



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINA İLİŞKİN
TUTUMLARI VE KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ DÜZEYLERİ**

BURCU MUTLU LALE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. AYŞE NEFİSE BAHÇECİK

2019 - İSTANBUL



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINA İLİŞKİN
TUTUMLARI VE KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ DÜZEYLERİ**

BURCU MUTLU LALE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. AYŞE NEFİSE BAHÇECİK

2019 - İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program türü : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Burcu MUTLU LALE
Sınav Tarihi ve Saati : 28.06.2019, 10:00
Tez Başlığı : Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan, Adı-Soyadı (Kurum Adı)	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ Biruni Üniversitesi	
Üye	Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR Marmara Üniversitesi	

ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 16 Ekim 2019 tarih ve **63** sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

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

Burcu MUTLU LALE

II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yoluma ışık tutan ve her yönü ile bana değer katan Değerli Hocam ve Danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik'e,

Araştırmamın uygulanması için izin veren kurumlara, yöneticilere ve değerli vaktini ayırarak araştırmaya katılan tüm Meslektaşlarıma,

Benim bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan ve çok şey borçlu olduğum anne ve babama, özellikle öğrenim süresince beni her konuda destekleyen çalışmam boyunca yorgun düştüğüm anlarda yardımını esirgemeyen, moral veren kardeşlerim Rabia Nur ve Yeter Mutlu Tosun'a,

Yaşamımın her karesine anlam katan, her zaman bana destek olan Sevgili Eşim Ahmet Lale' ye,

Sonsuz Teşekkür Ederim...

Burcu MUTLU LALE

III. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. BEYAN.....	i
II. TEŞEKKÜR.....	ii
III. İÇİNDEKİLER.....	iii
IV. TABLOLAR.....	vi
V. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Çalışma Ortamı	7
4.1.1. Çalışma ortamı kavramı ve tanımı.....	7
4.1.2. Çalışma ortamı özellikleri.....	8
4.1.3. Çalışma ortamını etkileyen faktörler.....	9
4.1.3.1. Hemşire iş yükü.....	9
4.1.3.2. Geliştirme ve kariyer planlama.....	10
4.1.3.3. Sosyal haklar, iş sağlığı ve güvenliği.....	11
4.1.3.4. Uygun fiziki koşullar ve yeterli araç gereç.....	11
4.1.3.5. Ekip işbirliği, iletişim ve takdir edilme/tanınma.....	11
4.1.3.6. Etkili yönetim ve liderlik.....	12
4.1.4. Türkiye’de sağlık çalışanlarının çalışma koşulları.....	12

4.1.4.1. Personel politikası.....	13
4.1.4.2. Sağlık çalışanlarının çalışma süreleri.....	13
4.1.4.3. Nöbet çalışması ve fazla çalışma.....	14
4.1.4.4. İcapçılık usulü.....	14
4.1.4.5. Sağlık çalışanlarının ücret durumu.....	14
4.1.5. Çalışma ortamı ve hemşirelik.....	15
4.2. Klinik Yönetişim İklimi.....	20
4.2.1. Yönetimden yönetime.....	20
4.2.2. Yönetişim kavramı ve tanımı.....	21
4.2.3. Yönetişim ilkeleri.....	23
4.2.3.1. Meşruiyet.....	23
4.2.3.2. Hesap verebilirlik.....	23
4.2.3.3. Etkinlik/ Etkin yönetim.....	23
4.2.3.4. Öğrenmeye dayalı yönetim.....	24
4.2.3.5. Bilginin kullanılabilirliği.....	24
4.2.3.6. Eşitlik ve dürüstlük.....	24
4.2.4. Klinik yönetişim.....	24
4.2.5. Klinik yönetişim iklimi.....	26
4.2.6. Klinik yönetişim iklimi ve hemşirelik.....	28
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
5.1. Araştırmanın Türü.....	30
5.2. Araştırmanın Soruları.....	30
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
5.5. Veri Toplama Araçları.....	30
5.6. Verilerin Toplanması.....	32
5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	32
5.8. Araştırmanı Etik Yönü.....	33
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
6. BULGULAR.....	34
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	65
8. KAYNAKLAR.....	75
9. EKLER.....	87
10. ÖZGEÇMİŞ.....	108

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo 2. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarının Dağılımı.....	38
Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Ve Mesleki Özellikleri İle Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4. Hemşirelerin Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı.....	48
Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Ve Mesleki Özellikleri İle Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 6. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 7. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeğinin Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Üzerine Etkisini Belirlemeye Yönelik Linear Regresyon Analizi Sonuçları.....	65

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik alıőma Ortamını Değerlendirme leği İle Klinik Yönetişim İklimi leği Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....64

1.ÖZET

Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları Ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri

Öğrenci: Burcu MUTLU LALE

Danışman: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Amaç: Araştırma hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumlarının ve klinik yönetim iklimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan 500 hemşire ile tanımlayıcı nitelikteki gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Bilgi Formu, Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Tanımlayıcı İstatistikler, Shapiro-Wilk Testi, Student's t-Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Bonferroni, Pearson Korelasyon ve Lineer Regresyon Analizi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 34,22±6,79 yıl olup, %88'i kadın, %69,4'ü lisans mezunu, %29,8'i 6-10 yıl mesleki deneyime sahip olduğu görüldü. Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları, yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri, insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği, hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 2,31±0,44, 2,28±0,50, 2,62±0,48, 2,27±0,74, 1,95±0,59, 2,42±0,62 olarak, klinik yönetim iklimi ölçeği toplam ve planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları, örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları ise, 177,31±22,85, 65,98±10,14, 30,12±5,63, 27,02±5,37, 16,67±4,15, 23,23±3,76, 14,29±3,12 olarak bulundu. Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($r=-0,474$; $p=0,001<0,01$).

Sonuç: Araştırma sonucunda hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin tutumlarının olumlu, klinik yönetim iklim düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Çalışma Ortamı, Klinik Yönetişim İklimi.

2. SUMMARY

Nurses' Attitudes Towards Work Environment And Their Clinical Governance Climate Levels

Student: Burcu MUTLU LALE

Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Department: Nursing

Aim: The study was performed to determine nurses' attitudes towards work environment and their clinical governance climate levels.

Material and Method: This descriptive study was performed with 500 nurses working in a university hospital in Istanbul. Information Form, Nursing Work Index-The Practice Environment Scale and Clinical Governance Climate were used to collect data. Descriptive statistics, Shapiro-Wilk, Student's t tests and One-Way Variance, Bonferroni, Pearson Correlation and Linear Regression analyses tests were used to evaluate the data.

Results: Nurses' mean age was 34.22 ± 6.79 years, 88% were women, 69.4% had bachelor's degree, and 29.8% had 6-10 years of professional experience. Nurses' total score from Nursing Work Index-The Practice Environment Scale and scores from participation in hospital affairs and representation; foundations for quality of care and nurse manager attitudes and leadership; staffing and resource adequacy; and collegial nurse-physician relations subscales were 2.31 ± 0.44 . 2.28 ± 0.50 . 2.62 ± 0.48 . 2.27 ± 0.74 . 1.95 ± 0.59 . 2.42 ± 0.62 , respectively, and their total score from Clinical Governance Climate scale and scores from planned and integrated quality improvement programme; proactive risk management; climate of blame and punishment; working with colleagues; training and development opportunities; and organisational learning were 177.31 ± 22.85 . 65.98 ± 10.14 . 30.12 ± 5.63 . 27.02 ± 5.37 . 16.67 ± 4.15 . 23.23 ± 3.76 . 14.29 ± 3.12 , respectively. There was a negative, moderate, statistically significant relationship between the scores of nurses from the nursing work index-nursing work environment assessment scale and the total score from clinical governance climate scale ($r = -0.474$; $p = 0.001 < 0.01$).

Conclusion: The study showed that nurses had positive attitudes towards their work environment, and moderate levels of clinical governance climate.

Keywords: Nurse, Work Environment, Clinical Governance Climate.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlar, ekonomik anlamda yaşamlarını sürdürebilmek ve yaşam koşullarını iyi yönde ilerletebilmek için çaba harcamak ve çalışmak durumundadır (Yıldırım, 2014). Çalışmak ise hayatın bir kesitidir (Parlar, 2008). Türk Dil Kurumu'nda çalışma ‘‘bilimsel veya sanatsal amaçlı ürün’’ şeklinde belirtilmektedir. Ortam, ‘‘bir kimsenin veya bir insan grubunun yaşayışında etkili olan toplumsal, kültürel ve ruhsal etkilerin tamamı’’ tanımlaması yapılmıştır (<http://tdkterim.gov.tr> , Erişim tarihi: 05 Ocak 2019). Çalışma ortamı ise kişi ve eylemler üzerinde yetkin olan çalışma öğelerinin tamamını kapsamaktadır. Bu kavramda çalışma ortamı ‘‘Fiziksel çevre, çalışma saatleri, iş sağlığı ve güvenliği, ücret gibi konuları ile birlikte çalışma koşulları kavramını da kapsayan, ancak profesyonel kimlik anlamı, iş, kararlara katılma, özerklik, yöneticiler ve diğer meslektaşlarla ilişkiler, etkili liderlik, karşılıklı güven, profesyonel gelişim ve öğrenmenin teşvik edilmesi fiziksel ve psikolojik güvenlik, etkili iletişim ve ekip çalışması gibi etkenleri de içeren bir kavramdır’’ (Bingöl, 2015). Görüldüğü gibi çalışma ortamı, personelin esenliğini koruması ve esenliğinin devam edebilmesi bakımından çok önemlidir (Dindar ve ark. 2004).

Günümüzde sağlık kavramının tanımı, ‘‘sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması’’ anlamını içermemelidir. Aslında bu kavram psikolojik ve sosyal yönümüzün de herhangi eksikliğinin olmamasıdır. Bu paragrafın içerisinde ‘‘sosyal’’ kelimesi ise işinde personelin çalışıyor olması, iş ortamına entegrasyonunu ve sağlıklı bir ortamda çalışıyor tanımlamalarını da barındırır (Ünal, 2003).

Uluslararası Hemşireler Birliği 2006 yılında sağlıklı bir alanda çalışma içeriğine önem vermiş ‘‘Güvenli ortam güvenli istihdam’’ üzerine yoğunlaşmış. 2007 Yılında da hemşireler günü ana yapısını ‘‘olumlu uygulama çalışma ortamı’’ kavramı üzerine toplamıştır. Sağlıklı ve emniyetli duruma çevrilmiş çalışma alanı, çalışanın esenliği ve güvenliği bakımından önemli olduğu kadar beraberinde çalışanın performansını da pozitif açıdan etkilemektedir. Aynı zaman da çalışanın sosyal hayatından, çalışmış olduğu ortama kadar iyilik durumunun sürekliliğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir (<https://www.icn.ch> , Erişim tarihi: 17 Mayıs 2017). Çalışma alanı ile çalışanın sağlığı arasın da olumlu bir şekilde alışveriş söz konusudur (Torlak, 2019).

Hastaneler birden fazla çalışma alanını bünyesinde barındıran kuruluşlar olduğundan içerisinde de birçok mekanik aletin, farklı cihazların aktif olarak kullanıldığı, yüksek ağırlık da aletlerin taşındığı birçok kimyasal radyoaktif maddelerin işlem gördüğü, infeksiyon tehlikesini barındırdığı biyolojik materyal ve kesici-delici aletlerin her birinin olduğu tehlikeli ortamlardandır (Parlar, 2008). Bu durum da ise hemşireler; çalışma ortamının da hasta ile en uzun zamanlı birlikte olduklarından çalışma ortamında ki negatif durumlardan da en fazla etkilenen olarak görülmektedir. İş yükünün ağır, uzun süreli çalışma saatleri, hemşirelerin sayılarının hastaların sayısına oranla eksik kalması, malzemelerde ki yetersizlikler, çalışanlar arasında ki görev karmaşası, çalışma ortamında ki çeşitli riskler ile hizmet vermeye çalışmak, yönetim kadrosunda ki kişilerden yeterli desteği görememe gibi vb. birçok olumsuz durumlar sağlık çalışanlarının hizmet verdiği ortamın riskli olduğunu açıkça belli etmektedir (Bauman, 2007).

Sağlık çalışanlarının sunmuş olduğu hizmet kişiler ile doğrudan etkileşim içerisinde olduğundan dolayı geri dönüşü mümkün olmayan ağır sonuçlara sebep olabilmektedir. Hemşirelik mesleğini bir de ülkemiz şartların da değerlendirdiğimiz de ise, çalışma ortamından kaynaklı birçok negatif durumun etkisiyle ağır çalışma ortamına sahip stresli bir meslek dalı olduğu kabul edilmiştir (Altınöz, 2016). Bu durum da personelin çalışma ortamında ki olumsuz pek çok faktörler hemşirelerin, çalışma hızını ve hemşirelerin çalışma ortamlarını terk etme isteklerini doğrudan etkilediği görülmüştür.

Çalışma ortamlarının da düzenli bir şekilde oluşan iletişim ağı, personellerin yükselbilmesi, eğitilmesine imkan veren, alınan kararların bilgisinin de olup dahil olabilmeyi, gözetilmekten ziyade bireysel yönetilmeye önem gösteren yönetim politikaları çalışma ortamının daha kaliteli olmasını da önemli etkenlerden bir kaçıdır. Bir taraftan hiyerarşinin etkisiyle oluşan stresin yanı sıra uzun süreli çalışma yoğunluğunun da eklenmesiyle böylesi birimlerde çalışma ortamı ile yaşam kalitesinin beraberinde yürütülmesini fazlasıyla güçleştirebilir (Yıldırım, 2014).

Çalışma ortamlarında “grupların belirli bir amaçlarını gerçekleştirebilmesi için yürütülen faaliyetler topluluğu” yönetimin tanımını açıklamaktadır. Otoritenin uygulama şeklinden denetleme mekanizmasına kadar farklı uygulamaya hâkim olan

bireyler ve kuruluşlar içinde ileri etkiyi kapsayan karar alma durumları ise “yönetişim” kelimesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Saruhan ve Yıldız, 2017).

Ortak idare-birlikte idare kavramını ifade eden yönetim, günümüzde oldukça karşılaştığımız yönetmek ve idare etmek kelimelerinin yerine geçerek yeni bir yaklaşım şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Zeybek, 2005).

Yönetişimin İngilizce karşılığı olan “governance” kelimesinin kökeni önce Yunanca’da ve daha sonra Latince’de “kural koyma, yönlendirme, kılavuzluk etme” anlamlarına geldiği görülmektedir (Tuncer ve Ark., 2016). Yönetişim, “birçok kişinin rol oynadığı, karşılıklı etkileşim ve iletişimin ön planda olduğu bir yönetim sürecidir” (Şengül, 1999).

Sağlık sektöründe önemli paya sahip olan hastaneler, teknolojinin fazlasıyla kullanıldığı ve alanında profesyonel birçok meslek grubunun aynı hedefe yönelik olarak ekip halinde hareket ettikleri kuruluşlardır. Kaliteli sağlık bakımının yapılabilmesinde hasta ve personeller için olası tehlikelerin belirlenerek çözüm yollarının aranması, kaynakların etkili aynı zamanda verimli şekilde kullanılması, personellerin kişisel ve mesleki gelişimlerine katkı sağlayarak karar alımına katılımlarının sağlanması gerekmektedir, bütün bunlar ise sağlık hizmetlerinde “yönetişim” ifadesini zorunlu tutmaktadır (Gürdoğan, 2012a).

Klinik yönetim, “kurum içinde yüksek kaliteli hasta odaklı bakım sunma kabiliyetini yükselten yapısal ve kültürel değişikliklerin oluşturulması için sistematik bir yaklaşım, bir süreç veya bir çerçeve” şeklinde tanım yapılabilir (Bahrami ve ark., 2014).

Klinik yönetim ikliminin “klinikte, iletişim ve etkileşimin hakim olduğu, çalışanların yönetime ortak olduğu, düşüncelerini rahatça ifade edebildiği, doğru davranışların ödüllendirildiği, yanlışlardan ders çıkarıldığı bir ortamın hakim olması” şeklinde tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2018). Klinik yönetişimin yapılmasında ve sağlık hizmetlerinde nitelikli hasta bakımının uygulanmasında örgütsel iklim önemlidir. Örgüt iklimi en fazla onay görmüş haliyle “çevredeki insanlar tarafından dolaylı veya doğrudan algılanan çevresel özellikler, beklentiler ve güdüler kümesi” şeklinde nitelendirilebilir.

Sağlık kurumlarında klinik yönetim ikliminin sağlanmasında en önemli kaynak sağlık personelleri olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesinde temel birey kaynağı hemşire olmuştur (Burton ve ark., 2004). Hemşirelerin olumlu bir klinik yönetim iklimi algısı, sağlık kuruluşlarının performansı ve verimliliği üzerinde pozitif yönde bir etkiye hâkim olmasını sağlar (Siu, 2002).

Çalışma ortamında hasta ile birlikte uzun süreli çalışan hemşireler, çalışma ortamındaki olumsuz şartlardan etkilenen en önemli sağlık çalışanları olarak görülmektedir. İş yükü fazlalığı, çalışma saatlerinin uzun, hemşire-hasta oranının yüksek olması, rol karmaşası, malzeme yetersizliği, yöneticilerden destek görmeme ve iş ortamında çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalma gibi etmenler hemşireler için sağlıksız çalışma ortamını ifade etmektedir (Bauman, 2007). Çalışma ortamı ile ilgili olumsuz birçok etmenler hemşire devir hızını ve hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini doğrudan ilişkili olarak etkilemektedir (Türkmen, 2010). Türkmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin işten ayrılma nedenleri arasında, çalışma ortamında iletişim yetersizliği, otonomi eksikliği, kararlara katılamama ve nitelikli kişilerle çalışmama olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin elde tutulabilirliğini artırmak ve hemşire devir hızını azaltmak için yöneticiler çalışma ortamlarını olumlu hale getirmenin yollarını aramalıdır. Çalışma; hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan sorunların yönetici ve hemşireler ile birlikte belirlenerek strateji geliştirilmesi ve olumlu çalışma ortamlarının oluşturularak hemşirelerin mesleğe kazandırılması yönünden önemlidir.

Bu bilgilerden yola çıkarak araştırma, hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları ve klinik yönetim iklimi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Çalışma Ortamı

4.1.1. Çalışma ortamı kavramı ve tanımı

Çalışma, insanın bir sonuç elde etmek için gösterdiği çabadır (Akbulut, 2000). Ayrıca çalışma, “herhangi bir çalışma ortamında ayrıca her türlü üretim ilişkisi içinde üretim ve yeniden üretim faaliyetinden oluşan kullanım ve değişim değeri bulunan mal ve hizmet üretimidir”. “Üretim araçları, emek gücü ve çalışma ortamı” üretimin temel faktörleridir (Belek, 2001). Çalışma çevresinin olumlu ya da olumsuz bütün değişkenlerinden etkilenebilen çalışanlar için, çevrelerinden saygınlık ve takdir kazandıkları, birey olarak kişisel gelişimlerine ve kendilerine önem verildiğini hissettikleri, tatmin elde ettikleri, “mutlu” oldukları işte çalışıyor olmak büyük derecede önem ifade etmektedir (Samadov, 2006).

Yöneticilerin, çalışanların salt bir üretim faktörü olduğu yönündeki önyargılarından kurtulmaları, çalışan tatminini sağlamak için faydalı olacaktır. Farklı bir deyişle, yöneticiler, çalışanların sadece ekonomik bir varlık olmadığını, aynı zamanda sosyal yönlerinin de bulunduğunu, ekonomik beklentilerinin dışında farklı sosyal ve psikolojik beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak için bir örgütte çalıştıklarını göz önünde bulundurmalıdır. Çalışanların iş tatminlerinin sağlanması aynı zamanda örgütlerin sosyal görevidir (Aktay, 2010).

Çalışma ile ilgili, birey ve davranışlarını etkileyen tüm unsurlar çalışma ortamını ifade eder. Çalışma ortamı kavramı; “fiziksel çevre, çalışma saatleri, iş sağlığı ve güvenliği, ücret gibi konuları içine alan çalışma koşulları kavramını da kapsayan ancak; farklı olarak profesyonel kimlik, anlamlı iş, karara katılma, özerklik, yöneticiler ve diğer meslektaşlarla ilişkiler, etkili liderlik, karşılıklı güven, profesyonel gelişim ve öğrenmenin teşvik edilmesi, fiziksel ve psikolojik güvenlik, etkili iletişim ve ekip çalışması gibi etkenleri barındıran bir kavramdır” (Saygılı, 2008).

Çalışma ortamları bireylerin ekonomik gelir elde etmek amacının yanı sıra, hayalleri, kişisel gelişimleri ve toplumsal sorumlulukları gerçekleştirmelerine

aracılık eden, hayatlarının önemli bir bölümünü sürdürdükleri yaşam alanlarıdır (Yıldırım, 2014).

Birey için çalışma kaçınılmaz olan bir zorunluluktur. Çünkü birey, yaşamı için ihtiyaç olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak mecburiyetindedir. Çalışmak ise hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Fakat bazen kişiler yaptıkları işten ve çalıştıkları ortamdan doğacak nedenlerden dolayı sağlık problemleri ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Parlar, 2008). O yüzden yaşamın vazgeçilmez bir parçası olan çalışma hayatı, bireyin sağlığını her yönden etkileyecek risklere sahiptir (Mollaoğlu ve ark., 2010).

Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. Sağlık; çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkiler. Bugün sağlığın tanımı yapılırken, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumudur deyiminde yer alan “sosyal” kavramı içinde kişinin önce işsiz olmaması, ardından işine uyumu ve sağlıklı bir ortamda çalışması tanımlamaları vardır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamışlardır (Tanrikulu, 2010).

Sağlıklı ve güvenilir çalışma ortamları; “servis faaliyetlerinde hemşirenin yüksek verimle çalışmasını destekleyen, kaynakların bu yönde kullanılmasını teşvik eden ve sağlayan, prosedür, politika ve sistemlerin planlanması sonucunda çalışanların organizasyonel hedeflerine vardıkları, işten doyum aldıkları ve çalışırken motive oldukları ortamlar olarak” bilinmektedir (Shirey 2006; Disch 2002; Lake 2002).

4.1.2. Çalışma ortamı özellikleri

Lake tarafından 2002’de hastane çalışma ortamının beş anahtar özelliği; “hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli

hemşirelik kaynakları, yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri, insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği, hekim-hemşire-meslektaş iletişimi” olarak belirlenmiş ve tanımlanmıştır. Bu özellikler profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen koşulları yansıtmaktadır (Dirik, 2014).

