine etkisi; hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin yönetişim iklim düzeylerinin belirlenmesi; hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları ve klinik yönetişim iklimi düzeyleri; klinik yönetişim ikliminin hasta güvenliği kültürü ile ilişkisinin incelenmesi, başlıklarında çalışmalar yapılmış olup, klinik yönetişim ikliminin, işgören performansına etkisi ve bunda iş tatmininin aracılık yönüne ilişkin çalışma

bulunmamaktadır. Bu alanda yapılan özgün bir çalışma olması literatüre önemli katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Klinik yönetim, multidisipliner ekiplerin iş birliği içinde çalışmasını teşvik ederek sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlamakta, aynı zamanda çalışanlar üzerinde işgören performansı ve iş tatmini üzerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır.

Literatür ve bu araştırmanın sonuçları incelendiğinde klinik yönetimin, sağlıkta kalite standartlarının uygulanması, korunması ve geliştirilerek sürdürülebilirliğinin sağlanması için; doğru klinik yönetim ikliminin oluşturulması gerektiği ve aynı zamanda yapılan analiz sonuçlarında iş tatmini ve işgören performansında oluşturmuş olduğu pozitif etki nedeniyle;

- Tıbbi kararlar ile yönetim ve organizasyonel süreçlerin entegrasyonunu vurgulayan klinik yönetimin, daha fazla gündeme alınması gerektiği,
- Çalışanlara yönelik daha doğru ve etkili bilgilendirmelerin yapılması,
- Sağlık hizmet kalitesini iyileştirmek için kapsamlı bir çerçeve olan klinik yönetimde tüm çalışanların etkin bir şekilde sürece dahil edilmesini sağlayan eğitim ve uygulama programlarının gerçekleştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde güvenliği, kaliteyi, iş tatmini, işgören performansı ve hastane performansını artıran klinik yönetimin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, ihtiyaç olan alanlarda iyileştirmeler yapılması,
- Klinik kalite komite ya da komisyonlarının çalışmalarını daha etkili ve aktif olarak planlaması,
- Sağlık politika yapıcılarının, politikalar hazırlanırken planlamaların da klinik yönetim ve temel bileşenlerini daha fazla göz önünde bulundurmaları gerekliliği, ön plana çıkmıştır.

Klinik yönetişim konusunda daha fazla ve farklı merkezlerde, katılımın daha yüksek sayıda gerçekleştiği, sağlık çalışanlarının bütününü kapsayan çalışmalar yapılması önerilmektedir. Aynı zamanda klinik yönetişimin gelişmesi ve ilerleyebilmesi açısından bu alana yönelik çalışmalar yapılması, literatüre katkı açısından oldukça önemli olarak görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ageiz Marwa Hassan, Elshrief Hayam Ahmed and Rashad Rehab Mohamed (2022). "Success Factors Key for Lean Management Practice and Clinical Governance Climate Implementation as Perceived by Nurse Managers: A comparative Study." *Assiut Scientific Nursing Journal*. 10(28): 25-40.
- Akar Çetin ve Hüseyin Özalp (2002). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*. Ankara. Eylül Kitabevi.
- Akob Muhammad, Yantahin Munawar, Ilyas Gunawan Bata, Hala Yusriadi, and Putra, Aditya Halim Perdana Kusuma (2021). "Element of Marketing: SERVQUAL Toward Patient Loyalty in the Private Hospital Sector. *The Journal of Asian Finance, Economics and Business*. 8(1): 419-430.
- Aksoy, Beyhan (2001). *Hastanelerde Hekim Performansının Değerlendirilmesi*. Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Al-Ahmadi, Hanan (2009). "Factors Affecting Performance of Hospital Nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia." *International journal of health care quality assurance*. 22(1): 40-54.
- Al-Assaf A.F. ve Akgün Seval H. (2016). Healthcare Accreditation in Kazakhstan: Methods and Impact. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 3(2): 57-63.
- Allen David G., Shore Lynn M., and Griffeth Rodger W. (2003). "The Role of Perceived Organizational Support and Supportive Human Resource Practices in the turnover Process". *Journal of Management*. 29(1): 99-118.
- Allen, Pauline (2000). "Accountability for Clinical Governance: Developing Collective Responsibility for Quality in Primary Care". *Bmj*. 321(7261): 608-611.
- Andrea Adduci, Alessio Perilli, Francesca Durante, Egidio de Mattia, Americo Cicchetti, Walter Ricciardi and Antonio Giulio de Belvis (2023). "Clinical Governance: An in-depth Scientometric Analysis". *International Journal of Healthcare Management*. 1-15.

- Annahar Nasrun, Widianingsih Ida, Paskarina Caroline and Adhy Muhtar Entang (2023). "A Bibliometric Review of Inclusive Governance Concept". *Cogent Social Sciences*. 9(1): 2168839.
- Arab Mohammad, Sharifi Moslem, Mahmoudi M., Khosravi B., Hojabri Roozbeh, Sari A. A., and Eftekhari, F. (2014). "Assessing the Tehran Hospitals' Readiness of Clinical Governance Quality Programs Based on Clinical Governance Climate Questionnaire Model" (CGCQ). *Hospital*. 13(2): 21-28.
- Aslan Halime, Aslan Oğuz, Kesepera Coşkun, Alparslan Nazan ve Ünal Mehmet (1997). "Kocaeli'nde Bir Grup Sağlık Çalışanında İşe Bağlı Gerginlik, Tükenme ve İş Doyumu". *Toplum ve Hekim Dergisi*. 12 (82): 24-29.
- Atalç, Hilmi (2019). *Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kurumsal Karne ve İş Mükemmeliyeti Ölçeklerinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Ataman Göksel ve Behram Kartaltepe Nihal (2011). "İş Amaçlı Havayolu Pazarında Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi ve Türk Hava Yolları 'Business Class' Yolcuları Üzerine Bir Araştırma". *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 26: 72–87.
- Atatsi Eli Ayawo, Jol Stoffers and Ad Kil (2019). "Factors Affecting Employee Performance: a Systematic Literature Review." *Journal of Advances in Management Research*. 16 (3): 329-351.
- Avcı, Kezban (Ed.) (2019). *Sağlıkta Kalite Yönetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Aydın Sebahattin ve Demir Mehmet (2007). *Sağlıkta Performans Yönetimi. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, Ankara: Onur Matbaacılık, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Aykaç Burhan ve Özer Mehmet Akif (2006). "Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kuruluşlarında Uygulanması: Sorunlar ve Yeni Arayışlar". *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 8(3): 171–202.
- Ayuso-Murillo Diego, de Andrés-Gimeno Begoña, Noriega-Matanza Concha, López-Suárez, Rafael Jesús and Herrera-Peco, Ivan (2017). "Quality

- Management, a Directive Approach to Patient Safety”. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 27(4): 251–255.
- Aziri, Brikend (2011). “Job Satisfaction: A Literature Review”. *Management Research and Practice*. 3(4): 77–86.
- Bahrami Mohammad Amin, Sabahi Ali Akbar, Montazeralfaraj Razieh, Shamsi Farimah and Ardekani Sameneh Entezarian (2014). “Hospitals’ Readiness for Clinical Governance Implementation İn Educational Hospitals of Yazd”, Iran. *Electronic Physician*. 6(2): 794-800.
- Başol Oğuz ve Çömlekçi Mehmet Fatih (2020). “İş tatmini Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 1(2): 17-31.
- Batalden Maren, Batalden Paul, Margolis Peter, Seid Michael, Armstrong Gail, Opirari-arrigan Lisa and Hartung Hans (2016). “Coproduction of Healthcare Service”. *BMJ Quality ve Safety*. 25(7): 509–517.
- Beirl, Luke (2021). “How One Healthcare Organization’s Leadership Team Realized Its True North”. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*. 66(2): 85–90.
- Benson HR. (1994). “An Introduction to Benchmarking in Healthcare. An Introduction to Benchmarking in Healthcare”. *Radiol Manage*. 16(4): 35–39.
- Berwick, Donald M. (2008). “The Science of Improvement”. *JAMA- Journal of the American Medical Association*. 299(10): 1182-1184.
- Bingöl, Dursun (2014). *İnsan Kaynakları Yönetimi 9. Baskı*. Ankara: Beta Yayınları.
- Bozkurt Öznur ve Bozkurt İlhan (2008). “İş Tatminini Etkileyen İşletme İçerik Faktörlerinin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 9(1): 1-18.
- Budak Olkan, Erdal Nurgül ve Filiz Mustafa (2023). Hizmetkâr Liderlik ve Örgütsel Güvenin İş Tatmini Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Sağlık Sektöründe Bir İnceleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 12(3): 1027-1043.

