



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİNİN HASTA
BAKIM KALİTESİNE ETKİSİNDE ÖRGÜT
İKLİMİNİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ**

MESUDE ARSLAN KABADAYI

**TEZ DANIŐMANI
DOÇ. DR. ALİ ARSLANOĞLU**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
TEMMUZ/2023**

İTHAF

“Varlıklarıyla kendimi şanslı hissettiren sevgili aileme ve canım oğluma ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca sabır ve özverileri ile bana yol gösteren, destekleyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum ve şanslı hissettiğim, örnek aldığım saygı değer danışman hocam Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimimde bana katkı sağlayan değerli hocalarıma,

Çalışmama katılımcı olarak değerli vakitlerini ayıran ve çalışma sırasında yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Benden hiçbir zaman sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen sevgili annem, babam, kardeşim ve eşime,

Varlığıyla mutluluk duyduğum oğluma teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. KALİTE.....	2
2.1.1. Kalite Kavramı.....	2
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	4
2.1.3. Hastanelerde Kalite Gelişimi.....	4
2.1.4. Türkiye’de Kalite Gelişimi.....	5
2.1.4.1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite yapısı.....	6
2.2. KLİNİK KALİTE.....	7
2.2.1. Klinik Kalite Kavramı.....	7
2.2.2. Diğer Ülkelerde Klinik Kalite Uygulamaları.....	8
2.2.3. Türkiye’de Klinik Kalite Uygulamaları.....	8
2.3. YÖNETİŞİM.....	10
2.3.1. Yönetişim Kavramı.....	10
2.3.2. Yönetişim İlkeleri.....	11
2.3.3. Klinik Yönetişim.....	12
2.3.3.1. Klinik yönetim boyutları.....	15
2.3.4. Klinik Yönetişim İklimi.....	16
2.4. HASTA BAKIMI.....	17
2.4.1. Bakım Davranışları.....	18
2.5. ÖRGÜT İKLİMİ.....	18
2.5.1. Örgüt İkliminin Önemi.....	19
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Örgüt İklimi.....	20
2.6. KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ, BAKIM DARNIŞLARI VE ÖRGÜT İKLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZİ	23
3.2. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ	23
3.3. ARAŞTIRMA TÜRÜ	24
3.4. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	24
3.5. ARAŞTIRMA KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	24
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ VE ARAÇLARI	24
3.6.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği	25
3.6.2. Bakım Davranışları-24 Ölçeği	26
3.6.3. Örgüt İklimi Ölçeği	26
3.7. ARAŞTIRMA VERİ ANALİZİ	27
3.8. ARAŞTIRMA İZİNİ	27
4. BULGULAR	28
4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ	28
4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	29
4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK	30
4.4. FARKLILIKLAR TESTİ	30
4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ	34
4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZİ	30
5. TARTIŞMA	38
5.1. KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ BULGULARI TARTIŞILMASI	30
5.2. BAKIM DAVRANIŞLARI-24 ÖLÇEĞİ BULGULARI TARTIŞILMASI	30
5.3. ÖRGÜT İKLİMİ ÖLÇEĞİ BULGULARI TARTIŞILMASI	43
5.4. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI	45
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	49
EKLER	58

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Türkiye sağlıkta kalite sistemi.....	6
Tablo 3.1: Klinik Yönetişim İklim Ölçeği alt boyutları	25
Tablo 3.2: Bakım Davranışları Ölçeği-24 alt boyutları.....	26
Tablo 3.3: Örgüt İklimi Ölçeği Ölçeği alt boyutları	27
Tablo 4.1: . Kullanılan ölçeklerin güvenirlik sonuçları.....	28
Tablo 4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular	29
Tablo 4.3: Ölçeklerin tanımlayıcı değerleri	30
Tablo 4.4: Değişkenlerin cinsiyete göre farklılıkları.....	31
Tablo 4.5: Değişkenlerin çalıştığı kuruma göre farklılıkları.....	31
Tablo 4.6: Değişkenlerin yaşa göre farklılıkları	32
Tablo 4.7: Değişkenlerin öğrenim durumuna göre farklılıkları.....	32
Tablo 4.8: Değişkenlerin kurumda çalışma yılına göre farklılıkları.....	33
Tablo 4.9: Değişkenlerin kurumda çalışılan bölüme göre farklılıkları	34
Tablo 4.10: Değişkenlerin korelasyon testi	35
Tablo 4.11: Klinik yönetim ikliminin hasta bakım davranışları üzerine etkisinin analiz sonuçları	35
Tablo 4.12: Örgüt ikliminin hasta bakım davranışları üzerine etkisinin analiz sonuçları ..	36
Tablo 4.13: Örgüt ikliminin klinik yönetim ikliminin hasta bakım davranışları üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Yönetişim ilkeleri.....	11
Şekil 3.1: Araştırmanın modeli	23



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
CHI	: The Commission for Health Improvement
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFQM	: European Foundation for Quality Management Excellence Model
ISO	: International Organization for Standardization
ISQua	: The International Society for Quality in Health Care
JCI	: Joint Commission International
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
NGC	: The National Guideline Clearinghouse
NHMRC	: The National Health and Medical Research Council
NHS	: National Health Service
NICE	: The National Institute for Health and Care Excellence
SAS	: Sağlıkta Akreditasyon Standartları
SB	: Sağlık Bakanlığı
SIGN	: The Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜSKA	: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİNİN HASTA BAKIM KALİTESİNE ETKİSİNDE ÖRGÜT İKLİMİNİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

ÖZET

Amaç: Sağlık kuruluşlarında klinik yönetim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisini incelemek ve diğer bir taraftan da klinik yönetim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisinde çalışanların örgütsel iklimi algılarının düzenleyici rolü olup olmadığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış ve uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren, 6 adet soru (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, kurumda çalışma yılı, çalıştığı birim, çalıştığı kurum) oluşturmaktadır. Ayrıca klinik yönetim iklimi ölçeği, bakım davranışları ölçeği-24, örgüt iklimi ölçeği kullanılmıştır. Örneklem seçiminde kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırma, gönüllü katılım sağlayan 394 sağlık çalışanı ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmada kullanılan tüm ölçeklerde Cronbach Alpha değeri yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %88,3'ünün kadın, %35'inin 30 yaş altı, %60,2'sinin lisans mezunu olduğu, %26,4'ünün dahili kliniklerde, %93,9'unun kamu hastanesinde, %38,3'ünün 5 yıldan daha az sürede buldukları sağlık kuruluşunda görev yaptığı bulunmuştur. Klinik yönetim iklimi, bakım davranışları ve örgüt iklimi ortalamalarının katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalıştığı kurum, kurumda çalışma yılı değişkenleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Klinik yönetim iklimi ve bakım davranışları ortalamalarının çalışılan bölüme göre anlamlı bir fark bulunmazken örgüt iklimi ortalamasında çalışan bölüm açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Örgüt iklimi değişkeni ile klinik yönetim iklimi değişkeni arasında ($r=-0,578$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve orta düzey bir ilişki olduğu, örgüt iklimi değişkeni ile bakım davranışları değişkeni arasında ($r=0,40$, $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür.

Sonuç: Klinik yönetim ikliminin hasta bakım davranışlarını anlamlı bir şekilde etkilediği sonucu bulunmuştur. Örgüt ikliminin, klinik yönetim iklimi ile hasta bakım davranışları arasındaki etkisinde düzenleyici rolü olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bakım Davranışları, Bakım Kalitesi, Klinik Yönetişim İklimi, Örgüt İklimi



THE MODERATING ROLE OF ORGANIZATIONAL CLIMATE IN THE EFFECT OF CLINICAL GOVERNANCE CLIMATE ON PATIENT CARE QUALITY

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the effect of clinical governance climate on patient care quality in health institutions and on the other hand, to investigate whether the organizational climate perceptions of employees have a regulatory role in the relationship between clinical governance effect and patient care quality.

Materials and Methods: The research was planned and implemented in descriptive and cross-sectional type. In the collection of data, 6 questions (age, gender, education level, working year in the institution, department, institution) were developed by the researcher and included the socio-demographic characteristics of the participants. In addition, clinical governance climate scale, care-24 scale, and organizational climate scale were used. In the selection of the sample, the convenience sampling method was applied. This research was conducted with 394 health workers who participated voluntarily.

Results: Cronbach Alpha value was found to be high in all scales used in the study. It was found that 88.3% of the participants were female, 35% were under the age of 30, 60.2% were undergraduate graduates, 26.4% worked in internal clinics, 93.9% worked in a public hospital, and 38.3% worked in their health institution for less than 5 years. There was no significant difference between the averages of clinical governance climate, care behaviors and organizational climate and the variables of age, gender, education level, institution of employment, and years of employment in the institution. While there was no significant difference in the averages of clinical governance climate and care behaviors according to the working department, a significant difference was found in the mean of organizational climate in terms of the working department. There was a statistically significant, negative and moderate relationship between the organizational climate variable and the clinical governance climate variable ($r=-0.578$, $p<0.001$), and there was no

statistically significant relationship between the organizational climate variable and the care behaviors variable ($r=0.40$, $p>0.05$).

Conclusion: It was found that clinical governance climate significantly affects patient care behaviors. It has been observed that organizational climate has no moderator role in the effect of clinical governance climate and patient care behaviors.

Key Words: Care Behaviors, Clinical Governance Climate, Organizational Climate, Quality of Care



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kuruluşlarının amaçlarından biri de hastalara kabul görmüş bilimsel yöntemlerle hasta bakım ve tedavisini uygulayarak eski sağlığına kavuşmasını sağlamaktır. Bu da etkili ve etkin hasta bakımı ile mümkündür. Hasta bakım sürecine dahil olan herkesin ortak katılımı ve çabalarıyla oluşturulan ve klinik hasta bakımında mükemmelliği hedefleyen düzen “Klinik Yönetişim” olarak tanımlanmaktadır. Klinik yönetişim hasta bakım kalitesini ve hasta güvenlik standartlarını sürekli iyileştirmede sağlık çalışanlarına yardım eden bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle klinik yönetişim yaklaşımında en önemli unsurlardan bir etkin bir örgüt iklimine sahip olmaktır.

Bir çok ülkede yapılan araştırmalarda, klinik yönetişimle bakım kalitesi, klinik birimlerin performansı ve hastane performansı arasında olumlu bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürde hastanelerde klinik yönetişimin önemi sıklıkla vurgulansa da ülkemizde yeni bir kavram olan klinik yönetişim konusunda yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

Günümüzde önem kazanan bir kavram olan “klinik yönetişim” Sağlık Bakanlığı (SB) Kalite Standartlarına Rehberine 2020 yılında dahil olmuştur. Sağlık kuruluşlarında klinik yönetişim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisini incelemek ve diğer bir taraftan da klinik yönetişim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisinde çalışanların örgütsel iklimi algılarının düzenleyici rolü olup olmadığının araştırılması çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıda belirtilen sorular oluşturulmuştur.

- Klinik yönetişim iklimi hasta bakım kalitesini etkiler mi?
- Klinik yönetişim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisinde örgüt ikliminin düzenleyici rolü var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KALİTE

2.1.1. Kalite Kavramı

Kalite, çok eski zamanlarda ortaya çıkmış ve her dönemde farklı algılanmış bir kavramdır. Algılandığı dönemlere göre de kalitenin pekçok tanımının yapıldığı görülmektedir (1-3). Yapılan tanımlamalara bakıldığında standartlara uygunluk, beklentileri karşılama, kullanıma ve ihtiyaca uygunluk, gibi noktalarda birleştiği görülmektedir (1-4). Kalite, sadece bugünkü beklenti ve ihtiyaçları karşılamayı değil gelecekteki beklenti ve ihtiyaçları da karşılamayı hedeflemektedir (4,5).

Günümüzde teknoloji alanındaki gelişmelerin hızlanması, rekabetin artması, hizmet alanların kalite beklentilerinin artması, yönetim anlayışındaki olumlu değişikliklerin yaşanması, kalite ve kalite yönetim sistemine yaklaşımın olumlu yönde değişmesine neden olmuştur (3,5). Gelişim sağlamak isteyen işletmelerin günümüz rekabet ortamında ayakta kalabilmesi, müşteri memnuniyeti sağlayarak kar elde edebilmesi kaliteye verdiği değer ve bu kavramı doğru algılayıp uygulaması ile ilgilidir (5).

Kalite yönetimi bir kuruluşun ürün ya da hizmetin üretiminden sunumuna kadar geçen sürede yapılan tüm faaliyetler sonucunda müşteri memnuniyetinin ve beklentilerinin sağlanmasıdır (5,6). Bu nedenle işletmeler kaliteli ürün ve hizmet üretmek için kalite yönetim sistemleri kurmalıdırlar. Kalite yönetim sistemleri işletmeler için müşteri memnuniyetini gerçekleştiren ve dolayısıyla sektörde rekabeti sağlayan önemli bir unsur olmakla birlikte günümüzde işletmelerin misyonlarının temelini oluşturduğu görülmektedir (5).

Kalite yönetim sistemleri hem ürün hem hizmet ve hem de insan kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Kalite, değişen ve artan beklentiler nedeniyle sürekli gelişme ve iyileşme sağlayan önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (1,4).

Ürün kalitesi, tüketicilerin ihtiyaç ve beklentilerini en üst düzeyde karşılayabilmek için üretimde kullanılan hammadde, malzeme ya da ürünün kaliteli olmasının gerekliliğidir. Kaliteli olmayan malzeme ve ürünlerin kullanımıyla kaliteli bir ürünün üretilmesinden söz edilememektedir. Bu nedenle de hem girdilerin hem de çıktılarının kontrol altında olması kaliteli ürün üretiminde esastır (4).

Hizmet, kişinin işinin görülmesi, istek ve ihtiyaçlarının karşılanması için üretilmiş soyut ürünler olarak tanımlanmaktadır. Hizmetler üreticiden tüketiciye doğru aktarılan, görülemeyen, taşınamayan, saklanamayan faaliyetlerdir (4,5).

Bireysel kalite ise kaliteli ürün ve hizmet üretimi için en önemli kaynak olan insan faktörünün bireysel becerilerini ve kişilik özelliklerini kapsamaktadır. Sosyal, bilişsel, duygusal ve ahlaki zeka kapasitesi, çalışkanlık, dürüstlük, doğruluk, güvenilirlik gibi olumlu bireysel özellikler insanların kalitesini belirler ve örgütün kalitesine olumlu katkı sağlamaktadır (4).

Hizmet kalitesinin soyut bir kavram olmasından dolayı tanımlanması ve değerlendirilmesi oldukça zordur (1,5). Hizmette üretim ve tüketimin aynı anda olması, kalitesinin değerlendirilmesinin kolay olmaması ve tüketiciye göre kalitesinin değişmesi işletmelerin faaliyetlerini sürdürmesini zorlaştırmaktadır (3,4). Hizmeti değerlendirmede insan faktörü önemli olduğundan onların beklentilerine cevap verebildiği ölçüde müşteri memnuniyeti sağlanacaktır (1,3,4). Bu nedenle hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde müşterinin memnuniyetinin sağlanması, beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması esastır (5,7). Bu nedenle işletmeler müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini karşıladığı sürece kaliteli ürün ve hizmet üretmiş olmaktadır (5,8).

Müşterilerin kalite algıları zamanla değişim göstermekte ve müşteriler sürekli diğer işletmelerle karşılaştırma yapma eğilimindedir. Bundan dolayı aynı hizmeti veren işletmelerin sunduğu hizmetin kalitesinin ölçülmesi işletmelerin kendi performanslarını değerlendirebilmek adına önemli bir yer tutmaktadır (5).

Hizmet sektörü emeğin ve yoğunluğun çok olduğu sağlık, eğitim, turizm, ulaşım gibi pek çok alanı içinde bulunduran bir sektördür (4). Bu alanlarda sunulan hizmetlerin temelinde insan vardır. Temelinde insanın bulunması ve olası bir hata durumunda geri dönüşümün olumsuz sonuçlanmasından dolayı sağlık ve havacılık hata kabul etmeyen bir alandır (1).

Kalite, sürekli gelişime, yeniliğe ve değişime açık, hizmet sektöründe önemsenen bir kavramdır. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde yaşanan olumlu gelişmelerle birlikte kaliteli hizmet sunumundan sıklıkla bahsedilmektedir. Bu nedenle tüm ülkelerde nitelikli, etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak için çeşitli çalışmaların başlatıldığı ve uygulandığı görülmektedir.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri insan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması amacıyla sunulan ve merkezinde insan bulunan hizmetlerdir (1). Sunulan hizmetlerin maliyetinin yüksek olması, insan sağlığını doğrudan etkilemesi, yapılan yanlış uygulamalarda geri dönüşün olmaması, hatta ölümlerle sonuçlanabilmesi nedeniyle en önemli hizmet alanlarından biri olarak tanımlanmaktadır (1,3,9). Bu nedenle de sağlık kuruluşlarının sundukları hizmette kaliteyi sağlamaları gerekmektedir (1,3,9,10).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı hasta ve hasta yakınlarına sunulan hizmetlerin kabul görmüş tıp bilgileri ışığında zamanında, etkin, hakkaniyetli sunulması, hizmet sunumu sırasında ve sonrasında beklenti ve memnuniyetin sağlanması, aynı zamanda tüm süreçlerde kaynakların verimli kullanılması olarak tanımlanmaktadır (1,3,9).

Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalite, yapı, süreç ve sonuç aşamalarının değerlendirilmesiyle oluşmaktadır. Yapı, süreç ve sonuç aşamaları birbirini takip etmektedir ve kaliteli hizmetin oluşumunda önemli bir yer almaktadır. Sağlık kuruluşunun yapısı; fiziksel, teknolojik alt yapısı, mimarisi, çalışanların sayısı, çalışanların bilgi ve yetenekleri, uzmanlık alanları, yönetim felsefesini belirtmektedir. Tanı ve tedavi uygulamaları, hastane işleyişi sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini etkileyen süreç aşamalarıdır. Verilen hizmetin kalitesi, tedavi ve bakım hizmetlerinin başarısı sonuç aşamasını oluşturmaktadır (11).