Son dönemlerde hemşireler için sağlıklı çalışma ortamlarının planlanması konusuna büyük önem gösterilmektedir. Olumlu çalışma ortamı esnek çalışma saatleri, liderlik, uygulamaların beraberlik içerisinde yürütülmesi, yeterli iş gücü ve iş yükünün eşitlenmesi, çalışma ortamı sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, profesyonel, öğretici ve destekleyici devamlılığı olan öğrenme ortamlarının oluşturulması, güvenli örgüt kültürü ve ikliminin oluşturulması, karşılıklı sorumluluk alma ve hesap verilebilirliğin desteklenmesi, mali ve maddi kaynakların yeterliliğinin sağlanması gibi temel başlıklarını içermektedir (RNAO, 2008; Baumann, 2007). Hemşireler için olumlu çalışma ortamları; bakım kalitesinin artması, hasta güvenliğinin sağlanması, aynı zamanda sağlık sektöründe çalışanların güvenliğinin ve sağlığının iyileştirilmesi anlamı taşımaktadır (Geiger ve Lipscomb, 2010).

Olumlu çalışma ortamlarının özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Mesleki kimlik ve profesyonellik gelişimi sağlama,
- İş sağlığı ve güvenli bir çalışma ortamı,
- Yönetim ve liderlik tarzlarının gelişimi,
- Öğrenme atmosferi,
- İş doyumu,
- Uygun ekip çalışması,
- Otonomi, kararlara katılımdır (Baumann, 2007).

4.1.3. Çalışma ortamını etkileyen faktörler

4.1.3.1. Hemşire iş yükü

Çalışma ortamında bireylerin sağlığını, performansını ve mutluluğunu olumsuz yönde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. İnsanın yüklenmeye ve zorlanmaya maruz kalmadan, normal güçle görevini yapabilmesi için bireyleri olumsuz yönde etkileyen iş özelliklerinin bilinmesi ve bunların en aza indirgenmesi ya da kontrol

altına alınması gerekmektedir. Bu nedenle çalışma sistemine ilişkin toplam iş yükü seviyesinin belirlenmesi ve bu amaçla çalışma ortamı ve işin özellikleri ile çalışanın fiziksel ve zihinsel yüklenmesine neden olan çalışma özelliklerinin bilinmesi sorunun çözümü için önemli bir adım oluşturabilir. Çalışanın sistemi güvenli ve etkin bir şekilde yönetmesine engel olmayacak seviyedeki iş yükü kabul edilebilir iş yükü olarak belirlenebilir (Jung, 2001).

Dünyada iş gücünün %75'ini geliştirmekte olan ülkeler sağlamaktadır. Bununla beraber çalışma koşulları çok yetersiz durumdadır. Ağır iş yükü, olumsuz çalışma şartları, düşük ücret, uzun çalışma saatleri, iş güvenliğinin yetersizliği gibi çalışanın sağlığını fiziksel ve psikolojik olarak etkileyecek nedenler olarak sayılabilir (Brunette ve ark., 2011).

Hemşirelik hizmetleri özellikleri nedeniyle karmaşık hizmetler olduğu için, hemşirelik iş yüküne etki eden faktörlerin bilinmesi ve tanımlanması çok önemlidir. Hemşirelik iş yüküne etkisi olan faktörler; hasta sayısı, hastaların bakım gereksinimleri, hasta bakımı için yapılan hemşirelik işlemleri, hemşirelerin hasta bakımı dışında gerçekleştirdiği faaliyetler, hemşirelerin kişisel işlere ayırdıkları süre ve hemşirelik hizmetinin zekâ düzeyidir (Ekici, 2016).

4.1.3.2. Geliştirme ve kariyer planlama

Kariyer, bir kişinin tüm çalışma yaşamı boyunca çalıştığı işle ilgili mevkilerden oluşur. Meslek yaşamına belirli bir beklenti ve hedeflerle gelen kişiler, çalışmaya başladıkları andan itibaren, bunlara ne ölçüde ve nasıl ulaşabilecekleri konusunda değerlendirmeler yaparak, ileriye dönük planlamalar yaparlar. Çalışanlar için kurum içinde ilerleyebilecekleri kariyer aşamalarının belirlenmesi gerekmektedir. Kariyer geliştirme ise, çalışanların eğitimi ve mesleki gelişim amacına yönelik bir insan kaynakları stratejisi olarak algılanmaktadır. Kariyer geliştirme, kurumun ileride gereksinim duyacağı nitelikte personeli, zaman içinde yetiştirmesine yönelik faaliyetleri kapsar (Ekici, 2016).

Çalışanların gelişiminin artmasını sağlamak ve mesleki performansını iyileştirmek için örgütlerin kullandıkları yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemde yöneticiler çalışanların kariyer gelişimini destekleyerek kararlara katılımını sağlamakta ve sürekli iyileşmeyi teşvik ederek desteklemektedir (Dargahi ve Seragi, 2007).

4.1.3.3. Sosyal haklar, iş sağlığı ve güvenliği

Çalışma ortamı koşullarının iyileştirilmesi, sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi ile çalışanın sağlığı ve güvenliğini olumlu yönde etkilediği kadar iş verimini de olumlu etkilemektedir. Bu durum çalışanın özel yaşamından görev yaptığı iş çevresine kadar iyilik durumunun kesintisiz sağlanması yönünden çok önemlidir (Parlar, 2008). Hastane çalışma ortamında güvenliği etkileyen pek çok faktör vardır. Yorgunluk, dikkatsizlik, altyapı ve malzeme yetersizliği, bilgi yetersizliği, ihmal vb. pek çok faktör hasta güvenliğini tehlikeye atar. Bu yüzden kurulacak olan sistemlerin tüm bu olumsuzlukların etkisini en aza indirmeyi hedeflemesi gereklidir (Gül, 2010).

4.1.3.4. Uygun fiziki koşullar ve yeterli araç gereç

Çalışan sağlığını etkileyen fiziksel faktörler; gürültü, iyonize ve non-iyonize radyasyon, sıcak ve soğuk etkisi, nem, tozlar, yüksek ve düşük basınç, vibrasyon, aydınlanma ve kas iskelet sisteminin birikimsel zedelenmeleridir (Saygılı, 2008). Yapılan birçok çalışmaya göre, kötü çalışma koşulları, çalışma ortamındaki eksiklikler, malzeme eksiklikleri, yetersiz ücretlendirme ve eğitim eksikliği gibi nitelikler iş tatminsizliğine neden olan temel faktörlerdir ve önemli bir sorun olarak belirtilmektedir (Baumann, 2007). Hemşire iş gücündeki azalmanın en önemli nedeni sağlıksız ve olumsuz iş ortamları ile hemşirelerin olumsuz çalışma şartlarıdır (Aiken ve ark., 2001).

4.1.3.5. Ekip işbirliği, iletişim ve takdir edilme/tanınma

Sağlık hizmetleri birden fazla sağlık profesyonelinin ortaklaşa çalışmasını gerekli kılan özel bir uğraş alanıdır. Sağlık bakım sisteminde birlikte hareket etme ya da işbirliği yaklaşımı, “multidisipliner çalışma, takım çalışması, interdisipliner çalışma, ekip çalışması” gibi tanımlarla ifade edilir. Etkili ekip çalışması, sağlık meslek üyelerinin yeteneklerinden en üst düzeyde yararlanmayı ve her bir disiplinin tanımlanmış, rol, görev, yetki ve sorumlulukları açısından bağımsız işlevleri yerine getirmesini öngörür (Aytolan, 2014).

4.1.3.6. Etkili yönetim ve liderlik

Hemşirelerin bilim ve teknolojiyi çalışma ortamına aktarması, bilgi ve becerilerinden doğru ve etkin şekilde kullanması işteki verimliliğinde etkili olduğu kadar örgütün yönetim anlayışı da büyük önem taşımaktadır (Uysal, 2002).

4.1.4. Türkiye’de sağlık çalışanlarının çalışma koşulları

Sağlık hizmetleri, bir birinden farklı nitelik ve nicelikte birçok meslek grubunun birlikte hizmet sunduğu karmaşık bir yapı olarak tanımlanır. Bu karmaşık yapının işleyişi; kanunlar, yönetmelikler, genelgeler ve genel tebliğler ile organize bir şekilde yürütülmektedir. Genelde sağlık sektörü yapısı içinde “sağlık hizmetleri sınıfı, genel idari hizmetler sınıfı, yardımcı hizmetler sınıfı ve teknik hizmetler sınıfı” olmak üzere dört farklı hizmet gurup bulunmaktadır (Acun, 2014).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının bölgelere göre farklılık göstermekte olduğu anlaşılmaktadır. Az gelişmiş bölgelerde çalışma koşullarının da ağırlaştığı, asgari şartlardan yoksun olmakla birlikte mesleki gelişim ve sürekli eğitim olanaklarının kısıtlı olduğu sonucuna varılmaktadır. Personel yetersizliği ve görev tanımlarındaki belirsizlikler nedeniyle sağlık çalışanları çoğu zaman aldığı eğitime uygun görevlerde çalışmamaktadır. Sağlık çalışanlarının mesleki örgütlenmesinde de eksiklikler vardır. Bütün bu faktörler, sağlık sektöründe normal koşullarda bile stresli ve ağır olan çalışma koşulları daha da zorlaştırdığı anlaşılmaktadır (Durgun, 2014).

Sağlık çalışanları görevini yerine getirirken, ağır ve yoğun iş yükü, fiziki ortam yetersizliği, araç gereç eksikliği, vardiya sistemi ve gece çalışması, düşük ücret, yönetimsel sorunlar, organizasyon atmosferi, personel eksikliği, insan psikolojisini olumsuz etkileyen birçok hastalıklar ve ölümler çalışma hayatını ciddi şekilde etkileyen başlıca unsurlardır. Bütün bu unsurlar, sağlık çalışanlarının stresli ve ağır olan çalışma koşullarını daha da zorlaştırmaktadır (Acun, 2014).

4.1.4.1. Personel politikası

Türkiye’de kamu alanında sağlık kuruluşlarında hekim ve personel çalıştırılması, çoğu zaman, devlet memuriyeti yasalarıyla düzenlenmektedir (Durgun, 2014). Kaynakların etkili ve verimli kullanılması, kaynak israfının önlenmesi ve sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyacını karşılar nitelikte olabilmesi için, insan gücü planlamasına ihtiyaç vardır. Bugün sahip olduğumuz iş gücü, geçtiğimiz yıllarda pek çok kişi ya da kuruluşça alınan, büyük ya da küçük ölçüdeki kararlar doğrultusunda sürdürülen planlama çabaları sonucunda oluşmuştur. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının kamu kaynakları ile yetiştirilip devlet imkânları dâhilinde istihdam edilmesi nedeniyle, bu planlama çalışmaları önemli ölçüde kamu tarafından yapılmıştır. Sağlık insan gücü planlamasında, eğitim ve sağlık otoritelerinden, hangi nitelikte ve ne sayıda çalışana ihtiyaç duyulduğu, bu personelin dağılımı ve görevleri konusunda kararlar almaları beklenmektedir. İnsan gücü planlaması, bu kararların doğru alınmasını, zamanında ve olması gereken şekilde gerçekleşmesini sağlamalıdır. Gerçekçi olmayan veya yetersiz planlamaların yapılması, sistemin üretkenliğini azaltmakta, işleyişini ciddi olarak bozmakta, maliyeti arttırmakta, kaynakların dengesiz dağılımına neden olmaktadır. Tüm bunların sonucunda toplumun ihtiyaç duyduğu yerde, zamanda ve hak ettiği nitelikte sağlık hizmeti alması güçleşmektedir. Bu gerekçeler göz önüne alındığında, gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insan gücü planlarının yapılması bir zorunluluk haline gelmektedir (Solak, 2014).

4.1.4.2. Sağlık çalışanlarının çalışma süreleri

Sağlık Bakanlığı son yıllarda, sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde eşit bir şekilde verilebilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte insan gücü istihdamı, bölgeler arası dengesizliklerin azaltılması ve sağlık kurumlarının doluluk oranlarının artırılması konularındaki faaliyetlere önemle yer vermektedir (Saygılı, 2008). Hemşireler için geçen kanunlardan, 30 Temmuz 2010 tarihi itibarıyla sağlık personelinin haftalık çalışma süresinin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99 uncu maddesi uyarınca haftalık 40 saat olarak uygulanması gerekmektedir (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

4.1.4.3. Nöbet çalışması ve fazla çalışma

Sağlık sektöründe hizmetin gereği olarak kaçınılmaz olan nöbet ve vardiya çalışması için pek çok ülke mevzuatında, sağlık çalışanlarına yönelik ilave ödemeler (ikramiye veya yüksek maaş) veya ek izinler (nöbet veya vardiya izni ya da haftalık çalışma süresinin kısaltılması suretiyle) şeklinde denkleştirme yapılmaktadır ve bu haklar ya yasal ya da toplu sözleşmelere dayanan hükümlerle teminat altına alınmıştır. Ülkemizde hem nöbet hem de vardiya çalışması uygulanmakta olup, tarifini yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde bulur. Sağlık sektöründe, eğitim hastanelerinin klinik şefleri ve yardımcıları hariç hemen hemen bütün personelin nöbet sorunu vardır. En çok etkilenenler asistan hekimler, sağlık memurları, hemşireler ile lâboratuar ve röntgen teknisyenleridir (Saygılı, 2008).

4.1.4.4. İcapçılık usulü

İcapçılık usulü görevlendirme, sağlık personelinin genellikle normal çalışma süresi dışındaki sürelerde, gece veya gündüz, bulunduğu yerden her an çağrılabilceği şekilde göreve hazır beklemesidir. Bu usül yataklı tedavi kurumlarında yaygın olmasına rağmen, nüfusu az olan kırsal kesimlerde ve büyük sağlık merkezlerinden uzakta bulunan yerlerde de söz konusu olabilmektedir. Bu durum genellikle uzman hekimler, eczane, radyoloji ve röntgen, klinik laboratuarlar, elektrik ve elektronik aletlerin bakımı ve ambulans hizmetleri gibi destek hizmeti veren personeli de kapsar (Nalbant, 2006).

4.1.4.5. Sağlık çalışanlarının ücret durumu

Devlet hastanelerinde veya diğer kamu kuruluşlarında çalışan kamu görevlilerine ödenen ücret ödemelerinin başında, aylık maaş ödemeleri gelmektedir. Aylık maaş ödemeleri devlet memurlarının bir kadroda bulunma ve bu kadronun gerektirdiği hizmetin ifa edilmesinin karşılığı olarak peşin ödenen tutardır. Kamu çalışanlarının çalışma süreleri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun çalışma saatleri ve izinler başlıklı 5. bölümünde düzenlenmiştir. Maaş ve Ücretler ise, Devlet Memurları Kanununun Mali Hükümler başlıklı V. Kısımında kamu çalışanlarına

ödenecek olan maaş ve tazminatlara ilişkin ayrıntılı düzenlemeler yapılmıştır. Devlet hastanelerindeki sağlık çalışanları ve diğer kamu görevlilerine ödenen ücretin başında aylık maaş ödemeleri gelmektedir. Aylık Maaş Ödemeleri; Özel Hizmet Tazminatı, Taban Aylık, Kıdem Aylık, Ek Gösterge, Yan Ödeme, İkinci Görev Aylığı ve Aile yardımı, Çocuk yardımı, Yabancı Dil Tazminatı, gibi sosyal ödemelerin toplamından oluşmaktadır. Aylık maaş ödemeleri, bir çok bileşenden oluşması nedeniyle kompleks bir görünüm arz etmektedir (Ertekin, 2012).

4.1.5. Çalışma ortamı ve hemşirelik

Çalışma ortamı bütün iş bölümlerinde önemlidir. Fakat konu insan sağlığı olunca hem hasta için hem de çalışan için çok önemlidir. Sağlık sektörü hata kabul etmez, çünkü her hatanın sonucunda insan sağlığı vardır. Bundan ötürü sağlıkta yapılan yanlışın geri dönüşümü hem hasta ve yakınlarını hem de sağlık çalışanını mağdur edebilmektedir (Durgun, 2014). Sağlık sektörüne ait çalışma ortamları iş yaşam kalitesi yönünden elverişli kurumlar arasında sayılamaz ve sağlık dışındaki iş birimlerine göre bu kurumlarda kaliteli yaşam koşullarının sağlanması daha zordur (Yıldırım, 2014).

Sağlık kurumlarının sektör içerisindeki başarısı, insan unsurunun çok yönlü ve karmaşık yapısının iyi anlaşılmasına ve bu yapıya uygun çalışma ortamının oluşturulmasına bağlıdır. Bireylerin özellikleri, istekleri, beklentileri, ihtiyaçları vb. açılardan birbirinden farklı olduğu için, iş koşulları da zaman, fiziki ortam, gruplar, sosyal imkânlar, yönetim tarzı gibi değişik durumlara göre farklılaşabilmektedir. Sağlık hizmeti sunulan ortamlarda, diğer iş gruplarına göre, kaliteli iş yaşam koşullarının sağlanması oldukça zordur (Yıldırım, 2009).

Güvenli, nitelikli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunulması sağlık çalışanlarının kapasitesine ve performansta mükemmelliği destekleyen bir çalışma ortamına bağlıdır. Sağlık çalışanları çalışma ortamı içindeki durumlarından memnun olduklarında enerjilerini hasta bakım kalitesini artırma yönünde yoğunlaştırabilirler. Özellikle hastanelerde çalışma ortamının sağlık çalışanları ve hasta yararına tedavi edici bir ortam özelliği taşıması gerekmektedir. Birçok ülkede sağlık sektöründe süren yetersiz yatırım, çalışma koşullarının kötüleşmesi ile sonuçlanmıştır. Bu durum

sağlık çalışanlarının istihdamı ve işte tutulması, sağlık kurumlarının performansı ve üretkenliği ve hastalardan alınan sonuçlar üzerinde ciddi bir olumsuz etki yapmıştır. Eğer ulusal ve uluslararası sağlık amaçlarına ulaşılabilecekse, olumlu çalışma ortamları tüm sağlık sektöründe oluşturulmalıdır (Saygılı, 2008).

Sağlık hizmetlerinde, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı; “var olan belirli politika, işlem ve sistemler yoluyla çalışan kişilerin kurumsal amaçları tanıyabilecekleri ve kişisel memnuniyetlerini kazanabilecekleri şekilde planlanan ortamlardır”. Ayrıca sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı, bireye bütün yönleriyle destek veren, hasta merkezli ve memnun edici bir ortamdır (Shirey, 2006).

Sağlık organizasyonlarındaki yapısal değişikliklerle birlikte Uluslararası Çalışma Örgütü (International Council of Nurses ILO) 1970’li yılların başlarında “Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH), Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (Occupational Safety & Health Administration OSHA), Amerikan Hastaneler Birliği ve sağlık sendikaları” ile birlikte her çalışan bireyin hakkı olduğu kadar sağlık çalışanlarının da “sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı” ve “sağlıklı olma hakkı” bulunduğu değinmiştir. Ayrıca bireyin bu haklarından faydalanmasının en önemli yollarından birinin de hastanelerde ilgili birimlerin kurulması gerektiğini belirtmiştir. (Özkan, 2006).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) 2006 ve 2007 yılı temalarında sağlıklı çalışma ortamları üzerinde durmuş ve 2006 yılı teması “güvenli ortam ve güvenli istihdam” iken 2007 yılı hemşireler günü temasında ise “olumlu uygulama çalışma ortamı” konularına odaklanmıştır. 2007 temasında Sağlık organizasyonlarında güvenli çalışma ortamının hasta ve çalışan güvenliğine önemli girdiler sağladığı ve olumlu hasta sonuçlarını desteklediği belirtilmiştir (<http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>, Erişim tarihi: 17 Mayıs 2017; Baumann, 2007). Aynı zamanda sağlıklı ve güvenli hale getirilmiş çalışma ortamları, çalışanların performansını da olumlu etkileyeceği gibi çalışan bireyin sosyal hayatından hizmet verdiği çalışma ortamına kadar iyilik durumunun sürdürülmesinde önemli bir etkidir. Güvenli, verimli ve nitelikli sağlık hizmetlerinin sunulması, organizasyonun kapasitesine ve performansta mükemmelliği kabul gören bir çalışma ortamına bağlıdır (Bingöl, 2015). Ayrıca Uluslararası Hemşireler Konseyi, ulusal ve uluslararası sağlık hedeflerine

ulaşılmasının, tüm sağlık örgütlerinde olumlu çalışma ortamlarının oluşturulması ile mümkün olacağını belirtmektedir (<http://www.icn> , Erişim tarihi: 17 Mayıs 2017).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklı kılan temel faktörlerin en başında, kullanıcının ihtiyacını belirleyen konumda olması gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine ait özellikleri nedeniyle bakım şekliinden kaynaklanan yetersizlik ve hataların ortaya çıkarabileceği insan yaşamı ile alakalı önemli çıktılar, sağlık sektöründe kaliteli bakım kavramının etkisini yükseltmektedir. İşinde uzman olan birey gücü ve ileri düzey teknoloji, sağlık hizmet sektörünü en güçlü çalışma alanları haline getirmektedir. Fakat yeterince önlemler alınmadığında, birden fazla hasta çeşidi, uygulanan bakım süreçleri ve karmaşık teknoloji sağlık sektörünü çalışma ortamı konusunda riskli bir duruma sokmaktadır (Sezgin, 2007). Dünyada sağlık hizmetlerinin verildiği kuruluşlarda hizmetin verileceği çalışma ortamları güzel ve en modern şekilde oluşturulmalıdır. Hastanelerdeki çalışma ortamları hem hizmet verilecek hastayı hem de çalışanı her açıdan memnun edebilecek belirli ölçülerde olmalıdır. Bu ölçüler kapsamında gelişmiş teknoloji, yönetsel ve tıbbi hizmetler olmalıdır. Sağlık alanındaki gelişmeler sağlık hizmetleri yönetimi açısından uygun ve olumlu çalışma ortamı hazırlanmasına katkıda bulunur. Bu durum sağlık personellerinin istihdamına, çalışan sirkülasyonunun azalmasına, sağlık kurumlarının üretken ve performansıyla beraber hastaların memnuniyetine yol açmaktadır (Durgun, 2014).

Sağlık hizmetleri hasta bireylerin çıkarlarını koruyup müşteri odaklıdır. Fakat hastane ortamının özellikleri nedeniyle kullanılan teknoloji, sağlıksız iş gücü, ekip iletişimi, olumsuz tıbbi süreçler, karmaşa gibi faktörlere bağlı istenmeyen vakalarla karşılaşmakta, çalışanlar ve hastalar bu durumdan zarar görmektedir. Hastanelerdeki bu olumsuz faktörler, hasta ve çalışanlar açısından çeşitli riskler içermektedir (Parlar, 2008; Yavuz, 2014).

Sağlık hizmetleri ülkemizde meslek hastalıkları ve iş kazaları açısından riskli bir sektördür. Çünkü çalışma ortamı sağlık personeli için, çeşitli kimyasal zararlıların, her türlü patojen mikroorganizmaların, tıbbi cihazların, iyonlayıcı ışınların ve elektrik gibi fiziksel unsurların bulunduğu ve iş kazaları ve meslek hastalıkları riskinin yüksek olduğu bir ortamdır. Sağlık çalışanları özellikle

hemşireler, çalışma ortamına bağlı sağlık sorunlarının en fazla saptandığı çalışan gruplardan birini oluşturmaktadırlar (Taşçıoğlu, 2007). Doğrudan bireye hizmet veren, hizmetin kalitesinde insan sağlığı etmeninin çok önemli bir konuma sahip olduğu mesleklerden en önemlisi olan hemşirelikte, güvenli, verimli ve nitelikli sağlık hizmetinin sunulması, hemşirelerin kapasitesine ve performansta kaliteyi destekleyen çalışma ortamının ve sağlık sektöründe sağlık hizmeti sunan hemşirelerin, her yönden iyilik halinde olmaları ayrıca bu iyilik halinin korunmasına bağlıdır (Sezgin, 2007).