- Burcu, Dünder Ertemiz (2023). *İçsel Pazarlama Uygulamalarının Örgütsel Bağlılık ve İş Tatminine Etkisi Üzerine Bir Araştırma*. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Doktora Programı (Doktora Tezi). İstanbul.
- Büyüköztürk, Şener (2002). "Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı" *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 32 (32): 470-483.
- Camgöz Selin Metin ve Alpten İ. Nurdan (2006). "360 Derece Performans Değerlendirme ve Geri Bildirim: Bir Üniversite Mediko-Sosyal Merkezi Birim Amirlerinin Yönetimsel Yetkinliklerinin Değerlendirilmesi Üzerine Pilot Uygulama Örneği". *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 13(2): 191-212.
- Campbell Stephen, Roland Martin and Wilkin David (2001). "Improving the Quality of Care Through Clinical Governance." *Bmj*. 322(7302): 1580-1582.
- Carvalho Da Cruz Adelina, Riana Gede I. and Soares Augusto De C. (2020). "Motivation on Job Satisfaction and Employee Performance." *International research journal of management, IT and social sciences*. 7(5): 13-23.
- Castaneda, Gustavo A., and Scanlan, Judith M. (2014). "Job Satisfaction in Nursing: A Concept Analysis". In *Nursing forum*. 49(2): 130-138.
- Chakravarty Abhijit, Parmar N. K. and Ranyal R. K. (2001). "Total Quality Management- The New Paradigm in Health Care Management." *Medical Journal Armed Forces India*. 57(3): 226–229.
- Chandra, Teddy (2016). "The Influence of Leadership Styles, Work Environment and Job Satisfaction of Employee Performance--Studies in the School of SMPN 10 Surabaya." *International Education Studies*. 9(1): 131-140.
- Chandharan Edwin and Sabaratnam Arulkumaran (2007). "Clinical Governance." *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 17(7): 222-224.
- Chen, Yu-Chih (2008). Restructuring the Organizational Culture of Medical Institutions: A Study on a Community hospital in the İlan Area. *Journal of Nursing Research*. 16(3): 211–219.

- Cho, Meehee, Mark A. Bonn, and Su Jin Han (2018). "Generation Z's Sustainable volunteering: Motivations, Attitudes and job Performance." *Sustainability*. 10(5): 1400.
- Cihangiroğlu Necmettin, Teke Abdulkadir ve Uzuntarla Yasin (2016). "Hastanelerde Klinik Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği." *Gülhane Tıp Dergisi*. 58: 1-5.
- Commission of The European Communities- CEC (2001). European Governance: A WhitePaper.
- Cope Stephen, Frank Leishman and Peter Starie (1997). "Globalization, new Public Management and the Enabling State: Futures of Police Management". *International Journal of Public Sector Management*. 10(6): 444-460.
- Çakar Demircan Nigâr ve Yıldız Sibel (2009). "Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerindeki Etkisi: "Algılanan Örgütsel Destek" Bir Ara Değişken mi?", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 8(28): 68–90.
- Çakır Ejder ve Öztürk Mustafa (2023). "Okul Öncesi Öğretmenlerinde İş Tatmini Algısının İncelenmesine Yönelik Isparta İlinde Yapılan Bir Çalışma". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 28(2): 199-219.
- Çakır, Özlem (2001). *İşe Bağlılık Olgusu ve Etkileyen Faktörler*. (1. Baskı), Ankara: Seçkin Yayınları.
- Çakır Sinem Yeygel ve Eğinli Ayşen Temel (2010). *Memnun Çalışanlar, Memnun müşteriler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Çimen Mesut ve Şahin İsmet (2000). "Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 5(4): 53-67.
- Çolakoğlu, Ülker (2005), "Başarım Değerlemesi", *Konaklama İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi: İlkeler ve Uygulamalar*, (Ed. Cengiz Demir), Ankara: Nobel Yayınları, s.129-148.

- Çöl, Güner (2008). Algılanan Güçlendirmenin İşgören Performansı Üzerine Etkileri. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 9(1): 35-46.
- Çukurçayır Mehmet Akif ve Sipahi Esra B. (2003). “Yönetişim Yaklaşımı ve Kamu Yönetiminde Kalite”. *Sayıştay Dergisi*. 50(51): 35-66.
- Dagger Tracey S., Sweeney Jillian C. and Johnson Lester W. (2007). “A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *Journal of Service Research*. 10(2): 123–142.
- Pereira De Almeida, Rui Pedro (2020). *Quality Management in the Imaging Departments from Algarve Region: the Radiographers Perspective* (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia).
- Demir, Nevzat (2007). *Örgüt Kültürü ve İş Tatmini*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Demirel Demokaan ve Okyay Cihad (2023). *Herzberg’in Çift Faktör Kuramına Göre İş Tatmininin Belirlenmesi: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Örneği*. Academy Global Publishing House. Conference Book.
- Demireli Cemalettin ve Bayraktar Uğur (2014). “Hizmet Kalitesi ve Hizmet Değerinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Demiryolu Taşımacılığında Bir Uygulama”. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*. 13(4): 919–937.
- Dessler, Gray (2008), *Human Resource Management*, Eleventh Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Devebakan, Nevzat (2006). “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite.” *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(1): 120–149.
- Dikili Ali ve Bayraktaroğlu Serkan (2013). “Psikolojik Sözleşme ile İş Tatmini İlişkisine Yönelik Bir Araştırma.” *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 8(2): 205-227.
- Dilaveroğlu, Arzu (2020). “Yönetişim İlkeleri ve Yerel Yönetimler Mevzuatına Yansımalar”. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 19(37): 45-63.

- Dinc Muhammed Sait, Kuzey Cemil and Steta Nejra (2018). "Nurses' job Satisfaction as a Mediator of the Relationship Between Organizational Commitment Components and job Performance". *Journal of Workplace Behavioral Health*. 33(2): 75-95.
- Dixon-Woods Mary, McNicol Sarah and Martin Graham (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's program evaluations and relevant literature. *BMJ quality and safety*. 21(10): 876–884.
- Doğan Songül ve Sıdıka Kaya (2004). Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 7(1): 65- 83.
- Drelioni Angeliki, Siskou Olga, Maniadaakis Nikolaos and Prezerakos Panagiotis (2013). "Clinical Governance and effective Quality and Risk management in Greek hospitals." *International Journal of Health Research and Innovation*. 1(3): 7-17.
- Duck- Allen Angela, Robinson C. Jennifer and Stewart W. Mary (2017). "Healthcare Quality: A Concept Analysis. HHS Public Access." *Nursing Forum*. 52(4): 377–386.
- Eisenberger Robert, Huntington Robin, Hutchison Steven and Sowa Debora (1986), "Perceived Organizational Support". *Journal of Applied Psychology*. 71 (3): 500–507.
- Ekiyor Aykut ve Karagul Selçuk (2016). "Sağlık Sektöründe Personel Güçlendirmenin İşgören Performansına ve İç Girişimciliğe Etkisi". *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 1(3): 13-25.
- Ennis Kay and Harrington Denis (1999). "Quality management in Irish health care". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 12(6): 232–243.
- Eraslan Nuran, Hayran Osman ve Yüksel Serhat (2022). "Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkinin Yapısal Eşitlik Modellemesiyle İncelenmesi". *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 7(3): 444-460.

