



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN DEĞERLENDİRMESİYLE
HASTANELERİN YÖNETİŞİM İKLİM
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Nagihan KÖROĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

TRABZON – 2018

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nagihan KÖROĞLU'nun hazırladığı "Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Tarih: .../.../2018

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

15/05/2018

Nagihan KÖROĞLU

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca, kişisel ve mesleki gelişimim konusunda desteğini esirgemeyen, her zaman hoşgörülü ve sabırlı yaklaşımı ile beni bilgilendiren, cesaretlendiren, bu çalışmanın ortaya çıkışında ve yürütülmesinde yol gösterici olan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmam sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Araştırma Görevlisi Yeter KURT'a,

Mesleki ve özel yaşamımda sürekli yanımda hissettiğim, lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan sevgili dostum Emine APAYDIN'a

Yüksek lisans eğitimim sırasında tanıdığım, beni hiç bir zaman yalnız bırakmayan, ekip ruhunu hissettiren, destek olan değerli arkadaşlarım Soner ARIK ve Ezgi TAMER'e

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşlarım Gizem KARA ve Ünal ŞENGÜN'e

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli meslektaşlarıma,

Her koşulda beni sabır, anlayış ve özveri ile destekleyen, zor zamanlarımda yanımda olan canım babama, sevgili anneme ve değerli kardeşlerime,

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Nagihan KÖROĞLU

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY

BEYAN

TEŞEKKÜR

TABLolar DİZİNİ

ŞEKİLLER DİZİNİ

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Yönetişim Kavramı	6
4.2. Yönetişim İlkeleri	8
4.2.1. Şeffaflık (Açıklık/Saydamlık) İlkesi	8
4.2.2. Hesap Verilebilirlik-Sorumluluk İlkesi	9
4.2.3. Katılımcılık-Yerindelik İlkesi	9
4.2.4. Tutarlılık-Öngörülebilirlik İlkesi	9
4.2.5. Eşitlik (Adillik) İlkesi	9
4.2.6. Etkinlik (Ölçülülük) İlkesi	9
4.2.7. Hukuka Bağlılık İlkesi	9
4.3. Klinik Yönetişim Kavramı	10
4.4. Klinik Yönetişim ile İlişkili Kavramlar	11
4.4.1. Toplam Kalite Yönetimi/Sürekli Kalite Geliştirme	11
4.4.2. Kurumsal Yönetim	11
4.4.3. Hastane Yönetişi	12
4.5. Klinik Yönetişimin Bileşenleri	12
4.5.1. Multidisipliner Ekip Çalışması	13
4.5.2. Kanıta Dayalı Uygulamalar	13
4.5.3. Kazalara Verilen Tepkiler	13
4.5.4. Değerlendirme	14
4.5.5. Örgütsel Değişikliklere Yaklaşım	14

4.5.6. Sürekli Mesleki Gelişme	15
4.5.7. Risk Yönetimi	15
4.5.8. Kalite Geliştirme Süreci	16
4.5.9. Örgütsel Öğrenme	16
4.6. Klinik Yönetişim İklimi Kavramı	17
4.7. Hemşirelikte Klinik Yönetişimin Yeri ve Önemi	18
5. GEREÇ ve YÖNTEM	19
5.1. Araştırmanın Tipi	19
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	19
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
5.4. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	21
5.5. Veri Toplama Araçları	21
5.6. Veri Toplama Süreci	22
5.7. Araştırma Planı	22
5.8. Verilerin Analizi	24
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
6. BULGULAR	25
7. TARTIŞMA	37
8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	42
9. KAYNAKLAR	45
10. EKLER	56
10.1. Ek 1. Kurum İzinleri	56
10.2. Ek 2. Ölçek İzni	59
10.3. Ek 3. Onam Formu	60
10.4. Ek 4. Anket Formu	61
11. ETİK KURUL ONAYI	65
12. ÖZGEÇMİŞ	68

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Tanıtıcı Özellikleri	19
Tablo 2. Hastanelere Göre Örnekleme Alınan Hemşire Sayısı	20
Tablo 3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Madde Dağılımı ve Cronbach Alpha Değerleri	22
Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	25
Tablo 5. Hastanelerin Klinik Yönetişim İklimi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşleri ile Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28

ŞEKİLLER DİZİNİ**Şekil****Sayfa****Şekil 1.**Araştırma Planı

23



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AEKDCH	: Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
YSKHRH	: Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi
FDH	: Fatih Devlet Hastanesi
FH	: Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi
KEAH	: Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KTÜ	: Karadeniz Teknik Üniversitesi
KYİÖ	: Klinik Yönetişim İklim Ölçeği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
NHS	: NationalHealth Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri)
vb.	: ve benzeri