2.1.3. Hastanelerde Kalite Gelişimi

Kalitenin özünde iyileştirme ve geliştirme vardır. İstenilen iyileştirme ve geliştirmeyi sağlayabilmek için birçok model ve sistem oluşturulmuştur. Bu sistemler sağlık kurum ve kuruluşlarında standardizasyonun, dokümantasyon, müşteri memnuniyeti, görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, daha iyi tedarikçi ilişkileri, ölçümlerle durum tespiti gibi faydaları olan sistemlerdir (3). Kaliteye

önem veren ve bünyesinde etkili kalite sistemi kurmuş sağlık kuruluşları da bunu tüm paydaşları ile paylaşabilmek için belgelendirmektedir.

International Organization for Standardization (ISO) 9000, Joint Commission International (JCI) akreditasyonu, European Foundation for Quality Management Excellence Model (EFQM), Malcolm Baldrige Kalite Ödülü ve Deming Mükemmellik Ödülü dünyada sağlık hizmeti kalitesinin değerlendirildiği mekanizmalardır. Türkiye’de ise Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) sağlık hizmeti kalitesini değerlendiren ve ölçen sistemlerdir (4).

Oluşturulan bu standartlar bilimsel gelişmeler ışığında güncellenerek sürekli iyileştirme çalışmalarının devamlılığı sağlanmaktadır (3). Aynı zamanda sağlık çalışanları ve yöneticiler için daha iyi hasta bakımı sunmak ve daha iyi bir bakım sunmayı desteklemek için oluşturulmuş kaynaklardır (12).

2.1.4. Türkiye’de Kalite Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite belgelendirilmesi ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Milli Savunma Bakanlığı (MSB) hastanelerinde 1999 yılında uygulanmaya başlamıştır. 2002 yılında ise özel bir hastane ilk defa JCI tarafından akreditasyon belgesi almıştır. 2003 yılında ülkemizde ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’ başlatılmıştır. Bu program ile herkes için ulaşılabilir, nitelikli, etkin, verimli, hakkaniyetli, kaliteli bir sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Böylelikle kalite ve akreditasyonda yeni bir döneme girilmiştir.

2005 yılında Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile hizmet alt yapısı, hizmete erişim, hasta memnuniyetinin ölçülmesi, süreçlerin değerlendirilmesi ve hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne yönelik bir hastane değerlendirme sistemi faaliyete geçilmiştir (1,9). 2007 ve 2008 yıllarında soru ve kriterlerde revizyon çalışmaları yapılmıştır. 2009 yılında ‘‘Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları’’ yayınlanmıştır. 2011 yılında ise tüm hastaneler için ‘‘Hizmet Kalite Standartları’’ yayınlanmıştır (1). Daha sonra 2015 yılında SKS standartları yayınlamak üzere uygulamaya konulmuştur. Bu standartlar hastane seti, diyaliz seti, evde sağlık seti, 112 acil sağlık hizmetleri ve ağız diş sağlığı merkezi olarak ayrı ayrı oluşturulmuş ve kullanıma sunulmuştur (1).

2012 yılında Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyon Sisteminin oluşturulmasına ilişkin ilk adım 2012 yılında atılmış, The International Society for Quality in Health Care (ISQua) ile işbirliği süreci başlatılmıştır. Böylelikle Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından SAS setleri hazırlanmıştır. Hastane, Diyaliz, Laboratuvar ve ADSH setlerinin ISQua işbirliği ile akreditasyonu sağlanmıştır. 2022 yılında TÜSKA (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü)’ne devredilmiştir.

2.1.4.1. Türkiye sağlıkta kalite sistemi yapısı: Ülkemiz sağlık hizmetleri kalite sisteminin yapısı “Kurumsal Yapı”, “ Sağlıkta Hizmet Yapısı” ve “Klinik Kalite” olmak üzere üç yapı taşından oluşmaktadır (13).

Tablo 2.1. Türkiye sağlıkta kalite sistemi (13)

Sağlık Hizmet Kalitesi			Klinik Kalite		
Sağlıkta Kalite Standartları	SKS Göstergeleri	Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri	Klinik Kalite Standartları	Klinik Kalite Göstergeleri	Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi
Merkez ve Taşra Teşkilatı Kurumsal Yapısı					

Sağlıkta Kalite Sistemi’nde kurumsal yapı, SB merkez teşkilatından başlayarak sağlık kuruluşlarında görevli tüm çalışanlar ile hizmetin tüm paydaşlarını içerecek şekilde kurgulanmıştır. Sağlıkta hizmet kalitesi kapsamında kalite standartları ve SKS göstergeleri geliştirilmiştir. Sağlıkta kalite değerlendirme süreçleri ile geliştirilen standart ve göstergelerin sağlık kuruluşlarında uygulanma ve karşılanma düzeyi değerlendirilmektedir. SKS setleri, sağlık hizmeti sunumunun, belirlenmiş ilke ve standartlar doğrultusunda ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla hazırlanmaktadır. Sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında ilk kez hastaneler için geliştirilen standartlar dışında farklı sağlık kuruluşlarına yönelik de SKS setleri de hazırlanarak ilgili sağlık hizmeti sunucularının kullanımına sunulmuştur. Oluşturulan bu standartlar, uluslararası standart geliştirme algoritmaları doğrultusunda, güncel bilimsel kaynaklar, SB politikaları ve öncelikleri esas alınarak hazırlanmaktadır (13).

Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında hizmet süreçlerinin ve çıktılarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir diğer unsur da sağlıkta kalite göstergeleridir. Sağlıkta kalite göstergeleri, SKS göstergeleri ve klinik kalite göstergeleri olarak iki başlıkta ele alınmaktadır. Sağlık kuruluşları tarafından düzenli aralıklarla takip edilmektedir (13).

2.2. KLİNİK KALİTE

2.2.1. Klinik Kalite Kavramı

Klinik kalite kavramı hasta bakım süreçlerinde kaliteyi sağlayan bir unsurdur. Klinik kalite, hasta bakım süreçlerinde olası hataların engellenmesi veya azaltılması, doğru teşhis ve tedavilerin kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde uygulanması, bakım süreçlerinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışan memnuniyeti sağlayarak hastanın sağlık sonuçlarının en üst seviyeye getirilmesidir. Böylece klinik kalite, bakım kalitesini değerlendirerek hizmet kalitesi ve performansının ölçülmesinde önemli rol oynamaktadır (14).

Klinik kalite programıyla tıbbi süreçler ve klinik çıktıların izlenmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır (13,14). Günümüzde dijitalleşmeyle birlikte sağlık kayıtlarının elektronik ortamda tutuluyor olması hasta kayıtlarının izlenimini kolaylaştırmaktadır (15). Aynı zamanda hasta bakım süreçlerine dahil olan tüm sağlık çalışanları için de önemli bir veri oluşturmaktadır. Elde edilen bu verilerle teşhis, tedavi ve takiple ilgili sonuçlara ulaşılabilen, iyileştirilmesi gereken alanların tespiti ve süreç iyileştirilmeleri yapılabilmektedir (16).

Klinik kaliteyi kanıta dayalı, standart bir şekilde uygulayabilmek ve ölçülebilmek için uygulama rehberlerinden ve kalite göstergelerinden faydalanmak gerekmektedir. Klinik kalite uygulama rehberleri ve standartları, sağlık bakımına katılan sağlık çalışanlarına yardımcı olmak üzere çeşitli sağlık olguları için uygun için hazırlanmış kılavuzlar olarak da tanımlanabilmektedir. Klinik kalite göstergeleri ise belirlenen sağlık olgularında istenilen hedeflere ulaşabilme durumunu ölçülebilmek için oluşturulmuş ölçüm sonucunu gösteren araçlardır (11,17).

Klinik kalite göstergeleri ile sağlık hizmeti sunumunda ölçümler ve değerlendirmeler yapılmaktadır. Ölçümler yapılmadan iyileştirmeye açık alanların tanımlanamayacaktır. Klinik kalite gösterge takipleri ile hem hizmet ve hasta bakım kalitesi ölçümü gerçekleşmekte, hem de iyileştirme ve geliştirme yapılmaktadır (11). Böylece kuruluşların kendilerini şeffaf bir şekilde değerlendirilmesi için bir araç görevi görmektedirler (18,19). Aynı zamanda daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşabilmek için yeni klinik rehber ya da protokollerin oluşturulmasına olanak tanır (20).

2.2.2. Diğer Ülkelerde Klinik Kalite Uygulamaları

İngiltere, Amerika, Avustralya, İrlanda gibi gelişmiş ülkelerde klinik kalite uygulamaları çeşitli bakanlıklar, uluslararası rehber ağları ve sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilmektedir. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), The National Guideline Clearinghouse (NGC), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The National Health and Medical Research Council (NHMRC) gibi kuruluşlar bu alanda çalışmaktadır (21).

Dünya ülkelerinde klinik kalite uygulamaları için bilimsel kanıtlarla desteklenen bakım standartları oluşturularak klinik uygulama rehberleri oluşturulmuştur (22,23). Dünyada klinik uygulama rehberleri geliştirme yöntemlerini incelendiğinde, rehberlerin tercüme rehber geliştirme, de novo rehber geliştirme ve rehber adaptasyonu olmak üzere 3 yöntemle geliştirildiği görülmektedir (24).

De novo (özgün) rehber geliştirme, önceden geliştirilmemiş ya da oluşturulmuş rehberin o hastalık için güncelliğini kaybettiği durumlarda en baştan rehber oluşturma işlemidir (25). Tercüme rehber geliştirme, bir ülkede hazırlanmış olan rehberin kalitesi, geçerliliği ve güvenilirliğinin kabul edilerek kullanılması ya da rehberin birebir tercümesi yapılarak kullanılmasıdır. Zaman, maliyet ve iş gücünden tasarruf sağlaması nedeniyle birçok ülkede sıklıkla kullanılmaktadır (24,25). Rehber adaptasyonu ise, oluşturulmuş olan rehberlerin farklı bir ülkede, kuruluştta veya kültürel ortamda uygulanması için farklılıklar göz önünde bulundurularak modifikasyonunun sağlanmasıdır (25).

2.2.3. Türkiye’de Klinik Kalite Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta kalite sisteminin bir parçası olarak 2012 yılında ‘‘Türkiye Klinik Kalite Programı’’ başlatılmıştır (11). Bu program ile

hastanelerde tıbbi süreçler ve klinik çıktıların izlenmesi ve iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Ülkemiz için öncelikli sağlık olguları ve bu olgularına yönelik standart ve göstergeler belirlenmiştir. Kolorektal kanser, mide kanseri, inme, diyabet, hipertansiyon, diş implantı, diz protezi, kalça protezi, prostat kanseri, meme kanseri, gebelik süreci ve doğum, koroner kalp hastalığı, katarakt cerrahisi, çocukluk çağı astımları, kronik böbrek yetmezliği, panik bozukluğu, demans, tiroit kanseri, epilepsi, sezaryen, yaygın anksiyete bozukluğu, bariatrik ve metabolitik cerrahi olmak üzere toplamda 23 sağlık olgusunun takibi yapılmaktadır (26). Bu sağlık olguları ile ilgili göstergeler belirlenmiştir.

Bu göstergelerin ölçülmesine yönelik de Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi geliştirilmiştir. Kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde klinik süreçler ve sonuçların değerlendirilmesi bu sistemden elde edilen veriler doğrultusunda yapılabilmesi sağlanmıştır (13).

Hastaneye ait veriler SB bazında oluşturulan sistem üzerinde görülebilmektedir. Sağlık olgularına ait her sonuç verisi sistem ekranında yeşil, sarı ve kırmızı olarak üç renk skalasında gösterilmektedir. Bu veriler Bakanlığın belirlediği hedef değer aralığında ise doğru (yeşil), hedef değer aralığında değil ise yanlış (kırmızı) olarak sistemde görülmektedir. ‘‘Doğru’’ ve ‘‘yanlış’’ arasında bir yerde olan veri değerlerini belirtmek için sarı renk kullanılmaktadır. Kırmızı, sarı, yeşil ekranlar, yöneticilerin bir önlemin hedefine ulaşmış olup ulaşmadığına göre veriye dayalı hızlı kararlar almasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır (13,27,28).

2.3. YÖNETİŞİM

2.3.1. Yönetişim Kavramı

Yönetişim kelimesinin yönetim kelimesi ile sıklıkla karıştırıldığı görülmektedir. Ancak yönetişim yönetimden kavramsal olarak daha geniş bir anlam taşımaktadır (29).

En genel tanımıyla yönetim kavramı mevcut kaynakların önceden belirlenmiş amaçlar doğrultusunda düzenlenmesi veya kullanılmasıdır (30). ‘‘Belirli amaçlarını gerçekleştirebilmesi için yürütülen faaliyetler topluluğu’’ olarak tanımlanmıştır. Yönetim ortak amaçların belirlenmesi, bu amaçlara ulaşmak için çalışanların örgütlenmesi ve motivasyonlarının sağlanması ve amaçları gerçekleştirmedeki başarının kontrol altına alınması gibi sistematik bir süreci kapsamaktadır (29).

Küreselleşmeyle birlikte iletişim ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler yönetim anlayışının değişmesine ve birlikte yönetim anlayışı olan “yönetişim” kavramının doğmasına neden olmuştur (31).

Yönetişim kelimesi ve kavramı ilk olarak 1989 yılında Dünya Bankası tarafından Afrika'nın kalkınmasına yönelik yayınlanan bir raporda gündeme gelmiştir.

Bu raporda yönetişim kelimesi “Ülke meselelerinin yönetiminde politik gücün kullanımı” şeklinde tanımlanmıştır. Birçok ulusal, uluslararası örgüt ve kurumlar da yönetişim üzerine çeşitli tanımlar yapmıştır. “Güç, yetkilerin kullanımı, ülke kaynaklarının etkin kullanımı, adaletli, etkin, şeffaf yönetim” gibi tanımlamaların dışında da hukuk, siyaset, kamu yönetimi, işletme ve uluslar arası ilişkiler gibi birçok alanla ilgili olması nedeniyle pek çok tanımının yapıldığı görülmektedir (32).

Yönetişim kavramı “Yönetebilme sıkıntılarına karşılık olarak doğan, yönetime göre daha geniş kapsamlı olarak insan hakları, özgürlük, demokrasi, hukukun üstünlüğü, katılımcılık, etkinlik, saydamlık unsurlarını içeren, küreselleşmesi devam eden dünyanın sorunlarına ortak çözüm yolları arayan, devam ettirilebilir büyüme ve kalkınmanın saç ayağı olan bir kavram” olarak bilinmektedir (33).

Yönetişim kavramı, “Başkalarıyla birlikte etkileşimde bulunarak iş görmek, birlikte yönetmek” olarak da tanımlanmaktadır (31,34,35). Bu tanımla yönetişim klasik yönetim anlayışı yerine çok aktörlü ve etkileşimli ilişkileri barındıran, ortak amaç doğrultusunda birlikte hareket etme, karar alma süreci anlamı taşımaktadır (29,34,32).

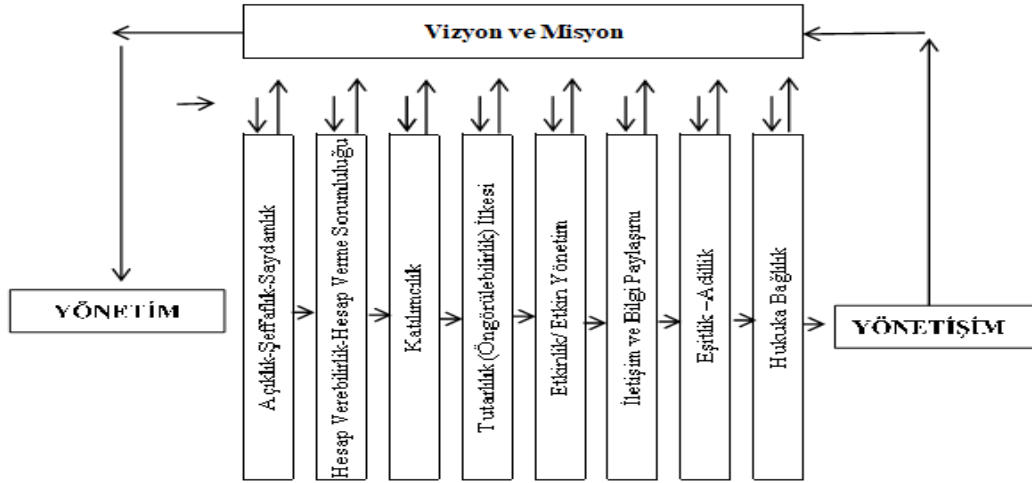
Yönetişim dilimize “yönetim” ve “iletişim” kelimelerinin birleşiminden türetilmiş bir kelimedir (34,36). Türk Dil Kurumu (TDK) yönetişim kelimesini “*Resmi ve özel kuruluşlarda idari, ekonomik, politik otoritenin ortak kullanımı*” olarak tanımlamıştır (37).

Yönetişimin uygulanmasındaki en önemli husus, bireylerin kararlara katılımlarının sağlanması ve buna olanak sağlayan yönetim yapısının oluşturulmasıdır (32,34). Bu bağlamda yönetişim tek bir lider ya da yönetici başkanlığında, emredici, tek yönlü hiyerarşik yapıdan ziyade iş bölümüne dayalı, rol ve sorumlulukların tanımlandığı, çok aktörlü katılımcıların bulunduğu, ortak akıl ve sinerji ile hareket edilen bir yapıdır (32,36,38). Yönetişimde yönetici ya da lider çalışma arkadaşlarıyla iletişim içinde olarak ortak bir amaç doğrultusunda ilerlemelidir (36).