Hemşireler çalışma ortamındaki olumsuz şartlardan etkilenen en önemli sağlık çalışanları olarak görülmektedirler. Hemşireler, çalışma koşulları ve çalışma ilişkilerinden kaynaklanan, Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AİDS), hepatit B virüsü(HBV), tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklar gibi biyolojik, aydınlatma, gürültü ve iyonizan radyasyon gibi fiziksel, anestezi maddeler, civa, farmasötik maddeler, sitotoksik ilaçlar ve sterilize edici maddeler gibi kimyasal, uygun olmayan çalışma ortamı dizaynından kaynaklanan ergonomik, ilaç-alkol madde bağımlılığı, stres, tek başına çalışma ve vardiyalı çalışma gibi psikososyal, düşük ücret, lojman-kreş vb olanaklarının olmayışı vb. gibi sosyal güvenlik ile ilgili pek çok riskle-sağlık sorunu ile karşı karşıyadırlar (Bostan ve Köse, 2011).

Sağlıklı çalışma ortamı, en yüksek performansı amaçlayan ve hemşireleri meslekte tutabilmek ve mesleğe bağlayabilmek için oluşturulan çalışma ortamıdır. Hemşirelerin nitelikli hemşirelik bakımı ortaya koyabilmeleri için, çalışma ortamlarının hemşireleri destekleyecek özellikleri bünyelerinde barındırmalarıyla mümkün olabilmektedir (Güven, 2010).

Uygulama ortamlarının hemşire ve hasta sonuçları üzerine etkilerinin analizi sonucu, çalışma ortamının iş memnuniyeti ile bakım sürecini olumlu etkilediği, mortaliteye ilişkin riskleri ise azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Kaliteli ve güvenli bakım için eğitim desteğinin yanısıra hemşire sayı yeterliğinin sağlanması ve beraberinde çalışma ortamı bileşenlerinin de değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Aiken ve ark. 2008).

Ülkemizde sağlık personelinin çalışma koşulları hemen her yerde ağırdır. Mesleki risklerin en aza indirgenmesi, meslekle ilgili hastalık ve sakatlanma durumunda tazminat ve güvence konularındaki düzenlemeler yetersizdir. Var olan fiziki ortam birçok yerde yetersizdir. Mesleki gelişme ve sürekli eğitim olanakları kısıtlıdır. Tüm bu ve benzeri etmenler sağlık alanında “normal” çalışma koşullarını daha da zorlaştırmaktadır. Bu durumda sağlık personelinin iş doyumunu yüksek tutmak ve verilen hizmetin kalitesini korumak önemli bir yönetim sorunudur (TBB, 2008).

Sağlık personelinden beklenen kaliteli hasta bakımı ve tedavisi için gerekli olan en önemli ihtiyaç güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı planlamaktır. Sağlıklı bir çalışma ortamı gerçekleştirilmeden sağlık çalışanlarından kaliteli bir hasta bakımı ve dolayısı ile istenilen hasta, hemşire ve kurum çıktılarını ulaştırmayı istemek uygun olmayacaktır (Saygılı ve Çelik, 2011). Ülkemizde yapılması gereken en önemli çalışma planlamalarından biri de hemşireler için güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı oluşturmaktır. Kocaman ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada “Türkiye’de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartları” şu başlıklar altında söz edilmiştir: “Hemşire iş yükü, sosyal haklar-iş sağlığı ve güvenliği, geliştirme ve kariyer planlama, ekip işbirliği-iletişim-takdir ve tanınma, uygun fiziki koşullar ve yeterli araç gereç, etkili yönetim ve liderlik” dir (Kocaman ve ark.,2018).

Türkiye şartlarında hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan birçok olumsuz faktörün etkisi ile yoğun iş ağırlığına sahip stresli bir meslek grubu olarak kabul görmektedir (İlhan, 2014). Hastanelerde çalışan hemşirelerin iş yükü, hasta bakım ve tedavi için gerekli süreyi etkileyen durumları araştırmak için yapılan çalışmalar ortaya koymuştur ki; çalışanların bir mesai gününde iş yükünün, hasta bakım ve tedavi süresinin; hemşirenin görev esnasında beceri ve bilgisi, servisteki günlük hasta sirkülasyonu, serviste yatan hasta yoğunluğu, hastaya uygulanan tedavinin niteliği, ağır bakım gerektiren hasta sayısı, kurumun çalışma şartları, malzeme eksikliği, servisteki doktor sayısı, servisin elverişliliği, hasta ve ailelerinin beklentileri, hemşirenin sorumluluğu haricinde yüklenmiş olduğu ek işlerin ağırlığı ve klinikte yürüme mesafesi gibi konularla ilgili olduğu bulunmuştur (Ekici, 2013).

4.2. Klinik Yönetişim İklimi

4.2.1. Yönetimden yönetişime

Yönetim bireye dair bir kavram olup bireylerin toplu halde yaşamalarıyla birlikte ortaya çıkmıştır. İnsanların bireysel amaçlarını bir kenarda bırakıp ortak amaçlara yönelmeleri başka bir ifade ile belirli bir hedefe birlikte ulaşma, başka bireylere iş yaptırma, bireylerin yardımını sağlama ile mümkündür (Tuncer ve Ark. 2016). Yönetim birçok bilim dalına göre farklı tanımlar almıştır. Ekonomistlere göre yönetim; “doğa, emek, sermaye ve bilgi gibi üretim faktörlerinden biridir”. Sosyologlara göre yönetim; “statü ve saygınlık sistemidir”. Maslow’a göre yönetim kelimesi akvaryumdaki su gibidir. Yönetimde tıpkı sudaki balıklar gibi farkında olmadan aslında her zaman içinde yaşamımızı sürdürdüğümüz, varlığını ise ancak yok olduğu zaman anlayabildiğimiz kavramdır. En yalın ifadeyle “ yönetim, grupların belirli amaçlarını gerçekleştirebilmesi için yürütülen faaliyetler topluluğu” olarak tanımlanmıştır. Yönetim ortak amaçların saptanması, bu amaçlara ulaşmak için insanların organize olması, insanların motivasyonunun sağlanması ve amaçları gerçekleştirmedeki başarının kontrol altına alınması gibi sistematik bir süreci kapsamaktadır (Saruhan ve Yıldız, 2017).

“En eski sanat en yeni bilim” olarak belirtilen yönetim, insanlık var olduğundan itibaren devam eden bir kavramdır. Yönetim kavramı geçmişten bugüne kadar sürekli değişime uğrayarak gelen bir yol izlemiştir. Tarihsel süreçte sanayi devrimi, bilgi ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler, dünya savaşları, insanı merkeze oturtan ve bireyi önceleyen yeni felsefeler, gittikçe artan, çeşitlenen, karmaşıklaşan örgüt ve küreselleşme, ayrıca işgücü yapısı yönetim kavramını değiştirmeye zorlamıştır. Bu gelişme ve değişimler, yönetim kavramının evriminde önemli rol oynamıştır. Çünkü bu gelişme ve değişimlere uyum sağlamak için insanlar her zaman yeni yönetim yaklaşımları ve teorileri üretmiştir (Memduhoğlu ve Yılmaz, 2017).

Bilindiği gibi literatürde yönetim kavramını “management” karşılığı olarak kullanmakta, çoğunlukla “başkaları vasıtasıyla iş görmek” olarak tanımlanmaktadır. Yönetişim ise “başkalarıyla birlikte iş görmek” anlamı taşımaktadır. Bu haliyle

etkileşimli bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Yönetişim kavramsal olarak yönetimden daha geniş bir çerçeve oluşturmaktadır. Yönetişim, insanlar ve kurumlar arasındaki yüksek etkileşimi içeren bir karar verme ve sonuç alma sürecidir (Saruhan ve Yıldız, 2017). Yönetme görevi olanlarla yönetilenler hedefi birlikte belirleyip, bu hedefe tek vücut olarak yönelmektedirler. Sonuçta ortaya çıkan başarı ekibin elde ettiği bir sonuç olup, tek yönlü gerçekleşen yönetimden daha gerçekçi bir yapı kazanmaktadır (Fidan, 2011). Günümüzde bireylerin yönetimi, onların rızasını almakla ve ikna etmekle, ortak katılımı sağlanmaktadır (Aytürk, 2014). Bütün çalışanlar sadece işlerini yapmakla kalmayıp örgütün yönetimine, örgütle ilgili tüm kararların görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına kendisinin de dahil edilmesini istemekte ve konuyla ilgili fikirlerinin sorulmasını arzu etmektedirler (Eren, 2017). Bu istekler ve değişimlerin sonucunda, birlikte yönetim anlamında olan yönetişim kavramı ortaya çıkmıştır (Bayramoğlu, 2018). Yönetişim ile birlikte, yönetim tanımının içeriği değişmiş, etkileşim ve iletişim ile birlikte yönetim haline gelmiştir (Cihangiroğlu ve ark., 2016).

4.2.2. Yönetişim kavramı ve tanımı

1980'li yılların sonlarına doğru önem kazanan yönetişim kavramı “yönetebilme sıkıntılarına karşılık olarak doğan, yönetime göre daha geniş kapsamlı olarak insan hakları, özgürlükler, demokrasi, katılımcılık, etkinlik, hukukun üstünlüğü, saydamlık unsurlarını içinde bulunduran, küreselleşmesi devam eden dünyanın sorunlarına ortak çözüm yolları arayan, devam ettirilebilir büyüme ve kalkınmanın saçı ayağı olan bir kavram” olarak bilinmektedir (Canıkalp, 2015a).

Yönetişim, dünyada yaşanan bilgi, değişim, rekabet ve yenileşme sürecinde meydana gelen yeni yönetim modellerinin, yeni arayışların sonucu olarak tesadüfen değil ancak bilinçli bir şekilde uygulamaya sunulan bir eylemdir. İlerleyen teknoloji ve küreselleşme olgusunun bütün dünyaya yayılması ile beraber, günlük hayatımızın her aşamasında karşımıza gelen, konuşulan, yazılan bilindik bir sözcük olarak kelime hazinemizde yerini almıştır (Zeybek, 2005). Kültürel yönetim algısında yönetenler ile yönetilenler arasındaki iş ilişkisi monolitik ve tek taraflı bir iş ilişkisi iken yönetişimde ise çok yönlü ve daha aktif bir iletişim biçimi geçerli olmuştur

(Balı, 2006). Yönetim ve iletişim kelimelerinin birleşiminden oluşan yönetim kavramı, yönetim uygulamalarının açık ve şeffaf olması, iletişim yoluyla toplumun her kesimine bilgi verilmesi olarak tanımlanabilir (Ekici, 2013). Tıpkı genelde insan ilişkilerinde olduğu gibi, çalışma ortamında da bireyler karşılıklı olarak gizli veya açık görüşlerini dans ettiriyorlarsa, o takdirde “ yöneten ve yönetilenler” gibi yapay bir kutuplaşma yerine, bireylerin karşılıklı yönetim, yani, yönetim içinde oldukları anlayışı daha gerçekçi olacaktır (Özer, 2003).

Kapsamlı bir tanım yapmak gerekirse yönetim, “örgütsel amaçların mükemmel olarak gerçekleştirilmesi için güçlendirilmiş kişilerin, ortak çıkarları kişisel çıkarlarının önüne alarak davrandığı, iletişim ve etkin bilgi paylaşımı, karşılıklı güven ve şeffaflığı benimsemiş, müşterek karar verebilen, duygusal zekâsı yüksek, empatik, proaktif ve sinerjik davranarak gerçekleştirilen örgütsel etkinlikler” şeklinde tanımlanabilir (Fidan, 2011).

Yönetim, örgütlerin karar alma süreçlerine hangi tarafların dâhil olacağı ve bu sürece dahil olanların sorumluluk ve sınırlarının belirlendiği gözlenmesi oldukça zor ve karmaşık bir süreci kapsar. Fakat yapılmış olan anlaşmalar, takip edilen prosedürler, yürütülen politikalar veya gerçekleştirilen toplantılar, örgüt içinde otoritenin hangi tarafta olduğu, kararlara hangi tarafların dahil edildiği , kararların ne şekilde alındığı ve sorumlulukların nasıl paylaştırıldığına ilişkin fazla olmasa da bilgi sahibi olunmasına imkân verilmektedir (Graham ve ark., 2003).

Kurum ve kuruluşlarda yönetici pozisyonundaki kişiler görev aldıkları kurum adına karar verebilen, kurumu organize eden ve işe ait bütün kaynakların kullanılabilme şeklini belirleyen yönetici kimliği ile yönetimin odak noktası konumunda bulunmaktadır. Yönetime ait davranışların belirlenmesi ile beraber örgütsel iletişimin hangi türde ve hangi algı doğrultusunda işlevsellik kazanacağını da yine yönetici belirlemektedir. Bu yüzden yöneticiler, hem insan davranışları, hem de yönetim bilimi ve iletişimle ilgili konularda yeterli donanımı sahiplenmiş olmalıdır (Zeybek, 2005). Ayrıca yönetim, şeffaflık ve hesap verebilirlik gibi konularda yasal düzenleme yapmayı şart kılmakla birlikte, bireyler tarafından meşruiyeti kabul edilen, verimli ve oldukça güçlendirilmiş bir örgütün berrak bir yönetim sergileme yeteneğine sahip olmayı da gerekli kılmaktadır (Saeed, 2018).

4.2.3. Yönetişim ilkeleri

Yönetişim kavramının anlamlarına yorum yapmak için yönetim ilkelerinin bilinmesi ve bunların anlaşılması önemlidir. Yönetişim kavramı ile ilgili ortaya çıkan ilkeler aşağıda açıklanmıştır (Tuncer ve ark., 2016);

4.2.3.1. Meşruiyet (Legacy)

İlkenin öngördüğü düşünceye göre yönetim, çalışanların yönetimi kabullenmesi, benimsemesi ve yönetim tarafından konulan kuralların ve yönetsel süreçlerin net bir şekilde belirlenmesini öngörmektedir (Tuncer ve ark., 2016).

4.2.3.2. Hesap verebilirlik (Accountability)

Kamu yetkililerinin, kamu kaynaklarının nasıl kullanıldığı, bütçelendiği ve raporlandığı konularında sorumlu olması ve gerektiğinde hesap verebilmesidir (Toksöz, 2008). Bu ilke kurum içinde ve dışında yapılan tüm işlerin yasalara, kurum içi düzenlemelere ve etik ilkelere uygunluğunun sağlanması ve bunların denetlenmesi anlamına gelmektedir (Şen, 2017). Hesap verebilirlik, vatandaş–yönetim ilişkilerindeki değişime bağlı olarak kamu politikalarının belirlenmesi ve uygulanması sürecini, vatandaşların bilgi alma ve incelemesine açık olması gerekmektedir. Alınan kararların kimler ve hangi kurumlarla ilgili olduğunun açıkça gösterilmesi de bu kapsamda değerlendirilmesi önemlidir (Tuncer ve ark., 2016).

4.2.3.3. Etkinlik/ Etkin Yönetim (Efficiency)

Örgütsel başarının değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntemlerden biri etkinliğin ölçümüdür. Kurumların amaçlarını gerçekleştirmek için mevcut kaynaklarını etkin şekilde yönlendirilmesi gerekmektedir. Çalışan tatminini sağlayabilmek için kaynakların en uygun şekilde düzenlenerek hizmetin en kısa zamanda sağlanması gerekir (Saruhan ve Yıldız, 2017). Kurumların amaçlarına ulaşabilme derecesini anlatan etkinlik kavramı, kamu yönetimi açısından kamusal hizmetlerin ve imkânların vatandaşlara eşit bir şekilde ulaştırılabilir olması ve onların bundan memnun kalma düzeyi ile doğru orantılıdır. Bu ilkenin hayata geçirilebilmesi için açıklık, sorumluluk, katılım vb. diğer yönetim ilkelerinin katkıda bulunması gerekmektedir (Tuncer ve ark., 2016).

4.2.3.4. Öğrenmeye dayalı yönetim (Learning organisation)

Yönetişim yaklaşımının yönetsel süreçlerinin işleyişinde bilgi kullanımının önemi üzerinde durmasından kaynaklanan bir ilkedir. Çalışanın çok yönlü olarak bilgi sahibi olması sayesinde, daha şeffaf ve yolsuzlukların olmadığı bir kamusal hizmet anlayışının yerleşeceği öngörülmektedir (Tuncer ve ark., 2016). Yönetici çalışanlara yaptıkları işlerle ve yaşadıkları sorunları çözmekle ilgili karar verme yetkisini devreder. Çalışanların işlerini daha iyi yapmaları için araştırma yapmaları, yeni fikir ve öneriler geliştirerek uygulamaya aktarmaları için onları güçlendirir (Ekici, 2013).

4.2.3.5. Bilginin Kullanılabilirliği (Coordination)

Yönetici öncelikle takım arkadaşları ile etkin bir iletişim içerisinde olmalı ve sahip olduğu bilgileri cömertçe paylaşmalıdır (Fidan, 2011). Yönetişime dâhil aktörlerin bilgi alışverişi ve etkileşim yoluyla daha uyumlu hale gelmesi, “güvenli bir bilgi akışı” ile gerçekleşecektir. “Koordinasyon” veya “eşgüdümleme” ilkesi, politika oluşturma ve uygulama süreçlerinde görüş birliği ve uyumun sağlanmasını öngörmektedir. Böylece hizmetlerin sunumu ve hizmet sunumunun hedef kitlesi olan vatandaşların beklentilerinin karşılanması sağlanmış olacaktır (Tuncer ve ark., 2016).

4.2.3.6. Eşitlik ve Dürüstlük (Equality and Fairness)

Kararların eşitlik, doğruluk ve tarafsızlık gibi etik davranış standartlarına dayanması gerektiğini savunan adalet yaklaşımı aynı zamanda yasalar alanına da yakın konumda yer almalıdır (Ülgen ve Mirze, 2018). Eşitlik ilkesi ortak bir hedef etrafında herkese eşit düzeyde hak ve sorumluluk verilmesi, onlara eşit fırsatlar sunulması, herkesin sorumlulukları eşit bir şekilde üstlenmesi ve tabi olunan kuralların herkese açık ve net bir biçimde uygulanmasıdır (Yılmaz, 2010).

4.2.4. Klinik yönetim

Yönetişim kavramı, “hukuk, ekonomi, siyaset, kamu yönetimi, işletme gibi” birçok farklı ve geniş alanda kullanılan ve yönetim zihniyetine zarar vermeden çok sayıda anlam yüklenen kavramdır (Sobacı, 2007). Her alanda tanım bulan yönetim kavramı, teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı ve birçok profesyonel meslek

grubunun aynı amaca yönelik ekip halinde çalıştıkları hastanelerde de tanımlanmaktadır (Gürdoğan,2012a). Sağlık hizmetlerin de yönetim gerek makro planda ülkelerin sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olsun gerekse mikro planda sağlık kurumlarının kendi iç işleyişlerinde olsun büyük öneme sahiptir (Cihangiroğlu, 2014). Çünkü “ Kaliteli sağlık bakımının sunulabilmesinde, hasta ve çalışanlar için olası risklerin belirlenerek çözüm yollarının bulunması, kaynakların etkili ve verimli kullanılması, çalışanların kişisel ve mesleki gelişimlerin desteklenerek kararlara katılımının sağlanması “ sağlık hizmetleri için yönetim kavramını önemli kılmaktadır (Gürdoğan, 2012a). Yönetim kavramı sağlık organizasyonlarında kalitenin iyileştirilmesini ve devamlı yükseltilmesini aynı zamanda klinik bakımı geliştirecek güzel bir çevrenin oluşturulmasını sağlamış ve “klinik yönetim” tanımını almıştır (Halligen, 2001).

Klinik Yönetim, sağlık organizasyonlarında tıbbi hizmet kalitesinin devamlı yükseltilmesi ve tıbbi bakımda mükemmeliyete ulaşmak için gerekli yönetsel alt yapının sağlanmasıdır. Klinik yönetim, hasta bakımı üzerinde etkisi olan tüm aktiviteleri entegre etmeyi amaçlayan, bakım kalitesini ve güvenlik standartlarını sürekli iyileştirmede hekim ve hemşirelere yardım eden yaklaşımdır. Başka bir deyişle klinik yönetim yüksek hasta bakım standartlarını koruma ve iyileştirmeye yardım eden tüm faaliyetler için kullanılan bir şemsiye kavramdır (Freeman, 2003) .

Klinik yönetim; “ kurum içinde yüksek kaliteli, hasta odaklı bakım sunma kabiliyetini yükselten yapısal ve kültürel değişikliklerin oluşturulması için sistematik bir yaklaşım, bir süreç veya bir çerçeve “ olarak tanımlanabilir (Bahrami, 2014). Klinik yönetim, sağlık profesyonellerinin kalite geliştirme çabalarına öncülük etmesini, uygulamaların kanıta dayalı olmasını ve sistematikleştirilmiş bakım süreçleri oluşturmayı kapsayan bir takım çalışmasıdır. Bu nedenle, klinik yönetim sağlık profesyonelleri açısından bakım verme sisteminin iyileştirilmesi ve bakımın uygulanması olarak iki rolü ifade eder (Gauld ve Hoursburg, 2014).

İlk kez 1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından kullanılan Klinik Yönetim terimi sağlık hizmetlerinin dört önemli boyutu üzerinde durmaktadır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır (Som, 2004).

Profesyonel performans: Performans, görev çerçevesinde önceden belirlenen ölçütleri karşılayacak biçimde, görevin yerine getirilmesi ve amacın gerçekleştirilmesi yönünde ortaya konan mal, hizmet ya da düşünce iken profesyonel performans, ortaya konan hizmetin bilen kişiler tarafından karşılanmasıdır (Helvacı, 2002).

Kaynak tahsisi: Bir ülkede üretim amaçları çerçevesinde gerçekleştirilmemesi istenen kıt kaynakların, girdi bazında kullanım önceliklerinin saptanmasıdır. Bireysel hasta bakımına ilişkin kararlarda konu ile ilgili yapılmış en güncel ve iyi kanıtların gözden geçirilerek hastanın tıbbi gereksinimine en uygun olanın seçilmesi ve bu şekilde bakımın planlanıp yürütülmesidir (Şenyuva, 2016).

Risk yönetimi: Belirli bir düzende maddi veya manevi kayıp olasılığının planlı olarak en aza indirilmesi veya yok edilmesidir. Hastanelerde risk yönetiminin hedefi, hastalar, ziyaretçiler ve sağlık çalışanları için güvenli ve etkin bir sağlık hizmeti çevresi kurmak ve böylelikle kurumun olası kayıplarını önlemektir (Aksay ve Orhan, 2013).