- Eraslan Nuran ve Hayran Osman (2023). Klinik Yönetişim İklimi ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerindeki Sosyo-demografik Özelliklerin Belirleyiciliği: Türkiye Perspektifi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 7(1): 54-66.
- Eren, Erol (2011). *Yönetim ve Organizasyon*. (10. Baskı), İstanbul: Beta Basım Dağıtım.
- Erkan, Medine (2013). *Çalışan Memnuniyeti Üzerine Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. İstanbul.
- Şan Ethem, Uysal Alev Şerife ve Öztürk Nazife (2018). Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri ve Uygulanabilirliği: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 10(1): 1–13.
- Fardazar Farbod Ebadi, Safari Hossein, Habibi Farhad, Haghghi Feyzollah Akbari and Rezapour Aziz (2015). “Hospitals’ Readiness to Implement Clinical Governance”. *International journal of health policy and management*. 4(2): 69.
- Flynn Mauren Alice and Brennan Niamh M. (2020). “Mapping Clinical Governance to Practitioner roles and Responsibilities”. *Journal of Health Organization and Management*. 35(9): 18-33.
- Franco Lynne Miller, Bennett Sara and Kanfer Ruth (2002). “Health Sector Reform and Public Sector Health Worker. *Major Applied Research Technical Paper*. 54(8): 1255–1266.
- Freeman, Tim (2003). “Measuring Progress in Clinical Governance: Assessing the Reliability and Validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire.” *Health Services Management Research*. 16(4): 234-250.
- Freeman Tim, Latham Linda, Walshe Kieran, Wallace Louise and Spurgeon Peter (2001). “How do Trusts Intend to Measure Progress in Clinical Governance?” *Journal of Clinical Governance*. 9(1): 33-39.

- Gauld Robin and Horsburgh Simon (2020). "Has the Clinical Governance Development Agenda Stalled? Perceptions of New Zealand Medical Professionals in 2012 and 2017". *Health Policy*. 124(2): 183-188.
- Genç, Nurullah (2004). *Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- George Darren and Mallery Paul (2010) *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update*. 10th Edition, Pearson, Boston.
- Ghavamabad Leila Hosseini, Vosoogh-Moghaddam Abbas, Zaboli Rouhollah and Aarabi Mohsen (2021). "Establishing Clinical Governance Model in Primary Health care: A Systematic Review". *Journal of education and health promotion*. 10.
- Gomes Romeu, Valéria Vernaschi Lima, José Maurício de Oliveira, Laura Maria Cesar Schiesari, Everton Soeiro, Luciana Faluba Damázio and Caleman, G. (2015). "The Polisemy of Clinical Governance: a Review of Literature." *Ciência and Saúde Coletiva*. 20: 2431-2439.
- Gökaslan Serkan ve Kanad Nazmi (2020). "Üçüncü Basamak bir Üniversite Hastanesinde Asistan ve Uzman Doktorların İş Doyumu ve Motivasyonunu Etkileyen Faktörler." *Kocatepe Tıp Dergisi*. 21(1): 92-97.
- Graham John Bruce Amos and Timothy Wynne Plumtre (2003). *Governance Principles For Protected Areas in the 21st century*. Ottawa: Institute on Governance, Governance Principles for Protected Areas.
- Grandey, John (1997). "The Relationship of Organizational Politics and Support to work Behaviors, Attitudes, and Stres". *Journal of Organizational Behavior*. 18(2): 159–180.
- Greenfield David, Pawsey Marjorie, Hinchcliff Reece, Moldovan Max and Braithwaite Jeffrey (2012). "The Standard of Healthcare Accreditation Standards: A Review of Empirical Research Underpinning Their Development and Impact." *BMC Health Services Research*. 12(329): 1–14.

- Gürdoğan Eylem Paslı ve Alpar Şule Ecevit (2016). “The Relationship between Nurses' Perceptions of the Clinical Governance Climate and their Job Satisfaction Levels”. *International Journal of Caring Sciences*. 9(2): 640-647.
- Güçlü, Nezahat (2003). “Stratejik Yönetim”. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 23(2): 61–85.
- Güler, Hasan (Ed.) (2020). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlık Politikaları* (2.Baskı) İstanbul: Medipol Yayın.
- Gün İbrahim ve Aslan Özgür (2018). “Leadership Theories and Leadership in Healthcare Facilities.” *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 5(3): 217–226.
- Güney Salih ve Şahin Özlem (2023). “Stratejik Yönetim Süreçlerinin Örgütsel Bağlılık ve İşgören Performansına Etkisi: Buna Yönelik Bir Araştırma.” *Premium e-Journal of Social Science* (PEJOSS). 7(31): 555-576.
- Gürbüz, Sait (2019). *AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürdoğan, Eylem Paslı (2012). Bir Üniversite Hastanesinde Klinik Yönetişim İkliminin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Dotor Tezi. İstanbul.
- Güven Mehmet, Bakan İsmail ve Yeşil Salih (2005). “Çalışanların iş ve Ücret Tatmini Boyutlarıyla Demografik Özellikler Arasındaki İlişkiler: Bir Alan Çalışması.” *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 12(1): 127-151.
- Hayta, Ateş Beyazıt (2007). “Çalışma Ortamı Koşullarının İşletme Verimliliği Üzerine Etkisi” *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*. (1): 21-47.
- Herd Geoffrey and Musaad Samarina (2015). “Clinical Governance and Point-of-Care Testing at Health Provider Level.” *Clinical governance*. 128(1417): 41-46.
- Hesterberg, Tim (2011). “Bootstrap”. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*. 3(6): 497-526.
- Hoppock, Robert (1937). “Job Satisfaction of Psychologists”. *Journal of Applied Psychology*. 21(3): 300–303.

- Howes, J. (2000), "Who is Supporting Whom? Quality Team Effectiveness and Perceived Organizational Support", *Journal of Quality Management*. (5): 207- 223.
- Huang Xianhong, Chen Hanlin, Gao Yuan, Wu Jin, Ni Ziling, Wang Xiaohe, Sun Tao (2022). "Career Calling as the Mediator and Moderator of job Demands and job Resources for job Satisfaction in Health Workers: a cross-Sectional Study". *Frontiers in psychology*. (13): 856-997.
- Huber Machteld, André Knottnerus J., Green Lawrence, Van Der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., Van Der Meer J. W. M., Schnabel P., Smith R., Van Weel C., and Smid H. (2011). "How Should we Define" health?. *BMJ (Online)*. 343(7817): 1–3.
- Huntington June, Gillam Stephen and Rosen Rebecca (2000). "Organisational Development For Clinical Governance". *Bmj*. 321(7262): 679-682.
- Inuwa, Mohammed (2016). "Job satisfaction and employee performance: An empirical approach." *The Millennium University Journal*. 1(1): 90-103.
- Jackson Dennis L. (2003). "Revisiting Sample size and Number of Parameter Estimates: Some Support for the N: q Hypothesis. Structural Equation Modeling." *A Multidisciplinary Journal*. 10(1): 128–141.
- Jain Sanjay K. and Gupta Garima (2004). "Measuring Service Quality: Servqual vs. Servperf Scales." *Vikalpa*. 29(2): 25–38.
- Juran, Joseph M. (1998). *Juran s Quality Handbook*. Singapore: McGraw-Hill.
- Kaba Nagihan Koroğlu ve Öztürk Havva (2022). "Nurses' Perceptions of Clinical Governance Climate". *J Educ Res Nurs*. 19(2): 198-207.
- Kale, Emine (2015). "Lider Desteği ve İş Arkadaşları Desteğinin İş Performansı Üzerine Etkileri: İş Tatmini ve Yaşam Tatmininin Aracı Rolü." *International Journal of Economic and Administrative Studies*. 7(14): 103-120.
- Kaplan Aslan ve Köksal Aysel (2017). "Türkiye'de Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Eğitiminin İncelenmesi, Mesleki Uygulamalar." *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 16(2): 62–68.