Yönetişim kavramı üzerine yapılan tüm tanımlamalara bakıldığında birlikte yönetim ve uzlaşmacı yaklaşımın hakim olduğu, hukukun üstünlüğünün kabul edildiği, yönetimin şeffaf ve hesap verme sorumluluğuna sahip olduğu, herkesin eşit ve aktif katılımının söz konusu olduğu çağdaş bir yönetim anlayışıdır (39).

2.3.2. Yönetişim İlkeleri

Yönetişim kavramı bir süreçtir (36). Yönetişimin temel ilkeleri, açıklık (saydamlık, şeffaflık), tutarlılık (öngörülebilirlik), katılımcılık, etkinlik (etkin yönetim), iletişim ve bilgi paylaşımı, hesap verebilirlik, adillik (eşitlik), hukuka bağlılık olarak belirtilebilir (35,36).



Şekil 2.1. Yönetişim ilkeleri

Kaynak : (36). Kaynaktan esinlenerek yazar tarafından oluşturulmuştur.

• **Açıklık-Şeffaflık-Saydamlık:** Çalışanların hizmet sunumu ile ilgili bilgi ve belgelere ulaşma ve sorgulama yapabilme hakkıdır (40,41). Bu bağlamda zamanında, doğru ve anlaşılır bir şekilde bilgilerin gizlenmeden sunulması ve açıklanmasıdır (30).

• **Hesap Verebilirlik-Hesap Verme Sorumluluğu:** Yapılan işlemlerin dayanak gösterilerek açıklanması, kaynakların etkin ve verimli kullanıldığının gösterilmesi ve gerektiğinde hesap verebilmesidir (34,35,41). Şeffaflık ilkesi faaliyetlerin öncesi, sırası ve sonrasındaki tüm süreci kapsamına rağmen hesap verme sorumluluğu sadece faaliyetlerin sonrasını kapsamaktadır (30).

• **Katılımcılık:** Yönetişim kelimesi anlam olarak ortak hareket etme ve yönetme anlamı taşımaktadır. Dolayısıyla da katılımcılık ilkesi var olan süreçte herkesin aktif katılımını içermektedir (31,41).

• **Tutarlılık-Öngörülebilirlik:** Alınan kararların birbirleriyle uyumlu ve zaman içinde tutarlı olmasıdır (35,40). Aynı zamanda yapılacak düzenlemelerin öngörülebilir olmasını kapsar. Böylece aykırı etkilerin çıkması engellenerek çalışanların güven duydukları bir ortam oluşturulmaktadır (35).

• **Etkinlik-Etkin Yönetim:** Etkinlik, kuruluşların uygulamaları ve işleri doğru yapabilme kabiliyeti olarak ifade etmektedir (34). Etkinlik ilkesini sağlayabilmek için kuruluşun mevcut kaynaklarını doğru kullanması ve yönlendirmesi böylece hizmetin bireylere kısa sürede ulaştırılması gerekmektedir (29).

• **İletişim ve Bilgi Paylaşımı:** Yöneticinin ortak amaç doğrultusunda hareket ettiği ve etkileşimde bulunduğu ekip ile olumlu bir iletişim içerisinde olması ve bilgi paylaşımında bulunmasıdır (36).

• **Eşitlik-Adillik:** Ortak amaç doğrultusunda herkese eşit şekilde hak ve sorumluluk verilmesi, fırsat eşitliğinin sağlanması, herkes tarafından sorumlulukların eşit olarak üstlenilmesi ve belirlenmiş kuralların herkese açık ve net olarak uygulanmasıdır (34,35).

• **Hukuka Bağlılık:** Tüm süreçlerde hukuk kurallarına bağlı kalınması, çalışanların hak ve özgürlüklerinin güvence altına alınması, yönetsel her bir eylemde yasal bir dayanağın bulunmasıdır (35,40).

2.3.3. Klinik Yönetişim

Klinik yönetişimin tarihsel gelişimine bakıldığında ilk kez resmi olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1983 yılında kalite faaliyetlerinde koordineli bir yaklaşım gerekliliği düşünülerek geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Daha sonra klinik yönetişim kavramı 1997 yılında İngiltere’de 1990’lı yıllarda yaşanan bir çok hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olaylardan sonra kullanılmaya başlanmıştır (42,47). Bu olumsuz olaylardan sonra National Health Service (NHS) örgütlerinde klinik yönetişim kavramı klinik hasta bakım kalitesini arttıran ve olası riskleri azaltmaya yönelik bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (42,43,48,49). Daha sonra da 1999 tarihli İngiltere’de sağlık hizmetlerinin kalitesi için sağlık hizmetlerinin izlenmesi ve iyileştirilmesi bir yasal görev haline gelmiştir. En iyi klinik uygulama konusunda bir rehberlik oluşturmak

amacıyla, NICE ve The Commission for Health Improvement (CHI) oluşturulmuştur. Böylece klinik yönetim hasta bakımında kalitenin merkezini oluşturan altın uygulama olarak literatüre geçmiştir (42-44).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı doğru işi, doğru kişi için, doğru zamanda ve tek seferde yapmaktır. Kalitenin sağlık sektöründeki önemi dikkate alınarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı amaçlayan “Klinik Yönetişim” adı verilen bir kavram sağlık sektörüne girmiştir (50).

Literatürde klinik yönetim kavramındaki “klinik” kelimesi hasta bakım süreçlerine dahil olan ve kendi rol ve sorumluluğunu gerçekleştiren tüm meslek gruplarını bir arada bulunduran, işbirliğini içeren bir kavram olarak görülmektedir. Klinik yönetim, kalite iyileştirme süreçlerinde tüm faaliyetleri tek bir çatı altında toplar ve bütüncül yaklaşımı teşvik eder (51). Bu nedenle klinik yönetim için “şemsiye” kavramı kullanılmaktadır (47,51,52). Klinik yönetim kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için birçok klinik faaliyetlerin sürdürülmesi (44,50,52,53) ve iyi klinik sonuçların elde edilebilmesi için gereklidir (51).

Klinik yönetim, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için önemli bir politikadır ve kurumsal temeli oluşturmaktadır (38,43-45,50,53,55). Sağlık hizmetleri yönetiminde geleneksel yaklaşım yerine sağlık profesyonellerinin algılarına değer veren, çalışan ve üst yönetim arasında denge kurulması gerektiğini ortaya koymaktadır (38).

Sağlık hizmetleri multidisipliner bir ekiple koordineli bir çalışma gerektirir. Klinik yönetim, yüksek kalitede bakım vermek amacıyla hastalara hizmet veren ve hizmet kalitesini iyileştirmekten sorumlu olan herkesin sürece dahil ve sorumlu olduğu bir sistem olarak tanımlanmaktadır (19,38,47,48,50,53,56,57). Hasta bakım kalitesini ve hasta güvenliğini iyileştirme çabalarını desteklediği için de sağlık hizmetlerinde uygulanmalıdır (38,44,50,54,55).

Klinik yönetimin merkezinde, klinik bakımda mükemmelliğin gelişeceği bir ortam yaratmak amacıyla doktorlar, hemşireler ve yardımcı sağlık profesyonelleri bulunmaktadır (38,44,47).

Klinik yönetim, uygulaması karmaşık, çok yönlü ve dinamik bir süreçtir. Geliştirilmesi için uygun prosedürlerin belirlenmesini, mevcut sağlık sisteminin bu yaklaşımı desteklemesini gerektirir (19,49).

Klinik yönetim sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik yönetsel ve klinik yaklaşımlar arasındaki boşluğu doldurmaktadır (54). İyi gelişmiş klinik yönetişimin faaliyetlerine klinik katılımın yanı sıra yönetsel destek gerekmektedir. Klinik yönetim ve liderlik, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği için temeldir (44). Bu nedenle yönetim karar almada etkin klinik liderleri belirlemeli ve gelişimlerini desteklemelidir (44,54).

Kalite iyileştirme çabalarında başı çeken klinik kalite, uygulamaların kanıta dayalı olmasını sağlayan, ekibi önemseyen ve sistemli bir yapı ve nitelikli çalışan sağlık profesyonellerini kapsamaktadır (44,47). Klinik yönetim, sağlık profesyonellerinin sundukları bakım esnasında hastaların bakımı ve güvenliğinden sorumlu oldukları sistemdir (19,47,55,56,58). Böylece, sunulan hizmette bakım standartlarını bilmeyi ve bakım hedeflerine ulaşmak için yapılan ölçümleri gösterebilmeyi içermektedir (47,56).

Etkili klinik yönetim bakım kalitesini artırır ve iyileştirir (54,55). Ayrıca etkili risk yönetimi ve klinik denetim uygulamaları ile verimlilik artar, mali kayıplar azalır, enfeksiyon oranları düşer ve sağlık kuruluşlarında olumsuz olayların azalmasını sağlamaktadır (54). Bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik önlemler alan sağlık kuruluşlarının etkin yönetildiği vurgulanmıştır (54,59).

Klinik yönetim, sürekli iyileştirmeye odaklanan ve örgüt kültürünü destekleyen ve olumlu örgüt iklimi sağlayan bir klinik liderlik varlığında, hasta bakım sürecine dahil olan herkesin ortak çabalarıyla oluşturulan ve klinik hasta bakımında en mükemmel olmayı hedefleyen bir yapı ya da düzen olarak da tanımlanmaktadır (60).

Klinik yönetişimin uygulanması, sağlık profesyonellerinin performanslarını geliştirmeye teşvik eden bir kültürün oluşturulmasını gerektirir ve böyle bir kültür sürekli öğrenmeyi teşvik eder. Öğrenme, eğitim ve personel bilgisinin geliştirilmesi klinik yönetişiminin bileşenlerinden biridir (56).

Hem klinik hem de klinik dışı hizmetleri ele alarak tüm kalite iyileştirme faaliyetlerini birleştirmeyi ve entegre etmeyi amaçlamaktadır. Böylelikle tüm süreçlerde sürekli gelişen ve iyileşen bir kalite modeli sağlamaktadır. Bu kapsamlı yaklaşım, tüm

hasta bakım faaliyetlerini tek bir stratejide birleştirerek kurumsal entegrasyona yol açar, birimler arasında koordinasyon, işbirliği ve iletişimin gelişmesini sağlamaktadır (38,56).

Birçok ülke, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesine yönelik ana politika olarak hastane kalite performansının iyileştirmesini benimsemektedir (49). Kalite süreçlerine sağladığı faydalar sebebiyle de DSÖ, klinik yönetim uygulamalarını tavsiye etmektedir (56). Klinik yönetim risk yönetimi, klinik denetim, kalite güvencesi, klinik etkinlik, kurumsal ve bireysel gelişim boyutlarından oluşmaktadır (38,48,55,60).

2.3.3.1. Klinik yönetim boyutları:

• **Klinik Denetim:** Klinik denetim kavramı üst yönetim, klinik yöneticileri, kalite yöneticileri, klinik kalite iyileştirme komitesi ve hasta güvenliği komitesi tarafından gerçekleştirilen, izleme ve değerlendirme çalışmaları olarak tanımlanır (60). Mevcut uygulamaları değerlendirerek ve ölçerek klinik uygulamaların kabul edilebilir standartları karşılamaını sağlamaya odaklanır (53,57). Bu da hesap verebilirliği ve şeffaflığı artırır (53). Klinik denetim genellikle profesyonellerin kendileri tarafından yürütülmekte ve yapılmaktadır (57). Hasta bakımı kapsamında komitelerce alınan iyileştirmeye yönelik kararların kliniklerde gerçekleştirip gerçekleştirilmediğinin izlenmesi ya da sonuçların gözlemlenerek yeniden değerlendirilmesi örnek verilebilir (60).

• **Klinik Risk Yönetimi:** Hastanın klinik profiline göre asgari yapılması gereken tüm risk değerlendirilmelerinin ve tüm bakım ihtiyaçlarının multidisipliner bir ekip tarafından bütüncül olarak değerlendirilmesidir (60). Burada amaç hastalarda bakım sürecinden kaynaklı oluşabilecek istenmeyen sonuçlardan hastayı korumak ve önlem almaktır (60,61). Risklerin günlük bazda yönetilmesini vurgular (53). Hastaların basınç yaralanmalarından korumak için bası risk değerlendirilmelerinin ya da hastalarda düşme risk değerlendirmeleri için yapılan değerlendirmeler olarak örneklendirilebilir (62).

• **Kalite Güvencesi:** Kalite güvencesi, bir kuruluşun işleyen bir kalite yönetim yapılanmasının bulunması, sürekli iyileşmeye ve gelişmeye açık olması ve hatalardan ders alma kültürünün benimsenmesidir (60). Sıklıkla kamusal hesap verebilirlik ve hasta tercihi taleplerine yanıt vermeye çalışan bir dış denetim kültürüne dayanmaktadır (57). Mükemmellikten ziyade asgari bakım standartlarının kabul edilmesi ve kliniklerde uygulanıyor olmasıdır. Kalite güvencesinin amacı hatasız bakım

sağlamak değil, hizmetlerin sunulduğu girdileri ve süreçleri iyileştirerek hataların önlenmesidir. Bunun için de klinik kalite göstergeleri hedeflere ulaşmadaki performansı izlemek ve değerlendirmek için kullanılmaktadır (57,60). Kuruluşlarda Klinik Kalite İyileştirme Komitesinin kurulması ve düzenli aralıklarla yapılan toplantılarda sağlık olgularına ait verilerin değerlendirilmesi olarak örneklendirilebilir (60).

• **Klinik Etkinlik:** Etkinlik, uygulamaları ve işleri doğru yapabilme kabiliyetidir (62). Klinik etkinlik, klinik kararların ve uygulamaların bilimsel kanıtlara dayanmasını amaçlar (53). Klinik kalitede elde edilen gösterge sonuçları, klinik etkinlik parametresinin karşılanma durumu için yol göstericidir (60). Bu göstergelerin veri kalitesinin değerlendirilmesi, gerçek verileri ne derecede yansıttığı, veri kalitesi yeterli değil ise iyileştirmelerin planlanması, veri kalitesi yeterli olduğu halde hedef değerden sapma durumunda nedenlerin analizlerinin yapılması klinik etkinlik altında değerlendirilmektedir (60).

• **Kurumsal ve Bireysel Gelişim:** Klinik uygulamaların iyileştirilmesine yönelik sağlık personelin eğitim ve gelişim ihtiyaçlarının belirlenmesi, bilgi ve tecrübe ortamı oluşturularak hizmet içi eğitimlerin sürdürülmesi, alan gelişimine katkı sağlamak için bilimsel kongre, sempozyum gibi etkinliklere katılımlarının sağlanması olarak açıklanmaktadır (60).

2.3.4. Klinik Yönetişim İklimi

Klinik yönetişim iklimi kavramı, kısaca klinik hizmetlerindeki yönetişim ve örgüt iklimi kavramlarının birleşmesiyle oluşturulmuştur (39). Sağlık hizmetlerinde klinik yönetişim ilkelerinin benimsenmesi ve uygulanması konusunda sağlık çalışanlarının algıları olarak tanımlanmaktadır.

Klinik yönetişim ikliminin amacı olası hataları en aza indirmek, kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesi ve uygulanmasını sağlamak, hizmet sunumunu sürekli iyileştirmek ve geliştirmektir (39).

Klinik yönetişimde başarılı olabilmenin ilk şartı kuruluşun yeterli düzeyde örgüt iklimine sahip olmasıdır. Örgütü benimseyen, örgüte güven duyan, suçlama kültürünün olmadığı, yönetim ve çalışanların uyum ve etkileşim içinde bulunduğu bir ortamda çalışanların örgüt iklimi algıları olumlu olacaktır. Ancak olumlu iklim algısına sahip çalışanlar klinik yönetişim uygulamalarına destek verecektir (39). Bu nedenle klinik yönetişimin sağlık kuruluşlarında uygulanabilmesi için hataları önemseyen ve

hatalardan ders alan, mesleki olumlu davranış ve başarıların ödüllendirildiği, eğitim ve gelişme fırsatı sağlayan ve çalışanlarını bu yönde motive eden bir örgütsel iklim oluşturulmalıdır (34).

Örgüt iklimi, insanlar tarafından algılanan ve insanların davranışlarını etkileyen örgütte hakim olan genel havadır. Çalışanların kurumlarıyla ilgili beklentileri ve beklentilerinin gerçekleşme durumuna yönelik algıları örgüt iklimini oluşturmaktadır. Çalışanların kurumlarının örgüt iklimleri hakkında olumlu algılara sahip ise örgüt ikliminin iyi, aksi durumda ise örgütün ikliminin kötü ya da zayıf olduğu görülmektedir (34).

Yapılan çalışmalarda klinik yönetişimin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için hastanelerin örgüt ikliminin daha destekleyici olması gerektiği belirtilmiştir (39). Örgüt iklimini destekleyen kuruluşlarda çalışanlar kendilerinden beklenenleri yerine getirebilmek için daha istekle çalışacak ve kuruluşun performansını arttıracaktır (63).

2.4. HASTA BAKIMI

Sağlık hizmetlerinde bakım hastaya yardımda bulunma, gereksinimlerini karşılama, sorunlarıyla baş etmede destek olma, sağlığını yükseltme, yapılan işlemler hakkında bilgilendirme ve eğitim verme şeklinde tanımlanmaktadır (64,65). Sağlık kuruluşları hastaların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve ihtiyaçlarına yönelik tüm bakım uygulamalarını yerine getirmekten sorumludur. Bu hizmetleri sunarken de sağlık hizmetlerinin kalitesinin güvence altına alınması gerekmektedir (46).

Sağlık hizmetlerinde bakım uygulamaları sadece hemşirelerin sorumluluğunda olmamasına rağmen klinik hasta bakımı uygulamalarında hemşireler aktif rol oynamaktadır. Hemşireler, hasta bakımında karar alan ve uygulayan, yönetim süreçlerine dahil olan meslek grupları arasındadır (66). Aynı zamanda yüksek kalitede bakım sunmak ve sonuçları değerlendirmek de sorumlulukları arasındadır (67).