Hasta memnuniyeti: Çeşitli unsurlardan etkilenen karmaşık bir kavramdır ve kaliteli hasta bakımının da en önemli göstergelerindendir. Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır (Kıdak ve Aksaraylı, 2008).

4.2.5. Klinik yönetim iklimi

Klinik yönetim, klinisyenlerin bildiği ve geliştirdiği, standartlar, risk yönetimi, eğitim ve mesleki gelişimin yansımalarını içeren kapsayıcı bir terimdir. Modern ve güvenilir olarak ulusal sağlık hizmetlerine giren klinik yönetim terimi, birincil ve ikincil bakımda, sağlık bakım sunumunun tüm aşamalarında klinik kalite

gelişimini garanti eden ve gösteren bir sistem olarak tanımlanmıştır (McSherry ve ark., 2008).

Klinik yönetişimin uygulanmasında en önemli unsur doğru bir örgüt iklimine ulaşmaktır. Klinik yönetişimin amacı, sağlık hizmetleri sunum kültürünü değiştirerek tıbbi uygulamalarda ve sağlık hizmetleri yönetiminde kalite geliştirmeyi rutin hale getirmektir. Uygun bir klinik yönetişim iklimi oluşturmak, klinik yönetişim sistemi ile ilgili tüm amaç ve değerlerin sağlık çalışanları tarafından içselleştirilmesinden geçmektedir (Bahrami ve ark., 2014). Klinik yönetişimin uygulanabilmesi için hatalardan ders çıkartılan, profesyonel davranışların ödüllendirildiği, sürekli eğitim olanakları sağlayan ve öğrenme konusunda çalışanları destekleyen bir örgütsel iklim oluşturulmalıdır (Tmaz, 2013).

İnsan ağırlıklı örgütlerde insanların davranışları örgüt ortamını oluşturan önemli bir faktördür. Davranışların nitelikleri insanlar arası ilişkiler ve etkileşimde önemli olduğu kadar, görevin yerine getirilmesinde beklenen başarının iş huzuru ve uyum sağlanmasında etkili olmaktadır (Şen, 2007). Örgüt iklimi, örgüte kimliğini kazandıran, insanların davranışlarını etkileyen ve onlar tarafından algılanan, örgütte egemen olan özellikler dizgesidir. Örgüt iklimi, insanların kurum içindeki çalışmanın nasıl olması gerektiği ile ilgili beklentileri ve bu beklentilerin ne ölçüde gerçekleştiğine dair algılarının sonunda oluşan genel bir havadır. Eğer çalışanlar örgüt kültürünü benimsiyorlarsa örgüt iklimi iyidir, aksi halde zayıf veya kötüdür (Dinçer, 2004). Örgüt iklimi, örgüt üyeleri için oldukça önemli bir yere sahiptir. Örgüt ikliminin istenilen seviyede olması çalışanların iş doyumunun artmasına ve kurumların rekabet üstünlüğü elde etmesine katkı sağlayacaktır (Gül, 2017). Klinik yönetişim alanında örgüt iklimi önemli bir konudur ve kaliteli hizmet sunumunu sağlamada yardımcı olabilir. Katılımcı, esnek ve yenileşmeye meyilli bir örgüt iklimi başarılı kalite geliştirme çabalarının dolayısıyla da klinik yönetişimin uygulanmasında önemlidir. Böyle bir iklim mesleki ve örgütsel sınırlılıklara karşın ekip çalışmasının gerekliliğini vurgular ve sürekli öğrenme yolu ile desteklenir (Freeman 2003).

Klinik yönetişim iklimi kavramı, klinik yönetişim ve örgütsel iklim kavramlarının birleştirilmesiyle oluşmaktadır. Klinik yönetişim iklimi “klinikte,

iletişim ve etkileşimin hâkim olduğu, çalışanların yönetime ortak olduğu, düşüncelerini rahatça ifade edebildiği, doğru davranışların ödüllendirildiği, yanlışlardan ders çıkarıldığı bir ortamın hâkim olması” olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2018).

Sağlık organizasyonlarında klinik yönetim düzeyi objektif olarak belirli ölçeklerle değerlendirilebilmektedir ve klinik yönetim seviyesinde artış, sağlık hizmetlerinin kalite ve mükemmeliyetinde yükselmeye yol açmaktadır. Klinik yönetim ikliminin değerlendirilerek ölçülmesi, örgütsel gelişme çabalarının nerede yoğunlaşması gerektiğine ve karar vermede yapılan hareketlerin etkisinin değerlendirilmesine yardımcı olacaktır (Gürdoğan, 2012).

4.2.6. Klinik yönetim iklimi ve hemşirelik

Hemşireler sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde temel insan kaynağıdır ve çalıştıkları örgütün ikliminden etkilenirler. Yoğun çalışma şartları içinde hemşireler, yüksek ücret, mesleki gelişme için fırsatlar, kendi mesleki geleceklerine karar verecek ve yönlendirecek bir ortam oluşturma, kariyer geliştirme olanaklarını sağlama, yeterli sayıda çalışanı ve çalışma şartlarının iyi olmasını destekleyen bir yönetim içeren örgüt iklimini tercih ederler (Gürdoğan, 2012).

Hemşirelik hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinin sunulmasından ve sürekli olarak bakımın kalitesinin geliştirilmesinde önemli bir yeri olduğundan, sürekli gelişimi destekleyen bir klinik yönetim iklimi hemşirelerin iş doyumunu artırarak böylece sağlık bakım sisteminin etkinliğini de yükseltecektir (Freeman, 2003). Dolayısıyla hemşirelerin pozitif bir klinik yönetim iklimi algısı, sağlık kurumlarının performansı ve verimliliği üzerinde olumlu etkiye sahip olacaktır (Siu, 2002). Ayrıca böyle bir iklim mesleki ve örgütsel sınırlılıklara karşın ekip çalışmasının gerekliliğini vurgular ve sürekli öğrenme yolu ile desteklenir (Freeman, 2003).

Sağlık örgütleri, birincil hedefleri olan kurumlarının klinik standartları geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu tamamen sağlık çalışanlarına yüklemiştir. NHS'nin amacı ise, sağlık kurumlarının genel klinik bakım standardında sürekli bir iyileşme sağlamak, sonuçlardaki farklılıkları azaltmak, hizmetlere erişim sağlamak ve klinik kararların etkili olduğu bilinen en güncel kanıtlara dayanmasını

sağlamaktır. Klinik yönetim bu stratejinin merkezinde yer almaktadır ve kalite güvencesine sistematik bir yaklaşımdır. Standartları yükseltmek, hataları ve aksilikleri önlemek ve örgütsel kültürü bir suçlamadan öğrenme kültürüne dönüştürmekle ilgilidir. Ayrıca klinik yönetim, klinik kalitenin iyileştirilmesi ve değerlendirilmesi için tüm yerel aktivitelerin tek bir programda bir araya getirilmesi için bir çerçeve sunar (Freedman ve Danielle, 2002).

Hemşireler için, yönetim hedefleri aşağıda belirtilmiştir:

- Kalitenin geliştirilmesi,
- Personelin değerlendirilmesi ve teşvik edilmesi,
- Destek çalışanlarının bilinçlendirilmesi ve birim bazlı karar vermeye katılımıdır (Freeman, 2003).

Hemşireler için, yönetim avantajları aşağıda belirtilmiştir:

- Kuruluşun her seviyesinde paylaşılan sorumluluk ve hesap verebilirlik,
- Hasta memnuniyetinin artması,
- Eşit paylaşım gücü, yetki ve karar alma,
- Personel motivasyonunun artırılması,
- Hemşireler tarafından sahiplenilme duygusu,
- Hemşireleri güçlendirme,
- Yeni bilgi ve becerilerin geliştirilmesi,
- İşe alım ve kalıcılığa yardımcı olan çalışan memnuniyetinin artırılmasıdır (Freeman, 2003).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırma hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumlarının ve klinik yönetim iklimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırma Soruları

- Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları nedir?
- Hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerine göre çalışma ortamına ilişkin tutumları farklılık göstermekte midir?
- Hemşirelerin klinik yönetim iklimi düzeyi nedir?
- Hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerine göre klinik yönetim iklimi düzeyleri farklılık göstermekte midir?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan 500 hemşire ile 2018 yılının Mart ve Haziran ayları arasında yapılmıştır.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bir Üniversite hastanesinde çalışan 1790 hemşire oluşturmuştur. Araştırma ise örnekleme seçimine gidilmeden, ulaşılabilen ve çalışmayı kabul eden 500 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

5.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Bilgi Formu (Ek-1), Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Ek-2) ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır.

Bilgi Formu: Araştırmada bilgi formu araştırmacı tarafından literatürlerden (Gürdoğan 2012, Sezgin 2007, Samur 2014) yararlanarak hazırlanmış olup hemşirelerin yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, öğrenim düzeyini, çalıştığı birimdeki pozisyonunu, mesleki deneyim süresini, bulunduğu kurumdaki deneyim süresini, çalıştığı servisi, çalıştığı servisi isteyerek seçme durumunu, çalışma düzenini, vardiyada bakım verdiği hasta sayısını, haftalık toplam çalışma saatini, aylık tutulan nöbet sayısını, işten memnuniyet ve işten ayrılmayı düşünme durumunu içeren 15 sorudan oluşmaktadır.

Hemşirelik İş İndeksi - Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği: Lake (2002) tarafından geliştirilen ölçek ilk kez Türkmen ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve hemşirelerde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü (5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 28. maddeler), kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları (4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30, 31. maddeler), yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri (3, 7, 10, 13, 20. maddeler), insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği (1, 8, 9, 12. maddeler) ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi (2, 16, 24. maddeler) olmak üzere 5 alt boyut ve 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 4'lü likert (1: "Kesinlikle Katılıyorum", 2: "Katılıyorum", 3: "Katılmıyorum", 4: "Kesinlikle Katılmıyorum") tipindedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların iş ortamına yönelik tutumları da olumlu yönde arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek alt boyutlarının Cronbach' s Alpha katsayıları 0.80-0.87 aralığında olup, ölçek toplamında ise 0.94 olarak bulunmuştur (Türkmen ve ark., 2011). Bu çalışmada ölçeğin toplam ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları, yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri, insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyut Cronbach' s Alpha katsayıları sırasıyla 0.891, 0.741, 0.736, 0.843, 0.660, 0.505 olarak bulunmuştur.

Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği: Tim Freeman (2003) tarafından geliştirilen ölçek Gürdoğan (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve hemşirelerde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, planlı ve entegre kalite geliştirme programı (18, 20, 24, 25, 29, 33, 34, 36, 38, 39, 41, 42, 46, 48, 50, 51, 56, 57, 58,

59, 60. maddeler), önleyici risk yönetimi (14, 21, 22, 27, 30, 35, 37, 43, 44, 52, 54. maddeler), suç ve ceza ortamı (1, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 16, 26. maddeler), meslektaşlarla birlikte çalışma (8, 19, 40, 45, 53, 55. maddeler), eğitim ve geliştirme fırsatları (4, 6, 9, 15, 17, 28, 47, 49. maddeler) ve örgütsel öğrenme (2, 13, 23, 31, 32. maddeler) olmak üzere 6 alt boyut ve toplam 60 maddeden oluşmaktadır. 5’li likert (1:“Kesinlikle Katılıyorum”, 2: “Katılıyorum”, 3: “Hiçbiri”, 4: “Katılmıyorum”, 5: “Kesinlikle Katılmıyorum”) tipindedir. Ölçekten alınan puanlar düştükçe katılımcıların klinik yönetim iklimini destekleyici bir davranış gösterdiği şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek alt boyutlarının Cronbach’ s Alpha katsayıları 0.54-0.84 aralığında olup, ölçek toplamında ise 0.89 olarak bulunmuştur (Gürdoğan, 2014). Bu çalışmada ölçeğin toplam ve planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları ve örgütsel öğrenme alt boyut Croncbach’ s Alpha katsayıları sırasıyla 0.861, 0.772, 0.642, 0.597, 0.616, 0.254, 0.386 olarak bulunmuştur.

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hemşirelere araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelere veri toplama araçları elden dağıtılmış ve toplanmıştır.

5.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini tanımlamak için tanımlayıcı istatistiksel metodlardan; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile sınanmıştır. Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleriyle hemşirelik iş indeksi - hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile klinik yönetim iklimi ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında; Student’s t testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanılmıştır. Hemşirelik iş indeksi - hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği puanı ile

linik yönetişim iklimi leği alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi, Hemşirelik iş indeksi - hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme leğinin klinik yönetişim iklimi leği üzerindeki etkisinin belirlenmesinde ise Linear Regresyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmada korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak 0.70-1.00 arasında olması yüksek, 0.70-0.30 arasında olması orta, 0.30-0.00 arasında olması ise düşük düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır (Büyüköztürk, 2018).

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan (Ek-8) ve çalışmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır (Ek-9). Çalışma ncesi katılımcılar araştırma ile ilgili bilgilendirilerek onamları alınmıştır (Ek 4-5). Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili izin alınmıştır (Ek 6-7).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler çalışmaya katılan İstanbul'daki yalnızca bir niversite kurumuna bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır.

6. BULGULAR

Araştırma, hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumlarının ve klinik yönetim iklimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan 500 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen sıra ile aktarılacaktır.

1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle İlgili Bulgular
2. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği İle İlgili Bulgular
3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği İle İlgili Bulgular
4. Hemşirelik İş İndeksi Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği İle Hemşirelerde Klinik Yönetişim İklimi ölçeği Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular

1.Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle İlgili Bulgular

Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=500)

Özellikler		n	%
Yaş (Ort:34,22; SS:6,79) (Min:21; Max:63)	21-28 yıl	116	23,2
	29-36 yıl	207	41,4
	≥37 yıl	177	35,4
Cinsiyet	Kadın	440	88
	Erkek	60	12
Medeni durum	Evli	251	50,2
	Bekar	249	49,8
Öğrenim Düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	15	3
	Ön Lisans	89	17,8
	Lisans	347	69,4
	Lisansüstü	49	9,8
Pozisyon	Hemşire	464	92,8
	Sorumlu Hemşire	36	7,2
Mesleki Deneyim Süresi (Ort:11,34; SS:7,70) (Min:0,1; Max:44)	1-5 yıl	130	26
	6-10 yıl	149	29,8
	11-15 yıl	88	17,6
	≥16 yıl	133	26,6
Kurumda Deneyim Süresi (Ort:9,51; SS:7,70) (Min:0,1; Max:40)	1-4 yıl	139	27,8
	5-8 yıl	121	24,2
	9-12 yıl	105	21
	≥13 yıl	135	27
Çalışılan Birim	Dahili Birimler	187	37,4
	Cerrahi Birimler	155	31
	Özellikli Birimler	158	31,6
Çalışılan Servisi	Evet	295	59
İsteyerek Seçme	Hayır	205	41
Çalışma Düzeni	Devamlı Gündüz	172	34,4
	Gündüz ve Gece	328	65,6
Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısı (Ort:15,48; SS:9,75) (Min:0; Max:100)	1-10	175	35
	11-20	207	41,4
	≥21	118	23,6

Özellikler		n	%
Haftalık Çalışma Saati (Ort:42,57; SS:3,96) (Min:40; Max:60)	40 saat	345	69
	≥41	155	31
Aylık Nöbet Sayısı (Ort:6,05; SS:5,35) (Min:0; Max:30)	Sadece Gündüz Çalışan	172	34,4
	1-8	156	31,2
	≥9	172	34,4
İşten Memnuniyet	Memnun Değilim	120	24
	Kısmen Memnunum	264	52,8
	Memnunum	116	23,2
İşten Ayrılmayı Düşünme	Evet	180	36
	Sıklıkla	81	16,2
	Nadiren	155	31
	Hayır	84	16,8

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaşları 21 ile 63 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $34,22 \pm 6,79$ yıl olarak saptanmıştır. Hemşirelerin %41,4'ünün (n=207) yaşı 29-36 yıl arası, %88'i (n=440) kadın, %50,2'sinin (n=251) evli, %69,4'ünün (n=347) lisans mezunu olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %92,8'inin (n=464) hemşire pozisyonunda çalışmakta olduğu, %29,8'inin (n=149) mesleki deneyim süresinin 6-10 yıl ve %27,8'inin (n=139) kurumdaki deneyim süresinin 1-4 yıl arasında olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %37,4'ünün (n=187) dahili birimlerde, %59'unun (n=295) çalıştığı servisi isteyerek seçtiği ve %65,6'sının (n=328) gündüz ve gece şeklinde vardiya usulü çalıştığı görülmüştür. Hemşirelerin %41,4'ünün (n=207) 11-20 arası hastaya bakım verdiği, %69'unun (n=345) haftada toplam 40 saat çalıştığı ve %34,4'ünün (n=172) sadece gündüz çalıştığı ayrıca diğer 34,4'ünün (n=172) ise 9 veya daha fazla kez nöbet tuttuğu görülmüştür. Hemşirelerin %52,8'inin (n=264) işinden kısmen memnun olduğu ve %36'sının (n=180) işten ayrılmayı düşündüğü görülmüştür (Tablo 1).

2.Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği İle İlgili Bulgular

Tablo 2. Hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

	Madde Sayısı	Min-Mak.	Ort±SS
Hemşirelerin Yönetime Karışması Ve Temsil Gücü	9	1-4	2,28±0,50
Kaliteli Bakım İçin Gerekli Hemşirelik Kaynakları	10	1-4	2,62±0,48
Yönetici Hemşirelerin Tutumu Ve Liderlik Özellikleri	5	1-4	2,27±0,74
İnsan Gücü Ve Diğer Kaynakların Yeterliliği	4	1-4	1,95±0,59
Hekim-Hemşire-Meslektaş İletişimi	3	1-4	2,42±0,62
Toplam	31	1-4	2,31±0,44

Hemşirelerin Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği “Hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü” alt boyutundan aldıkları puanlar 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2,28±0,50, “Kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları” alt boyutundan aldıkları puanlar 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2,62±0,48, “Yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri” alt boyutundan aldıkları puanlar 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2,27±0,74, “İnsan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği” alt boyutundan aldıkları puanlar 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 1,95±0,59, “Hekim-Hemşire-Meslektaş iletişimi” alt boyutundan aldıkları puanlar 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2,42±0,62 olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama 2,31±0,44 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500)

Özellikler	n	Hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü	Kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları	Yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri	İnsan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği	Hekim-Hemşire- Meslektaş iletişimi	Toplam
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
21-28 yıl ¹	116	2,18±0,44	2,55±0,52	2,16±0,70	1,89±0,55	2,33±0,66	2,23±0,40
29-36 yıl ²	207	2,26±0,47	2,57±0,45	2,25±0,71	1,92±0,57	2,34±0,61	2,27±0,42
≥37 yıl ³	177	2,37±0,56	2,71±0,48	2,37±0,78	2,02±0,62	2,57±0,58	2,41±0,47
F=		5,08	5,527	2,884	2,046	8,415	7,658
p=		0,007**	0,004**	0,057	0,130	<0,001**	0,001**
İleri Test (Bonferroni)=		1<3 p<0,01	1,2<3 p<0,01	-	-	1,2<3 p<0,01	1,2<3 p<0,01
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	440	2,29±0,50	2,62±0,48	2,30±0,73	1,95±0,59	2,43±0,61	2,32±0,44
Erkek	60	2,16±0,52	2,61±0,50	2,10±0,80	1,93±0,57	2,39±0,70	2,24±0,47
t=		1,927	0,104	1,994	0,265	0,364	1,3
p=		0,055	0,917	0,047*	0,791	0,716	0,194
Medeni durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	251	2,31±0,48	2,63±0,46	2,33±0,71	1,96±0,58	2,46±0,60	2,34±0,41
Bekar	249	2,24±0,52	2,61±0,50	2,22±0,76	1,94±0,59	2,39±0,65	2,28±0,47
t=		1,571	0,433	1,682	0,428	1,206	1,471
p=		0,117	0,666	0,093	0,669	0,228	0,142
Öğrenim düzeyi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sağlık meslek lisesi ¹	15	2,44±0,77	2,70±0,80	2,49±0,92	2,08±0,63	2,53±0,68	2,45±0,64
Ön lisans ²	89	2,33±0,53	2,65±0,45	2,29±0,79	2,07±0,59	2,51±0,61	2,37±0,45
Lisans ³	347	2,24±0,47	2,60±0,47	2,25±0,71	1,94±0,58	2,39±0,61	2,28±0,42
Lisansüstü ⁴	49	2,38±0,52	2,64±0,53	2,37±0,74	1,78±0,59	2,48±0,69	2,33±0,49
F=		2,075	0,398	0,913	3,003	1,21	1,487
p=		0,103	0,755	0,435	0,030*	0,305	0,217
İleri Test (Bonferroni)=		-	-	-	2>4 p<0,05	-	-

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 3. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500) (Devamı)

Özellikler	n	Hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü	Kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları	Yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri	İnsan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği	Hekim- Hemşire- Meslektaş iletişimi	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Pozisyon							
Hemşire	464	2,25±0,50	2,61±0,48	2,25±0,73	1,94±0,58	2,41±0,62	2,29±0,44
Sorumlu hemşire	36	2,60±0,45	2,77±0,50	2,57±0,74	2,02±0,60	2,59±0,66	2,51±0,46
t=		-4,019	-1,946	-2,536	-0,774	-1,706	-2,878
p=		0,001**	0,048*	0,012*	0,439	0,089	0,004**
Meslekte deneyim süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 yıl ¹	130	2,20±0,47	2,58±0,52	2,17±0,71	1,91±0,56	2,34±0,65	2,24±0,42
6-10 yıl ²	149	2,21±0,47	2,59±0,45	2,19±0,73	1,89±0,58	2,34±0,64	2,24±0,43
11-15 yıl ³	88	2,30±0,48	2,63±0,43	2,28±0,70	1,99±0,56	2,44±0,56	2,33±0,37
≥16 yıl ⁴	133	2,41±0,55	2,69±0,50	2,47±0,76	2,02±0,63	2,58±0,60	2,43±0,49
F=		5,305	1,439	4,884	1,638	4,66	6,115
p=		0,001**	0,231	0,002**	0,180	0,003**	0,001**
İleri Test		1,2<4	-	1,2<4	-	1,2<4	1,2<4
(Bonferroni)=		p<0,01		p<0,01		p<0,01	p<0,01
Kurumda deneyim süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-4 yıl ¹	139	2,23±0,46	2,58±0,50	2,24±0,70	1,95±0,57	2,38±0,65	2,28±0,43
5-8 yıl ²	121	2,19±0,47	2,61±0,45	2,15±0,73	1,85±0,57	2,32±0,61	2,22±0,40
9-12 yıl ³	105	2,24±0,48	2,59±0,47	2,23±0,72	1,94±0,54	2,41±0,64	2,28±0,41
≥13 yıl ⁴	135	2,44±0,55	2,69±0,50	2,45±0,76	2,04±0,64	2,57±0,58	2,44±0,48
F=		6,659	1,454	4,065	2,17	3,789	5,818
p=		0,001**	0,226	0,007**	0,091	0,010*	0,001**
İleri Test		1,2,3<4	-	2<4	-	2<4	1,2,3<4
(Bonferroni)=		p<0,01		p<0,01		p<0,05	p<0,01