- Karassavidou Eleonora, Glaveli Niki and Zafiropoulos Kostas (2011). “Assessing Hospitals' Readiness For Clinical Governance Quality Initiatives Through Organisational Climate”. *Journal of health Organization and Management*. 25(2): 214-240.
- Karoso Subianto, Riinawati R., Ilham Rico Nur, Rais Rany Gesta Putri and Latifa Dara (2022). “Analyzing the Relationship of Work Environment and Quality of Work Life on Employee Performance: The Mediating Role of Organizational Commitment.” *Journal of Madani Society*. 1(3): 167-173.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Şahin (2013). *Hastane Organizasyonu, Hastane Yönetimi*. Prof. Dr. Haydar Sur, Uzm. Dr. Tunçay Palteki (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Kaya, Sıdıka (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*. Ankara: Anadolu Üniversitesi.
- Kelley, Lee (2008). “The World Health Organization (WHO)”. *The World Health Organization (WHO)*. Routledge.
- Koçel, Tamer (2014). *İşletme Yöneticiliği*, (15. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları.
- Kök, Sabahat Bayrak (2006). “İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma.” *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 20(1): 291-317.
- Koroğlu, Nagihan (2018). *Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi*. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Trabzon.
- Kumar, Robin D.C. (2013). “Leadership in Healthcare”. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 14(1): 39–41.
- Kumkale, Tamer Tahir (2006). *Türk İnsan Mühendisliği (Türkleri Motive Etmek)*. İstanbul: Pegasus Yayınları.

- Kurt, Aysel (2020). "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve İnovasyon". *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. (6): 1–6.
- Lale, Burcu Mutlu (2019). *Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Lee Sang M., Lee DonHee and Olson David L. (2013). "Health-care quality management using the MBHCP Excellence Model." *Total Quality Management and Business Excellence*. 24(1–2): 119–137.
- Lindsey J. Stephen and Mitchell W. John (2012). "Tomorrow's top Healthcare Leaders: 5 Qualities of the Healthcare Leader of the Future. Becker's Hospital Review". *Published September, 25*.
- Liu Y., Aunguroch Y., and Yunibhand J. (2016). "Job Satisfaction in Nursing: a Concept Analysis Study" *International Nursing Review*. 63(1): 84-91.
- Locke, Edwin A. (1976). "The nature and causes of job satisfaction." *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. 1297-1349.
- Lovaglio Pietro Giorgia (2012). "Benchmarking Strategies for Measuring the Quality of Healthcare: Problems and Prospects." *The Scientific World Journal*, 13.
- Lu H., While A. E., and Louise Barriball K. (2007). "a model of job Satisfaction of Nurses: a Reflection of Nurses' Working Lives in Mainland China". *Journal of Advanced Nursing*. 58(5): 468-479.
- Luthans, Fred (1995). *Organizational Behavior*. 3rd. Edition. New York: Mc. Graw Hill Publishing.
- Macfarlane A. J. R. (2019). "What is clinical governance?" *BJA Education*. 19(6): 174.
- Maguerez Georges, Erbault Marie, Terra Jean Louis, Maisonneuve H., and Matillon Y. (2001). "Evaluation of 60 Continuous Quality Improvement Projects in French Hospitals." *International Journal for Quality in Health Care*. 13(2): 89–97.

- Mainz, Jan (2003). "Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement." *International Journal for Quality in Health Care*. 15(6): 523–530.
- Maletič Damjan, Maletič M., and Gomišček B. (2014). "The Impact of Quality Management Orientation on Maintenance Performance." *International Journal of Production Research*. 52(6): 1744–1754.
- Maxwell Robert J. (1984). "Quality Assessment in Health." *British Medical Journal*. 288(6428): 1470–1472.
- McNeese-Smith, Donna K. (1999). "A Content Analysis Of Staff Nurse Descriptions of job Satisfaction and Dissatisfaction". *Journal of advanced nursing*. 29(6): 1332-1341.
- McSherry Robert and Pearce Paddy (2011). *Clinical Governance: a Guide To Implementation for Healthcare Professionals*. John Wiley and Sons.
- McSherry Robert, Wadding Alyson and Pearce Paddy (2008). "Healthcare Governance Through Effective Leadership." *Effective Healthcare Leadership*. 58-75.
- Merry Martin D. and Crago Michael G. (2001). The Past, Present, and Future of Health Care Quality. *Physician Executive*. 27(5): 30-35.
- Michael Snowdent, Fiona Ellwood, Rob McSherry, Jamie P. Halsall, Donna Hough (2017). "Clinical Governance: a Friend or foe to Dental Care Practice in the UK?" *International Journal of Perceptions in Public Health*. 1(2): 112-120.
- Mira Mohammed, Yap Choong and Chan Thim (2019). "The effect of HRM practices and employees' job satisfaction on employee performance." *Management Science Letters*. 9(6): 771-786.
- Mitchell, Pamela H. (2008). Defining patient safety and quality care. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*.
- Moeller, Johannes (2001). "The EFQM Excellence Model. German Experiences with the EFQM Approach in Health Care". *International Journal for Quality in Healthcare*. 13(1): 45–49.

- Molla, Md Istiaque Hossain (2015). "Ensuring job Satisfaction for Managing People at work." *Global Disclosure of Economics and Business*. 4(2): 155-166.
- Mortimer Frances, Isherwood Jennifer, Wilkinson Alexander, and Vaux Emma (2018). "Sustainability in Quality Improvement: Redefining Value." *Future Healthcare Journal*. 5(2): 88–93.
- Mosadeghrad, Ali Mohammad (2014). "Factors Influencing Healthcare Service Quality." *International Journal of Health Policy and Management*. 3(2): 77–89.
- Mousavi Seyed Mohammad Hadi, Agharahimi Zahra, Daryabeigi Maede, and Rezaei, Nima (2014). "Implementation of Clinical Governance in Hospitals: Challenges and the Keys for Success." *Acta Medica Iranica*. 493-495.
- Murray James, Fell-Rayner H., Fine H., Karia N., and Sweetingham R. (2004). "What do NHS Staff Think and Know About Clinical Governance?." *Clinical Governance: An International Journal*. 9(3): 172-180.
- Nathwani, Deepa (2021). "Job Satisfaction and Employee Performance: An Empirical Approach." *Journal of Applied Management-Jidnyasa*. 13(1): 11-24.
- Nicholls S., Cullen R., O'Neill S., and Halligan A. (2000). Clinical Governance: its Origins and its Foundations. *British Journal of Clinical Governance*. 5(3): 172-178
- Okçu, Murat (2011). *Değişen Dünyayı Anlamak İçin Çok Önemli Bir Kavram: Yönetişim*. Ankara Sanayi Odası Yayın Organı.
- Oliveira Roberta Meness, Leitao Ilse Maria Tigre de Arrudo, Aguiar Lima Leticia, Oliveira A. C. D. S., Gazos D. M., Silva L. M. S. D., ... and Sampaio, Renato Lopes (2015). Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49(1): 104-113.
- Olsen Espen and Aslaug Mikkelsen (2021). "Development and Investigation of a new Model Explaining job Performance and Uncertainty Among Nurses and

- physicians." *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(1): 164.
- Organ Arzu ve Gürbüz Tarık (2012). "Hastanelerde Enfeksiyon Alanlarının Belirlenmesine Yönelik İstatistiksel Kalite Kontrol Çalışması." *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (13): 43–54.
- Osborne David and Gaebler Ted (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. In *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley. 405.
- Özaydın Merve Mehmet ve Özdemir Ömer (2014). "Çalışanların Bireysel Özelliklerinin İş Tatmini Üzerindeki Etkileri: Bir Kamu Bankası Örneği." *İşletme Araştırmaları Dergisi*. 6(1): 251-281.
- Özer Ali ve Çakıl Enver (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler." *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 5(3): 140–143.
- Özer, Mehmet Akif (2006). "Yönetişim Üzerine Notlar." *Sayıştay Dergisi*. (63): 59-89.
- Özer, Mehmet Akif (2009). "Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi." *Sayıştay Dergisi*. 73: 3-29.
- Özkan Okan, Özer Özlem, Özmen Sümeyye ve Üzümcü Fatma (2021). "Hemşirelerde İnovatif İş Davranışının İşgören Performansına Etkisinin İncelenmesi." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(2): 229-236.
- Özpehlivan, Murat (2019). "İş Tatmini: Kavramsal Gelişimi, Bireysel ve Örgütsel Etkileri, Yararları ve Sonuçları." *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2(2): 43-70.
- Öztürk Zekai ve Gök Gülhan (2021). *Sağlık Yönetimlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özülke, Füsün (2015). *Yönetimden 'Yönetişim'e Kavramsal Bir Değişim Yolculuğu'*. Erişim Tarihi (21.09.2018).