Formüller

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2(N-1) + t^2.p.q} \quad \text{Örneklem Hesaplaması}$$

1. ÖZET

Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi

Klinik yönetim iklimi, klinikte iletişim ve etkileşimin ön plana çıktığı ve sağlık hizmet sunumunun kalitesi için önemli olan bir yaklaşımdır. Araştırmada hemşirelerin değerlendirilmesi ile hastanelerin yönetim iklim düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Trabzon'daki kamu, üniversite ve özel hastanelerde çalışan toplam 1845 hemşire oluştururken, örneklemi 315 hemşire oluşturmaktadır. Veriler, hemşirelerin demografik özellikleri ile ilgili bilgi formu ve Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği ile toplanmıştır. Çalışmada, hemşirelerin %52.1'i lisans/lisansüstü eğitime sahiptir ve %56.2'si kamu hastanelerinde çalışmaktadır. Hemşirelere göre hastanelerinin klinik yönetim iklim puan 182.62 ± 28.32 (min=60, max=300)'dir. Alt boyutlarda ise planlı ve entegre kalite geliştirme programı için 68.70 ± 12.02 , önleyici risk yönetimi için 31.41 ± 6.22 , suç ve ceza ortamı için 25.74 ± 5.59 , meslektaşlarla birlikte çalışma için 17.81 ± 4.09 , eğitim ve geliştirme fırsatları için 25.12 ± 4.52 , örgütsel öğrenme için 13.82 ± 3.25 'dir. Ayrıca 25 yaş ve altı ile 36 yaş ve üzeri, kadın, yönetici pozisyonunda, çalıştığı servisi isteyerek seçen, çalıştığı servisten, mesleğinden ve yöneticisinden memnun, bir vardiyada baktığı hasta sayısı 11-20 arasında olan, klinik yönetişimin ne olduğunu bilen ve bu konuda eğitim/toplantıya katılan hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ve alt boyut puan ortalamaları diğer hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Sonuç olarak hemşirelerin klinik yönetim iklim düzeyi ortadır. 25 yaş veya altı ile 36 yaş veya üzerinde, kadın, yönetici hemşire pozisyonunda, çalıştığı servisi isteyerek seçen, servisinden, mesleğinden ve yöneticisinden memnun olan, 11-20 arasında hasta bakan, klinik yönetişimi bilen ve bu konuda eğitime katılan hemşirelerin klinik yönetim iklim düzeyi daha yüksektir. Bu nedenle hemşirelere konu ile ilgili eğitimler düzenlenmeli, memnuniyetlerini artırıcı girişimler yapılmalı, çalıştıkları servisleri isteyerek seçme olanağı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Klinik Yönetişim, Hastaneler, Hemşirelik, İletişim, Kalite Geliştirme

2. SUMMARY

Determining of Governance Climate Levels of Hospitals by the Evaluating of Nurses

Clinical governance climate is an important approach for communication and interaction in the clinic and for the quality of health care delivery. The aim of this research is to determine the governance climate levels of hospitals with the evaluation of the nurses. While the study population includes a total of 1845 nurses working in public, university and private hospitals in Trabzon, its sampling consists of 315 nurses. The data was collected by demographic information form related to nurses and the Clinical Governance Climate Scale. In the study, 52.1% of nurses have undergraduate/graduate education and 56.2% of them work in public hospitals. According to the nurses, the clinical governance climate score of the hospitals was 182.62 ± 28.32 (min=60, max=300). In the sub-dimensions, the score was 68.70 ± 12.02 for planned and integrated quality improvement program, 31.41 ± 6.22 for preventive risk management, 25.74 ± 5.59 for crime and punishment environment, 17.81 ± 4.09 for working with colleagues, 25.12 ± 4.52 for training and development opportunities, and 13.82 ± 3.25 for organizational learning. In addition, the total and subscale point averages of clinical governance climate scale of nurses who are 25 years old or under and 36 years old or over, female, in executive position, voluntarily choose the service they work in, are pleased with their service, job and executive, nurse 11-20 patients in a shift, know clinical governance and participate in related trainings and meetings had a statistically significant difference from other nurses' ($p < 0.05$). As a result, the clinical governance climate of nurses is moderate. Clinical governance climate perception of the nurses who are 25 or under and 36 or over, female, in executive position, voluntarily choose the service they work in, are pleased with their service, job and executive, nurse 11-20 patients in a shift, know clinical governance and participate in related trainings are more positive. Therefore, it must be trainings related to the subject to nurses, made attempts increasing their satisfaction, and provided the opportunity to choose voluntarily the service in which they work.