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Ve Mesleki Özellikleri İle Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500) (Devamı)

Özellikler	n	Hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü	Kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları	Yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri	İnsan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği	Hekim-Hemşire- Meslektaş iletişimi	Toplam
Çalıştığı servis		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Dahili birimler ¹	187	2,31±0,48	2,59±0,46	2,23±0,77	1,96±0,53	2,36±0,62	2,29±0,41
Cerrahi bilimler ²	155	2,23±0,52	2,64±0,51	2,19±0,69	1,97±0,59	2,42±0,64	2,29±0,45
Özellikli birimler ³	158	2,29±0,49	2,63±0,48	2,41±0,72	1,90±0,64	2,50±0,61	2,35±0,46
<i>F=</i>		1,093	0,4	3,925	0,68	2,367	0,907
<i>p=</i>		0,336	0,670	0,020*	0,507	0,095	0,404
<i>İleri Test</i> (Bonferroni)=		-	-	2<3 <i>p</i> <0,05	-	-	-
Servisi isteyerek seçme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	295	2,30±0,49	2,63±0,49	2,32±0,72	1,97±0,58	2,45±0,60	2,33±0,43
Hayır	205	2,25±0,51	2,61±0,47	2,21±0,75	1,91±0,60	2,38±0,66	2,27±0,45
<i>t=</i>		0,971	0,486	1,504	1,062	1,338	1,493
<i>p=</i>		0,332	0,627	0,133	0,289	0,182	0,136
Çalışma düzeni		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Devamlı gündüz	172	2,41±0,49	2,67±0,47	2,36±0,76	1,98±0,62	2,49±0,63	2,38±0,45
Gündüz ve gece	328	2,21±0,49	2,59±0,49	2,23±0,72	1,93±0,57	2,39±0,62	2,27±0,43
<i>t=</i>		4,193	1,736	1,906	0,754	1,776	2,672
<i>p=</i>		0,001**	0,083	0,057	0,451	0,076	0,008**
Günlük bakım verilen hasta sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-10 ¹	175	2,26±0,47	2,58±0,48	2,31±0,71	1,95±0,65	2,43±0,60	2,30±0,43
11-20 ²	207	2,30±0,55	2,62±0,50	2,27±0,75	1,98±0,58	2,40±0,63	2,32±0,47
≥21 ³	118	2,27±0,45	2,68±0,45	2,22±0,76	1,89±0,48	2,44±0,66	2,30±0,40
<i>F=</i>		0,428	1,661	0,542	1,068	0,153	0,069
<i>p=</i>		0,652	0,191	0,582	0,344	0,858	0,933
<i>İleri Test</i> (Bonferroni)=		-	-	-	-	-	-

**p*<0.05

***p*<0.01

Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Ve Mesleki Özellikleri İle Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500) (Devamı)

Özellikler	n	Hemşirelerin yönetime karışması ve temsili gücü	Kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları	Yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri	İnsan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği	Hekim-Hemşire- Meslektaş iletişimi	Toplam
Haftalık toplam çalışma süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
40 saat	345	2,28±0,50	2,60±0,49	2,24±0,74	1,93±0,60	2,42±0,64	2,29±0,44
≥41 saat	155	2,26±0,51	2,67±0,46	2,35±0,73	1,99±0,56	2,42±0,59	2,34±0,43
<i>t</i> =		0,412	-1,688	-1,569	-0,959	0,012	-1,051
<i>p</i> =		0,681	0,092	0,117	0,338	0,991	0,294
Aylık nöbet sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sadece gündüz çalışan ¹	172	2,41±0,49	2,67±0,47	2,36±0,76	1,98±0,62	2,49±0,63	2,38±0,45
1-8 ²	156	2,22±0,50	2,58±0,48	2,24±0,75	1,92±0,53	2,36±0,63	2,26±0,43
≥9 ³	172	2,20±0,48	2,61±0,49	2,22±0,69	1,94±0,60	2,41±0,61	2,28±0,43
<i>F</i> =		8,821	1,659	1,833	0,333	1,777	3,596
<i>p</i> =		0,001**	0,191	0,161	0,717	0,170	0,028*
<i>İleri Test</i> (Bonferroni)=		<i>I</i> >2,3 <i>p</i> <0,01	-	-	-	-	<i>I</i> >2 <i>p</i> <0,05
İşten memnuniyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Memnun değilim ¹	120	2,19±0,54	2,58±0,47	2,13±0,78	1,86±0,64	2,34±0,64	2,22±0,47
Kısmen memnunum ²	264	2,26±0,51	2,60±0,50	2,30±0,71	1,94±0,55	2,42±0,61	2,31±0,44
Memnunum ³	116	2,40±0,42	2,71±0,43	2,36±0,72	2,05±0,58	2,51±0,63	2,41±0,39
<i>F</i> =		5,541	2,715	3,504	3,061	2,199	5,414
<i>p</i> =		0,004**	0,067	0,031*	0,048*	0,112	0,005**
<i>İleri Test</i> (Bonferroni)=		<i>I</i> ,2<3 <i>p</i> <0,01	-	<i>I</i> <3 <i>p</i> <0,05	<i>I</i> <3 <i>p</i> <0,05	-	<i>I</i> <3 <i>p</i> <0,01
İşten ayrılmayı düşünme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet ¹	180	2,21±0,53	2,62±0,50	2,19±0,77	1,86±0,56	2,44±0,63	2,26±0,45
Sıklıkla ²	81	2,26±0,53	2,52±0,54	2,24±0,76	2,04±0,67	2,35±0,62	2,28±0,49
Nadiren ³	155	2,35±0,46	2,67±0,46	2,39±0,69	1,96±0,58	2,40±0,64	2,35±0,43
Hayır, hiçbir zaman ⁴	84	2,30±0,45	2,62±0,41	2,27±0,70	2,04±0,53	2,50±0,59	2,35±0,38
<i>F</i> =		2,486	1,757	1,999	2,883	0,894	1,482
<i>p</i> =		0,060	0,154	0,113	0,035*	0,444	0,219
<i>İleri Test</i> (Bonferroni)=		-	-	-	<i>I</i> <4 <i>p</i> <0,05	-	-

**p*<0.05

***p*<0.01

Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri ile hemşirelik iş-indeksi hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 3 incelendiğinde;

Hemşirelerin yaşlarına göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($F=7,658;p=0,001<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ($F=5,08;p=0,007<0,01$) ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları ($F=5,527;p=0,004<0,01$) ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi ($F=8,415;p=0,001<0,01$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda 21-28 yaş arasında olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($p=0,001<0,01$; $p=0,005<0,01$) ile kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları ($p=0,015<0,05$; $p=0,013<0,05$) ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi ($p=0,003<0,01$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları 37 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Ayrıca 21-28 yaş arasında olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($p=0,007<0,01$) alt boyut puanları 37 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($t=1,994;p=0,047<0,05$). Kadın hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri alt boyutundan aldıkları puanların, erkek hemşirelere göre yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları, insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin medeni duruma göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,003;p=0,03<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda öğrenim düzeyi ön lisans olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği alt boyutundan aldıkları puanların öğrenim düzeyi lisansüstü olan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları, yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin çalışma pozisyonlarına göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($t=-2,878;p=0,004<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($t=-4,019;p=0,001<0,01$), kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları ($t=-1,946;p=0,048<0,05$) ve yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ($t=-2,536;p=0,012<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yönetici pozisyonunda çalışan sorumlu hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları ve yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri alt boyutu puanlarının hemşire olarak çalışanlara göre yüksek saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin mesleki deneyim sürelerine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($F=6.115;p=0,001<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($F=5.305;p=0,001<0,01$), yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri

($F=4.884$; $p=0,002<0,01$), hekim-hemşire- meslektaş iletişimi ($F=4.66$; $p=0,003<0,01$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($p=0,002<0,01$; $p=0,001<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($p=0,004<0,01$; $p=0,004<0,01$), yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ($p=0,005<0,01$; $p=0,007<0,01$), hekim-hemşire-meslektaş iletişimi ($p=0,009<0,01$; $p=0,007<0,01$) alt boyut puanları mesleki deneyim süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl arası olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin kurumdaki deneyim süresine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinden alınan toplam puanı ($F=5.818$; $p=0,001<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($F=6,659$; $p=0,001<0,01$), yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ($F=4,065$; $p=0,007<0,01$), hekim-hemşire-meslektaş iletişimi ($F=3,789$; $p=0,010<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, kurumlarındaki deneyim süresi 13 yıl ve üzeri olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($p=0,001<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($p=0,001<0,01$), yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ($p=0,006<0,01$), hekim-hemşire-meslektaş iletişimi ($p=0,009<0,01$) alt boyut puanları kurumdaki deneyim süresi 5-8 yıl arası olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca 13 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($p=0,014<0,05$; $p=0,043<0,05$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($p=0,003<0,01$; $p=0,016<0,05$) alt boyut puanları kurumdaki deneyim süresi 1-4 ve 9-12 yıl arası olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin çalıştığı servise göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri

($F=3,925;p=0,020<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ($p=0,031<0,05$) alt boyut puanları özellikli birimlerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 3). Hemşirelerin çalıştığı servise göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları, insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin servisi isteyerek seçme durumuna göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin çalışma düzenine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($t=2,672;p=0,008<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($t=4,193;p=0,001<0,01$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, devamlı gündüz çalışan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü alt boyut puanları çalışma düzeni gündüz-gece olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin günlük bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin haftalık toplam çalışma süresine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin aylık nöbet sayısına göre hemşirelik iş indeksi hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($F=3,596;p=0,028<0,05$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($F=8,821;p=0,002<0,01$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, sadece gündüz çalışan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü alt boyut puanları aylık nöbet sayısı 1-8 olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca sadece gündüz çalışan hemşirelerin, hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($p=0,001<0,01$) alt boyut puanları aylık nöbet sayısı 9 ya da daha fazla olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Hemşirelerin işten memnun olma durumuna göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($F=5,414;p=0,005<0,01$) ve hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($F=5,541;p=0,004<0,01$), yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ($F=3,504;p=0,031<0,05$), insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği ($F=3,061;p=0,048<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İşinden memnun olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanı ($p=0,003; p<0,01$) ile hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($p=0,004; p<0,01$), yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ve insan gücü ($p=0,042; p<0,05$) ve diğer kaynakların yeterliliği ($p=0,042; p<0,05$) alt boyutu puanlarının işinden memnun olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca işinden memnun olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü ($p=0,032; p<0,05$) alt boyutu puanlarını işinden kısmen memnun olan hemşirelere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Hemşirelerin işten ayrılmayı düşünme durumuna göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği insan gücü ve diğer kaynakların

yeterliliği ($F=2,883; p=0,035<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, işten ayrılmayı düşünen hemşirelerin, hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği ($p=0,049; p<0,05$) alt boyut puanları işten ayrılmayı hiçbir zaman düşünmeyen hemşireler göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 3).

3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği İle İlgili Bulgular

Tablo 4. Hemşirelerin Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

	Madde Sayısı	Min-Mak.	Ort±SS
Planlı Ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	21	33-97	65,98±10,14
Önleyici Risk Yönetimi	11	13-47	30,12±5,63
Suç Ve Ceza Ortamı	9	11-40	27,02±5,37
Meslektaşlarla Birlikte Çalışma	6	7-28	16,67±4,15
Eğitim Ve Geliştirme Fırsatları	8	10-38	23,23±3,76
Örgütsel Öğrenme	5	5-24	14,29±3,12
Toplam	60	93-256	177,31±22,85

Hemşirelerin Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği “Planlı ve entegre kalite geliştirme programı” alt boyutundan aldıkları puanlar 33 ile 97 arasında değişmekte olup, ortalama 65,98±10,14, “Önleyici risk yönetimi” alt boyutundan aldıkları puanlar 13 ile 47 arasında değişmekte olup, ortalama 30,12±5,63, “Suç ve ceza ortamı” alt boyutundan aldıkları puanlar 11 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 27,02±5,37, “Meslektaşlarla birlikte çalışma” alt boyutundan aldıkları puanlar 7 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama 16,67±4,15, “Eğitim ve geliştirme fırsatları” alt boyutundan aldıkları puanlar 10 ile 38 arasında değişmekte olup, ortalama 23,23±3,76 , “Örgütsel öğrenme” alt boyutundan aldıkları puanlar 5

ile 24 arasında değişmekte olup, ortalama $14,29\pm3,12$ olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 93 ile 256 arasında değişmekte olup, ortalama $177,31\pm22,85$ olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500)

Özellikler	n	Planlı ve entegre kalite geliştirme programı	Önleyici risk yönetimi	Suç ve ceza ortamı	Meslektaşlarla birlikte çalışma	Eğitim ve geliştirme fırsatları	Örgütsel öğrenme	Toplam
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
21-28 yıl ¹	116	66,72±10,00	30,55±5,70	27,43±5,37	17,32±4,03	23,27±3,65	14,32±3,17	179,61±21,52
29-36 yıl ²	207	66,39±9,83	30,50±5,41	27,60±5,38	16,86±4,12	23,41±3,74	14,41±2,76	179,16±21,67
≥37 yıl ³	177	65,02±10,57	29,40±5,79	26,08±5,26	16,02±4,19	23,01±3,86	14,12±3,48	173,64±24,64
F=		1,268	2,295	4,319	3,891	0,546	0,396	3,584
P=		0,282	0,102	0,014*	0,021*	0,579	0,673	0,028*
İleri Test (Bonferroni)=		-	-	2>3 p<,0,05	1>3 p<,0,05	-	-	2>3 p<,0,05
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	440	65,83±10,16	30,07±5,59	26,97±5,38	16,67±4,14	23,22±3,80	14,23±3,05	176,99±22,88
Erkek	60	67,08±10,06	30,53±5,98	27,40±5,35	16,70±4,25	23,30±3,46	14,67±3,60	179,68±22,71
t=		-0,896	-0,603	-0,581	-0,06	-0,149	-1,007	-0,856
p=		0,371	0,547	0,562	0,952	0,881	0,314	0,393
Medeni durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	251	65,77±9,95	29,88±5,41	26,90±5,25	16,49±3,95	23,35±3,77	14,39±3,17	176,77±22,33
Bekar	249	66,20±10,35	30,37±5,84	27,14±5,49	16,86±4,33	23,12±3,75	14,18±3,07	177,86±23,40
t=		-0,471	-0,963	-0,491	-0,996	0,684	0,722	-0,531
p=		0,638	0,336	0,623	0,320	0,494	0,470	0,596
Öğrenim düzeyi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sağlık Meslek	15	61,40±11,43	27,20±5,17	23,40±5,90	14,80±4,11	20,73±3,43	14,60±3,60	162,13±26,84
Lisesi	89	65,73±8,50	29,24±5,42	26,31±4,99	15,63±4,12	22,85±3,29	14,64±2,94	174,40±19,26
Önlisans	347	66,04±10,20	30,29±5,48	27,36±5,19	16,89±4,13	23,21±3,64	14,18±3,05	177,97±22,29
Lisans	49	67,43±11,83	31,47±6,70	27,00±6,60	17,55±3,94	24,84±4,81	14,31±3,76	182,59±28,95
Lisansüstü		1,377	3,154	3,303	4,034	5,645	0,570	3,713
F=		0,249	0,025*	0,020*	0,007**	0,001**	0,635	0,012*
P=		-	1<4	1<3	2<3 , 4	1,2,3<4	-	1<3,4
İleri Test (Bonferroni)=			p<,0,05	p<,0,05	p<,0,01	p<,0,01		p<,0,5

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 5. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500)(Devamı)

Özellikler	n	Planlı ve entegre kalite geliştirme programı	Önleyici risk yönetimi	Suç ve ceza ortamı	Meslektaşlarla birlikte çalışma	Eğitim ve geliştirme fırsatları	Örgütsel öğrenme	Toplam
Pozisyon		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hemşire	464	66,30±9,99	30,27±5,61	27,27±5,31	16,72±4,15	23,34±3,72	14,34±3,07	178,23±22,45
Sorumlu hemşire	36	61,86±11,29	28,17±5,60	23,89±5,15	16,06±4,08	21,89±4,02	13,61±3,73	165,47±25,01
<i>t</i> =		2,544	2,171	3,680	0,923	2,235	1,348	3,258
<i>p</i> =		0,011*	0,030*	0,001**	0,356	0,026*	0,178	0,001**
Meslekte deneyim süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-5 yıl ¹	130	66,53±10,12	30,25±5,77	27,16±5,41	17,08±4,19	22,91±3,60	13,96±3,20	177,90±22,42
6-10 yıl ²	149	67,24±9,73	30,21±5,07	27,68±5,48	16,96±4,14	23,64±3,65	14,52±2,68	180,26±20,92
11-15 yıl ³	88	65,50±9,12	31,65±6,18	27,56±4,63	16,49±4,12	23,70±3,61	15,02±2,92	179,92±19,71
≥16 yıl ⁴	133	64,35±11,09	28,88±5,48	25,80±5,50	16,06±4,10	22,77±4,06	13,86±3,52	171,72±26,27
<i>F</i> =		2,116	4,439	3,419	1,699	2,054	3,257	3,956
<i>p</i> =		0,097	0,004**	0,017*	0,166	0,105	0,021*	0,008**
<i>İleri Test</i> (<i>Bonferroni</i>)=	-	-	3>4 p<0,01	2>4 p<0,05	-	-	3>4 p<0,05	2>4 p<0,01
Kurumda deneyim süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-4 yıl ¹	139	66,35±9,72	30,20±5,57	27,17±5,23	17,07±3,98	23,04±3,59	14,28±3,24	178,11±21,24
5-8 yıl ²	121	66,83±10,76	30,65±5,85	27,43±5,7	16,93±4,38	23,46±3,86	14,40±2,91	179,69±23,51
9-12 yıl ³	105	66,66±9,54	30,58±5,36	27,63±5,3	16,50±4,14	23,47±3,43	14,34±2,69	179,18±21,07
≥13 yıl ⁴	135	64,32±10,38	29,21±5,65	26,04±5,18	16,16±4,08	23,04±4,09	14,15±3,50	172,91±24,75
<i>F</i> =		1,714	1,796	2,244	1,340	0,525	0,150	2,418
<i>p</i> =		0,163	0,147	0,082	0,260	0,665	0,930	0,066
<i>İleri Test</i> (<i>Bonferroni</i>)=	-	-	-	-	-	-	-	-

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 5. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500)(Devamı)

Özellikler	n	Planlı ve entegre kalite geliştirme programı	Önleyici risk yönetimi	Suç ve ceza ortamı	Meslektaşlarla birlikte çalışma	Eğitim ve geliştirme fırsatları	Örgütsel öğrenme	Toplam
Çalıştığı servis		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Dahili birimler ¹	187	66,28±8,07	29,98±4,97	27,22±4,69	16,35±4,23	22,55±3,06	14,27±3,06	176,66±16,39
Cerrahi birimler ²	155	64,65±11,14	29,69±5,95	26,29±5,75	16,64±4,03	23,32±4,07	14,48±3,13	175,06±26,07
Özellikli birimler ³	158	66,94±11,20	30,72±6,02	27,50±5,68	17,08±4,15	23,96±4,06	14,12±3,19	180,30±25,70
F=		2,138	1,395	2,210	1,311	6,164	0,517	2,195
p=		0,119	0,249	0,111	0,271	0,002**	0,597	0,112
İleri Test (Bonferroni)=		-	-	-	-	1<3 p<0,01	-	-
Servisi isteyerek seçme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	295	65,25±10,29	29,71±5,59	26,55±5,26	16,18±4,10	22,96±3,72	14,22±3,22	174,87±23,11
Hayır	205	67,03±9,86	30,72±5,65	27,70±5,46	17,38±4,11	23,63±3,79	14,38±2,97	180,83±22,06
t=		-1,939	t-1,992	-2,356	-3,202	-1,976	-0,535	-2,892
p=		0,053	0,047*	0,019*	0,001**	0,049*	0,593	0,004**
Çalışma düzeni		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Devamlı gündüz	172	64,80±10,47	29,27±5,46	26,11±5,57	16,51±4,17	22,70±3,98	13,98±3,18	173,37±24,87
Gündüz ve gece	328	66,60±9,93	30,57±5,68	27,50±5,21	16,76±4,13	23,51±3,61	14,45±3,08	179,38±21,47
t=		-1,897	-2,470	-2,768	-0,641	-2,287	-1,577	-2,691
p=		0,058	0,014*	0,006**	0,522	0,023*	0,115	0,008**
Günlük bakım verilen hasta sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-10 ¹	175	67,07±11,19	30,84±5,98	7,62±5,39	17,36±4,15	23,86±4,07	14,32±3,13	181,07±25,04
11-20 ²	207	64,53±9,03	29,80±5,11	26,15±4,98	16,03±4,06	22,77±3,55	14,12±3,24	173,41±19,80
≥21 ³	118	66,92±10,15	29,63±5,91	27,65±5,82	16,76±4,15	23,11±3,52	14,53±2,89	178,59±23,56
F=		3,658	2,234	4,680	4,969	4,076	0,647	5,670
p=		0,026*	0,108	0,010*	0,007**	0,018*	0,524	0,004**
İleri Test (Bonferroni)=		1>2 p<0,05	-	1>2;2<4 p<0,005	1>2 p<0,01	1>2 p<0,05	-	1>2 p<0,01

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 5. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri İle Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (N=500)(Devamı)