- Patel, Gunjan (2009). "Total Quality Management in Healthcare." *The Midas Journal*. 23(3): 1-4.
- Pelit, Elbeyli (2014), *İşgören Güçlendirme ve İş Doyumu* (Otel İşletmelerinde Bir Uygulama), (1. Baskı), Ankara: Gece Kitaplığı.
- Penconek Tatiana, Tate Kaitlyn, Bernardes Andrea, Leec Sarah, Micaroni Simone P. M., Balsanelli Alexandre P., de Moura A. A., and Cummings, G. Greta (2021). "Determinants of Nurse Manager job Satisfaction: A Systematic Review." *International Journal Of Nursing Studies*. 118, 103906.
- Pereira de Almeida, Rui Pedro (2021). Quality Management in the Imaging Departments from Algarve Region: The Radiographers Perspective. Proyecto de investigación.
- Piotrowski Andrzej, Sygit-Kowalkowska Ewa, Boe Ole, and Rawat Samir (2022). "Resilience, Occupational Stress, job Satisfaction, and Intention to Leave the Organization Among Nurses and Midwives During the COVID-19 Pandemic". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19 (11): 6826.
- Platis C., Reklitis P., and Zimeras S. (2015). "Relation Between job Satisfaction and job Performance in Healthcare Services." *PROCEDIA-Social and Behavioral Sciences*. (175): 480-487.
- Prosser-Snelling, Edward and Morris, Edward (2017). "Quality Indicators. Obstetrics", *Gynaecology and Reproductive Medicine*. 27(9): 290–292.
- Roland Martin, Campbell Stephen and Wilkin David (2001). "Clinical Governance: a Convincing Strategy for Quality Improvement?". *Journal of Management in Medicine*. 15(3): 188-201.
- Rosenberg Marte Kimo and Bonsaksen Tore (2022). "Job Satisfaction Among Psychomotor Physiotherapists in Norway." *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 59, 00469580221126763.
- Sağlık Bakanlığı SKS'de Klinik Yönetişim 2021.

- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı Mayıs 2023.
- Sarp, Nilgün (2018). “Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü ve Katılımının Sağlanması”. *Sağlıkta Kalite ve Akrediyasyon Dergisi*. 1(2): 22–29.
- Sally Gabriel and Donaldson Liam J. (1998). “Clinical Governance and the drive for Quality Improvement in the new NHS in England.” *Bmj*. 317(7150): 61-65.
- Schermelleh-Engel, Karin and Moosbrugger, Helfried (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*. 8(2): 23-74.
- Schleicher Deidra J, Hansen S. Duane and Fox Kevin E. (2011). “Job Attitudes and Work Values”. In Zedeck S. (Ed.), *APA Handbooks in psychology. APA handbook of industrial and organizational psychology. Maintaining, expanding, and contracting the organization*. (3): 137–189.
- Sevimli Figen ve İşcan Ömer Faruk (2005). “Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu”. *Ege Academic Review*. 5(1): 55-64.
- Shalley Christina E., Lucy L. Gilson and Terry C. Blum (2000). "Matching creativity requirements and the work environment: Effects on satisfaction and intentions to leave." *Academy of Management Journal*. 43(2): 215-223.
- Sibbald Bonnie, Bojke Chris and Gravelle Hugh (2003). “National Survey of job Satisfaction and Retirement Intentions Among General Practitioners in England.” *Bmj*. 326(7379): 22.
- Šikýř, Martin (2013). “Best Practices in Human Resource Management: The Source of Excellent Performance and Sustained Competitiveness.” *Central European Business Review*. 2(1): 43-48.
- Simon Julian L. and Bruce Peter (1991). Resampling: A tool for everyday statistical work. *Chance*. 4(1): 22-32.
- Siu, Oi-Ling (2002). “Pre Dictor Sofjob Satis Faction And Absentee İsmın Two Samplesof Hong Kongnurses.” *Journal of Advanced Nursing*. 40(2): 218-229.

- Sobacı, Mehmet Zahid (2007). “Yönetişim Kavramı ve Türkiye’de Uygulanabilirliği Üzerine Değerlendirmeler”. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 5(1): 195-208.
- Som, Chandra (2009). “Sense Making Of Clinical Governance At Different Levels in NHS Hospital Trusts.” *Clinical Governance: An International Journal*. 14(2): 98-112.
- Som, Chandra Vanu (2004). “Clinical Governance: a Fresh Look at its Definition.” *Clinical Governance: An International Journal*. 9(2): 87-90.
- Som, Chandra Vanu (2007). “Exploring the human resource implicati on sofcln ical governance”. *Health policy*. 80(2): 281-296.
- Sonnentag Sabine and Michael Frese (2002). "Performance Concepts and Performance Theory." *Psychological Management of Individual Performance*. 23 (1): 3-25.
- Söyük Selma ve Üzgül Yenidikici Arzu (2014). *Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Ön Lisans Programı. 1–418.
- Spigelman Allan D. and Rendalls Shane (2015). “Clinical Governance in Australia.” *Clinical Governance: An International Journal*. 20(2): 56-73.
- Stewart Lee, Hanson Jacheline and Usher Kim (2006). “Evidence-based Management in Clinical Governance. *Collegian*. 13(4): 12-15.
- Şahin Azize ve Şen Serkan (2017). Hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerine etkisi. *Journal of International Social Research*. 10(52): 1176- 1184.
- Şentürk Mehmet ve Kaya Ferudun (2017). “Hastanelerin Performans Uygulamalarında Çalışanların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.” *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17(3): 145–174.
- T.C. Sağlık Bakanlığı; Dünya Sağlık Örgütü (2015). *Sağlıkta Stratejik Planlama: Türkiye Örneği*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü /Ankara.

- Tabrizi Jafar Sadegh and Gharibi Farid (2019). "Primary Healthcare Accreditation Standards: a Systematic Review". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 32(2): 310–320.
- Talib Faisal, Rahman Zillur and Azam Mohammed (2010). 2nd International Conference on Production and Industrial Engineering. Total Quality Management Implementation in the Healthcare Industry: A Proposed Framework. 1361–1368.
- Tanrıverdi Haluk, Adıgüzel Orhan ve Çiftçi Münire (2010). "Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği." *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 1(11): 101–122.
- Tasie, George (2016). "An Exploratory Review of Total Quality Management and Organizational Performance." *International Journal of Business and Law Research*. 4(1): 39–45.
- Tatlı Hasan Sadık ve Kazan Halim (2020). "Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyeti Etkileyen Faktörler: Güven ve Kalite." *Istanbul Journal of Economics / İstanbul İktisat Dergisi*. (70): 1–23.
- Tengilimoğlu Dilaver, Işık Oğuz ve Akbolat Mahmut (2021). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Kitabevi Yayınevi.
- Tengilimoğlu Dilaver ve Toygar Şükrü Anıl (2013). "Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi". *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 3(1): 50–78.
- Toplu Bayır, Dilek (1998). *Kamu Kurum Arşivlerinde Çalışan Personelin İş Tatmini*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Toraman Aynur ve Ateş Burcu Aynur (2021). "Sağlık Maliyeti ve Klinik Kalite İlişkisi; Prostat Kanseri Sağlık Olgusu Örneği." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(4): 597-609.
- Travaglia Joanne F., Debono Deborah, Spigelman Allan D. and Braithwaite Jeffrey (2011). Clinical Governance: a Review of key Concepts in the Literature. *Clinical Governance: An International Journal*. 16(1): 62-77.