Kaliteli hasta bakımı ise tüm bu süreçlerde mevcut kaynakların etkin kullanılması, güncel tıp bilgileriyle hastalarda istenen sonuçların görülmesidir (64). Kaliteli hasta bakımı sağlık bakım kalitesinin en önemli bileşeni ve hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (68).

2.4.1. Bakım Davranışları

Bakım davranışları kavramı bakımın duyuşşsal boyutudur. Yani bakım hizmetini veren ile alan kişilerin bunu algılama şeklidir (68).

Hemşirelikte bakım davranışları hastayı birey olarak değerlendiren, bakım hizmetini bireyselleştirilmiş şekilde sunma yetisi olarak tanımlanmaktadır (69). Hastayı dinleme, anlama, yanında bulunma, iletişim kurma, ilgili ve saygılı olma, değerli hissettirme, ulaşılabilir olma, gülyüzlü olma, yeterli bilgilendirme yapma olumlu hemşirelik bakım davranışlarına örnektir (69,70). Anlaşıldığı üzere bakım davranışları, duyguları, düşünceleri, eylemleri, davranışları, kelimeleri, jestleri, beden dilini, bilgiyi, içermektedir (70).

Hizmeti alan ve verenler arasında hizmetin doğru algılanması ve algı düzeyinin belirlenmesi, verilen bakımın niteliğinin artmasına ve böylelikle de hizmet kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır (64). Bu nedenle bakım davranışları, kaliteli bakımın göstergesidir (71).

Hastalar tarafından bakımın algılanış şeklinin bilinmesi hemşirelerin kendi bakım davranışlarına karşı daha hassas olmalarını sağlamaktadır (48). Düzenli aralıklarla bakım davranışlarının değerlendirilmesi ve hasta memnuniyetinin ölçülmesiyle sağlık kuruluşları bakımdaki esik yönleri tespit ederek gerekli düzenlemeleri yapmak için çalışmalar başlatabilirler (72).

2.5. ÖRGÜT İKLİMİ

İklim sözcüğü coğrafi bir terim olarak hava olaylarının ortalama durumunu belirtmek için kullanılırken, sosyoloji ve psikoloji alanında da benzer bir yaklaşımla çalışanlar tarafından ortamın ya da çevrenin algılanış şekli ya da havası olarak çeşitli şekillerde tanımlanmıştır (73,74).

İklim kavramının literatürde temelde iki farklı anlam olarak ele alındığı görülmektedir. İklim sözcüğü sıklıkla bir durum karşısında gösterilen tepki, ikinci olarak da bireylerin davranışlarını etkileyen durumlar olarak kullanılmaktadır. Ancak her iki anlamda da örgüt iklimi kavramının daha geniş bir anlam taşıdığı noktasında birleştiği görülmektedir (75).

1930 yılından bu yana örgüt iklimi kavramı araştırmalarda yer almakta olduğu ve bir çok araştırmacının geliştirdikleri örgüt iklimi boyutları ile örgüt iklimi kavramını açıklamaya çalıştıkları görölmektedir (75,76). Literatür incelemelerinde örgüt iklimi kavramına ait çokça tanımlamalar yapıldığı görölmektedir (75-77). Aynı zamanda sosyoloji, psikoloji ve yönetim bilimleri alanında yaygın kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (76).

Örgüt iklimi kavramı, örgütsel çevre ve bu çevrenin bireylerin davranışları üzerindeki etkisidir. Burada önemli olan örgüte ait özellikler ve bu özelliklerin örgütteki bireylerin davranışına etkisine dikkat çekilmektedir (75). Örgüt iklimi, psikolojik açıdan da tanımlanmış bir kavramdır. Örgütteki insan ilişkilerinin niteliği, karşılıklı etkileşimleri, örgüt üyeleri arasındaki iyi niyet, örgütün moral düzeyi, örgüte ait olma hissi, örgütün psikolojik ortamı yani kısaca örgüt üyelerinin örgüt ortamı ile ilgili hissettikleri olumlu, olumsuz her türlü duygu olarak tanımlanmaktadır (63,73,78,79). Gözle görünür elle tutulur somut bir kavram olmamakla birlikte bireyleri etkileyen, algılanan, hissedilen, örgüte bağlı olarak değişen ve örgüte bir kimlik kazandıran bir kavramdır (63,73,80,81,). Bundan dolayı her örgütün farklı örgüt iklimine sahip olduğu söylenmektedir (76).

2.5.1. Örgüt İkliminin Önemi

Örgüt iklimi, örgütün kültürü, örgütün yapısı, ödüllendirme, liderlik tarzı ve çalışanların kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Bu da çalışanların iş yerindeki tutum ve davranışlarını dolaylı olarak etkilemektedir (63,74,81).

Olumlu örgüt iklimine sahip çalışanların iş ve yönetimden memnun, örgüte bağlı, örgütü sahiplenen, örgüte karşı yararlı davranışlarda bulunan, bireysel gelişime açık bireyler olduğu söylenmektedir (77,81). Çalışanların olumlu bir örgüt iklimi algılaması sunduğu hizmetin kalitesini etkileyecek ve yaptığı işten tatmin olmasına neden olacaktır. Aksi durumda ise bireylerin davranışları negatif yönde olacaktır (76).

Örgüt iklimi bireyleri psikolojik açıdan etkilediğinden örgüte karşı duygu, tutum ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir (73,80,82). Sadece örgüte karşı değil örgüt içindeki diğer üyelerle olan ilişkilerini ve işbirliği ruhunu da etkilemektedir. Örgüt ve örgüt üyeleri arasında hissedilecek olan olumsuz iklim algısı bireyin çalışma performansını dolaylı olarak da örgütün verimliliğini olumsuz etkileyecektir (73).

Ekip çalışmasının hakim olduğu ve önemsendiği, cezalandırmanın olmadığı, iletişime önem veren liderlik tarzını benimseyen kuruluşlarda çalışanların yaptığı işten tatmin olduğu ve verimli çalıştıkları sonucu bulunmuştur (63).

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Örgüt İklimi

Sağlık kuruluşları etkileşim düzeyi yüksek olan (80), yoğun ve karmaşık sistemde olan yapılardır (81). Bu sistem içerisinde her çalışan mesleki ve kişisel gelişimini destekleyen örgüt ikliminde çalışmak istemektedir. Kuralların açık ve net olması, görüşlere değer verilmesi, olumlu davranışlarının fark edilmesi, takdir ve ödül mekanizmalarının işlenmesi, karar verme mekanizmalarında yer alınması, bireysel ve mesleki gelişimlerinin planlanması, gerekli bilgi, destek ve kaynağın sağlanması çalışanların performansını ve verimliliğini arttırmaktadır (76,81). Böylece örgüt ikliminden memnun olan sağlık profesyonelleri daha iyi ve nitelikli hizmet sunmak için gayret edecektir (80).

Örgüt iklimi bir hastane kültüründe baskın olan havayı özetlemek ve ifade etmek için bir araç olarak kullanılabilir. Suçlayıcı olmayan, destekleyici, yenilikçi, yaratıcı, katılımcı, ilham verici, sürekli öğrenen, iyimser, iletişime ve problem paylaşımına açık bir iklim, sağlık hizmeti sunucularının hastaların kalite beklentilerine cevap vermelerini sağlar (83).

Olumlu örgüt iklimi, klinik yönetişimin uygulanmasını kolaylaştıracak ve olumlu yönde değişimin gerçekleşmesini sağlayacaktır (83). Çalışanların olumlu bir örgüt iklimi algılaması sunduğu hizmetin kalitesine etki ederek yüksek kaliteli bakım hizmeti sunulmasını sağlayacaktır (76).

2.6. KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ, BAKIM DAVRANIŞLARI VE ÖRGÜT İKLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi sağlık sistemlerinin temel hedeflerinden biridir. Temelinde klinik bakımda mükemmelliğin sağlanması için uygun ortamın oluşturulması, hizmet sunumunda ve bakımda kalitenin sağlanmasıdır (74).

Bakım kalitesini iyileştirmek için sağlık çalışanları için yol haritası belirlemek gerekmektedir. Yapılan çalışmalar, kuruluşların ulaşmak istediği hasta bakım hedefleri için ortak ve somut hedeflerin yol haritasında belirtilmesi gerektiğini göstermektedir (20,84). Kalite performansının değerlendirildiği çalışmalarda bakım hedeflerini ve

sonuçlarını düzenli olarak değerlendiren hastanelerin daha iyi kalite performansı gösterdiği belirtilmiştir (59,85,86).

Hasta bakımında kalitenin yükseltilmesi için bakımı alan hastaların da görüşlerini almak önemlidir. Yapılan bir çalışmada, bakım kalitesini değerlendirmenin, bakıma etkisi olan değişkenleri belirlemek, hasta yanıtlarına göre hizmetteki eksiklikleri ve iyileştirilmesi gerekenleri belirlemek için memnuniyetinin güvenli ölçüm araçları ile düzenli olarak ölçülmesi gerektiği ifade edilmektedir (87). Böylelikle hasta beklentilerine yönelik yapılacak iyileştirmeler bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışanlarla yapılan odak grup görüşmelerinde bakım hizmetlerinde kaliteyi sağlayabilmek için örgütün personeli desteklemesi ve etkili yönetişimin uygulanması gerektiği belirtilmiştir (20). Farklı bir çalışmada örgüt iklimi, klinik yönetim iklimi ve örgütün performansı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada hastane performansının iyileştirilmesinde klinik yönetim uygulamasının kurulması, klinik yönetişimin uygulanmasında da hastane örgüt ikliminin yeterli olması gerektiği vurgulanmaktadır (74). Pek çok çalışma örgüt ikliminin hastane performansını önemli ölçüde etkileyen bir faktör olduğunu belirtmektedir (88). Benzer başka bir çalışmada ise klinik yönetişimin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için hastane örgüt ikliminin daha destekleyici olması gerektiği ifade edilmiştir (89). Bir başka çalışmada ise klinik yönetim iklimi algısının daha iyi anlaşılabilmesi için bu anlayışın kurum iklimine yansıtılması ve herkes tarafından benimsenmesi gerektiği belirtilmiştir (39).

Sağlık hizmeti sunumunda klinik yönetim süreçlerinin uygulanabilmesi örgütün çalışanları bu konuda desteklemesi ve teşvik etmesiyle ilişkilidir. İki farklı hastane arasında klinik yönetim ikliminin değerlendirildiği bir çalışmada, kuruluşlar arasındaki farklılığın örgüt ikliminin farklı olması kaynaklı olduğu ifade edilmiştir (90). Aynı çalışmada klinik yönetim, hizmet kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin kararlar almak için yöneticiler ve sağlık çalışanları arasındaki işbirliği olarak belirtilmiştir. Klinik yönetişimin tüm sağlık çalışanlarının katılımıyla uygulanması ve yönetim desteğinin önemi vurgulanmıştır (56,55). Olumlu örgüt iklimine sahip hastanelerin klinik yönetişimin kurulmasında daha başarılı olduğu görülmüştür (91). Klinik yönetim uygulamaları ile hastane performansı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (54). Yöneticilerin hastane performansını iyileştirmenin yanı sıra bakım

kalitesini iyileştirmeye ve hasta memnuniyetini artırmayı sağlamak için klinik verilerden faydalanabileceği ifade edilmektedir (54,92).

Sonuç olarak suçlamaların olmadığı, destekleyici, yaratıcı, sürekli öğrenmeyi benimseyen, iletişime açık bir örgütte çalışanlar, kendilerini olumlu yönde geliştirmeye çabalayacak ve yüksek kalitede hasta bakım hizmeti vermeye odaklanacaktır (39).

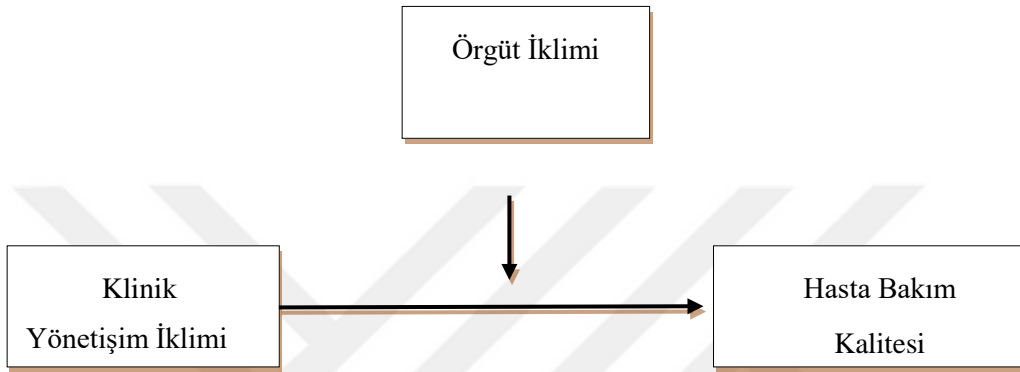
Yapılan bu çalışmalar ışığında klinik yönetim ikliminin hasta bakım kalitesini etkileyeceği ve örgüt ikliminin de destekleyici olduğu düşünülerek araştırma planlanmış ve uygulanmıştır. Gereç ve yöntemler bölümünde araştırmanın modeli ve hipotezi belirtilmiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER

Araştırmaya ait model şekilde gösterilmiştir:



Şekil 3.1. Araştırmanın modeli

Klinik yönetim uygulamalarının hasta bakım kalitesine etkisi olduğu ve olumlu örgüt ikliminin bakım kalitesi ve klinik yönetim uygulamalarına destekleyici olduğu yönünde kurulan bu ilişkide araştırmanın hipotezleri ise aşağıdaki şekilde geliştirilmiştir:

H₁: Klinik yönetim iklimi hasta bakım kalitesini etkiler.

H₂: Klinik yönetim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisinde örgüt ikliminin düzenleyici rolü vardır.

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenini klinik yönetim iklimi, araştırmanın bağımlı değişkenini ise hasta bakım kalitesi oluşturmaktadır. Hasta bakım kalitesini ölçmek için Bakım Davranışları-24 ölçeğinden faydalanılmıştır. Araştırmada klinik yönetim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisi olduğu düşünülen örgüt iklimi diğer değişken olarak kabul edilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırmada değişkenler ve değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinden dolayı tanımlayıcı, verilerin belirli bir süre aralığında toplanmasından dolayı ise kesitsel tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini Türkiye’de görev yapan tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Sekaran’ın örneklem büyüklüklerini gösterdiği tablodan faydalanılarak 1,000,000 rakamı ve üzerini temsil eden evren büyüklüğü kullanılmıştır. Buna göre araştırmayı 384 rakamı ve üzerini ifade eden örneklem büyüklüğü temsil etmektedir. Örneklem seçiminde kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırma, gönüllü katılım sağlayan 394 sağlık çalışanı ile yapılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üstü, Türkiye’de hastanede çalışan sağlık çalışanları

Araştırmaya Alınmama Kriterleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, 18 yaş altı ve Türkiye dışında çalışan sağlık çalışanları

3.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Türkiye’de görev yapan tüm sağlık çalışanları bu araştırmanın kapsamını oluşturmaktadır. Çalışma Türkiye ve sağlık çalışanları ile sınırlı olup, Türkiye dışında diğer ülkelerde yaşayan sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutları değerlendirilmemiş sadece ölçek ortalamaları üzerinde inceleme yapılmıştır.

Klinik yönetim iklimi, hasta bakım kalitesi ve örgüt iklimi arasında olan ilişki belirli bir zaman dilimini kapsayacak şekilde incelenmiştir. Verilerin anlık ve sadece belirli bir zamanda elde edilmiş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Veriler etik kurul iznini takiben 01 Aralık 2022- 01 Şubat 2023 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu (EK-1) alınarak anket yöntemiyle toplanmıştır. Anket formu 4 bölümden oluşmaktadır.

Anket formunun ilk bölümünü araştırmacılar tarafından geliştirilen ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren, 6 adet soru (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, kurumda çalışma yılı, çalıştığı bölüm, çalıştığı kurum) oluşturmaktadır (EK-2). Anket formunun ikinci bölümünde klinik yönetim iklimi ölçeği (EK-3), üçüncü bölümünde bakım davranışları-24 ölçeği (EK-4), dördüncü bölümünde ise örgüt iklimi ölçeği (EK-5) yer almaktadır.

3.6.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği

Bu ölçek 2003 yılında Freeman tarafından geliştirilmiştir. 2013 yılında ise Gürdoğan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yüksek güvenilirliğe sahip olan bu ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0,89'dur (99). Yapılan diğer çalışmalarda da ölçek güvenilir bulunmuştur (85,98,95,93,96). Ölçek 6 boyuttan ve 60 maddeden oluşmaktadır (Tablo 3.1). 5'li Likert tipte olan bu ölçekte maddeler; 1=kesinlikle katılıyorum, 2=katılıyorum, 3=hiçbiri, 4=katılmıyorum, 5=kesinlikle katılmıyorum şeklinde puanlanarak hesaplanmaktadır. Ölçekte 32 madde ters yönde puanlanmaktadır. En fazla 300 puan, en az 60 puan alınan bu ölçekte düşük puanlama, klinik yönetim ikliminin olumlu yönde olduğunun göstergesidir.

Tablo 3.1: Klinik Yönetişim İklim Ölçeği alt boyutları

Ölçek Boyut	Madde Sayısı	Madde Numaraları
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	21 madde	18*, 20*, 24*, 25*, 29*, 33*, 34*, 36*, 38*, 39, 41*, 42*, 46*, 48*, 50*, 51*, 56*, 57, 58*, 59*, 60
Önleyici Risk Yönetimi	11 madde	14, 21*, 22, 27*, 30*, 35, 37, 43, 44, 52, 54
Suç ve Ceza Ortamı	9 madde	1*, 3*, 5*, 7*, 10*, 11, 12, 16, 26*
Meslektaşlarla Birlikte Çalışma	6 madde	8, 19*, 40, 45*, 53*, 55
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	8 madde	4, 6, 9, 15, 17*, 28*, 47, 49
Örgütsel Öğrenme	5 madde	2, 13, 23, 31, 32
Toplam	60 madde	

*Ters yönlü olan 32 madde koyu renk olarak gösterilmiştir.