Özellikler	n	Planlı ve entegre kalite geliştirme programı	Önleyici risk yönetimi	Suç ve ceza ortamı	Meslektaşlarla birlikte çalışma	Eğitim ve geliştirme fırsatları	Örgütsel öğrenme	Toplam
Haftalık toplam çalışma süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
40 saat	345	65,84±10,53	30,24±5,56	26,79±5,57	16,99±3,93	23,38±3,96	14,13±3,20	177,38±23,62
≥41 saat	155	66,30±9,25	29,85±5,80	27,54±4,88	15,95±4,52	22,90±3,26	14,64±2,92	177,17±21,11
t=		-0,474	0,719	-1,508	2,49	1,438	-1,697	-0,474
p=		0,636	0,472	0,132	0,013*	0,151	0,090	0,636
Aylık nöbet sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sadece gündüz çalışan¹	172	64,80±10,47	29,27±5,46	26,11±5,57	16,51±4,17	22,70±3,98	13,98±3,18	173,37±24,87
1-8 ²	156	66,46±9,37	30,53±5,38	27,16±5,07	16,51±4,12	23,79±3,66	14,50±2,98	178,94±19,85
≥9 ³	172	66,74±10,44	30,60±5,94	27,81±5,33	16,98±4,15	23,26±3,57	14,40±3,19	179,78±22,90
F=		1,828	3,051	4,435	0,745	3,447	1,287	4,015
p=		0,162	0,048*	0,012*	0,475	0,033*	0,277	0,019*
İleri Test		-	1<3	1<3	-	1<2	-	1<3
(Bonferroni)=			p<0,05	p<0,05		p<0,05		p<0,05
İşten memnuniyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Memnun değilim ¹	120	69,13±9,48	30,68±5,77	28,91±5,24	17,62±4,29	24,33±3,46	14,08±2,72	184,74±21,57
Kısmen memnunum ²	264	65,55±9,97	30,39±5,64	26,81±4,95	16,41±4,17	23,36±3,69	14,61±3,13	177,13±21,74
Memnunum ³	116	63,72±10,50	28,95±5,35	25,55±5,90	16,28±3,82	21,80±3,80	13,76±3,42	170,05±24,35
F=		9,225	3,423	12,514	4,215	14,366	3,364	12,780
p=		0,001**	0,033*	0,001**	0,015*	0,001**	0,035*	0,001**
İleri Test		1>2,3	1,2>3	1>2,3	1>2,3	1,2>3	2>3	1>2,3 ; 2>3
(Bonferroni)=		p<0,01	p<0,05	p<0,01	p<0,05	p<0,01	p<0,05	p<0,01
İşten ayrılmayı düşünme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet ¹	180	67,34±9,23	30,38±5,61	27,99±4,76	16,83±4,32	23,77±3,33	14,91±2,92	181,22±19,53
Sıklıkla ²	81	67,33±11,14	30,78±6,34	28,32±5,38	17,51±3,94	23,69±4,24	14,00±3,11	181,63±25,67
Nadiren ³	155	63,46±10,77	29,59±5,44	25,37±5,68	16,36±4,28	22,68±3,86	13,80±3,33	171,26±24,62
Hayır, hiçbir zaman ⁴	84	66,40±9,08	29,92±5,28	26,74±5,26	16,08±3,58	22,67±3,79	14,13±2,98	175,94±20,88
F=		4,905	0,982	8,940	2,052	3,425	3,985	6,658
p=		0,002**	0,401	0,001**	0,106	0,017*	0,008**	0,001**
İleri Test		1,2>3	-	1,2>3	-	1>3	1>3	1,2>3
(Bonferroni)=		p<0,01		p<0,01		p<0,05	p<0,01	p<0,01

*p<0.05

**p<0.01

Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri ile klinik yönetim iklimi ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 5 incelendiğinde;

Hemşirelerin yaşlarına göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($F=3,584;p=0,028<0,05$) ile suç ve ceza ortamı ($F=4,319;p=0,014<0,05$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($F=3,891;p=0,021<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, 29-36 yaş arasında olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,049<0,05$) ve suç ve ceza ortamı ($p=0,017<0,05$) alt boyut puanları 37 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca 21-28 yaş arasında olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği meslektaşlarla birlikte çalışma ($p=0,025<0,05$) alt boyut puanları 37 ve üzeri yaş gurubunda olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları, örgütsel öğrenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin medeni duruma göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları, örgütsel öğrenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($F=3,713;p=0,012<0,05$) ile önleyici risk yönetimi ($F=3,154;p=0,025<0,05$), suç ve ceza ortamı ($F=3,303;p=0,020<0,05$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($F=4,034;p=0,007<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=5,645;p=0,001<0,01$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, öğrenim düzeyi sağlık meslek lisesi olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı

($p=0,014<0,05$) ile önleyici risk yönetimi ($p=0,049<0,05$) alt boyut puanları öğrenim düzeyi lisansüstü olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Ayrıca, öğrenim düzeyi sağlık meslek lisesi olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,049<0,05$) ile suç ve ceza ortamı ($p=0,030<0,05$) alt boyut puanları öğrenim düzeyi lisans olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Öğrenim düzeyi ön lisans olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği meslektaşlarla birlikte çalışma ($p=0,048<0,05$; $p=0,046<0,05$) alt boyut puanları öğrenim düzeyi lisans ve lisansüstü olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Öğrenim düzeyi lisansüstü olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği eğitim ve geliştirme fırsatları ($p=0,001<0,01$; $p=0,017<0,05$; $p=0,025<0,05$) alt boyut puanları öğrenim düzeyi sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre klinik yönetim iklimi ölçeği planlı ve entegre kalite geliştirme programı ve örgütsel öğrenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin çalışma pozisyonlarına göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($t=3,258$; $p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=2,544$; $p=0,011<0,05$), önleyici risk yönetimi ($t=2,171$; $p=0,030<0,05$), suç ve ceza ortamı ($t=3,680$; $p=0,001<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=2,235$; $p=0,026<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yönetici pozisyonunda çalışan sorumlu hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyutu aldıkları puanlarının hemşire olarak çalışanlara göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin meslekte deneyim süresine göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($F=3,956$; $p=0,008<0,01$) ile önleyici risk yönetimi ($F=4,439$; $p=0,004<0,01$), suç ve ceza ortamı ($F=3,419$; $p=0,017<0,05$), örgütsel öğrenme ($F=3,257$; $p=0,021<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, 6-10 yıl mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin klinik

yönetişim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,010<0,05$) ile suç ve ceza ortamı ($p=0,019<0,05$) alt boyut puanları mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca 11-15 yıl mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği önleyici risk yönetimi ($p=0,002<0,01$) ve örgütsel öğrenme ($p=0,039<0,05$) alt boyut puanları mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Hemşirelerin kurumdaki deneyim sürelerine göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam ve alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin çalıştığı servise göre klinik yönetim iklimi ölçeği eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=6,164;p=0,002<0,01$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin yönetim iklimi ölçeği eğitim ve geliştirme fırsatları ($p=0,002<0,01$) alt boyut puanları özellikli birimlerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştığı servise göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza, meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin servisi isteyerek seçme durumuna göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($t=-2,892;p=0,004<0,01$) ile önleyici risk yönetimi ($t=-1,992;p=0,047<0,05$), suç ve ceza ortamı ($t=-2,356;p=0,019<0,05$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=-3,202;p=0,001<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=-1,976;p=0,049<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Servisi isteyerek seçen hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ile önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puanları servisi isteyerek seçmeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin çalışma düzenine göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($t=-2,691;p=0,008<0,01$) ile önleyici risk yönetimi ($t=-2,470;p=0,014<0,05$), suç ve ceza ortamı ($t=-2,768;p=0,006<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=-2,287;p=0,023<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Devamlı gündüz çalışan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ile önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puanları çalışma düzeni gündüz-gece olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayısına göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($F=5,670;p=0,004<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($F=3,658;p=0,026<0,05$), suç ve ceza ortamı ($F=4,680;p=0,010<0,05$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($F=4,969;p=0,007<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=4,076;p=0,018<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, günlük bakım verdiği hasta sayısı 1-10 olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,003<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($p=0,044<0,05$), suç ve ceza ortamı ($p=0,023<0,05$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($p=0,005<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($p=0,015<0,05$) alt boyut puanları günlük bakım verdiği hasta sayısı 11-20 olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca günlük bakım verdiği hasta sayısı 11-20 olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği suç ve ceza ortamı ($p=0,046<0,05$) alt boyut puanları günlük bakım verdiği hasta sayısı 21 ve üzeri grupta olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin haftalık toplam çalışma süresine göre klinik yönetim iklimi ölçeği meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=2,49;p=0,013<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Haftalık 40 saat çalışan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut puanları haftalık 41 saat ve üzeri çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 5). Hemşirelerin haftalık toplam çalışma süresine göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ile planlı ve entegre kalite

geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları, örgütsel öğrenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin aylık tuttuğu nöbet sayısına göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($F=4,015;p=0,019<0,05$) ile önleyici risk yönetimi ($F=3,051;p=0,048<0,05$), suç ve ceza ortamı ($F=4,435;p=0,012<0,05$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=3,447;p=0,033<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, sadece gündüz çalışan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,027<0,05$) ile önleyici risk yönetimi ($p=0,049<0,05$) ve suç ve ceza ortamı ($p=0,010<0,05$) alt boyut puanları aylık 9 ya da üzeri nöbet tutan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Ayrıca sadece gündüz çalışan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği eğitim ve geliştirme fırsatları ($p=0,027<0,05$) alt boyut puanları aylık 1-8 arasında nöbet tutan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin işinden memnun olma durumuna göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($F=12,780;p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($F=9,225;p=0,001<0,01$), önleyici risk yönetimi ($F=3,423;p=0,033<0,05$), suç ve ceza ortamı ($F=12,514;p=0,001<0,01$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($F=4,215;p=0,015<0,05$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=14,366;p=0,001<0,01$) ve örgütsel öğrenme ($F=3,364;p=0,035<0,05$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, işinden memnun olmayan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($p=0,001<0,01$), önleyici risk yönetimi ($p=0,046<0,05$), suç ve ceza ortamı ($p=0,001<0,01$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($p=0,038<0,05$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($p=0,001<0,01$) alt boyut puanları işinden memnun olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca işinden memnun olmayan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,006<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($p=0,004<0,01$), suç ve ceza ortamı

($p=0,001<0,01$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($p=0,025<0,05$) alt boyut puanları işinden kısmen memnun olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. İşinden kısmen memnun olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,014<0,05$) ile önleyici risk yönetimi ($p=0,049<0,05$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($p=0,001<0,01$) ve örgütsel öğrenme ($p=0,043<0,05$) alt boyut puanları işinden memnun olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Hemşirelerin işten ayrılmayı düşünme durumuna göre klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($F=6,658;p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($F=4,905;p=0,002<0,01$), suç ve ceza ortamı ($F=8,940;p=0,001<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=3,425;p=0,017<0,05$) ve örgütsel öğrenme ($F=3,985;p=0,008<0,01$) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni testi sonucunda, işinden ayrılmayı düşünen hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($p=0,003<0,01$), suç ve ceza ortamı ($p=0,001<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($p=0,048<0,05$) ve örgütsel öğrenme ($p=0,007<0,01$) alt boyut puanları işinden nadiren ayrılmayı düşünen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca işinden sıklıkla ayrılmayı düşünen hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($p=0,005<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($p=0,031<0,05$) ve suç ve ceza ortamı ($p=0,001<0,01$) alt boyut puanları işinden nadiren ayrılmayı düşünen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Alt boyut ve Toplam puanları arasındaki ilişki

		Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği						Toplam
		Planlı ve entegre kalite geliştirme programı	Önleyici risk yönetimi	Suç ve ceza ortamı	Meslektaşlarla birlikte çalışma	Eğitim ve geliştirme fırsatları	Örgütsel öğrenme	
Hemşirelik İş İndeksi Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği								
Hemşirelerin yönetime	r	-0,329	-0,372	-0,128	-0,388	-0,294	-0,121	-0,403
karişması ve temsil gücü	<i>p</i>	<0,001**	<0,001**	0,004**	<0,001**	<0,001**	0,007**	<0,001**
Kaliteli bakım için gerekli	r	-0,070	-0,318	-0,175	-0,332	-0,157	0,036	-0,232
hemşirelik kaynakları	<i>p</i>	0,117	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,420	<0,001**
Yönetici hemşirelerin tutumu	r	-0,379	-0,375	-0,259	-0,502	-0,252	-0,029	-0,458
ve liderlik özellikleri	<i>p</i>	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,524	<0,001**
İnsan gücü ve diğer	r	-0,300	-0,199	-0,139	-0,308	-0,222	-0,091	-0,320
kaynakların yeterliliği	<i>p</i>	<0,001**	<0,001**	0,002**	<0,001**	<0,001**	0,041*	<0,001**
Hekim-Hemşire-Meslektaş	r	-0,232	-0,267	-0,293	-0,352	-0,105	-0,075	-0,329
iletişimi	<i>p</i>	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,019*	0,095	<0,001**
Toplam	r	-0,363	-0,409	-0,274	-0,511	-0,274	-0,075	-0,474
	<i>p</i>	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,095	<0,001**

r:Pearson korelasyon katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

4. Hemşirelerde Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetişim iklimi ölçeği toplam puanı ($r=-0,403$; $p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme ($r=-0,329$; $p=0,001<0,01$), önleyici risk yönetimi ($r=-0,372$; $p=0,001<0,01$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($r=-0,388$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetişim iklimi ölçeği suç ve ceza ortamı gücü ($r=-0,128$; $p=0,004<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($r=-0,294$; $p=0,001<0,01$) ve örgütsel öğrenme ($r=-0,121$; $p=0,007<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetişim iklimi ölçeği önleyici risk yönetimi ($r=-0,318$; $p=0,001<0,01$) ve meslektaşlarla birlikte çalışma ($r=-0,332$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hemşirelerin kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetişim iklimi ölçeği toplam puanı ($r=-0,232$; $p=0,001<0,01$) ile suç ve ceza ortamı gücü ($r=-0,175$; $p=0,001<0,01$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($r=-0,157$; $p=0,001<0,01$) ve örgütsel öğrenme ($r=-0,121$; $p=0,007<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetişim iklimi ölçeği planlı ve entegre kalite geliştirme ve örgütsel öğrenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($r=-0,458$; $p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme ($r=-0,379$; $p=0,001<0,01$), önleyici risk yönetimi ($r=-0,375$; $p=0,001<0,01$) ve meslektaşlarla birlikte çalışma ($r=-0,502$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği suç ve ceza ortamı gücü ($r=-0,259$; $p=0,001<0,01$) ve eğitim ve geliştirme fırsatları ($r=-0,252$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği örgütsel öğrenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

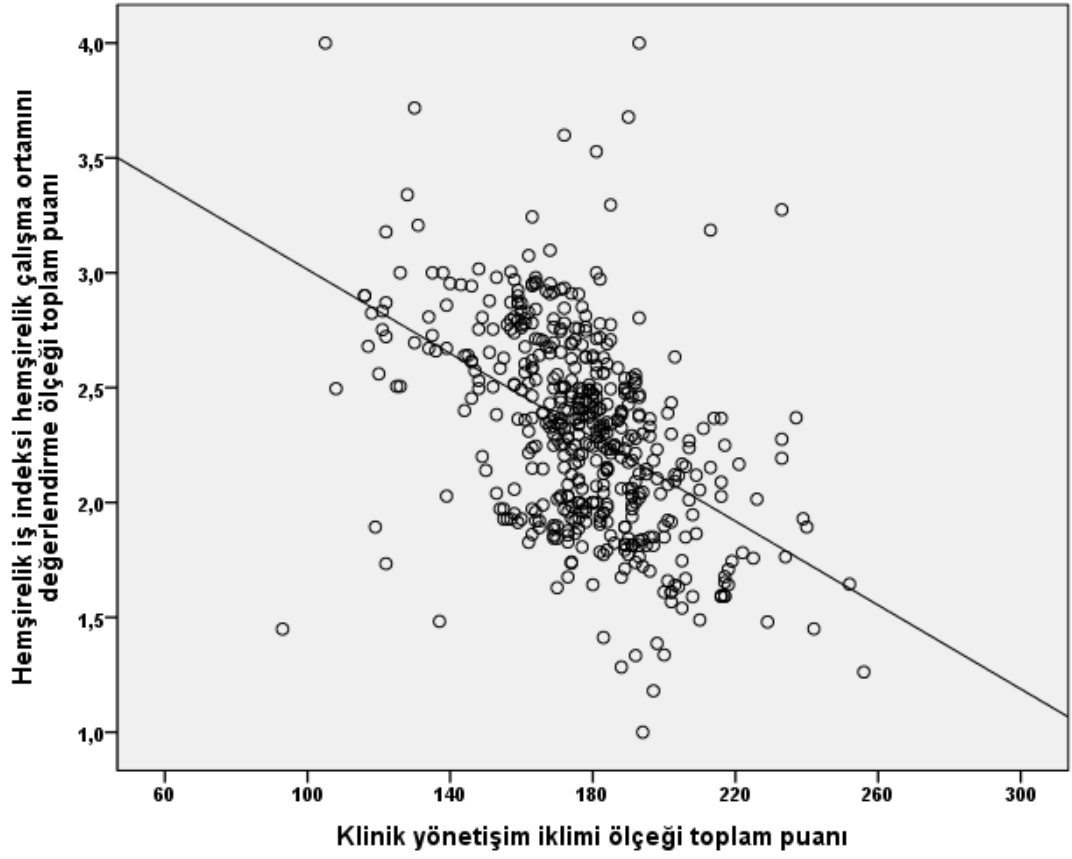
Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($r=-0,320$; $p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme ($r=-0,300$; $p=0,001<0,01$) ve meslektaşlarla birlikte çalışma ($r=-0,308$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği önleyici risk yönetimi ($r=-0,199$; $p=0,001<0,01$) ile suç ve ceza ortamı gücü ($r=-0,139$; $p=0,002<0,01$) ve eğitim ve geliştirme fırsatları ($r=-0,222$; $p=0,001<0,01$) ve örgütsel öğrenme ($r=-0,091$; $p=0,041<0,05$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik

yönetişim iklimi ölçeği toplam puanı ($r=-0,329$; $p=0,001<0,01$) ve meslektaşlarla birlikte çalışma ($r=-0,352$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği planlı ve entegre kalite geliştirme ($r=-0,232$; $p=0,001<0,01$) ve önleyici risk yönetimi ($r=-0,267$; $p=0,001<0,01$), suç ve ceza ortamı gücü ($r=-0,293$; $p=0,001<0,01$) ve eğitim ve geliştirme fırsatları ($r=-0,105$; $p=0,019<0,05$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutundan aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği örgütsel öğrenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanları ile klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanı ($r=-0,474$; $p=0,001<0,01$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme ($r=-0,363$; $p=0,001<0,01$), önleyici risk yönetimi ($r=-0,409$; $p=0,001<0,01$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($r=-0,511$; $p=0,001<0,01$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanları ile klinik yönetim iklimi ölçeği suç ve ceza ortamı gücü ($r=-0,274$; $p=0,001<0,01$) ve eğitim ve geliştirme fırsatları ($r=-0,274$; $p=0,019<0,05$) alt boyut puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanları ile klinik yönetim iklimi ölçeği örgütsel öğrenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,474$; $p=0,001<0,01$) (Tablo 6).



Şekil 1. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği İle Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 7. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeğinin Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Üzerine Etkisini Belirlemeye Yönelik Linear Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Standartlaştırılmamış Katsayılar					%95 Güven Aralığı	
	B	SH	β	t	p	Min.	Max.
Sabit	234,103	4,813	-	48,639	<0,001**	224,646	243,559
Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği puanı	-24,603	2,048	-0,474	-12,011	<0,001**	-28,628	-20,579
<i>Bağımlı Değişken: Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği</i>		$R^2:0,225$		$F:144,267$		$p<0,001**$	

Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinin klinik yönetim iklimi ölçeği üzerindeki etkisi analiz edildiğinde, bu model ileri düzeyde anlamlı bulundu ($F:144,267$; $p<0,001$). Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinin klinik yönetim iklimi ölçeği üzerindeki varyansın %22,5'ini açıkladığı saptanmıştır ($R^2:0,225$).

Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği ile klinik yönetim iklimi ölçeği arasında negatif bir ilişki olduğu görüldü. Bir başka ifadeyle hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği düzeyi arttıkça klinik yönetim iklimi ölçeği düzeyi azalmaktadır. Ayrıca klinik yönetim iklimi ölçek puanlarının düşmesi, yönetimi destekleyici bir iklimin bulunduğunu gösterdiğinden; aslında hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme puanının artması, iklimi olumlu yönde etkilediği belirtilebilir.

7.TARTIŞMA ve SONUÇ

Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumlarının ve klinik yönetim iklimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma 500 hemşire ile gerçekleştirilmiş olup elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hemşirelerin çoğunluğunun yaşı 29-36 yaş arası olup yaş ortalaması $34,22\pm 6,79$, kadın, evli, lisans mezunu, hemşire pozisyonunda çalışmakta olduğu, mesleki deneyim süresinin 6-10 yıl, kurumdaki deneyim süresinin 1-4 yıl arasında olduğu, dahili birimlerde çalıştığı, çalıştığı servisi isteyerek seçtiği, gündüz ve gece şeklinde çalıştığı, günlük 11-20 arası hastaya bakım verdiği, haftada toplam 40 saat çalıştığı, işinden kısmen memnun olduğu ve işten ayrılmayı düşündüğü bulunmuştur (Tablo 1).

Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı tutumu toplam puan ortalaması $2,31\pm 0,44$ olarak saptanmış olup, hemşirelerin çalışma ortamına yönelik tutumlarının olumlu ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Türkmen ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı tutumları toplam puan ortalamasının $2,96\pm 0,33$ olduğu görülmüştür. Literatüre baktığımız zaman, Lake 2002’de, Laschinger ve Leiter 2006’da, Nantsupawat ve ark. 2011’de, Liu ve ark 2012’de ve Kelly ve arkadaşlarının 2013’te yaptığı çalışmalarda da, sağlık çalışanlarının çalışma ortamını olumlu ve orta düzey olarak değerlendirdiği görülmektedir.

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı alt boyutları kendi aralarında değerlendirilecek olursa, hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları, yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri ve hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutları olumlu yönde orta düzey bulunmuştur. Ancak insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği alt boyutu ile ilgili hemşirelerin çalışma ortamlarına yönelik tutumlarının olumlu olmadığı görülmüştür (Tablo 2). Hemşirelerin çalışma ortamı değerlendirme ölçeğinden “insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği” alt boyutundan en düşük puan aldıkları görülmüştür. Literatürler araştırıldığında “insan gücü ve diğer

kaynakların yeterliliği” alt boyutunun birçok çalışmada en düşük puan aldığı görülmüştür. Bunlardan Türkmen ve arkadaşlarının (2011), Lake’in (2002), Gardner ve arkadaşlarının (2007) ve en önemlisi Aiken ve arkadaşlarının (2011) dokuz farklı ülkede gerçekleştirdiği çalışmada tüm ülkelerde aynı alt boyutun düşük puanlandığı görülmüştür. Bunun sebebinin genel bir problem olan hemşire sayısının yetersizliği, destek elemanın eksikliğinden kaynaklanan iş yükünün artması ve kurum içinde meslek tanımlarının açık bir şekilde yapılmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği alt boyutlarından hemşirelerin en yüksek “kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları” alt boyutundan puan aldıkları görülmüştür. Kaliteli bakımın sunulmasında ilk sırada gelen en önemli sebeplerden biri hemşirelerin eğitim düzeyinin lisans mezunu olmasıdır (Samur, 2014). Çalışmamızda hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği alt boyutlarından hemşirelerin en yüksek puanı “kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları” alt boyutundan almalarının nedeni, çalışmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olmasından kaynaklı olacağı söylenebilir. Ayrıca kurumda uygulanan yeni başlayan hemşirelere yönelik oryantasyon eğitiminin olması, eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme sınavlarının yapılması yine kaliteli bakımın sunulmasında bir etken olacağı söylenebilir.