- Tsai, Yafang (2011). "Relationship Between Organizational Culture, Leadership Behavior and job Satisfaction". *BMC Health Services Research*. 11(1): 1-9.
- Turan Akgül ve Bozaykut-Bük Tuba (2016). "Analyzing Perceived Healthcare Service Quality on Patient Related Outcomes." *International Journal of Quality and Service Sciences*. 8(4): 478–497.
- Tutar Hasan ve Altınöz Mehmet (2010). "Örgütsel İklimin İşgören Performansı Üzerine Etkisi: Ostim İmalat İşletmeleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma." *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 65(02): 196-218.
- Uludağ, Gökhan (2018). "Örgütsel Bağlılık ile İşgören Performansı İlişkisini İncelemeye Yönelik Bir Alan Araştırması." *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(1): 171-193.
- Utin Nina Hermina and Sri Yanthy Yosepha (2019). "The Model of Employee Performance." *International Review of Management and Marketing*. 9(3): 69.
- Ünal, Mesud (2012). *21. yy'da Değişim, Yönetim ve Liderlik*, (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları.
- Van Dijk Dina and Michal M. Schodl (2015). "Performance appraisal and evaluation." *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences: Second Edition*. Elsevier Inc. 716-721. DOI: 10.1016/B978-0-08-097086-8.22034-5.
- Varkey Prathibha, Reller M. Katherine, and Resar Roger K. (2007). "Basics of Quality Improvement in Health Care. *Mayo Clinic Proceedings*. 82(6): 735–739.
- Veenstra Gepke L., Ahaus Kees, Welker Gera A., Heineman Erik, Van Der Laan Maarten J., and Muntinghe Friso L. (2017). "Rethinking Clinical Governance: Healthcare Professionals' Views: a Delphi Study." *BMJ open*. 7(1): e012591.
- West Michael A., Guthrie James P., Dawson Jeremy F., Borrill Carol S., and Carter Matthew (2006). "Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial,*" *Occupational and Organizational Psychology and Behavior*. 27(7): 983-1002.

- Weston Anne, Chambers Ruth and Boath Elizabeth (2001). *Clinical effectiveness and clinical governance for midwives* (Vol. 1). Radcliffe Publishing.
- WHO (World Health Organization) (2018). Handbook for national quality policy and strategy.
- Willis-Shattuck Mischa, Bidwell Posy, Thomas Steve, Wyness Laura, Blaauw Duane, and Ditlopo Prudence (2008). “Motivation and Retention of Health Workers in Developing Countries: A Systematic review”. *BMC Health Services Research*. (8): 1–8.
- World Bank (1989). *Sub-Saharan Africa: From Crisis To Sustainable Development*, (Washington D.C., 1989). 60.
- Worrall, Adrian (2009). *Clinical Governance In Mental Health Services: A study of a Quality System*. University of East London, PhD Thesis.
- Wright John, Smith Michael L., and Jackson David R. (1999). “Opinion: Clinical Governance: Principles into practice.” *Journal of Management in Medicine*. 13 (6): 457-465.
- Yüksel, Mehmet (2000). “Yönetişim Kavramı Üzerine.” *Ankara Barosu Dergisi*. 58(3): 145-159.
- worldbank.org/curated/en/498241468742846138/pdf/multi0page.pdf (Erişim Tarihi: 13/07/2023).

İNTERNET KAYNAKÇALARI

https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1. Erişim tarihi: 20/05/2021.

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/DOC_01_10. Erişim Tarihi: 11/06/2023.

<https://www.arthritisnsw.org.au/about/clinical-governance-and-research-governance-frameworks/> . Erişim Tarihi 29 /08/2023

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>. Erişim Tarihi: 14/05/2022

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/DOC_01_10. Erişim Tarihi: 08/04/2022

<https://doi.org/10.17152/gefd.80435>. Erişim Tarihi: 02/03/2022

<https://doi.org/10.1037/h0057579>. Erişim Tarihi: 06/05/2023

<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>. Erişim Tarihi: 02/05/2023

<https://doi.org/10.1100/2012/606154>. Erişim Tarihi: 24/09/2022

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>. Erişim Tarihi: 21/08/2022

https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41186_0/klinik-yonetisim-bilgilendirme-son-02082021pdf. Erişim 26.08.2023.

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/45691/0/2023-klinik-yonetisim-bilgilendirme-rehberipdf>. Erişim Tarihi:05.09.2023.

<https://ekutuphane.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 14/05/2022

EKLER

EK 1. Anket Form

ANKET FORMU

Sağlıkta Kalite Standartlarında Klinik Yönetişim: İşgören Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü

Bu çalışma, Sağlıkta Kalite Standartlarında Klinik Yönetişim: İşgören Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolünü belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada veri toplama araçları olarak “Bilgi Formu”, “Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği” “İşgören performansı ölçeği”, “İş tatmini ölçeği” kullanılmaktadır.

Araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için veri toplama araçlarının tam, doğru ve samimi bir şekilde doldurmanız önemlidir. Cevaplarınız yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. İçten ve sabırla vereceğiniz cevaplarla araştırmaya yapacağınız katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

1. Bu çalışmaya gönüllü olarak mı katılıyorsunuz? a) Evet b) Hayır

2. Yaşınız

a) 18-25 b) 26-35 c)36-45 d) 46-55

e) 56 ve üzeri

3. Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek

4. Medeni Durumunuz a) Evli b) Bekar

5. Öğrenim Düzeyiniz

a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Yüksek lisans/ Doktora

6. Mesleğiniz

a) Hekim

b) Hemşire

c) Ebe

d) Laboratuvar Teknisyeni/ Teknikeri

e) Radyoloji Teknisyeni/ Teknikeri

7. Çalıştığınız Kurum

a) Üniversite Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi

b) Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane

c) Özel Hastane

d) Aile Sağlığı Merkezi/ Toplum Sağlığı Merkezi

8. Meslekte Deneyim Süreniz

- a) 1-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 11-15 yıl
- d) 15 yıl ve üzeri

9. Çalıştığınız Kurumda Deneyim Süreniz

- a) 1-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 11-15 yıl
- d) 15 yıl ve üzeri

10. Kalite Çalışmalarıyla ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

11. Klinik Yönetişim ile ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda klinik yönetim iklimi ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıda yer alan ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtmek için yalnızca “X” işareti koyunuz.

	<i>Kurumun Çalıştığım Bölümünde...</i>	Kesinlikle	Katılıyorum	Katılıyorum	Hiçbiri	Katılmıyorum	Kesinlikle	Katılmıyorum
		1	2	3	4	5		
1	Birşeyler ters gittiğinde, otomatik olarak birinin suçlanacağı fikri vardır.							
2	Uygulamaları iyileştirmeye yönelik iyi fikirler kurum dışındakilerle paylaşılır.							
3	Hata raporlama sistemleri klinisyenleri cezalandırmak için temel bir araçtır.							
4	İsteyenler için eleştirel değerlendirme becerileri eğitimi vardır.							
5	Klinik olaylara karışanlar suçlu hissettirilir.							
6	Kariyer gelişim gereksinimleri ile birlikte hizmetin stratejik gereksinimleri de tanımlanır.							
7	Personel değerlendirmeleri personeli cezalandırmak için kullanılır.							
8	Kişiler meslektaşlarının yetenekleri hakkında iyi bilgi sahibidir.							
9	Kalite iyileştirme aktiviteleri için zaman ayrılır.							
10	Meslektaşlarla açık ve dürüst olmak güvenli değildir.							
11	Ağırılık olayın nasıl meydana geldiğindedir, hatayı kimin yaptığında değil.							
12	Hata yapan kişiler desteklenir.							
13	Kaliteyi iyileştirmek için takımlarla birlikte çalışırız.							
14	Klinik riskler ile ilgili bilgi toplarız.							
15	Kanıt dayalı uygulamalar ile ilgili teknik yardımlar mevcuttur.							
16	Bir hata olduğunda, bireyleri suçlamak yerine sistemdeki başarısızlıkları ararız.							
17	Personel değerlendirmeleri personelin gerçek gelişme ihtiyaçlarını tanımlamaz.							