3.6.2. Bakım Davranışları -24 Ölçeği

Bu ölçek 2006 yılında Wu ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Yüksek güvenilirliğe sahip olan bu ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0,89'dur (2). 2012 yılında Kurşun ve Kanan tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve Cronbach's Alpha değeri 0,96 bulunmuştur (144). Ölçek 4 boyuttan ve 24 maddeden oluşmaktadır (Tablo 3.2). 6'lı Likert tipte olan bu ölçekte maddeler; 1== asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman şeklinde puanlanarak hesaplanmaktadır. Ölçekte ters yönde puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek puanlamasında tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 24'e bölünerek 1-6 arasında toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünmesi ile 1-6 arasında alt boyut ölçek puanları hesaplanmaktadır. Yüksek puanlama yüksek bakım kalitesi algısını yansıtmaktadır.

Tablo 3.2: Bakım Davranışları Ölçeği-24 alt boyutları

Ölçek Boyut	Madde Sayısı	Madde Numaraları
Güvence	8 madde	16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24
Bilgi-Beceri	5 madde	9, 10, 11, 12, 15
Saygılı Olma	6 madde	1, 3, 5, 6, 13, 19
Bağlılık	5 madde	2, 4, 7, 8, 14
Toplam	24 madde	

3.6.3. Örgüt İklimi Ölçeği

Bu ölçek 1991 yılında Koys ve Decotiis tarafından geliştirilmiş, 2004 yılında ise Montes vd. tarafından düzenlenmiştir (57). 2007 yılında İşcan ve Karabey tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yüksek güvenilirliğe sahip olduğu belirtilmiştir (29). Ölçek 5 boyuttan ve 15 maddeden oluşmaktadır (Tablo 3.3). Tablo 3.3'de belirtildiği üzere ölçekte 3 madde ters yönde puanlanmaktadır. 5'li Likert tipte olan bu ölçekte maddeler; 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanarak hesaplanmaktadır.

Tablo 3.3: Örgüt İklimi Ölçeği Ölçeği alt boyutları

Ölçek Boyut	Madde Sayısı	Madde Numaraları
Üstün desteği	4 madde	1,2,3,4
Baskı	3 madde	5*,6*,7*
İçsel takdir	2 madde	12,13
Bağdaşlılık	4 madde	8,9,10,11
Tarafsızlık	2 madde	14,15
Toplam	15 madde	

*Ters yönlü olan 3 madde koyu renk olarak gösterilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ

Verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. SPSS programı ile tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdelik), Cronbach's Alpha, T-testi, Anova testi, Kruskal Wallis; değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ise korelasyon testi, etki incelemesi için ise regresyon analizi uygulanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN İZİNİ

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.11.2022 tarih ve 13342 sayılı onayına istinaden (EK-6) yürütülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeklerin güvenilirlik sonuçları oldukça yüksek bulunmuş olup Tablo 4.1’de belirtilmiştir.

Tablo 4.1: Kullanılan ölçeklerin güvenilirlik sonuçları

Kullanılan Ölçekler	Cronbach’s alfa
1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği	,942
2. Bakım Davranışları Ölçeği-24	,968
3. Örgüt İklimi Ölçeği	,892
4. Tüm Ölçeklerin Toplamı	,874

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi 6 boyut ve 60 maddeden oluşan Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği’nin Cronbach’s alfa güvenilirlik değeri ,942; 4 boyut ve 24 maddeden oluşan Bakım Davranışları Ölçeği-24’nin Cronbach’s alfa güvenilirlik değeri ,968; 5 boyut ve 15 maddeden oluşan Örgüt İklimi Ölçeği’nin Cronbach’s alfa güvenilirlik değeri ,892 olarak bulunmuştur. Bulunan bu sonuçlara göre araştırmada kullanılan bu ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir.

4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalıştığı kurum, çalışma yılı ve çalıştığı birim değişkenleri incelenmiştir. İncelenen değişkenlere ait sıklık (frekans) ve yüzde değerleri Tablo 4.2’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular

Değişken		n	%
Cinsiyet	Kadın	348	88.3
	Erkek	46	11.7
	Toplam	394	100
Yaş	25 ve altı	43	10.9
	26-30	95	24.1
	31-35	72	18.3
	36-40	80	20.3
	41-45	66	16.8
	46 ve üstü	38	9.6
	Toplam	394	100
Öğrenim Durumu	Lise	16	4.1
	Ön Lisans	38	9.6
	Lisans	237	60.2
	Lisansüstü	103	26.1
	Toplam	394	100
Çalıştığı Kurum	Kamu	370	93.9
	Özel	24	6.1
	Toplam	394	100
Kurumda Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	151	38.3
	6-10	76	19.3
	11-15	76	19.3
	16-20	42	10.7
	21 ve üzeri	49	12.4
	Toplam	394	100
Çalışılan Birim	Acil Servis	31	7.9
	Ameliyathane	36	9.1
	Ayaktan Hasta Hizmetleri	37	9.4
	Cerrahi Klinik	73	18.5
	Dahili Klinik	104	26.4
	Yoğun Bakım Ünitesi	63	16.0
	İdari Birim	50	12.7
	Toplam	394	100

Tablo 4.2’de belirtildiği üzere katılımcıların %88,3’ünün kadın, %35’inin 30 yaş altı, %60,2’sinin lisans mezunu olduğu, %26,4’ünün dahili kliniklerde, %93,9’unun

kamu hastanesinde, %38,3'ünün 5 yıldan daha az sürede buldukları sağlık kuruluşunda görev yaptıkları görülmektedir.

4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK

Tablo 4.3'de görülüşü gibi çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin ortalama, standart sapma, skewness (basıklık) ve kurtosis (çarpıklık) tanımlayıcı istatistik çalışmaları yapılmıştır. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan 394 katılımcının Klinik Yönetişim İklimi ortalamasının 2,91; Bakım Davranışları ortalamasının 5,23; Örgüt İklimi ortalamasının 3,02 olduğu görülmektedir. Skewness değerlerine bakıldığında Klinik Yönetişim İklimi değeri ,145; Bakım Davranışları değeri -1,504; Örgüt İklimi değeri -,313 olduğu, kurtosis değerlerine bakıldığında Klinik Yönetişim İklimi değeri ,134; Bakım Davranışları değeri 2,948 Örgüt İklimi değeri -,379 olduğu bulunmuştur. Fisher'e göre basıklık ve çarpıklık değeri ± 3 arasında ise ilgili değışken normal dağılıma sahip kabul edilir (138).

Tablo 4.3: Ölçeklerin tanımlayıcı değerleri

Ölçek	n	Min - max	x	s.s	Skewness	Kurtosis
Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği	394	1-5	2,91	,510	,145	,134
Bakım Davranışları Ölçeği-24	394	1-6	5,23	,713	-1,504	2,948
Örgüt İklimi Ölçeği	394	1-5	3,02	,722	-,313	-,379

4.4. FARKLILIKLAR TESTİ

Araştırmada katılımcıların cinsiyet değışkenine göre klinik yönetim iklimi, bakım davranışları ve örgüt iklimi ortalama puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek üzere t-testi yapılmıştır. Tablo 4.4'de de görüldüğü üzere cinsiyete göre her üç değışken içinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.4: Değişkenlerin cinsiyete göre farklılıkları

Ölçek	Cinsiyet	n	x	s.s	t değeri	p değeri	Anlamlı fark
Klinik Yönetişim İklimi	Kadın	348	2,90	,506	-,476	,634*	-
	Erkek	46	2,94	,550			
Bakım Davranışları	Kadın	348	5,22	,723	-,289	,773*	-
	Erkek	46	5,26	,638			
Örgüt İklimi	Kadın	348	3,03	,737	,434	,664*	-
	Erkek	46	2,98	,609			

*p <0,05

Araştırmada katılımcıların çalıştığı kuruma göre klinik yönetim iklimi, bakım davranışları ve örgüt iklimi ortalama puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek üzere t-testi yapılmıştır. Tablo 4.5’de görüldüğü üzere çalıştığı kuruma göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.5: Değişkenlerin çalıştığı kuruma göre farklılıkları

Ölçek	Cinsiyet	n	x	s.s	t değeri	p değeri	Anlamlı fark
Klinik Yönetişim İklimi	Kamu	370	2,91	,513	-,406	,685*	-
	Özel	24	2,95	,481			
Bakım Davranışları	Kamu	370	5,23	,711	,796	,427*	-
	Özel	24	5,12	,752			
Örgüt İklimi	Kamu	370	3,03	,717	,647	,518*	-
	Özel	24	2,93	,809			

*p <0,05

Araştırmada katılımcıların yaşlarına göre klinik yönetim iklimi, bakım davranışları ve örgüt iklimi ortalama puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek üzere ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.6’da da görüldüğü üzere yaşa göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.6: Değişkenlerin yaşa göre farklılıkları

Ölçek	Yaş	n	x	s.s	F değeri	p değeri	Anlamlı fark
Klinik Yönetişim	25 ve altı	43	2,88	,497	,447	,815*	-
	26-30	95	2,87	,518			
	31-35	72	2,94	,555			
	36-40	80	2,92	,485			
	41-45	66	2,96	,494			
	46 ve üstü	38	2,85	,517			
Bakım Davranışları	25 ve altı	43	5,24	,518	,565	,727*	-
	26-30	95	5,31	,686			
	31-35	72	5,13	,730			
	36-40	80	5,24	,792			
	41-45	66	5,20	,714			
	46 ve üstü	38	5,20	,772			
Örgüt İklimi	25 ve altı	43	3,02	,768	1,109	,355*	-
	26-30	95	3,13	,669			
	31-35	72	2,90	,770			
	36-40	80	2,99	,697			
	41-45	66	3,09	,710			
	46 ve üstü	38	2,92	,772			

*p <0,05 A=25 ve altı, B=26-30, C=31-35, D=36-40, E=41-45, F=46 ve üstü

Araştırmada katılımcıların öğrenim durumuna göre klinik yönetim iklimi, bakım davranışları ve örgüt iklimi ortalama puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek üzere Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Tablo 4.7’de de görüldüğü üzere öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.7: Değişkenlerin öğrenim durumuna göre farklılıkları

Ölçek	Öğrenim Durumu	n	Mean rank	Chi-square	p	Anlamlı fark
Klinik Yönetişim İklimi	Lise	16	246,56	3,564	,313	-
	Ön Lisans	38	184,41			
	Lisans	237	195,55			
	Lisansüstü	103	199,18			
Bakım Davranışları	Lise	16	184,09	1,431	,698	-
	Ön Lisans	38	182,55			
	Lisans	237	197,19			
	Lisansüstü	103	205,82			
Örgüt İklimi	Lise	16	158,78	1,996	,573	-
	Ön Lisans	38	199,96			
	Lisans	237	198,01			
	Lisansüstü	103	201,42			

*p <0,05 A=Lise, B=Ön Lisans, C=Lisans, D=Lisansüstü

Araştırmada katılımcıların kurumda çalışma yılına göre klinik yönetim iklimi, bakım davranışları ve örgüt iklimi ortalama puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek üzere ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.8’de de görüldüğü üzere kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8: Değişkenlerin kurumda çalışma yılına göre farklılıkları

Ölçek	Kurumda Çalışma Yılı	n	x	s.s	F değeri	p değeri	Anlamlı fark
Klinik Yönetişim İklimi	5 yıl ve altı	151	2,87	,516	1,984	0,96	-
	6-10	76	2,93	,528			
	11-15	76	2,87	,489			
	16-20	42	2,85	,442			
	21 ve üzeri	49	3,09	,531			
Bakım Davranışları	5 yıl ve altı	151	5,23	,621	,271	,896	-
	6-10	76	5,27	,786			
	11-15	76	5,21	,774			
	16-20	42	5,26	,784			
	21 ve üzeri	49	5,14	,716			
Örgüt İklimi	5 yıl ve altı	151	3,05	,714	1,380	,240	-
	6-10	76	2,96	,722			
	11-15	76	3,06	,719			
	16-20	42	3,15	,738			
	21 ve üzeri	49	2,84	,729			

* $p < 0,05$ A=5 yıl ve altı, B=6-10, C=11-15, D=16-20, E=21 ve üzeri

Araştırmada katılımcıların kurumda çalıştığı birime göre klinik yönetim iklimi, bakım davranışları ve örgüt iklimi ortalama puanlarında farklılık olup olmadığını incelemek üzere ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.9’da da görüldüğü üzere çalışılan bölüme göre örgüt iklimi ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu farkın hangi birimden kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testi yapılmıştır. Buna göre yoğun bakım ünitesi çalışanları ile ameliyathane çalışanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Tablo 4.9: Değişkenlerin kurumda çalışılan birime göre farklılıkları

Ölçek	Çalışılan Bölüm	n	x	s.s	F değeri	p değeri	Anlamlı fark
Klinik Yönetişim İklimi	Acil Servis	31	2,98	,534	1,936	0,74	-
	Ameliyathane	36	3,09	,481			
	Ayaktan Hasta Hizmetleri	37	2,97	,395			
	Cerrahi Klinik	73	2,89	,462			
	Dahili Klinik	104	2,91	,592			
	Yoğun Bakım Ünitesi	63	2,75	,501			
	İdari Birim	50	2,91	,454			
Bakım Davranışları	Acil Servis	31	5,20	,602	,360	,904	-
	Ameliyathane	36	5,10	,970			
	Ayaktan Hasta Hizmetleri	37	5,15	,791			
	Cerrahi Klinik	73	5,28	,827			
	Dahili Klinik	104	5,25	,641			
	Yoğun Bakım Ünitesi	63	5,23	,667			
	İdari Birim	50	5,26	,513			
Örgüt İklimi	Acil Servis	31	2,93	,693	2,225	0,40*	F>B
	Ameliyathane	36	2,77	,717			
	Ayaktan Hasta Hizmetleri	37	2,93	,701			
	Cerrahi Klinik	73	3,01	,721			
	Dahili Klinik	104	2,99	,787			
	Yoğun Bakım Ünitesi	63	3,27	,631			
	İdari Birim	50	3,08	,672			

*p <0,05 A= Acil Servis, B= Ameliyathane, C= Ayaktan Hasta Hizmetleri D= Cerrahi Klinik, E= Dahili Klinik, F= Yoğun Bakım Ünitesi, G= İdari Birim

4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

Araştırmada kullanılan değişkenlere ait korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.10'da belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre örgüt iklimi ile klinik yönetişim iklimi arasında ($r=-0,578$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve orta düzey bir ilişki olduğu görülmektedir. Örgüt iklimi ile bakım davranışları arasında ($r=0,40$, $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bakım davranışları ile klinik yönetişim arasında ($r=-0,198$, $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve çok düşük düzey bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10: Değişkenler arası ilişkiler

Değişken (N=394)		Klinik Yönetişim İklimi	Bakım Davranışları	Örgüt İklimi
Klinik Yönetişim İklimi	r	1		
Bakım Davranışları	r	-0,198	1	
	p	000*		
Örgüt İklimi	r	-0,578	0,40	1
	p	000*	433**	

*p<0,001 **p<0,05

4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZLERİ

Regresyon analizi sonucunda Tablo 4.11’de görüldüğü üzere klinik yönetim iklimi ile hasta bakımı davranışları arasında doğrusal, anlamlı, negatif ve düşük düzey bir ilişki bulunmuştur ($r=-,198$, $r^2=0,039$, $p<0,001$). Buna göre klinik yönetim iklimi hasta bakım davranışları toplam varyansın %4’ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan klinik yönetim ikliminin bağımlı değişken olan hasta bakım davranışlarını anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir ($t=-3,999$, $p<,001$). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir ($F=15,995$, $p<0,001$).

Tablo 4.11: Klinik yönetim ikliminin hasta bakım davranışları üzerine etkisinin analiz sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p
Sabit	6,031	,204		29,553	,000
Klinik Yönetişim İklimi	-,276	,069	-,198	-3,999	,000

$r=0,198$, $r^2=0,039$ $F=15,995$ $p=,000$, Durbin Watson=1,735

Bağımlı Değişken: Hasta Bakım Davranışları

Regresyon analizi sonucunda Tablo 4.12’de görüldüğü üzere örgüt iklimi ile hasta bakımı davranışları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,40$, $r^2=0,002$, $p>0,05$). Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan örgüt ikliminin bağımlı değişken olan hasta bakım davranışlarını anlamlı bir şekilde etkilemediği söylenebilir ($t=0,785$, $p>0,05$). Kurulan modelinde anlamlı olmadığı görülmektedir ($F=0,617$, $p>0,05$).

Tablo 4.12: Örgüt ikliminin hasta bakım davranışları üzerine etkisinin analiz sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p
Sabit	5,109	,155		33,038	,000
Örgüt İklimi	0,039	,050	0,040	0,785	,433
r=0,40 r ² =0,002 F=0,617 p=,433, Durbin Watson=1,764					

Bağımlı Değişken: Hasta Bakım Davranışları

Regresyon analizi sonucunda klinik yönetim iklimi ile hasta bakımı davranışları arasında doğrusal, anlamlı, negatif ve düşük düzey bir ilişki bulunmuştur ($r=-,198$, $r^2=0,039$, $p<0,001$). Buna göre sonucunda klinik yönetim iklimi hasta bakım davranışları toplam varyansın %4'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan klinik yönetim ikliminin bağımlı değişken olan hasta bakım davranışlarını anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir ($t=-3,999$, $p<,001$). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir ($F=15,995$, $p<0,001$). Bu sonuçlara göre klinik yönetim iklimi hasta bakımı davranışlarını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre örgüt iklimi ile hasta bakımı davranışlarını arasında ilişki yoktur ($r=,232$, $r^2=0,54$). Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan örgüt ikliminin bağımlı değişken olan hasta bakımı davranışlarını etkilemediği söylenebilir ($t=-1,857$, $p>0,05$). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir ($F=7,377$, $p<0,001$).