Samur 2014 yılında yaptığı çalışmada da hemşirelerin, hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı ölçeğinde en yüksek “kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları”, en düşük ise “insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği” alt boyutlarından puan aldıklarını saptamıştır.

37 yaşında ve daha büyük yaşta olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Kurumda ilerleyen zaman içinde mesleki iletişimin olumlu yönde geliştiğini ifade eden Sezgin, 2007 de yaptığı çalışmada 40-49 yaş grubundaki hemşirelerin çalışma ortamı ölçeği mesleki ilişkiler boyutunun puan ortalamasını hemşirelere göre daha yüksek bulmuştur. Aynı şekilde Mollaoğlu ve arkadaşlarının da 2010 yılında yaptıkları çalışmada 40-49 yaş

grubundaki hemşirelerin mesleki ilişkiler puan ortalamasını yüksek bulmuştur. Yaptığımız çalışmada da çalışma ortamı değerlendirme ölçeği alt boyutlarından hekim-hemşire meslektaş iletişimi 37 yaşında ya da daha büyük yaşta olan hemşirelerin anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kurumda çalışan hemşirelerin yaşları arttıkça deneyimin de doğru orantılı olarak artması, mesleki ilişkilerin güçlenmesi, kuruma aitlik hissinin gelişmesi ve deneyimlerle beraber kaliteli hasta bakımının sağlanmasından dolayı iş doyumunun artması gibi sonuçları göz önünde bulundursak beklenen bir durum olduğu belirtilebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçek toplamından aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Fakat hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği alt boyutlarından “yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri” puan ortalamasında kadın hemşirelerin puanları erkek hemşirelere göre yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Tambağ ve arkadaşları (2015) Hatay ilinde bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada cinsiyetin çalışma ortamı algısını etkilediğini belirtmiştir. Ayrıca kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre çalışma ortamı alt ölçeklerinin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tambağ ve ark., 2015).

Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği alt boyut ve ölçek toplamından aldıkları puanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3). Tambağ ve arkadaşları da (2015) Hatay ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada da hemşirelerin medeni durumlarının çalışma ortamı algılarını etkilemediğini belirtmişlerdir. Aynı şekilde Alan (2011) Çanakkale ilinde bulunan hastanelerde en az bir yıl çalışmış olan hemşirelerde yaptığı çalışmada medeni durum ile çalışma ortamı algıları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığını belirtmiştir.

Sorumlu hemşirelerin servis hemşirelerine göre çalışma ortamına yönelik tutumlarının daha olumlu yönde olduğu görülmüştür (Tablo 3). Sorumlu hemşirelerin yönetici pozisyonda olmaları, görev ve sorumlulukları düşünüldüğünde bu durum beklenen bir sonuçtur. Gormley (2011) çalışma ortamı ile ilgili yaptığı çalışmada,

yönetici hemşirelerin çalışma ortamını hemşirelere göre daha olumlu olarak değerlendirdiklerini belirtmiştir.

Meslekte ve kurumda deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin çalışma ortamı tutumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Altınöz'ün (2016) Ankara'da yaptığı çalışmasında da meslekte çalışma süreleri arttıkça hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin olumlu algılarının arttığı saptanmıştır. Margall ve Duguette'nin 2000 yılında yaptığı, Meretoja ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptığı çalışmada da deneyimin, çalışma ortamı algısı üzerine olumlu etkisinin olduğunu ifade etmişlerdir. Deneyim süresinin artması ile birlikte kazanılan tecrübelerin artacağı, yaşanan olayların, klinikteki uygulamaların bilinmesinin çalışanların risklere karşı daha tedbirli davranmasını sağlayabileceği ve bunlar sonucunda daha olumlu bir çalışma ortamı oluşacağı düşünülebilir.

Hemşirelerin çalıştığı servisi isteyerek seçme durumlarına göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği alt boyut ve ölçek toplamından aldıkları puanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Gündüz çalışan hemşirelerin çalışma ortamı tutumları gündüz-gece çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Devamlı gündüz çalışan hemşirelerin çalışma saati, çalışma düzeni, kurum içi etkinlik-toplantıların gündüz mesaisinde gerçekleşmesi gibi veriler değerlendirildiğinde, gündüz çalışan hemşirelerin daha fazla çalışma ortamı tutumu sergilemesi beklenen bir sonuç olmuştur. Treuer, Fuller-Tyszkiewicz ve Little 2014 yılında yaptıkları çalışmada da vardiyalı çalışmanın hemşirelerin çalışma ortamı algılarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin günlük bakım verdikleri hasta sayısına göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği alt boyut ve ölçek toplamından aldıkları puanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3). Literatür tarandığında Sezgin (2007) ve Bingöl (2015) yaptığı çalışmalarda da hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayısı ile çalışma ortamı algısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Ayrıca hemşirelerin haftalık toplam çalışma saatlerine göre hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği alt boyut ve ölçek toplamından aldıkları puanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3). Alan ve

Yıldırım'ın (2016) yaptığı çalışmada hemşirelerin toplam çalışma saati çalışma ortamı algısını etkileyen etkenler arasında yer alırken, Bingöl (2015) ve Samur'un (2014) yaptığı çalışmalarda hemşirelerin haftalık toplam çalışma saati ve çalışma ortamı algıları arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.

İşinden memnun olan hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeği toplam puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3). İşinden memnun olan hemşirelerin "hemşirelerin yönetime karışması ve temsil gücü, yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri, insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği" alt boyutlarından aldıkları ortalama puan işinden memnun olmayan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Cabar ve Serikan 2010 yılında yaptıkları çalışmada, çalışılan kurumda işten memnuniyetin birbirleriyle daha olumlu iletişim kurmalarını, yeteneklerini kullanabildiklerini ve kendilerini geliştirebileceklerini ifade etmişlerdir. İşinden memnun olan hemşirelerin, yaptığı işten doyum aldıkları, çalıştıkları kurumu sahiplendikleri ve mesleki ilişkilerinin daha güçlü olmasından kaynaklı, çalışma ortamlarını daha olumlu algıladıkları söylenebilir.

Hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği puan ortalaması $177,31 \pm 22,85$ olarak saptanmış olup, klinik yönetim iklimi düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Gürdoğan'ın İstanbul'da bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada da, klinik yönetim iklim düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Köroğlu'nun (2018) Trabzon'da bulunan kamu hastanelerinde hemşirelerle yaptığı çalışmada da, klinik yönetim iklim düzeyi orta düzeyde bulunmuştur. Bahrami ve arkadaşları (2014) tarafından İran'daki 3 eğitim hastanesinde yapılan çalışmada ise hastanelerin iklimlerinin klinik yönetim iklimi uygulaması için yeterince destekleyici olmadığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise Karassavidou ve arkadaşları (2011) Makedonya'daki üç hastanede 214 çalışanın katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, klinik yönetimi destekleyici iklimin negatif yönde olduğunu bulmuşlardır. Garcia ve arkadaşları bu durumun ağır iş koşullarından ve personel eksikliğinden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Tüm bu çalışmalar sonucunda, hastane iklimlerinin klinik yönetim uygulamasında yeterli destek sağlamadığını ve geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği “planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları, örgütsel öğrenme” alt boyutları puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 5). Köroğlu (2018) Trabzon ilinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada da klinik yönetim iklimi “planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları, örgütsel öğrenme” alt boyutlarını orta düzeyde bulmuştur.

En düşük puan ortalamasına sahip olan ve destekleyici iklim algısının en fazla olduğu alt boyutun, örgütsel sınırlılıklar, kurum içinde ve dışındaki bilgi paylaşımını açıklayan “örgütsel öğrenme” alt boyutu olduğu görülmüştür. Erigüç ve Balçık’ın (2008), hemşirelerin öğrenen örgüt ile ilgili değerlendirmelerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışma da örgütsel boyutlar bakımından öğrenme düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Gürdoğan (2012) ve Köroğlu (2018) tarafından yapılan çalışmalarda da, hemşirelerin çoğunluğu “örgütsel öğrenme” boyutundan ortalama puan almışlardır.

29-36 yaş grubunda olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi düzeyleri 37 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Bu doğrultuda 29-36 yaş grubunda olan hemşireler, kurumlarının klinik yönetimi destekleyici bir iklime sahip olmadığını düşünmektedirler. Aynı zamanda Gürdoğan’ın (2012) çalışmasında da yaşları fazla olan hemşirelerin diğer hemşirelere göre klinik yönetim iklim düzeyini bazı alt boyutlarda daha olumlu algıladığı görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre klinik yönetim iklimi ölçek toplamından aldıkları puanlarda anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin puanlarının öğrenim düzeyi lisans ve lisansüstü olan hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin kurumlarında klinik yönetimin “önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları” alt boyutlarını daha çok destekledikleri görülmüştür. Yazıcı 2006 yılında yaptığı çalışmada eğitim durumu lisans olan hemşireler ödüllendirmenin az olduğunu düşündüklerini ve somut ödüllendirme beklentisi içinde olduklarını belirtmektedir.

Eğitim düzeyinin artmasıyla doğru orantılı olarak artan ödül ve teşvik beklentileri, çalışmamızda da aynı sonucu göstermiştir.

Yönetici pozisyonunda çalışan sorumlu hemşirelerin servis hemşirelerine göre klinik yönetişim iklimini destekleyici buldukları grlmştir. Freeman'ın 2003 yılında yaptığı çalışmada da aynı şekilde yönetici pozisyonunda çalışanlar, diğer gruplara göre kurumlarında klinik yönetişimi destekleyici iklim olduğunu belirtmişlerdir. Yöneticilerin olumlu bir çalışma ortamının oluşturulmasında önemli rolü olduğu için yöneticilerin iklimi daha destekleyici bulmaları beklenen bir durumdur.

Meslekte deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin, hemşirelere göre klinik yönetişim iklimini daha olumlu algıladıkları grlmştir (Tablo 5). Bu durum, mesleki deneyim süresi arttıkça hemşirelerin aldığı eğitimler ve tecrübeleri ile birlikte riskler ve sorunlar karşısında meslektaşlarıyla birlikte planlı ve kaliteli çalışmayı öğrenmesinden kaynaklı olabilir. Meslekte deneyimi 16 yılı geçen hemşirelerin kurumlarında klinik yönetişimin “rgtsel öğrenme” alt boyutunu olumlu yönde destekledikleri grlmştir. Yılmaz ve şahin (2006) yaptıkları çalışmada, toplam çalışma süresinin örgütsel öğrenme düzeylerini etkilediğini saptamışlardır.

Servisi isteyerek seçme durumuna göre klinik yönetişim iklimi leğinden alınan toplam puanlarda anlamlı farklılık saptanmıştır. alışacağı servisi isteyerek seçen hemşirelerin, servisi isteyerek seçmeyen hemşirelere göre klinik yönetişim iklim düzeyleri daha düşük olduğu grlmştir (Tablo 5). Çalıştıkları servisi isteyerek seçen hemşirelerin, kurumlarında klinik yönetişim iklimini olumlu yönde algıladıkları saptanmıştır. Gün'n 2016 yılında İstanbul ilinde bulunan 2 eğitim araştırma hastanesinde yaptığı çalışmada da mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin örgüt iklimi algılamalarını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Gündüz alışan hemşirelerin klinik yönetişim iklimi düzeyleri gündüz-gece çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 5). Gündüz alışan hemşirelerin klinik yönetişim “nleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları” alt boyutlarında gündüz-gece çalışanlara göre daha olumlu iklim algısına sahip oldukları grlmştir. Gündüz alışan hemşirelerin gün içinde sürekli yöneticilerle iletişim halinde olması, eğitim ve toplantıların gündüz

yapılıyor olması gibi etmenler değerlendirildiğinde gündüz-gece çalışan hemşirelere göre daha olumlu bir iklimin değerlendirilmesi beklenen bir sonuç olmuştur.

Günlük bakım verilen hasta sayısına göre klinik yönetim iklimi ölçeğinden alınan toplam puanlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Günlük 11-20 arası hastaya bakım veren hemşirelerin klinik yönetim algısının daha olumlu olduğu görülmektedir (Tablo 5). Bunun yanı sıra bu gruptaki hemşirelerin olumlu yönde destekleyici algısı eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyutunda da klinik yönetim iklimi diğer hemşirelere göre daha iyidir. Bunun sebebi hasta sayısı arttıkça karşılaşılabilecek risklerin artması bununla baş etmeyi öğrenme durumundan kaynaklı olabilir. Gürdoğan'ın çalışmasında ise çalışmamızın aksine 21-30 hastaya bakım veren hemşirelerin klinik yönetim iklimini destekleyici algısı daha az bulunmuştur.

İşten memnun olan ve işten nadiren ayrılmayı düşünen hemşirelerin klinik yönetime ilişkin iklimi destekleyici algılarının diğer hemşirelere göre daha olumlu yönde olduğu görülmüştür (Tablo 5). Doğanlı ve Demircinin yaptığı bir çalışmada iş motivasyonunun artması ve hasta memnuniyetinin olumlu olmasının hemşirelerin çalıştıkları kurumdan memnun olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar ile klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Klinik yönetim iklimi ölçek puanlarının düşmesi, yönetimi destekleyici bir iklimin bulunduğunu gösterdiğinden; aslında hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme puanının artması, iklimi olumlu yönde etkilediği belirtilebilir. Çalışma ortamında insanın performansını ve sağlığını etkileyen birçok etmen vardır. Bu etmenlerden biride örgütün yönetim biçimi ve iklimidir. Yönetimin şeffaf ve ortak katılımlı, ayrıca her çalışanın fikrini beyan edebiliyor olması, çalışanın olumlu bir iklim algılamasına sebep olur.

Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları ve klinik yönetim iklimi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

- Hemşirelerin çoğunluğunun 29-36 yaş arasında, kadın, lisans mezunu olduğu, hemşire pozisyonunda, haftada 40 saat çalıştığı, 6-10 yıl mesleki deneyime

sahip olduğu, kurumdaki deneyim süresinin 1-4 yıl olduğu ve dahili birimlerde çalıştığı saptandı. Ayrıca hemşirelerin yarısına yakınının günlük 11-20 hastaya bakım verdiği, yarısından biraz fazlasının çalıştığı servisi isteyerek seçtiği, gündüz-gece şeklinde çalıştığı, işinden kısmen memnun olduğu görüldü.

- Hemşirelerin, hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamı tutumlarının orta düzeyde olduğu bulundu. Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinde, en düşük puan ortalamasına sahip olan alt boyutun “insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği”, en yüksek puan ortalamasına sahip “kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları” alt boyutu olduğu bulundu.
- 37 yaş ve üzerinde, sağlık meslek lisesi mezunu olan, sorumlu hemşire pozisyonunda çalışan, meslekte ve kurumda deneyim süresi 16 yıl ve üzerinde olan, özellikli birimlerde, devamlı gündüz çalışan ve işten memnun olan hemşirelerin çalışma ortamı tutumlarının daha yüksek olduğu görüldü.
- Hemşirelerin, klinik yönetim iklimi düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulundu. Klinik yönetim iklimi ölçeğinde, en düşük puan ortalamasına sahip olan alt boyutun “örgütsel öğrenme”, en yüksek puan ortalamasına sahip “planlı ve entegre kalite geliştirme programı” alt boyutu olduğu bulundu.
- 37 yaş ve üzerinde, sağlık meslek lisesi mezunu olan, sorumlu hemşire olarak çalışan, meslekte 16 yıl ve daha fazla deneyim sahibi olan, çalıştığı servisi isteyerek seçen, devamlı gündüz çalışan, günlük 11-20 hastaya bakım veren, işten memnun olan hemşirelerin klinik yönetim iklimi ortalama puanlarının daha düşük olduğu ve kurumlarında klinik yönetim iklimini olumlu yönde destekleyici buldukları görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerde çalışma ortamı tutumlarının olumlu yönde artırılması ve klinik yönetimi yüksek düzeyde destekleyen bir iklim oluşturulması için; çalışılacak servis seçiminde hemşirelerinde görüşlerinin alınması, genç ve mesleğe yeni başlayan hemşireler için oryantasyon programlarının düzenlenmesi, çalışma listeleri hemşirelerin gereksinimleri göz önüne alınarak ve

gece-gündüz dönüşümlü olarak yapılması, yapılan yönetici-çalışan memnuniyet çalışmalarının dikkate alınması, ekip çalışmasının desteklenmesi, sağlık bakım organizasyonlarının klinik yönetim iklim düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi, organizasyonlarda hemşirelerin karar alma sürecine katılımının desteklenmesi ve bu davranışları geliştirmeye yönelik faaliyetlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Acun Mİ. Kamu Hastanelerinde Çalışma Ortamı Çalışma Koşulları Ve Motivasyon. B. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. MF Gezgin).
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET ve ark. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. The Journal Of Nurse Administration. 2008;38(5):223-229.
3. Aksay K, Orhan F, Kurutkan M. Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak Fmea: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama. Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi. 2012; 4(2): 121-142.
4. Alan H, Yıldırım A. Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Ve Hemşire Yönetimi Dergisi. 2016;2(3): 86-95.
5. Altınöz Ü. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamına İlişkin Algıların, Ruhsal Sorunların Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. G. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Doç. Dr. S Demir).
6. Bahrami MA, Sabahi AA, Montazeralfaraj R, Shamsi F, Entezarian S. Hospitals' Readiness For Clinical Governance İmplementation İn Educational Hospitals Of Yazd. Electronic Physician. 2014; 6(2): 794-800.
7. Baumann A. Positive Practice Environments: Quality Workplaces=Quality Patient Care İnformation And Action Tool Kit, International Council Of Nurses, Geneva. Switzerland; 2007, s:5-9.
8. Belek İ. Sosyal devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politiği. Sorun Yayınları, Bilimsel Araştırma İnceleme Dizisi, İstanbul; 2001, p:3.

9. Bingöl Ü. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Manisa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Koca Kutlu).
10. Bostan S, Köse A. Hemşirelerin Yönetimsel Hizmetleri ve Çalışma Ortamlarını Değerlendirmesi -Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2011; 3: 178-183.
11. Brunette MJ, Smith MJ, Punnett L. Perceptions Of Working And Living Conditions Among Industrial Male And Female Workers In peru Work. 2011;38(3): 211-223.
12. Burton MR, Loritsen J, Obel B. The impact of organizational climate and strategic fit on firm performance, Human Research Management. 2004; 43: 67-82.
13. Canıkalp E, Ünlükaplan İ. Hiyerarşik Düzendeki Heterarşik Düzene: Yönetişim Kavramı ve Yönetişim Teorileri. Araştırma Makalesi, Tisk Akademi. 2015a;2:250-270.
14. Canıkalp E, Ünlükaplan İ. Yönetişim Kalitesi ve Yönetişimin Ölçülebilirliği. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi. 2015b; 19(1):81-100.
15. Cihangiroğlu N, Teke A, Uzuntarla Y. Hastanelerde Klinik Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği, Gülhane Tıp Dergisi. 2016; 58: 1-5.
16. Çakar M. Toplam Kalite Yönetimi Ve Deming Örneği, Kesit Akademi Dergisi. 2018; 4(13): 389-408.

17. Dargahi H, Seragi NJ. An Approach Model for Employees' Improving Quality of Work Life (IQWL). Iranian J Publ Health. 2007; 36(4): 8186.
18. Dinçer Ö. Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Beta Basım Yayın, 7. Baskı, İstanbul; 2004, p: 209-260.
19. Dindar İ, İşsever H, Öze M. Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konular Tanıları Hemşire Forumu Dergisi. 2004; 7(1): 59-63.
20. Dirik HF. Çalışma Ortamı Ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. D. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ş Seren İntepeler).
21. Disch J. Creating healthy work environments. Creat Nurs 2002;8(2):3-4.
22. Doğanlı B, Demirci Ç. Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının (Hemşire) Motivasyonlarını Belirleyici Faktörler Üzerine Bir Araştırma, Yönetim Ve Ekonomi Dergisi. 2014;21(1): 47-60.
23. Durgun ŞÖ. Çalışma Ortamı Algısı-İş Doyumu Ve Sağlık Çalışanları. B.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. MF Gezin).
24. Ekici D. Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi. Sim Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 2013, s:49-107.
25. Ekici D. Sağlık Hizmetinde Yönetimsel Sorunların Analizi. Sim Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara; 2016, p:239-247.

26. Eriğüç G, Balçık PY. Öğrenen Örgüt ve Hemşirelerin Değerlendirmelerine Yönelik Bir Uygulama, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2008; 10(1):75-106.
27. Ertekin A. Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirilmesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şefika Demirkan).
28. Fidan Y. Yönetimden Yönetişime: Kavramsal Bir Bakış, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi.2011;1: 5-10.
29. Freeman T. Measuring progress in clinical governance: Assessing there liability and validty of the clinical governance climate question naire, Health Services Management Research. 2003; 16(4): 234-250.
30. Gardner JK, Thomas-Hawkins C, Fogg L, Latham CE. The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. Nephrol Nurs J. 2007;34(3):271-281.
31. Gauld R, Hoursburg S. Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. Health Serv Manage Res. 2014; 14(4):547-554.
32. Geiger-Brown J, Lipscomb J. The health care work environment and adverse health and safety consequences for nurses. Annu Rev Nurs Res. 2010;28: 191-23.
33. Gormley DK. Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. Journal of Nursing Management. 2011; 19: 33-40.

34. Graham J, Amos B, Pumptre T. "Principles for good governance in the 21st century". Policy Brief. 2003; 15: 1-6.
35. Gül Çİ. Örgüt İkliminin İş Doyumuna Etkisi: İzmir İli İki Sağlık Kuruluşunda Bir Uygulama. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, 2017, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Kayahan Karakul).
36. Gül İ. Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. İ. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. L Taşkın).
37. Gün İ, Höyük S. Sağlık Kuruluşlarında Örgüt İklimi Ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki, ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017(1): 40-48.
38. Gürdoğan E, Ecevit Ş. The Relationship Between Nurses' Perceptions of the Clinical Governance Climate and their Job Satisfaction Levels, International Journal of Caring Sciences. 2012b; 16(9): 640-646.
39. Gürdoğan EP. Bir Üniversite Hastanesinde Klinik Yönetişim İkliminin Hemşirelerin İş Doyumu Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012a, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Ş Ecevit).
40. Güven H. Bakım Dostu Hastaneler' in Standartlarının Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Prof. Dr. A Yıldırım).
41. Halligan A, Donaldson L, Implementing clinical governance: Turning vision into reality, BMJ Clinical Research Ed. 2001; 322: 1413-1417.