	<i>Kurumun Çalıştığınız Bölümünde...</i>	Kesinlikle Katlıyorum	Katlıyorum	Hiçbiri	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		1	2	3	4	5
18	Uzun vadeli kalite iyileştirme planları günden güne kaybolmaktadır.					
19	Meslektaşlar birbirine karşı dürüst değildir.					
20	Organizasyon içindeki iyi uygulamalar gruplarla sınırlı kalır.					
21	Klinik riskler tanımlandıktan sonra gerçekten gereken yapılmaz.					
22	Klinik riskler sistematik yöntemlerle değerlendirilir.					
23	Kişiler uygulama ile ilgili sorunları örgütün farklı bölümlerinde çalışanlarla paylaşırlar.					
24	Hizmette değişiklikleri uygulamaya koymak için destek yoktur.					
25	Örgütün neyi başarmak istediği ile ilgili açık bir vizyonu yoktur.					
26	Suçlayıcı bir ortamda çalışırız.					
27	En önemli klinik riskler ile ilgili yeterli bilgi toplayamayız.					
28	Araştırma kanıtlarını bulup ortaya çıkarma konusunda eğitim olanağı yoktur.					
29	Çok fazla kalite iyileştirme çabasına karşın gerçekleşen değişim çok azdır.					
30	Risk yönetimine ilişkin ortak bir yaklaşım mevcut değildir.					
31	Örgütün değişik bölümlerindeki ekipler iyi uygulamalarını paylaşırlar.					
32	Kişiler iyi uygulamaları yaymak için zaman ayırır.					
33	Örgütün diğer bölümlerindeki kalite gelişimini ancak bunun etkilerini hissettiğimizde öğreniriz.					
34	Hizmetteki iyileştirmeler kriz zamanlarında gündeme gelir.					
35	Klinik bir risk tanımlandığında her zaman o riski önlemeye dönük bir çaba vardır.					
36	Kalite iyileştirme çabaları alt kademelerde oluşturulmak yerine üst yönetim tarafından zorla kabul ettirilir.					
37	Klinik riskleri düzenli olarak değerlendiririz.					
38	Biraraya gelip fikirlerimizi paylaşmak için yeterli zaman yoktur.					

<i>Kurumun Çalıştığım Bölümünde...</i>		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Hiçbiri	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		1	2	3	4	5
39	Kişiler hizmet sunumu için ortak bir vizyonu paylaşırlar.					
40	Herkesin katkılarına karşılıklı saygı vardır.					
41	Zaman harcayıp doğru bir çözüm yerine problemlerin hızlı çözümü için baskı vardır.					
42	Olması beklenen kazaları tanımlamayız.					
43	Klinik risk politikaları organizasyon içinde paylaşılır					
44	Klinik risk bilgileri düzenli olarak kararları bildirmede kullanılır.					
45	Kişiler meslektaşlarının kendilerinden neler beklediklerini bilmezler.					
46	Çalışanların ortak hizmet amaçları olmadığı görülmektedir.					
47	Uygulamalar üzerine iyice düşünmek için zaman vardır.					
48	Kişiler kurumun diğer bölümlerindeki iyi uygulamalardan haberdar değildir.					
49	Gelişim ihtiyaçları düzenli olarak değerlendirilir.					
50	Acil yapılması gerekenler daima kalite iyileştirmeden daha önemlidir.					
51	Kalite iyileştirme faaliyetleri çoğunlukla dış baskılara bir cevaptır.					
52	Risk değerlendirme süreçleri klinik olayların ışığında güncellenmektedir.					
53	Meslektaşların birbirlerinin görevlerini anlamadıkları görülmektedir.					
54	Başarısızlıklar öğrenim fırsatı olarak değerlendirilir.					
55	Mesleki geçmişi her ne olursa olsun herkes eşit konumdadır.					
56	Problemleri önlemeye çalışmaktansa, onlara tepki gösteririz.					
57	Kişiler kaliteyi iyileştirmek için motive edilir.					
58	Gelişimin bir parçası olarak öğrenilen yeni becerileri uygulayacak çok az fırsat vardır.					

	<i>Kurumun Çalıştığım Bölümünde...</i>	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Hiçbiri	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		1	2	3	4	5
59	Çalışanlar hizmette değişiklikler yapmaya teşvik edilmek yerine buna zorunlu tutulurlar.					
60	Kişiler klinik uygulamalarda değişiklik yapmak için çok iyi motive edilirler.					

İŞGÖREN PERFORMANSI ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak, mevcut duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Görevlerimi tam zamanında tamamlarım					
2. İş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum					
3.Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim					
4.Bir problem gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim					

İŞ TATMİNİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak, mevcut duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. İşimi keyifli buluyorum.					
2. Mevcut işimden memnunum.					
3. İşimi severek yaparım.					
4. İş yerinde zaman iyi geçiyor.					
5. Mutluluğu işimdeyken buluyorum.					

Ek 2. İzinler

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.08.2022-191650



T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği

Sayı :E-60263016-050.06.04-191650
Konu : Etik Kurul Kararı

04.08.2022

Sayın Nuriye SARIAKÇALI

Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Kuruluna yapmış olduğumuz 01.07.2022 tarih ve 2022-07-11 nolu başvurumuz incelenmiş ve 8 nolu karar ile; " *Sağlıkta Kalitede Klinik Yönetişim: Sağlık Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü* " isimli araştırmanın etik olarak uygunluğuna karar verilmiş, karar Rektör oluruna sunulmuş ve Rektör oluru alınmıştır.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hilmi ATASEVEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSE6DL86KT Pin Kodu :64372
Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hukuk Müşavirliği Sivas
Telefon:0 346 219 1010 Faks:0 346 219 1138
e-Posta:hukuk@cumhuriyet.edu.tr Web:www.cumhuriyet.edu.tr
Kop Adresi:cumhuriyetuniversitesi@hs01.kop.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-obys>

Bilgi için: Gamze ÇİFTÇİ
Unvanı: Strateji İfçisi





Nuriye Sariakcali <nuriyesariakcali@gmail.com>

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği kullanım izni

Nuriye Sariakcali <nuriyesariakcali@gmail.com>
Alıcı: Eylem Gürdoğan <eylem.gurdogan@trkya.edu.tr>

7 Nisan 2022 20:47

çok teşekkür ederim hocam, saygılar sunarım.

Eylem Gürdoğan <eylem.gurdogan@trkya.edu.tr>, 7 Nis 2022 Per, 12:05 tarihinde şunu yazdı:

Nuriye hanım merhaba,
Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Sormak ya da danışmak istediğiniz bir durum olursa memnuniyete yardımcı olurum.
Çalışmalarınızda kolaylıklar, sağlık günler dilerim.

Doç.Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN

Nuriye Sariakcali <nuriyesariakcali@gmail.com>, 6 Nis 2022 Çar, 10:41 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar Eylem Hocam yapmayı planladığım doktora tezim için geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğini kullanmak için izin istiyorum. Saygılarımla.

Doç.Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Esasları AD



T.C.
YILDIZELİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Sağlık Müdürlüğü

SİVAS YILDIZELİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
YILDIZELİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
21.08.2022 13.59 - E-32084449 - 806.01.03 - 1029



Sayı : E-32084449-806.01.03
Konu : Tez Çalışması - Nuriye
SARIAKÇALI Hk.

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Özlük İşleri Birimi)

İlgi : 11/08/2022 tarihli ve 76728045-806.01.03-03-4014 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıya istinaden bahse konu olan tez çalışması İlçe Sağlık Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilip, uygun görülerek "Araştırma Ön İzin Belgesi"nin imzalı bir sureti yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Şifanur GÜNEY
İlçe Sağlık Müdürü

Ek: Tarama_20220822110921

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: fc400d0c-a648-4946-9955-deb2cb7b789c Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Yıldızeli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No: 03467513031

e-Posta: seda.sari7@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Seda SARI

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 346) 751 20 46





T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sivas Şişehri Devlet Hastanesi

SİVAS ŞİŞEHİRİ DEVLET HASTANESİ SİVAS ŞİŞEHİRİ
TIBBİ SEKRETER
11/08/2022 11:37 - E-01684243 - 806.01.03 - 708



Sayı : E-91684243-806.01.03
Konu : Tez Çalışması - Nuriye
SARIAKÇALI

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Destek Hizmetleri Başkanlığı)

İlgi : 11/08/2022 tarihli ve 76728045-806.01.03-4014 sayılı yazımız.

Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Nuriye SARIAKÇALI' nın , ilgi tarihli dilekçesine istinaden, "Sağlıkta Kalitede Klinik Yönetişim; Sağlık Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü" başlıklı tez çalışmasını, 05 Eylül 2022 - 10 Şubat 2023 tarihleri arasında, Kurumumuzda yapması kişisel verilerin korunması, hasta mahremiyeti, hasta ve çalışan güvenliği ile bilgi güvenliği kurallarına uyulması kapsamında değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür. Araştırma Ön İzin Belgesi imzalanarak yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Opr.Dr. Ümit KAYA
Başhekim

EKLER:
1-Araştırma Ön izin Belgesi (2 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: bca76caa-7636-494c-b566-1d0bcb5258f9 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Yanlış Bağlar Mahallesi Hekim Sokak, 38800 Şişehri/Sivas Bilgi için: Murat KOÇER

Telefon: Faks No: 0 346 311 48 03

e-Posta: murat.kocer1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: susehrilh.sekretelik1@gmail.com
Genel Evrak - Yazı İşleri

TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 346) 311 40 08





SIVAS NUMUNE HASTANESİ - SIVAS NUMUNE DÖNEM
TIBBİDİ

2401-2022_240 - E-01742806 - 709 - H



00173071487

T.C

SAĞLIK BAKANLIĞI
SIVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SIVAS NUMUNE HASTANESİ

Sayı : E-76728045-806.01.03
Konu : Tez Çalışması - Nuriye SARIAKÇALI

SIVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Nuriye SARIAKÇALI' nın, "Sağlıkta Kalitede Klinik Yönetişim; Sağlık Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü" başlıklı tez çalışmasını, kişisel verilerin korunması, hasta mahremiyeti, hasta ve çalışan güvenliği ile bilgi güvenliği kurallarına uyulması kaydıyla 05 Eylül 2022 - 10 Şubat 2023 tarihleri arasında Hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Kenan KAYGUSUZ

Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 2855600e-d313-46cb-bf4e-533ef3cc0449 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>





T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sivas Devlet Hastanesi



Sayı : E-93848782-774.99
Konu : TEZ ÇALIŞMASI

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Destek Hizmetleri Başkanlığı)

İlgi : 11/08/2022 tarihli ve 76728045-806.01.03-03-4014 sayılı yazı.

Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Nuriye SARIAKÇALI'nın "Sağlıkta Kalitede Klinik Yönetişim; Sağlık Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü" başlıklı tez çalışmasına, 05 Eylül 2022 - 10 Şubat 2023 tarihleri arasında hastanemizde yapılması uygun görülmüş olup, Araştırma Ön İzin Belgesinin imzalı bir sureti ekte gönderilmiştir.

Gereğinin yapılmasını arz ederim

Dr.Mesut ACIÖZ
Başhekim

Ek: Araştırma Ön İzin Belgesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 79f4a1cb-3bcc-453b-9298-2620f93c924d Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
YesilyurtMah.Şifa Cad.No:4-SİVAS Bilgi için: Gülben ÇAKIR
Telefon: Faks No: 03462239530 TIBBİ TEKNOLOG
e-Posta: gulben.cakir@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.mumunedh.saglik.gov.tr Telefon No: (0 346) 221 70 36



Evrak Tarih ve Sayısı: 16.08.2022-195430



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı :E-93596471-300-195430
Konu : Anket yapma izni talebi

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 09.08.2022 tarihli ve E-99711239-300-193175 sayılı yazımız.

İlgi kayıtlı yazınıza istinaden, Enstitünüz Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı 20209356004 numaralı doktora öğrencisi Nuriye SARIAKÇALI'nın "Sağlık Kalitede Klinik Yönetişim: Sağlık Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü" başlıklı tez çalışmasının anket uygulamasını Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemizde yapılması talebi değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS4640AFUT Pin Kodu :02772

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-sbys>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas

Telefon:0 346 2581326 Faks:0 346 258 0024

e-Posta:hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Web:www.cumhuriyet.edu.tr

Kep Adresi:cumhuriyetuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Elif KILIÇ

Unvanı: Sağlık Teknikeri

Dahili No: 3462581326





T.C.
KANGAL KAYMAKAMLIĞI
Toplum Sağlığı Merkezi

SIVAS SAĞLIK İDARE BİRLİĞİ MÜDÜRLÜĞÜ SIVAS
KANGAL TOPLUM SAĞLIK MERKEZİ
16082022 .L.LL.E-80773514-90909-872



Sayı :89773514-815
Konu : Tez Çalışması - Nuriye SARIAKÇALI

SIVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Sivas Özlük İşleri Birimine)

İlgi: Sivas İl Sağlık Müdürlüğünüz; 11.08.202 tarihli ve 806.01.03 E 4014 sayılı yazısı;

İlgi sayılı yazıya istinaden, "Sağlıkta Kalitede Klinik Yönetişim; Sağlık Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü" başlıklı tez çalışmasının kişisel verilerin korunması, hasta mahremiyeti, hasta ve çalışan güvenliği ile bilgi güvenliği kurallarına uyulması şartıyla yapılması hususunda; onaylanan ön izin formu onaylanmış ve yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Sümeyye ERBAŞ
TSM Başkanı

Ek: 1(Bir) Adet Form

Kangal Toplum Sağlığı Merkezi
Görsel Mah. İstasyon Cad. No:72 58900 Kangal / SIVAS
Fax No: (346) 457 40 16
e - Posta kangaltm@hotmail.com

Bilgi için: Rabiye ALICI
Sağlık Teknikeri
rabiye.alici@saglik.gov.tr
Telefon No(0 346) 457 40 17 Dahili: 19

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 709554c1-729-4882-84c6-240bf3bc73c4 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>





T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sivas Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi



Sayı : E-21810404-806.01.03
Konu : Tez Çalışması - Nuriye
SARIAKÇALI

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/08/2022 tarihli ve 76728045-806.01.03-03-4014 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Sağlıkta Kalitede Klinik Yönetişim; Sağlık Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisi ve İş Tatmininin Aracılık Rolü" başlıklı tez çalışmamı, 05 Eylül 2022 - 10 Şubat 2023 tarihleri arasında yapılacak olan tez çalışması kişisel verilerin korunması, hasta mahremiyeti, hasta ve çalışan güvenliği ile bilgi güvenliği kurallarına uyulması kapsamında değerlendirilerek kurumumuzca uygun görülmüş olup, Araştırma Ön İzin Belgesi ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. Turhan ÇAVUŞOĞLU
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 18ae572f-c84-4e8b-ac77-6aa1373a9a25 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Telefon: Faks No:

e-Posta: duygu.mermer@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Duygu ÖZDEMİR

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No: (0 346) 418 10 05





T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sivas Yıldızeli Devlet Hastanesi

SİVAS YILDIRZELİ DEVLET HASTANESİ - YIL. H0211100
SAĞLIK BAKANLIĞI TEZ ÇALIŞMA İZİN BELGESİ
24.08.2022 15:31 - E:15844499 - 806.01.03 - 100



00173009512

Sayı : E-15844499-806.01.03
Konu : Tez Çalışması - Nuriye
SARIAKÇALI

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/08/2022 tarihli ve 76728045-806.01.03-03-4014 sayılı yazı.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden hastanemizde Nuriye SARIAKÇALI'nın tez çalışmasını hasta mahremiyeti, hasta ve çalışan güvenliği ile bilgi güvenliği kurallarına uyulması kapsamında değerlendirilerek yapması uygun görülmüştür, Araştırma Ön İzin Belgesinin imzalı bir sureti yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Zeynep KÖKSAL GÜLSOY
Başhekim Yard.

EK:
1- Araştırma ön izin belgesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 148f7727-1138-450e-a833-72366b1a9f3c Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Fevzi Çakmak Mah.Nazmi Yaraş Cad.No:31/3 Yıldızeli/Sivas

Bilgi için: Tuğba GÖK

Telefon: Faks No: 03467512507

HEMŞİRE

e-Posta: tugba.gok2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: tugba.gok2@saglik.gov.tr

Telefon No: (0 346) 751 24 98



ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı: Nuriye SARIAKÇALI

Uyruk: T.C