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişkenle bağımlı değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen bir değişkendir (139). Son aşamada Tablo 4.13'de çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre örgüt ikliminin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda örgüt ikliminin, klinik yönetim iklimi ile hasta bakım davranışları arasındaki etkisinde düzenleyici rolü olmadığı görülmüştür ($B =,048$, $Beta=,79$, $p>0,05$).

Tablo 4.13: Örgüt ikliminin klinik yönetim ikliminin hasta bakım davranışları üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p
Sabit	6,031	,204		29,553	,000
Klinik Yönetişim İklimi	-,276	,069	-,198	-3,999	,000
Sabit	6,629	,381		17,399	,000
Klinik Yönetişim İklimi	-,367	,084	-,263	-4,347	,000
Örgüt İklimi	-,111	,060	-,112	-1,857	0,64
Sabit	5,199	0,39		13,808	,000
Klinik Yönetişim İklimi	-,189	0,43	-,266	-4,401	,000
Örgüt İklimi	-,075	0,43	-,105	-1,736	,083
Moderatör	-,048	0,30	-,079	-1,585	,114
1. Aşama $r=0,198$, $r^2=0,039$ $F=15,995$ $p=,000$, Durbin Watson=1,735					
2. Aşama $r=0,232$, $r^2=0,54$ $F=7,377$ $p=,000$, Durbin Watson=1,730					
3. Aşama $r=0,218$, $r^2=0,48$ $F=9,773$, $p=,000$, Durbin Watson=1,733					

5.TARTIŞMA

5.1. KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Yapılan çalışmada, klinik yönetim iklimi düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Eraslan ve ark. (2022), Mutlu Lale (2019), Köroğlu (2018), Mosadeghrad ve ark (2017), Gündoğan (2012) 'ın yapmış olduğu çalışmada da klinik yönetim iklim düzeyi benzer şekilde orta düzeyde bulunmuştur. Gana'da Azilaku ve ark (2021), İran'da Bahrami ve ark. (2014), Yunanistan'da Dreliozi ve ark (2014), Karassavidou ve ark. (2011) ve Gambroulis ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada ise hastanelerin klinik yönetim iklimi düzeyleri zayıf, İran'da Fardazar ve ark. (2015)'in ise orta-zayıf düzeyde bulunmuştur. Mısır'da Ageiz (2022)'in iki farklı hastanede yaptığı çalışmada bir hastanenin klinik yönetim iklimi orta düzeyde iken diğeri düşük bulunmuştur. İran'da Ravaghi ve ark. (2014)'nin çalışmasında çalışanların klinik yönetim farkındalık düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir. Ülkeler arası klinik yönetim iklimi algılarındaki sonuçlar kültürler arası farklılıklardan kaynaklandığı, Türkiye'de sağlık çalışanlarının klinik yönetim iklimi algılarının daha yüksek olduğu düşünülmüştür. Aynı zamanda yaklaşık 10 yıldır klinik yönetim iklimi alanında yapılan çalışmalarda klinik yönetim algısının henüz istenilen seviyeye gelmediği, klinik yönetim uygulamalarına olması gereken şekilde destek sağlamadığını ve geliştirilmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmada klinik yönetim iklimi ortalamalarının erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eraslan ve Hayran (2023) ve Mutlu Lale (2019)'nin yaptığı çalışmada da cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışma çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Köroğlu (2018)'nin çalışmasında ise klinik yönetim iklimi ortalamalarında erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada erkeklerin klinik yönetim iklimini kadınlardan daha olumlu olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Dreliozi ve ark. (2013)'nin çalışmasında klinik yönetim ikliminin sadece etkili kalite ve klinik risk yönetimi boyutları incelenmiş ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada etkili kalite ve klinik risk yönetimi boyutları ortalamalarının kadınlarda daha

yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaların farklı sağlık kuruluşlarında ve farklı zaman dilimlerinde gerçekleştirilmiş olması genelleme yapılamamasına neden olmaktadır.

Yapılan çalışmada klinik yönetim iklimi ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ageiz (2022) ve Gündoğan (2012)'nin çalışmalarında da yaşa göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Farklı olarak Eraslan ve Hayran (2023), Mutlu Lale (2019) ve Köroğlu (2018)'nin yaptığı çalışmalarda yaşa göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Eraslan ve Hayran (2023)'ün yaptığı çalışmada yaş arttıkça klinik yönetim iklimi puanlarının arttığı görülmüştür. Mutlu Lale (2019)'nin yaptığı çalışmada 29-36 yaş arasındaki hemşirelerin klinik yönetim iklimi ortalaması, 37 yaş ve üzerinelilerden yüksek olduğu bulunmuştur. Köroğlu (2018)'nin yaptığı çalışmada ise 26-35 yaş arasındaki hemşirelerin klinik yönetim iklimi ortalaması, 25 yaş altı ve 36 yaş üstü hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmada klinik yönetim iklimi ortalamalarının öğrenim durumlarına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Gündoğan (2012) ve Köroğlu (2018)'nin yaptığı çalışmalarda da öğrenim durumlarına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Eraslan ve Hayran (2023) ve Mutlu Lale (2019)'nin yaptığı çalışmada klinik yönetim iklimi ortalamalarının öğrenim durumlarına göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Eraslan ve Hayran (2023)'in yaptığı çalışmada ise öğrenim düzeyi yükseldikçe klinik yönetim iklimi puanlarının azaldığı görülmüştür. Mutlu Lale (2019)'nin yaptığı çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin klinik yönetim iklimi toplam puanı lisans ve lisansüstü olan hemşirelerden düşük bulunmuştur. Bu çalışmadaki lisans ve lisans üstü mezunu hemşire sayısının diğer çalışmalara göre daha fazla olması ve öğrenim durumu arttıkça farkındalığın artmış olması kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmada klinik yönetim iklimi ortalamalarının kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Mutlu Lale (2019), Gürdoğan (2012) ve Köroğlu (2018)'nin yaptığı çalışmalarda da kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Yapılan çalışmada klinik yönetim iklimi ortalamalarının kurumda çalışılan birime göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Köroğlu (2018) ve Gündoğan

(2012)'nin yaptığı çalışmalarda da çalışılan kuruma göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada klinik yönetim iklimi ortalamalarının çalışılan kuruma göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Köroğlu (2018) 'nin yaptığı çalışmalarda da çalışılan kuruma göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Dreliozi ve ark (2013)'nin yaptığı çalışmada çalışılan kuruma göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada özel hastanedeki çalışanların klinik yönetim ikliminde 'etkili kalite' ve 'klinik risk yönetimi' boyutunu kamuda çalışanlardan daha olumlu algıladıkları bulunmuştur. Karassavidou ve ark.(2011)'in çalışmasında ise klinik yönetim iklimi düzeyinin özel hastanelerde daha olumlu olduğu bulunmuştur. Eraslan ve Hayran (2023)'ün yaptığı çalışmada ise klinik yönetim iklimi puanlarının puanlarının kamu, özel ve üniversite hastanelerinde farklı olduğu görülmüştür.

5.2. BAKIM DAVRANIŞLARININ TARTIŞILMASI

Hasta bakımında hemşirelerin kendi bireysel bakım davranışlarını değerlendirildiği bu çalışmada hemşirelerin bakım davranışları ortalaması yüksek düzeyde bulunmuştur. Alikari (2023), Çelik (2022), Koca (2022), Kutluca (2022), Mukendi (2022), Ünver (2021), Bıyık (2020), Yakıt (2020), Altın (2019), Durukan (2019), Bekleviç (2019), Baştürk (2019), Gül ve Dinç (2018), Erol (2016), Okumuş (2016), He ve ark. (2013), Kurşun (2010) ve Green (2004)'in yaptığı çalışmalarda da hemşirelerin bakım davranışları ortalaması benzer şekilde yüksek düzeyde bulunmuştur. Babapour ve ark (2022)'nin yaptığı çalışmada ise orta düzeyde bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları hemşirelerin bakımı önemseydiğini ve yüksek bakım algılarına sahip olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmada bakım davranışları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Mukendi (2022), Çelik (2022), Kutluca (2022), Koca (2022), Ünver (2021), Altın (2019), Yakıt (2020), Baştürk (2019), Yurtseven (2019), Gül ve Dinç (2018), Erol (2016), Okumuş (2016) Kurşun (2010) ve Green (2004)'in yaptığı çalışmalarda da bakım davranışları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmalardan farklı olarak Babapour ve ark (2022), Bekleviç (2019) ve Bıyık (2020)'in yaptığı çalışmalarda bakım davranışları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bekleviç (2019)'in

yaptığı çalışmada kadınların bakım davranışları ortalamalarının erkekler göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Babapour ve ark (2022) ve Bıyık (2020)'ın yaptığı çalışmalarda ise erkeklerin bakım davranışları ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar neticesinde hemşirelik mesleğinin profesyonel bir meslek olmasından dolayı cinsiyet farklılığının hastalara uygulanan bakım davranışlarını fazla etkilemediği, bireysel farklılıkların etkili olabileceği söylenebilir.

Yapılan çalışmada bakım davranışları ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Babapour ve ark (2022), Mukendi (2022), Ünver (2021), Yakıt (2020), Durukan (2019), Altın (2019), Gül ve Dinç (2018), Yürün (2015) ve Kurşun (2010)'un yaptığı çalışmalarda da bakım davranışları ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Kutluca (2022), Çelik (2022), Akçay (2021), Baştürk (2019), Okumuş (2016), Erol (2016), Burtson ve Stichler (2010)'in yaptığı çalışmalarda bakım davranışları ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kutluca (2022)'in yaptığı çalışmada 45 yaş üstü hemşirelerin bakım davranışları ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Çelik (2022)'in yaptığı çalışmada 30 yaşından büyük hemşirelerin 30 yaşından küçüklere göre bakım davranışları ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Okumuş (2016) tarafından yapılan çalışmada yaş arttıkça bakım davranışları ortalamasının arttığı bulunmuştur. Akçay (2021) ve Burtson ve Stichler (2010)'in yaptığı çalışmalarda ise yaş arttıkça bakım davranışları ölçeğinin bilgi-beceri alt ölçek puan ortalamasının arttığı belirtilmiştir. Farklı olarak Baştürk (2019)'ün yaptığı çalışmada ise 30 yaş üzerindeki hemşirelerin, 30 yaşından küçük hemşirelere göre bakım davranışları ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur. Erol (2016)'un çalışmasında da bakım davranışları ortalamasının yaş arttıkça azaldığı belirtilmiştir. Yaşla birlikte bilgi ve tecrübenin artmasının bakım davranışlarına olumlu yansımaları beklenmektedir. Ancak hemşirelerin yaşlarının bakım davranışlarının etkisine yönelik bulunan bu farklı sonuçlar hemşirelerin yaşları ile ilişkili olarak bakım davranışının değişkenlik gösterebildiği şeklinde yorumlanabilir. Son yıllarda bakım davranışları inceleyen çalışmaların artmasıyla görülüyor ki hemşirelik bakımında bir standardizasyonun sağlanmış olması ve bakım kalitesine verilen önemin artmış olmasının sonuçlara bu şekilde etkilediği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada bakım davranışları ortalamalarının öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Babapour ve ark (2022), Çelik (2022), Mukendi (2022), Koca (2022), Ünver (2021), Yakıt (2020), Altın (2019), Erenoğlu ve ark. (2019), Bekleviç (2019), Durukan (2019), Gül ve Dinç (2018), Erol (2016), Widiyaningsihab ve ark. (2019), Okumuş (2016), Yürün (2015) ve Kurşun (2010) tarafından yapılan çalışmalarda da bakım davranışları ortalamalarının öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Kutluca (2021), Hezer (2019), Baştürk (2019) ve Yau ve ark (2019) tarafından yapılan çalışmalarda bakım davranışları ortalamalarının öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Baştürk (2019) ve Yau ve ark (2019)'ın yaptığı çalışmalarda öğrenim durumunun azalmasıyla bakım davranışları ortalamasının azaldığı bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine ise Kutluca (2021) ve Hezer (2019)'un yaptığı çalışmada bakım davranışları toplam puanı lise mezunu hemşirelerde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin öğrenim durumlarının bakım davranışlarının etkisine yönelik bulunan bu farklı sonuçlar hemşirelerin öğrenim ile ilişkili olarak bakım davranışının değişkenlik gösterebildiği, hemşirelerin kendi bakım davranışlarını öğrenim durumu düzeyine göre farklı değerlendirme durumları söz konusu olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan çalışmada bakım davranışları ortalamalarının kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ünver (2021), Bekleviç (2019), Durukan (2019), Gül ve Dinç (2018) ve Kurşun (2010)'un yaptığı çalışmalarda da bakım davranışları ortalamalarının kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar neticesinde kurum içindeki deneyimin bakım davranışlarını etkilemediği söylenebilir.

Yapılan çalışmada bakım davranışları ortalamalarının çalışılan birime göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Babapour ve ark (2022), Koca (2022), Mukendi (2022), Çelik (2022), Baştürk (2019) ve Green (2004)'in yaptığı çalışmalarda da bakım davranışları ortalamalarının çalışılan servise göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ünver (2021), Erenoğlu (2019), Altın (2019), Bekleviç (2019), Erol (2016) ve Ünver (2021)'in yaptığı çalışmalarda bakım davranışları ortalamalarının çalışılan servise göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Ünver (2021)'in çalışmasında poliklinik/ayaktan hasta birimlerinde hizmet veren hemşirelerin bakım davranışları ortalamasının yoğun bakım, acil servis, dahiliye, cerrahi servislerinde

hizmet veren hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ünver (2021)'in çalışmasının aksine Altın (2019)'ın yaptığı çalışmada poliklinikte çalışan hemşirelerin en düşük, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bakım algısının en yüksek olduğu belirtilmiştir. Erol (2016)'un yaptığı çalışmada ise yoğun bakımda çalışan hemşirelerin acilde çalışan hemşirelere göre bakım algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Erenoğlu (2019)'nun yaptığı çalışmada ise ameliyathanede çalışanların bakım davranışları ortalamalarının diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Bekleviç (2019)'in yaptığı çalışmada ise plastik cerrahi servisinde çalışanların diğer cerrahi servislerde çalışanlara göre bakım davranışları ortalaması yüksek düzeyde bulunmuştur. Her hastanede birimlerin işleyişleri ve yoğunlukları farklılık gösterdiğinden ve çalışmaların farklı illerdeki hastanelerde yapılmış olmasından dolayı sonuçların farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada bakım davranışları ortalamalarının çalışılan kuruma göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Mukendi (2022), Çelik (2022) ve Ünver (2021)'in yaptığı çalışmalarda da bakım davranışları ortalamalarının çalışılan kuruma göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Literatürde kurum türünün bakım davranışlarına etkisine yönelik başka bir çalışmaya rastlanmadığından kurum türünün hemşirelerin bakım davranışlarına etkisi olmadığı söylenebilir.

5.3. ÖRGÜT İKLİMİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Yapılan literatür incelemelerinde örgüt iklimini ölçen ve alt boyutları farklı başlıklarda ele alınmış bir çok ölçek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla tartışmamız farklı örgüt iklimi ölçekleri ile sağlık çalışanlarının örgüt iklimi algısını inceleyen çalışmalar ile yapılmıştır.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Karademir (2019), Kaya (2018), Kuruca Özdemir (2018), Bahrami ve ark. (2016), Akbulut ve Kutlu (2016), Caricati ve ark. (2014), Tiryaki ve Bahçecik (2013), Gerçekker (2012), Garcia ve ark. (2014), Zeybek (2010), Yaprak (2009)'ın yaptığı çalışmada da örgüt iklimi düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Gün ve Söğük (2017)'ün yaptığı çalışmada ise örgüt iklimi düzeyi ortalamasının altında bulunmuştur. Yapılan çalışmalar sağlık kuruluşlarında örgüt iklimi algısının olması gereken düzeyde olmadığını ve geliştirilmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Kaya (2018) ve Ak (2018)'in çalışmasında örgüt iklimi ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Sönmez (2014)'ün yaptığı çalışmada ise örgüt iklimi ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların örgüt iklimi algılarının erkeklerden daha olumlu olduğu bulunmuştur. Sönmez (2014)'ün çalışmasındaki bu farklılığın kadın katılımcı sayısının çok az olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Filiz ve Bardakçı (2020), Ak (2018), Yalçınsoy (2017), Yüksekbilgili (2017), Kaya (2018), Sönmez (2014), Gerçeker (2012), Yüksekbilgili (2012), yaptığı çalışmada da örgüt iklimi ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmalar sonucunda sağlık kuruluşlarında çalışanlarda örgüt iklimi algısının yaşa göre değişkenlik göstermediği söylenebilir.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ortalamalarının öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Kaya (2018), Gerçeker (2012), Akbulut ve Kutlu (2016), Sönmez (2014) yaptığı çalışmada da öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Gün ve Söğük (2017)'ün yaptığı çalışmada ise örgüt iklimi ortalamalarının öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada lise mezunu çalışanların örgüt iklimi ölçeğinden alınan ortalama puanın anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada eğitim durumu arttıkça çalışanların örgüt iklimi ortalamalarının azaldığı gözlemlendiğinden, öğrenim durumu arttıkça beklentilerinin arttığı düşünülmüştür.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ortalamalarının kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Sönmez (2014)'in yaptığı çalışmada da örgüt iklimi ortalamalarının kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Gün ve Söğük (2017)'ün çalışmasında ise örgüt iklimi ortalamalarının kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kurumda 11 yıl ve üzeri çalışanların örgüt iklimi sıra ortalamalarının kurumda 10 yıl ve altı çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ortalamalarının kurumda çalışılan birime göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışanların ameliyathanede çalışanlara göre örgüt iklimi algısının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Kaya

(2018)'nin yaptığı çalışmada da örgüt iklimi ortalamalarının çalışılan birime göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Kaya (2018)'nin çalışmasında örgüt iklimi ölçeğinin "ekip çalışması" ve "destekleyici iklim" alt boyutlarında anlamlı bir farklılık çıkmıştır. Acil servis hemşirelerinin ekip çalışması ve destekleyici iklim algılarının yoğun bakımda çalışan hemşirelerden düşük olduğu görülmüştür. Yoğun bakımlar multidisipliner ekiple çalışılan, yoğun, karmaşık ve hasta bakım uygulamalarının ameliyathane, acil ve kliniklere göre daha fazla uygulandığı birimlerdir. Yoğun bakımların bu özelliğinin çalışma sonucuna yansıdığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ortalamalarının çalışılan kuruma göre anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Rojas ve ark. (2014) tarafından özel ve kamu hastanelerinin karşılaştırıldığı araştırmada kamu ve özel hastaneler arasında örgüt iklimi açısından bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde çalışılan kuruma göre yapılan başka çalışmaya rastlanmadığından örgüt iklimi algısının çalışılan birime göre farklılık göstermediği söylenebilir.