42. Şen HT. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Yönetici Hemşire Ve Hemşirelerin Kurumsal İklimi Algılayışları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Prof. Dr. AN Bahçecik).
43. Helvacı MA. Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi. A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2002; 35(1-2): 155-169.
44. İlhan HK. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Öfke Düzeyi Ve Öfke İfade Tarzı. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö Işıl).
45. Jung HS, "Establishment Of Overall Workload Assessment Technique For Various Tasks And Workplaces", International Journal Of Industrial Ergonomics. 2001; 28:341-353.
46. Karamanoglu A, Özer FG, Tugcu A. Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi, Fırat Tıp Dergisi. 2009; 14(1): 12-17.
47. Karassavidou E, Glaveli N, Zafiroopoulos K. Assessing Hospital's Readiness For Clinical Governance Quality Initiatives Through Organizational Climate. Journal Of Health Organization And Management. 2011; 25(2): 214-240.
48. Kelly D, Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH. The Critical Care Work Environment And Nurse Reported Health Care-Associated Infections, American Journal Of Critical Care. 2013;22(6):482-490.
49. Kıdak L, Aksaraylı M. Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2008; 10(3): 87-90.

50. Kocaman G, Yürümezoğlu HA, Uncu S, Türkmen E, Göktepe N, İntepeler, ŞS. Türkiye’de Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarının Geliştirmesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 2018;15(1), s:30-38.
51. Köroğlu N. Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi. K. T. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Trabzon (Danışman: Prof. Dr. H Öztürk).
52. Lake ET. Development Of The Practice Environment Scale Of The Nursing Work Index. Res Nurs Health. 2002;25(3):176-18.
53. Laschinger SHK, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. The Journal Of Nurse Administration. 2006;36(5):259-267.
54. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Zhang LF. ve ark. The Relationship Between Hospital Work Environment And Nurse Outcomes İn Guangdong, China: a Nurse Questionnaire Survey. Journal Clinical Nurse. 2012; 21(9):1476-1485.
55. Margall M, Duquette A. “Working Environment in a University Hospital Nurses’Perceptions”, Enfermeri Intensive. 2000; 11(4):161-169.
56. McSherry R, Wadding A, Pearce P. Healthcare Governance Through Effective Leadership, In: Effective Health Care Leadership, Eds:Melanie Jasper, Mansour Jumaa, Blackwell Publishing, 2.Edition, UK; 2008, p:58-72.
57. Memduhoğlu HB, Yılmaz K. Yönetimde Yeni Yaklaşımlar. 3.basım, Pegem Akademi, Ankara; 2017, p:10-34.

58. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. Comparison Of Nurse Competence İn Different Hospital Work Environments, *Journal Of Nursing Management*. 2004; 12: 329-336.
59. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hastanede Çalışan Hemşirelerin, Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010; 5(15): 17-30.
60. Nalbant Ş. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Çalışma Koşulları ve Sendikal Örgütlenme Hakkı, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. F Demir).
61. Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichaikhum OA, Aunguroch Y, Aiken LH. Impact Of Nurse Work Environment And Staffing On Hospital Nurse And Quality Of Care İn Thailand. *Journal Of Nursing Scholarship*. 2011;43(4):426-432.
62. Özer K. Gerçekçi Yönetişim. 2. basım. Sistem Yayıncılık, İzmir; 2003, p:27-28.
63. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008; 7(6); 547-554.
64. Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO). Healthy work environments best guidelines, workplace health, safety and well-being of the nurse. Toronto, Canada, 2008.
65. Saeed DM. Good Governance As A New Concept Of Public Administration: A Study In Krg’s Departments In Erbil. Van Yuzuncu Yıl University, Graduate School Of Social Sciences, Master Thesis, 2018, Van (Danışman: Doç. Dr. F İzci).

66. Smadov S. İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık: Özel Sektörde Bit Uygulama, D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. G Budak).
67. Samur M. Hemşirelerin İş Güvenliğini Belirleyen Etmenler: Çalışma Ortamı, Sosyo-demografik Ve Çalışma Özellikleri, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, 2014, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ş Seren İntepeler).
68. Saruhan ŞC, Yıldız ML. Çağdaş Yönetim Bilimi. 3. basım, Beta Basım A. Ş., İstanbul; 2017, p: 35.
69. Saygılı M. Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki ilişkinin Değerlendirilmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Y Çelik).
70. Saygılı M, Çelik Y. Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2011; 14(1): 41-63.
71. Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, 2007 (Danışman: Doç. Dr. A Yıldırım).
72. Shirey M. Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments For Nursing Practice. American Journal Of Critical Care. 2006;15(3):256-267.
73. Siu O. Predictors Of Job Satisfaction And Absenteeism In Two Samples Of Hong Kong Nurses. Journal Of Advanced Nursing, 2002; 40(2):218-229.

74. Sobacı MZ. Yönetişim Kavramı ve Türkiye’de Uygulanabilirliği Üzerine Değerlendirmeler, Yönetim Bilimleri Dergisi. 2007; 5(1): 219-236.
75. Solak M. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. 1. Basım, Web Ofset Tesisleri, Eskişehir; 2014, p:3-7.
76. Som CV. Clinical Governance: a Fresh Look At Its Defination. Clinical Governance An International Journal. 2004; 9(2):87-90.
77. Şen E. Kurumsallaşma ve Kurumsal Yönetim. Birinci Baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 2017, p:31-60.
78. Şengül T. Yerel yönetim kuramları: Yönetimden yönetişime. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi. 1999; (9)3: 11-12.
79. Şenyuva E. Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2016; 24(1): 59-65.
80. Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şahpolat M. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının İş Doyumu Üzerine Etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2015; 11: 143-149.
81. Tan M, Polat H, Şahin Z. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2009; 4: 67-78.
82. Tanrıku G. Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. GÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Prof. Dr. EN Özhan).

83. Taşçıoğlu İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Edirne (Danışman: Doç. Dr. G Ekuklu).
84. T.C. Resmi Gazete. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununu. 13 Ocak 1983. Sayı: 17927, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
85. Tınaz P. Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar. Üçüncü Baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 2013, p:109-113.
86. Toksöz F. İyi Yönetişim El Kitabı. 1. Basım. Tesev Yayınları, İstanbul; 2008, p:18-19.
87. Torlak K. Hemşirelik Çalışma Ortamının Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesine Etkisi. K. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi N Göktepe).
88. Treuer K, Fuller-Tyszkiewicz M, Little G. The Impact of Shift Work and Organizational Work Climate on Health Outcomes in Nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2014; 19(4): 453–461.
89. Tuncer A, Alodalı FB, Usta S. Yönetim Bilimi. Sakarya Yayıncılık, İstanbul; 2016, p: 296-312.
90. Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelikte Haklar ve Sorumluluklar. Odak Ofset Matbaacılık, Ankara; 2006, p; 70-71.
91. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ücretlerimiz Fazla Çalışma Nöbetler, Birinci Baskı, Ankara; 2008, p:16-29.

92. Şantaş F, Özer Ö, Çıraklı Ü. Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012; 2(2): 45-59.
93. Türkmen E, Badır A, Balcı S, Akkuş-Topçu S. “Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011; 13(2): 5-20.
94. Tınaz P. Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar. Üçüncü Baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 2013, p:109-113.
95. Uysal F. Çalışma Yaşamının Kalitesi ve Çağdaş Yönetim. The Journal of Industrial Relations and Human Resources. 2002; 4(1):278.
96. Ülgen H, Mirze KS. İşletmelerde Stratejik Yönetim. Dokuzuncu Baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 2018, p:422-450.
97. Yazıcı Z. Bir Kamu Hastanesinde Çalışanların Örgütsel Kültür Algıları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, 2006, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. AN Bahçecik).
98. Yıldırım A. Sağlık Yönetim Ve Hemşirelik. Hedef CS Basım Yayın, Ankara; 2014, p: 27-78.
100. Yılmaz F, Şahin B. Hastanelerde Öğrenen Örgüt Kültürü ve Öğrenme Engelleri: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, Hastane Yönetimi. 2006; 10(2): 23-31.
101. Yılmaz M. Yönetimden Yönetişime: Trabzon İlçe Belediyeleri Üzerine Bir İnceleme. Uluslararası İktisadi Ve İdari İncelemeler Dergisi. 2010; 2(5): 83-100.

102. Zeybek I. Yönetimde Halkla İlişkilerin Yeri ve Kullandığı Teknikler, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tanıtım ve Halkla İlişkiler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Rigel).

9. EKLER

EK 1

BİLGİ FORMU

Sayın Meslektaşımız,

Bu çalışma, “Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri”ni belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada veri toplama araçları olarak “Bilgi Formu”, “Hemşirelik İş İndeksi - Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği” “Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği” kullanılmaktadır. Araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için veri toplama araçlarının tam, doğru ve samimi bir şekilde doldurmanıza bağlıdır. Çalışmaya vereceğiniz katkılarınızdan ve işbirliğinizden dolayı teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

Burcu MUTLU

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Öğrenim Düzeyiniz: () Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans () Lisans () Lisansüstü
5. Pozisyonunuz: () Hemşiresi
() Sorumlu Hemşiresi
6. Meslekte Deneyim Süreniz:.....(Açıklayınız)

7. Çalıştığınız Kurumda Deneyim Süreniz:..... (Açıklayınız)
8. Çalıştığınız Servis:
9. Çalıştığınız Servisi İsteyerek Mi Seçtiniz ? () Evet () Hayır
10. Çalışma Düzeniniz: () Devamlı gündüz
() Gündüz ve gece
() Devamlı gece
11. Günlük Bakım Verdiğiniz Hasta Sayısı :
(Açıklayınız)
12. Haftada Toplam Çalışma Saatiniz:
13. Aylık Tuttuğunuz Nöbet Sayısı:
14. İşinizden Memnun Musunuz?
() Memnun değilim () Kısmen Memnunum () Memnunum
15. İşten Ayrılmayı Düşünüyor Musunuz? () Evet
() Sıklıkla
() Nadiren
() Hayır, hiçbir zaman

EK 2

HEMŞİRELİK İŞ İNDEKSİ-HEMŞİRELİK ÇALIŞMA ORTAMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

<i>Hemşirelik İş İndeksi Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği</i>		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
		4	3	2	1
1	Hastanedeki destek hizmetlerinin yeterliliği sayesinde hastalarımın yeterli zaman ayırabiliyorum.				
2	Hastanemizde hekim ve hemşireler arasında iş ilişkileri iyidir.				
3	Yönetici hemşireler, hemşirelere destek oluyorlar.				
4	Hemşireler için aktif personel geliştirme ve sürekli eğitim programları vardır.				
5	Kurumumuzda, kariyer geliştirme ve klinik alanda ilerleme için olanak vardır.				
6	Hemşireler, hastane politikaları belirlenirken alınan kararlara katılırlar.				
7	Yönetici hemşireler, yapılan hataları, eleştiri sebebi olarak değil öğrenme fırsatı olarak değerlendirir.				
8	Hemşirelerin, hastalarının bakımı ile ilgili sorunlarını gereksinimlerini diğer hemşirelerle tartışmak için yeterli zamanı ve olanakları vardır.				
9	Kaliteli hasta bakımı için hemşire sayısı yeterlidir.				
10	Yönetici hemşirem iyi bir yönetici ve liderdir.				
11	Hemşirelik hizmetleri müdürü her an göz önündedir ve gereken her durumda kendisine kolaylıkla ulaşılabilir.				
12	İşlerin tamamlanması için hemşire sayısı yeterlidir.				
13	Başarı ile tamamlanan işler/görevler için hemşireler takdir edilir ve ödüllendirilir.				
14	Yöneticiler tarafından, hemşirelerden yüksek standartlarda ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesi beklenir.				

<i>Hemşirelik İş İndeksi Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği</i>		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
		4	3	2	1
15	Hemşirelik hizmetleri müdürü, hastanedeki diğer tepe yöneticileri (Başhekim gibi) ile aynı düzeyde otorite ve güce sahiptir).				
16	Hemşireler ve hekimler pek çok alanda ekip olarak çalışırlar.				
17	Hemşirelerin, mesleki alanda yükselme olanakları vardır.				
18	Kurumumuzun, hasta bakımı ile ilgili açık ve net bir hemşirelik felsefesi vardır.				
19	Kurumumuzda, nitelikli hemşirelerle çalışırız.				
20	Yönetici hemşire, kurumda yaşanan anlaşmazlıklar ile ilgili karar verirken hemşirelerin arkasında yer alır.				
21	Yönetici hemşireler, çalışanların görüşlerini ve kaygılarını dinler ve dikkate alır.				
22	Kurumumuzda, aktif bir kalite geliştirme programı vardır.				
23	Hemşireler, hastanedeki komitelerde görev alarak yönetime katılırlar (etik komite, enfeksiyon kontrol, kalite geliştirme vb).				
24	Kurumumuzda, hemşireler ve hekimler arasında ortak çalışma ve işbirliği vardır.				
25	Yeni işe alınmış hemşireler için klinik rehber hemşirelik programı vardır.				
26	Kurumumuzda, hemşirelik bakımı tıbbi modelden çok hemşirelik modellerine dayalıdır (bütüncül bakım, hemşirelik süreci, hemşirelik tanıları gibi).				
27	Kurumumuzda, yatak başında çalışan hemşireler de hastane ve hemşirelik komitelerinde yer alır.				
28	Yönetici hemşireler, hemşirelik hizmetleri ile ilgili uygulamalar ve sorunlarda hemşirelerin de fikrini alırlar.				
29	Kurumumuzda, tüm hastalar için yazılı ve sürekli güncellenen hemşirelik bakım planları kullanılır.				
30	Kurumumuzda, bakımın devamlılığını gözetten bir görev dağılımı vardır (Hemşirenin art arda iki gün aynı hastaya bakım vermesi gibi).				
31	Kurumumuzda, bakımın planlanmasında hemşirelik tanıları kullanılır.				

EK 3

KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

EK 4

BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Meslektaşım,

Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmekte olup hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları ve klinik yönetim iklimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamında Bilgi Formu, Hemşirelik İş İndeksi - Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılma ya da katılmama veya istediğiniz zaman çıkma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın sağlıklı sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan hepimizin yararlanabilmesi için cevaplarınızın gerçek kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Cevaplarınız gizli tutulacaktır. Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Burcu MUTLU

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel: 0507 110 55 10

EK 5

ONAY FORMU

Araştırma hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin tutumları ve klinik yönetim iklimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Yapılacak olan çalışmaya katılarak herhangi bir yasal yükümlülük altına kesinlikle girmeyeceğim, kimliğimin açığa çıkarılmayacağı ve maddi kazanç elde etmeyeceğim konusunda bilgilendirildim. Bu koşullar altında söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini gönüllülük esası ile kabul ediyorum.

KATILIMCI:

TANIK:

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

ARAŞTIRMACI

Burcu MUTLU

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel: 0507 110 55 10

EK 6

HEMŞİRELİK İŞ İNDEKSİ-HEMŞİRELİK ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ ÖLÇEK İZİNİ

Hemşirelik İş İndeksi - Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği İzni Hakkında



Gelen Kutusu x



Burcu Mutlu

12:21 (12 saat önce) ☆

Sayın Doç. Dr. Emine Türkmen; Ben Marmara Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim A...



Emine Türkmen

18:14 (6 saat önce) ☆

Alıcı: Selvinaz, Serpil, bana ▾

Sayın Mutlu
Yüksek lisans çalışmanızda kullanabilirsiniz
Atıf yaptığınız yayınları bizimle paylaşmanızı rica ederiz
iPhone'umdan gönderildi kolaylıklar dilediğiyle iyi günler emine

Burcu Mutlu <burcumutlu3489@gmail.com> şunları yazdı (27 May 2017 12:22):

...

EK 7

KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ ÖLÇEK İZİNİ

Klinik Yönetişim İklimi Ölçek İznı



Gelen Kutusu x



Burcu Mutlu

21:10 (2 saat önce) ☆

Merhaba Eylem Hanım. Yüksek lisans tez araştırmam da Türkçe geçerlilik ve güv...



Eylem Gürdoğan

21:19 (2 saat önce) ☆



Alıcı: bana ▾

Sayın Burcu Mutlu,
Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığım Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğini tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

Yrd.Doç.Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

22 Mayıs 2017 21:10 tarihinde Burcu Mutlu <burcumutlu3489@gmail.com> yazdı:

...

ETİK KURUL ONAYI




T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu


PROJENİN ADI : Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. A. Nefise BAHÇECİK
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Burec MUTLU
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 09.10.2017-187

Sayın Prof. Dr. A. Nefise BAHÇECİK

187 protokol nolu "Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.


Prof. Dr. Göksele ŞENER
Komisyon Başkanı



Doç. Dr. Pinar MEGA TIBER


Prof. Dr. Dilşad SAVE

Prof. Dr. Hülya AŞCI


Prof. Dr. Tuğba TUNALI AKBAY


Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK
(Proje Yürütücüsü)

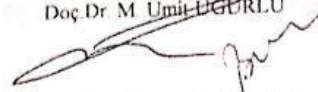
Prof. Dr. Hakkı ARIKAN


Doç. Dr. Oya ORUN

Doç. Dr. Gurkan SERT


Doç. Dr. M. Umur UĞERLU

Doç. Dr. İbrahim DEMIRBUKEN



Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK ÖZCAN



Marmara Sağlık Enstitüsü
Etik Kurulu Başkanlığı
Dokuz Eylül Üniversitesi
35100 SÖĞÜT

216 345 44 24 (11 HATLI)
0232 345 44 24

sağlik.yerlesim@profmarmara.edu.tr
http://sağlik.marmara.edu.tr

Avrupalı Sağlık Kurumları
Sertifikasyonu
IRG İZMİR SÖĞÜT

KURUM İZİNİ

Tarih ve Sayı: 23/12/2017-482221



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 20/12/2017
Toplantı No : 26
Karar No : 19

Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı hemşiresi olup ayrıca Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Burcu MUTLU'nun "*Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri*" başlıklı tez çalışmasını, soru sayısı çokluğu nedeniyle Fakültemizde *mesai saatleri dışında* uygulamasına oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri

Tarih ve Sayı: 28/12/2017-316462-



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :53891476-302.08.01-
Konu :Burcu MUTLU

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
Göztepe Yerleşkesi - 34722 Kadıköy / İSTANBUL

İlgi :03.11.2017 tarihli E.1700330717 sayılı yazımız.

İlgi yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Burcu MUTLU'nun "Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri" başlıklı tez çalışması hakkında Üniversitemiz Birimlerinden alınan yazılar ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Recep GÜLOĞLU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı (4 sayfa)

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
02/01/2018

T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ	
Tarih	11-01-2018
Sayı	1800010294
Bürosu	30208-01

Öğr. İşl. Daire Bşk
10.01.2018
M.B.

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEA9AYN5Y>

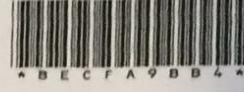
İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt/İstanbul
Tel : 0212 440 00 00 Faks : 0212 440 00 48
e-posta : oidb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://ogrenci.istanbul.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için iribat : Safınaz İNCE Dahili : 10159



31 Ocak 2018 tarihli Elektronik İmza Kanununa Göre Geçerli E-İmzadır

Tarih ve Sayı: 26/12/2017-486205



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Burcu MUTLU'nun Tez
Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi :17/11/2017 tarihli, 433696 sayılı yazı

Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı hemşiresi olup ayrıca Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Burcu MUTLU'nun "Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasını, soru sayısı çokluğu nedeniyle Fakültemizde mesai saatleri dışında uygulamasına 20.12.2017 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Oral ÖNCÜL
Dekan Yardımcısı

EK :
Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BECFA9BB4>

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL

Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93

e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan BAYRAMOĞLU Dahili : 31387



Tarih ve Sayı: 22/11/2017-439115



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı :19274766-199-
Konu :Burcu MUTLU'nun tez çalışması
hk.

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :21/11/2017 tarihli, 435854 sayılı yazı

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Burcu MUTLU'nun "Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yapmasında sakınca olmadığını bilgilerinize arz ederim.

c-İmza:
Selma KAÇAR
Müdür

[Doğrulamak için:http://194.27.128.68/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE04AHM11](http://194.27.128.68/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE04AHM11)

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gülşay KILIÇ

Tel : 0 (212)414 30 00 - Faks : 0 (212) 414 33 30
e-posta : ctfhemşirelikhizmetleri@gmail.com Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



Tarih ve Sayı: 27/11/2017-444010



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :Burcu Mutlu'nun tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi :17.11.2017 tarihli, 433696 sayılı yazınız

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Burcu MUTLU'nun "Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yapmasında sakınca bulunmadığı hakkında Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden alınan 22.11.2017 tarihli, 439115 sayılı yazının bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Alaattin DURAN
Dekan

EK :
1

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envislon.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENUARM27>

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul
Tel : 0212 414 30 00 Faks : 0212 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



Tarih ve Sayı: 19/02/2018-68004



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :53891476-302.08.01-
Konu :Burcu MUTLU

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :17.11.2017 tarihli 433696 sayılı yazımız

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Burcu MUTLU'nun "Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri" başlıklı tez çalışması hakkında adı geçen Üniversitenin Öğrenci İşleri Daire Başkanlığından alınan 02.02.2018 tarihli E.1800037415 sayılı yazı ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Bayram Mert SAVRUN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı ve ekleri (7 sayfa)

DAĞITIM
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENNZ1D03>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Safnaz İNCE Dahili : 10159

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt/İstanbul
Tel : 0212 440 00 00 Faks : 0212 440 00 48
e-posta : oidb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://ogrenci.istanbul.edu.tr>



İÜC Tarih ve Sayı: 26/02/2018-76457



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :Burecu Mutlu'nun tez çalışması

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :22.11.2017 tarihli, 439115 sayılı yazınız

"Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yapmasında sakınca bulunmayan Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Burecu MUTLU hakkında İ.Ü.Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığından alınan 19.02.2018 tarihli, 68004 sayılı yazı ve eklerinin bir fotokopisi ilişiktedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Alaattin DURAN
Dekan

EK :
8

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision/Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEACZ1YUC>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Melek BÜYÜKZİLELİ Dahili : 22529

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul
Tel : 0212 414 30 00 Faks : 0212 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Burcu	Soyadı	MUTLU LALE
Doğum yeri	Kocasinan/KAYSERİ	Doğum tarihi	02.12.1989
Uyruğu	TC	Medeni durum	Evli
E-mail	burcumutlu3489@gmail.com	Telefon No	05071105510

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Bölüm	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	Hemşirelik	Devam Ediyor
Lisans	Giresun Üniversitesi	Hemşirelik	2013
Lise	Mustafa Eminoglu Melikgazi Lisesi	Fen Bilimleri	2007

ÇALIŞMA DENEYİMİ

Tarih	Kurum	Görevi/ Ünvanı
2013-	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	Çocuk Cerrahisi Hemşiresi

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	84,4	83,1	67,8

BİLGİSAYAR KULLANIMI	
Program	Kullanma beceresi
Microsoft Office Programları	Çok İyi

Mutlu B. Hemşirelerin Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Stratejik Planlamasına İlişkin Algı Düzeyleri: Swot Analizi. 34.Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi. Girne/Kıbrıs,27-20 Ekim 2016 (Sözel Bildiri).

Lale BM., Bahçecik AN. (2019). Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları Ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Kongresi Bildiri Kitabı. Tıp ve Sağlık Bilimleri, 14-17 Şubat 2019, Ankara, s: 257-281 (Sözel Bildiri).