5.4. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ile klinik yönetim iklimi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve orta düzey bir ilişki olduğu bulunmuştur. Taboli ve ark. (2015) yılında yaptığı çalışmada örgüt kültürünün klinik yönetim ve hastane performansı arasındaki ilişkinin anlamlı ve olumlu düzeyde olduğu bulunmuştur. Sarchielli ve ark. (2016)'nin yaptığı çalışmada klinik yönetimle klinik birimlerin performansı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Gürdoğan (2012) klinik yönetim uygulamalarının sağlık çalışanlarının iş doyumunu arttırdığını belirtmektedir. McSherry ve Pearce (2011) uygun yönetimin olmaması, çalışanların desteklenmemesi, uygun olmayan örgüt iklimi, iletişim ve eğitim eksikliği klinik yönetim uygulanmasındaki engeller olarak belirtmiştir. Ravaghi (2014) çalışmasında insan gücü ve bütçe eksikliği, zayıf yönetim sistemi, uygun olmayan organizasyon yapısı ve kültürün klinik yönetimin uygulanmasının önündeki başlıca engeller olduğunu belirtmiştir. Eraslan ve Hayran (2023)'in yaptığı çalışmada hekim ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü üzerindeki belirleyiciliğinin oldukça düşük olduğu bulunmuştur. Literatür olumlu örgüt ikliminin klinik yönetim uygulamalarını destekleyici olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde yeni

bir kavram olan klinik yönetişimin yöneticiler ve çalışanlar tarafından henüz istenen düzeyde anlaşılabilmesi, sağlık kuruluşlarında örgüt iklimini etkileyen etkileyen olumsuz birçok faktörün bulunması çalışmamızın sonucuna yansıdığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada örgüt iklimi ile bakım davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bakım davranışları ile klinik yönetişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve çok düşük düzey bir ilişki bulunmuştur. Veenstra ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada klinik yönetişimle bakım kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Klinik yönetişim iklimi kavramı, hasta bakım uygulamalarında ekipler arası algılanan örgüt iklimidir. Dolayısıyla çalışmamızda bakım davranışları algısı bireysel bakım davranış değerlendirmesini kapsadığından klinik yönetişim ile negatif düzeyde ilişki bulunmasını açıklamaktadır.

Yapılan çalışmada etki analizi sonucunda klinik yönetişim iklimi ile hasta bakımı davranışları arasında doğrusal, anlamlı, negatif ve düşük düzey bir ilişki bulunmuştur. 2021 yılında Azilaku ve ark. tarafından yapılan çalışmada klinik yönetişim ile hastane performansı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Klinik yönetişim, hasta bakım sürecine dahil multidisipliner bir ekiple yürütülen faaliyetlerdir. Hasta bakım kalitesinde bakım davranışları algısı ise hemşirelerin sundukları hasta bakımını bireysel değerlendirmelerini kapsamaktadır. Bireysel bakım algıları ve bakımı değerlendirmeleri söz konusu olduğundan çalışmamızın sonucunda klinik yönetişim ikliminin hasta bakım kalitesini negatif yönde etkilediği sonucu çıkmıştır.

Yapılan çalışmada örgüt ikliminin, klinik yönetişim iklimi ile hasta bakım davranışları arasındaki etkisinde düzenleyici rolü olmadığı görülmüştür. 2014 yılında Aryankhesal ve ark. tarafından yapılan çalışmada olumlu örgüt iklimine sahip hastanelerin klinik yönetişim uygulamalarında daha başarılı olduğu bulunmuştur. Taboli ve ark. (2015) yılında yaptığı çalışmada örgüt kültürünün klinik yönetişim üzerindeki etkisi pozitif ve anlamlı bulunmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hipotezlerimize yönelik sonuçları değerlendirdiğimizde;

Çalışmamızın sonucunda klinik yönetim ikliminin bağımlı değişken olan hasta bakım davranışlarını anlamlı bir şekilde etkilediği sonucu bulunmuştur. “H₁: Klinik yönetim iklimi hasta bakım kalitesini etkiler.” hipotezimiz kabul edilmiştir.

Çalışmamızın sonucunda örgüt ikliminin, klinik yönetim iklimi ile hasta bakım davranışları arasındaki etkisinde düzenleyici rolü olmadığı görülmüştür. “H₂: Klinik yönetim ikliminin hasta bakım kalitesine etkisinde örgüt ikliminin düzenleyici rolü vardır.” hipotezimiz reddedilmiştir.

Yapılan çalışmada yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışılan birim, kurumda çalışma yılı ve çalışılan kurumun klinik yönetim iklimi ve bakım davranışları ortalamaları üzerinde anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Örgüt iklimi ortalamalarında ise çalışılan bölümün anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Yoğun bakım ünitelerinde çalışanların ameliyathanede çalışanlara göre örgüt iklimi ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kuruluşlarda klinik yönetimi ve örgüt iklimini orta düzeyde destekleyen bir iklim olduğu ve henüz istenilen seviyede olmadığı tespit edilmiştir.

Yöneticiler İçin Öneriler

- Yönetim anlayışının değiştirilerek, katılımcı ve çalışanları destekleyici yönetim anlayışının benimsenmesi,
- Ekip çalışmasının desteklenmesi, iş birliği ve güven duygusunun oluşturulması,
- Çalışanların eğitim, kariyer ve kişisel gelişimlerinin desteklenmesi,
- Ülkemizde yeni bir kavram olan klinik yönetim konusunda yöneticilere ve tüm çalışanlara kapsamlı eğitim verilmesi,
- Diğer kuruluşlardaki iyi klinik yönetim uygulamalarının takip edilmesi,
- Hastanelerde klinik yönetim iklim düzeylerinin düzenli aralıklarla ölçülmesi ve değerlendirilmesi,
- Klinik yönetim uygulamalarını destekleyen ve yüksek katılım sağlayan çalışanlar için ödül ve motivasyon desteği sağlanması,

Araştırmacılar İçin neriler

- Hastanelerde rgt iklimi ve klinik yönetişim iklimi algılarını inceleyen çalışmaların farklı yapıdaki hastanelerde, hastane dışı diğer sağlık kuruluşlarında yapılması,
- Çalışanların rgt iklimi ve klinik yönetişim iklimi algı düzeylerini yükseltecek girişimlere ya da uygulamalara yönelik görüşlerinin alınması olarak söylenbilir.



KAYNAKLAR

1. Arslanoğlu, A. Kalite yönetimi. (Ed. N. Gemlik). Hastane Yönetiminde 4 Boyut. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2018.
2. Türkan, Y.S. Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul Üniversitesi. <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/toplamkaliteyonetimiau230.pdf>, erişim tarihi 09.04.2023
3. Çerçi, S., Baykal, Ü. (2022). Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Kuruma, Hastaya ve Çalışana Yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2), 126-131 .
4. Arslanoğlu, A. (2021). 5N 1 Kalite. Eftalya Yayıncılık, İstanbul.
5. Alav, O. (2018). Açık Bilim Açık Erişim Türkiye Türkiye' De ki Kurumsal Açık Erişim Arşiv Organizasyonlarının Yönetişim Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Hiperlink Yayınları
6. Aslantaş, T. (2020). T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı “Toplam Kalite Yönetimi” <https://www.tankutaslantas.com/wp-content/uploads/2021/11/Toplam-Kalite-Yonetimi.pdf>, erişim tarihi 09.04.2023
7. Kayık, M. (2013). İlişkisel Pazarlama Kapsamında E-Hizmet Kalitesi, E-Müşteri Memnuniyeti ve E-Müşteri Bağlılığı Arasındaki İlişkinin Analizi: Bir Alan Araştırması, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kütahya.
8. Dörtöyol, İ.T. (2014). Ulusal Kültür Perspektifinden Hizmet Kalitesi ve Müşteri Değeri, Beta Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 94.
9. Ertaş, H., Çelik, Ö. (2018). Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2 (1), 18-40 .
10. Oksay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 181-192.
11. Şahin, H., Çıldağ, S., Çelebi, M. (2016). Klinik Kalite Yönetimi Uygulamalarına Hekimlerin Yaklaşımı. *Sağlık Performans ve Kalite Dergisi*, 1(12), 27-51.
12. Ahmed, W., Bekheit, M.B., Eldomiaty, T., Nagdy, H.M. (2021). Effect of Hospital Board Governance Practices on Patient Safety Outcome. *Journal of the Medical Research Institute*, 42(1), 9-17.
13. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> Erişim tarihi 10.04.2023
14. Ata, A.N., Toraman, A. (2021). Klinik Kalite Kavramı ve Önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(4), 342-349.
15. D’Amore, J.D., McCrary, L.K., Denson, J., Li, C., Vitale, C. J., Tokachichu, P., ... & Wright, A. (2021). Clinical Data Sharing Improves Quality Measurement And Patient Safety. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(7), 1534-1542.

16. Gort, M., Broekhuis, M., Regts, G. (2013). How Teams Use Indicators for Quality Improvement–A Multiple-Case Study on the Use of Multiple Indicators in Multidisciplinary Breast Cancer Teams. *Social science & medicine*, 96, 69-77.
17. Koca, M., İnceoğlu, F., Kksal, A., Deniz, S. (2023). Hekimlerin Klinik Kaliteye Bakış Aısını lmeye Yönelik Bir lek Geliştirme: Metodolojik alışma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 28-35.
18. Draşkovi, I., Vernooij, Dassen, M., Verhey, F., Scheltens, P., Rikkert, M.O. (2008). Development of Quality Indicators for Memory Clinics. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(2), 119-128.
19. Gauld, R., Horsburgh, S., Brown, J. (2011). The Clinical Governance Development Index: Results From A New Zealand Study. *BMJ Quality & Safety*, 20(11), 947-952.
20. Leggat, S.G., Balding, C. (2017). Bridging Existing Governance Gaps: Five Evidence-Based Actions That Boards Can Take to Pursue High Quality Care. *Australian Health Review*, 43(2), 126-132.
21. Kahveci, R., Ko, E.M., Aksoy, H., Başer, D.A. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 737-755
22. Australian Clinical Practice Guidelines (2014), <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/reports/clinical%20guidelines/clinical-guidelines-annual-report-2014.pdf>, erişim tarihi: 09.04.2023.
23. National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and İreland (2023). <https://www.strokeguideline.org/app/uploads/2023/04/National-Clinical-Guideline-for-Stroke-2023.pdf>, erişim tarihi: 09.04.2023.
24. eki, İ., Kahveci, R., Başer, D.A., Ko, E.M., Artantaş, A.B. (2017). Türkiye'deki Sivil Toplum Kuruluşlarının Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri. *Ankara Medical Journal*, 17(1), 29-p48.
25. Başer, D.A., Kahveci, R., Aksoy, H., Yaşar, İ., Koç, E.M., zkara, A. (2015). Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Yöntemlerine Bakış. *Yeni Tıp Dergisi*, 32, 186-190.
26. <https://shgmklinikkalite.saglik.gov.tr/TR-94583/saglik-olgulari-gosterge-kartlari.html?Sayfa=2>
Erişim tarihi: 13.05.2023
27. Kraska, R.A., Krummenauer, F., Geraedts, M. (2016). Impact of Public Reporting on the Quality of Hospital Care in Germany: A Controlled Before–After Analysis Based on Secondary Data. *Health Policy*, 120(7), 770-779.
28. Anhj, J., Hellese, A.M.B. (2017). The Problem with Red, Amber, Green: the Need to Avoid Distraction by Random Variation in Organisational Performance Measures. *BMJ Quality & Safety*, 26(1), 81-84.
29. Saruhan, ř.C., Yıldız, M.L. (2017). Çağdaş Yönetim Bilimi. 3. basım, Beta Basım A. ř., İstanbul; p: 35.

30. Zeybek, I. (2005). Yönetişimde halkla ilişkilerin Yeri ve Kullandığı Teknikler, Arıkan Basım Yayım Dağıtım.
31. Cihangiroğlu, N, Teke, A, Uzuntarla, Y. (2016). Hastanelerde Klinik Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 1-5.
32. Sobacı, M.Z. (2007). Yönetişim Kavramı ve Türkiye’de Uygulanabilirliği Üzerine Değerlendirmeler. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(1), 195-208.
33. Canıkalp, E., Ünlükaplan, İ. (2015). Hiyerarşik Düzendeki Heterarşik Düzene: Yönetişim Kavramı ve Yönetişim Teorileri. Araştırma Makalesi, *Tisk Akademi*. 2:250-270.
34. Lale, B.M. (2019). Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri, Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul .
35. Toksöz F. (2008). İyi Yönetişim El Kitabı. 1. Basım. Tesev Yayınları, İstanbul, 18-19.
36. Fidan, Y. (2011). Yönetimden Yönetişime: Kavramsal Bir Bakış. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 5-10.
37. Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/> erişim tarihi 13.04.2023.
38. Veenstra, G.L., Ahaus, K., Welker, G.A., Heineman, E., Van der Laan, M.J., Muntinghe, F.L. (2017). Rethinking Clinical Governance: Healthcare Professionals’ Views: a Delphi Study. *BMJ open*, 7(1), e012591.
39. Kaba, N.K., Öztürk, H. (2022). Nurses’ Perceptions of Clinical Governance Climate. *Journal of education and research in nursing (Online)*, 19(2), 198-207.
40. Köroğlu, N. (2018). Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.
41. Dilaveroğlu, A. (2020). Yönetişim İlkeleri ve Yerel Yönetimler Mevzuatına Yansımalar. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 45-63.
42. Garside, P. (1999). Clinical Governance: Making It Happen,. *BMJ*, 318(7187), 881.
43. Flynn, M.A., Brennan, N.M. (2021). Mapping Clinical Governance to Practitioner Roles and Responsibilities. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 18-33.
44. Gauld, R., Horsburgh, S. (2020). Has the Clinical Governance Development Agenda Stalled? Perceptions of New Zealand Medical Professionals in 2012 and 2017. *Health Policy*, 124(2), 183-188.
45. Brown, A., Dickinson, H., Kelaher, M. (2018). Governing the Quality and Safety of Healthcare: a Conceptual Framework. *Social Science & Medicine*, 202, 99-107.
46. Botje, D., Klazinga, N.S., Wagner, C. (2013). To What Degree is the Governance of Dutch Hospitals Orientated Towards Quality in Care? Does This Really Affect Performance?. *Health policy*, 113(1-2), 134-141.
47. Flynn, M.A., Burgess, T., Crowley, P. (2015). Supporting and Activating Clinical Governance Development in Ireland: Sharing Our Learning. *Journal of Health Organization and Management*.

48. Semnani, F., Asadi, R. (2016). Designing a Developed Balanced Score-Card Model to Assess Hospital Performance Using the EFQM, JCI Accreditation Standards And Clinical Governance. *J Bus Hum Resour Manag*, 1(005).
49. Dehnavieh, R., Ebrahimipour, H., Jafari Zadeh, M., Dianat, M., Noori Hekmat, S., Mehrolhassani, M.H. (2013). Clinical Governance: The Challenges of Implementation in Iran. *International Journal of Hospital Research*, 2(1), 1-10.
50. Gauld, R., Horsburgh, S. (2015). Healthcare Professionals' Perceptions of Clinical Governance Implementation: a Qualitative New Zealand Study of 3205 Open-Ended Survey Comments. *BMJ open*, 5(1), e006157.
51. Brennan, N.M., Flynn, M.A. (2013). Differentiating Clinical Governance, Clinical Management and Clinical Practice. *Clinical Governance: An International Journal*, 18(2), 114-131.
52. Wu, Y., Larrabee, J.H., Putman, H.P. (2006). Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-Item Instrument. *Nursing Research*, 55(1), 18-25.
53. Mousavi, S. M. H., Agharahimi, Z., Daryabeigi, M., Rezaei, N. (2014). Implementation of Clinical Governance in Hospitals: Challenges and the Keys for Success. *Acta Medica Iranica*, 493-495.
54. Azilaku, J. C., Abor, P. A., Abuosi, A. A., Anaba, E. A., Titiati, A. (2021). Relationship between Clinical Governance and Hospital Performance: a Cross-Sectional Study of Psychiatric Hospitals in Ghana. *International Journal of Health Governance*, 26(3), 225-236.
55. Fardazar, F.E., Safari, H., Habibi, F., Haghghi, F.A., Rezapour, A. (2015). Hospitals' Readiness to Implement Clinical Governance. *International journal of health policy and management*, 4(2), 69.
56. Ravaghi, H., Zarnaq, R.K., Adel, A., Badpa, M., Adel, M., Abolhassani, N. (2014). A Survey on Clinical Governance Awareness Among Clinical Staff: A Cross-Sectional study. *Global journal of health science*, 6(6), 37.
57. Buetow, S.A., Roland, M. (1999). Clinical Governance: Bridging the Gap between Managerial and Clinical Approaches to Quality of Care. *BMJ Quality & Safety*, 8(3), 184-190.
58. Gauld, R., Horsburgh, S., Brown, J. (2011). The Clinical Governance Development Index: Results from a New Zealand Study. *BMJ Quality & Safety*, 20(11), 947-952.
59. Mosadeghrad, A.M., Ghorbani, M. (2017). The Barriers of Clinical Governance Implementation in Khozestan Province Hospitals. *Journal of Health in the Field*, 4(4), 44-56.
60. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, SKS'de Klinik Yönetişim Rehberi, (2021). Temmuz, Ankara
61. Davies, S.M., McClellan, M., McDonald, K.M., Romano, P.S., Shojania, K.G., Geppert, J. (2001). Refinement of the HCUP Quality Indicators: Structured Abstract. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43831/>
62. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı SKS Rehberi Versiyon 6.1.

63. Mumcu, Ş. (2023). Örgüt İkliminin Sanal Kaytarma Davranışı Üzerindeki Etkisi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tokat.
64. Akin, D.E., Beydağ, K.D. (2022). Jinekoloji ve Ürojinekoloji Ameliyatı Olan Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşünceleri ve Kaygı Düzeyleri. *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-7.
65. Bıyık, Ü.E. (2020). Cerrahi Hemşirelerin Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumları ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
66. Medeiros, M. (2018). Shared Governance Councils: 10 Essential Actions for Nurse Leaders. *Nursing Management*, 49(7), 12-13.
67. Dearmon, V.A., Riley, B.H., Mestas, L.G., Buckner, E.B. (2015). Bridge to Shared Governance: Developing Leadership of Frontline Nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 39(1), 69-77.
68. Gül, Ş., Dinç, L. (2018). Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 192-208.
69. Akçay, İ. (2021). Müziğin Covid-19 Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarına ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi Hemşirelik Programı, Ankara.
70. Ünver, T. (2021). Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özellikleri İle Hemşirelik Çalışma Ortamının Bakım Davranışlarına Etkisi Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
71. Kutluca, S.M. (2022). Hemşire ve Hastaların Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Değerlendirmesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.
72. Kanninen, T. H., Häggman-Laitila, A., Tervo-Heikkinen, T., Kvist, T. (2019). Nursing Shared Governance at Hospitals—it's Finnish Future?. *Leadership in Health Services*, 32(4), 558-568.
73. Gerçeker, B. (2012). Sağlık Kuruluşlarında Örgüt İklimi ve Bilgi Güvenliğinin İlişkisi , Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
74. Taboli, H., Ayagh, G., Bastami, R., Hakimi, I. (2014). Modeling the Relationship between Organizational Culture, Clinical Governance, and Organizational Performance: A case study of Tamin Ejtemaee Hospitals in Mazandaran Province, Iran.
75. Halis, M., Uğurlu, Ö.Y. (2008). Güncel Çalışmalar Işığında Örgüt İklimi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 10(2), 101-123.
76. Mumcu, Ş. (2023). Örgüt İkliminin Sanal Kaytarma Davranışı Üzerindeki Etkisi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tokat.
77. Tilki, İ., Gürel, E. B. B. (2021). Örgüt İklimi ve Algılanan Örgütsel Desteğin Örgütsel Vatandaşlık Davranışına Etkisi üzerine Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Third Sector Social Economic Review*, 56(4), 2683-2700.
78. Mikail, E.H, Çora, H. (2020). Örgüt İkliminin Özel Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Üzerine Yansımalarına İlişkin Bir Çalışma. *Turkish Studies*, 15(1).

79. Ünal, F.N. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarına Yönelik Bir Araştırma, Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü.
80. Filiz, M, Bardakçi, S. (2020). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel İklim Algıları ve Örgütsel Güven Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Artvin İli Örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(73), 436-449.
81. Tiryaki, H.Ş, Bahçecik, N. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-15.
82. Yüksekbilgili, Ö. (2017). Özel Sağlık İşletmeleri Çalışanlarının Örgüt İklimi Algılarının Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 45-60.
83. Karassavidou, E., Glaveli, N., Zafiropoulos, K. (2011). Assessing Hospitals' Readiness for Clinical Governance Quality Initiatives Through Organisational Climate. *Journal of health Organization and Management*, 25(2), 214-240.
84. Koç, Z., Kiran, S. (2022). Klinik Bakım Haritaları Hasta Bakımını Standartlaştırabilir mi? Kalite İyileştirme Çalışması. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 1-14.
85. Bismark, M.M., Studdert, D.M. (2014). Governance of Quality of Care: a Qualitative Study of Health Service Boards in Victoria, Australia. *BMJ quality & safety*, 23(6), 474-482.
86. Jha, A., Epstein, A. (2010). Hospital Governance and the Quality of Care. *Health Affairs*, 29(1), 182-187.
87. Karaca, A., Durna, Z. (2018). Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 8.
88. Carlucci, D., Schiuma, G. (2012). Assessing and Managing Organizational Climate in Healthcare Organizations: An Intellectual Capital Based Perspective. *International Journal of Information Systems in the Service Sector (IJISSS)*, 4(4), 49-61.
89. Bahrami, M.A., Sabahi, A.A., Montazeralfaraj, R., Shamsi, F., Ardekani, S.E. (2014). Hospitals' Readiness for Clinical Governance Implementation in Educational Hospitals of Yazd, Iran. *Electronic Physician*, 6(2), 794.
90. Platis, C., Maggou, C., Alikari, V., Theofilou, P., Drelioni, A., Bellali, T. (2020). Investigation of the Perceptions on Clinical Governance of Health Professionals of Two Public Hospitals. 663-700.
91. Aryankhesal, A., Tabatabaee, S.S., Kalhor, R., Joyani, Y., Moradi, N. (2014). Association of Organizational Climate and Hospital Performance in Establishment of Clinical Governance in Tehran University of Medical Sciences (2012). *Journal of Inflammatory Diseases*, 18(5), 43-50.
92. Behzadifar, M., Bragazzi, N.L., Arab-Zozani, M., Bakhtiari, A., Behzadifar, M., Beyranvand, T., Gorji, H.A. (2019). The Challenges of Implementation of Clinical Governance in Iran: a Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Health research policy and systems*, 17(1), 1-14.

93. Freeman, T. (2003). Measuring Progress in Clinical Governance: Assessing The Reliability and Validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Services Management Research*, 16(4), 234-250.
94. Gürdoğan, E.P. (2012). Bir Üniversite Hastanesinde Klinik Yönetişim İkliminin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi, Marmara Üniversitesi , Doktora Tezi, İstanbul.
95. Gürdoğan, E.P., Alpar, Ş.E. (2014). Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin KYİÖ Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 229-235.
96. Kurşun, Ş. (2010). Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul.
97. İşcan, Ö.F., Karabey, C.N. (2007). Örgüt İklimi ile Yeniliğe Destek Algısı Arasındaki İlişki. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 180-193.
98. Okumuş, D.Ç. (2016). Hemşirelerin Duygusal Zeka Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
99. Yakıt, E. (2020). Cerrahi Birimde Çalışan Hemşirelerin Merhamet ve Bakım Davranışlarının İncelenmesi. Biruni Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
100. Durukan, E. (2019). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Çalışma Koşulları. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.
101. Erenoğlu, R., Can, R., Tambağ, H. (2019). Hemşirelik Bakım Davranışları ve Bakım Davranışları ile İlgili Faktörler; Doğumevi Örneği. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 29(1), 79-88.
102. Altın, İ. (2019). Hemşirelerin Bakım Kavramına İlişkin Metafor Algıları ve Bakım Davranışları. Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ortak Yüksek Lisans Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları, Yozgat.
103. Baştürk, M. (2019). Hemşirelerin Yaşlı Bireylere İlişkin Tutumlarının Bakım Davranışlarına Etkisi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
104. Bekleviç, A.Ç. (2019). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Bakım Davranışlarına Etkisi: Zonguldak İl'i Örneği. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
105. Bıyık, Ü.E. (2020). Cerrahi Hemşirelerin Sağlık Bakımında Bilgisayar Kullanımına Yönelik Tutumları ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
106. Okumuş, D., Uğur, E. (2017). Hemşirelerin Duygusal Zeka Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi, *ACU Sağlık Bil Dergisi*:104-109.

- 107.Erol, F. (2016). Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Mesleki Profesyonel Tutumları. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı, Aydın.
- 108.Çelik, N.S. (2022). Hemşirelerin yorgunluk düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.
- 109.Ak, M. (2018). Aile Sağlığı Merkezlerinde Örgütsel İklim Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi, 53 (3) :1235-1257
- 110.Yalçınsoy, A. (2019). Örgüt Kültürü ve Örgüt İkliminin Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisinin Analizi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 67-77.
- 111.McSherry, R.,Pearce, P. (2011). Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals. John Wiley & Sons.
- 112.Veenstra G.L, Ahaus K, Welker G.A, et al. (2017). Rethinking Clinical Governance: Healthcare Professionals Views: a Delphi Study. *BMJ Open*; 1-7.
- 113.Garcia-Garcia I, Castillo R.F, Santa-Barbara ES. (2014). Nursing Organizational Climates in Public and Private Hospitals. *Nursing Ethics*.21(4):437-46.
- 114.Yaprak E. (2009). Hemşirelerin İşten Ayrılma Niyetlerini Belirleyen Faktörler: Örgüt İklimi, Sosyodemografik Ve Çalışma Özellikleri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- 115.Caricati L, Sala R.L, Marletta G, Pelosi G, Ampollini M, Fabbri A, et al. (2014). Work Climate, Work Values and Professional Commitment As Predictors of Job Satisfaction In Nurses. *Journal of Nursing Management*. 22(8):984-994.
- 116.Özdemir Kutluca, E. (2018). Hemşirelerin Örgütsel İklim ve Psikolojik Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- 117.Rojas D, Seghieri C, Nuti S. (2014). Organizational Climate: Comparing Private and Public Hospitals Within Professional Roles. *Suma De Negocios*.5:10-4.
- 118.Erol F, Türk G. (2019). Assessing the Caring Behaviours and Occupational Professional Attitudes of Nurses. *J Pak Med Assoc*. 2019;69(9):783-787.
- 119.He T, Wang L, Ye X.C, Du Y, Zhong Z.F, Liu H. (2013). Perceptions of Caring in China: Patient and Nurse Questionnaire Survey. *Int Nurs Rev*.;60(4):487-493.
- 120.Koca, R. (2022) Cerrahi Hemşirelerin Covid-19 Korkusu İle Bakım Davranışları Arasındaki İlişki, Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 121.Green A. (2004). Caring Behaviors as Perceived by Nurse Practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(7):283-290.
- 122.Eraslan, N., Hayran, O. (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.

123. Mukendi, A.K. (2022). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
124. Yürün, Y. (2015). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Kıbrıs.
125. Akbulut, Y., Kutlu, G. (2016). Örgüt İkliminin Belirlenmesi: Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3).
126. Karademir, G. (2019). Destekleyici Örgüt İkliminin, Yenilikçi İş Davranışı ve Çalışan Performansına Etkileri: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
127. Kaya, C. (2018). Hemşirelerin Verimliliğe İlişkin Tutumları ve Örgüt İklimi Algılayışları, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
128. Zeybek, K. (2010). Hastane İşletmelerinde Örgüt İklimi ve Tükenmişlik Etkileşimi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
129. Babapour, A.R., Gahassab-Mozaffari, N., Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' Job Stress and Its Impact on Quality of Life And Caring Behaviors: A Cross-Sectional Study. *BMC nursing*, 21(1), 1-10.
130. Burtson, P.L, Stichler, J.F. (2010). Nursing Work Environment and Nurse Caring: Relationship Among Motivational Factors. *J Adv Nurs* 66, 8, 1819-31.
131. Widiyaningsihab, T., Yettia, K., Kuntartiaa K. (2019). The Competency of Clinical Instructors as it Relates to the Caring Behavior of New Nurses. *Enfermeria Clinica*, 29(S2), 815-819.
132. Alikari, V., Gerogianni, G., Fradelos, E.C., Kelesi, M., Kaba, E., & Zyga, S. (2023). Perceptions of Caring Behaviors among Patients and Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 396.
133. Hezer, M. (2019). Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
134. Yau, X.C., Tam, W.S.W., Seah, H.W.V., Siah, C.J.R. (2019). An Exploration of Factors Influencing Inpatient Nurses' Care Behaviour in an Acute Hospital Setting. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(6), 473-479.
135. Sarchielli G, Plato G, Cavalli M, et al. (2016). Is Medical Perspective on clinical Governance Practices Associated with Clinical Units Performance and Mortality? A Cross-Sectional Study through A Record-Linkage Procedure. *SAGE Open Medicine*, 4: 1-12
136. Gün, İ., Söyük, S. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Örgüt İklimi ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki, *ACU Sağlık Bil Derg* 2017(1):40-48.
137. Ageiz, M.H., Elshrief, H.A., Rashad, R.M. (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.

- 138.Erdoğan, A. (2015). İstatistikî Metodlar ve Matematik Modeller. İstanbul: DER Yayınları.
- 139.Baron, R.M. ve Kenny, D.A. (1986). The Moderator Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.



EKLER

EK-1.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Sizi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Ali Arslanoğlu danışmanlığında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yüksek Lisans Öğrencisi Mesude Arslan Kabadayı'nın yüksek lisans tez çalışması kapsamında yürütülen 'Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Bakım Kalitesine Etkisinde Örgüt İkliminin Düzenleyici Rolü'' başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma sonucunda ileride yapılacak müdahalelerde önleyici stratejilerin gelişmesine katkıda bulunacak ve literatür için yol gösterici olacaktır. Araştırmacı tarafından kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Araştırmanın amacına ulaşabilmesi, sizlerin sorulara vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır. Bu nedenle her soruyu özenle cevaplamanız bizim için çok önemlidir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılma durumunuzda, size ait veriler çıkarılacak ve imha edilecektir. Araştırmadan elde edilecek bilgilerin araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız herhangi bir risk teşkil etmemektedir. Soruları cevaplamayı arzu etmediğiniz takdirde istediğiniz aşamada herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilginin dışında şimdi veya daha sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Katılımcı

Onaylıyorum

EK-2.Anket Formu

ANKET FORMU

1. Yaşınız

.....

2.Cinsiyetiniz

1. Kadın 2. Erkek

3. Öğrenim durumunuz

1. Lise 2. Ön lisans 3. Lisans 4. Lisans üstü

4. Kurumunuzda çalışma yılınız?

.....

5. Hangi bölümde çalışıyorsunuz?

.....

6. Çalıştığınız kurum?

1. Kamu Hastanesi 2. Özel Hastane

EK-3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği

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 Katılmıyorum	Katılmıyorum	Hiçbiri	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
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	Ağırlık 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	Kanıtı 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					
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 olusturulmak yerine üst yönetim tarafından zorla kabul ettirilir.					
37	Klinik riskleri düzenli olarak değerlendiririz					

38	Biraraya gelip fikirlerimizi paylaşmak için yeterli zaman yoktur.								
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.								
59	Çalışanlar hizmette değişiklikler yapmaya teşvik edilmek yerine buna zorunlu tutulur.								
60	Kişiler klinik uygulamalarda değişiklik yapmak için çok iyi motive edilirler.								

EK-4. Bakim Davranışları Ölçeği-24

BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24	Asla	Hemen hemen	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10. Hastaya güven verme						
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12. Araç-gereci beceriyle kullanma						
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16. Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20. Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22. Hastaya ilgi gösterme						
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24. Hastanın semptomlarını hafifletme						

EK-5. Örgüt İklimi Ölçeği

Örgüt İklimi İfadeleri	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	1	2	3	4	5
1. İhtiyacım olduğunda bağlı olduğum yöneticimin bana yardım edeceğine güvenim tamdır.					
2. Bağlı olduğum yönetici benim bu kurumda yükselmeme yakından ilgilenir					
3. İşle ilgili sorun yaşadığımda bağlı olduğum yöneticiyle rahatça konuşabilirim.					
4. Bağlı olduğum yönetici beni destekler ve yaptığım hatalardan yeni şeyler öğrenmeme izin verir.					
5. Yapacak çok fazla işim var ve işlerimi yapabilmek için de çok az zamanım var.					
6. Kendimi hiç tatil günüm yokmuş gibi hissediyorum.					
7. Benimle aynı düzeydeki birçok çalışan işlerinin fazlalığı nedeniyle kendilerini tükenmiş hissetmektedir.					
8. Bu kurumda çalışanlar birbirlerine yardımcı olurlar.					
9. Bu kurumda çalışanlar genellikle birbirleriyle iyi geçinirler.					
10. Bu kurumda çalışanlar birbirleriyle kişisel olarak ilgilenirler.					
11. Bu kurumda çalışanlar arasında güçlü bir takım ruhu vardır.					
12. Birisi yüksek performans gösterdiğinde bağlı olduğum yönetici bunu hemen fark eder ve takdir eder.					
13. Bağlı olduğum yönetici ne yapılması gerektiğini açıklarken beni örnek gösterir.					
14. Bağlı olduğum yönetici çalışanlar arasında ayrımcılık yapmaz.					
15. Eğer bağlı olduğum yönetici birini cezalandırırsa, muhtemelen o kişi bu cezayı gerçekten hak etmiştir					

EK-6.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.11.2022-13342



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 04.11.2022
Toplantı Sayısı : 2022/24
Karar Sayısı : 24/8

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Dr. Öğr. Üyesi Ali Arslanoğlu'nun sorumlu, Mesude Arslan Kabadayı'nın yardımcı araştırmacı olduğu 22/522 kayıt numaralı "**Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Bakım Kalitesine Etkisinde Örgüt İkliminin Düzenleyici Rolü**" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 04.11.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN Başkan Yardımcısı	Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Abubekir ELTAS Etik Kurul Üyesi	Prof. Dr. Recep KEŞLİ Etik Kurul Üyesi
Doç. Dr. Eray Metin GÜLER Etik Kurul Üyesi	Doç. Dr. Erhan ALABAY Etik Kurul Üyesi
Doç. Dr. Selda RIZALAR Etik Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM Etik Kurul Üyesi
Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK Etik Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI Etik Kurul Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDATLI KURTULUŞ Etik Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ Etik Kurul Üyesi

07.11.2022 Memur

Ali CEYLAN

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BSR58YST00&eS=13342>