Key Words: Clinical Governance, Hospitals, Nursing, Communication, Quality Improvement

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Yönetim, ortak bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelen insanların işbirliği, yönetici, bu işbirliğini sağlayan ve insanları amaca ve hedefe yönelten kişidir (1). Ancak, günümüzde insanların yönetimi, onları ikna etmekle ve rızasını almakla, ortak katılımı sağlanmaktadır (2). Hangi kuruluştaki çalışıyor olursa olsun, tüm çalışanlar sadece işlerini yapmak yerine örgütün yönetimine, her türlü kararların görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına katılmak istemekte ve konu ile ilgili fikirlerinin sorulmasını arzu etmektedirler (3). Bu durum birlikte yönetim anlamında olan yönetim kavramını ortaya çıkarmıştır (4). Yönetişim ile birlikte, yönetim kavramının içeriği değişmiş, iletişim ve etkileşim ile birlikte yönetim haline gelmiştir (5). Dolayısıyla yönetişim, birçok kişinin rol oynadığı, karşılıklı etkileşim ve iletişimin ön planda olduğu bir yönetim sürecidir (6).

Yönetişim kavramı; ekonomik yönetişim, siyasal yönetişim, yönetsel yönetişim, sistemsel yönetişim, küresel ve çevresel yönetişim, elektronik yönetişim, ilerici yönetişim, kurumsal yönetişim, demokratik yönetişim, sürdürülebilir gelişme yönetişimi gibi birçok yaklaşımla birleştirilerek bu alanlarda kullanılmaktadır (7). Bunlardan bir diğeri olan klinik yönetişim, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirilmesi için sürekli çabalamak, klinik bakımı geliştirecek güzel bir çevre sağlayarak optimum standartlara ulaşmak ve bu standartları korumak olarak ifade edilmektedir (8). Sağlık kuruluşları için yönetişim önemli bir kavramdır. Çünkü sağlık kurumları yapı, süreç ve yönetim bakımından karmaşık örgütlerdir ve günümüzde hizmetin kalitesinin artırılması giderek önem kazanmaktadır (9). Klinik yönetişim, bu karmaşıklığın sebep olduğu sorunları aşabilmek için kurum genelinde sürekli kalite geliştirmeyi teşvik eder, ekip çalışmasını kolaylaştırır (9). Böylece tüm uygulamalarda ortaklık ve işbirliği içinde çalışılması sağlanmış olur (10). Dolayısıyla iyi bir klinik bakım sağlanarak hasta ve çalışan güvenliği olumlu şekilde etkilenir (11). Böylece sağlık kurumlarının gelişmesine olanak sağlanır ve kaliteli hizmet için dayanak oluşturulur (9).

Klinik yönetişimin uygulanabilmesi için sağlık bakım hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması önemlidir (12). Bunun için hatalardan ders çıkartılan, profesyonel davranışların ödüllendirildiği, sürekli eğitim olanakları sağlayan ve öğrenme konusunda çalışanları destekleyen bir örgütsel iklim oluşturulmalıdır (13). Örgütsel iklim klinik

yönetişimin uygulanmasında önemlidir ve sağlık hizmetlerinde kaliteli bakımın sağlanmasında yardımcı olabilir (9). Dolayısıyla suçlamanın olmadığı, destekleyici, katılımcı, yenilikçi, ilham verici, yaratıcı, sürekli öğrenmeye olanak veren, iyimser, iletişime açık ve problemlerin paylaşıldığı bir iklim sağlık bakımı sunanların kendilerini değiştirmelerini ve kaliteli bir hasta bakımı vermelerini sağlayacaktır (14).

Bu doğrultuda klinik yönetim iklim kavramı, klinik yönetim ve örgütsel iklim kavramlarının birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Klinik yönetim 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 ve bu iklim çalışanlar tarafından olumlu ya da olumsuz olarak hissedilebilir. Eğer klinik yönetim iklimi çalışanlar tarafından olumlu olarak algılanmaz ve uygulanmaz ise kurum başarısız olabilir (10) ve bu hasta bakımına olumsuz şekilde yansiyabilir.

Klinik yönetim ikliminin sağlık hizmetlerinde uygulanmasında en önemli kaynak sağlık çalışanlarıdır. Hemşireler de sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde temel insan kaynağı olan sağlık çalışanlarının önemli bir üyesidir ve çalıştıkları kurumun ikliminden etkilenirler (15). Yoğun çalışma koşulları içinde bulunan hemşireler, yüksek ücret, mesleki gelişme, örgüt içi yükselme ve kariyer imkânı sağlayan yeterli sayıda çalışanı olan, çalışma ve dinlenme saatleri ve şartlarının iyi olmasını sağlayan bir örgüt iklimini tercih ederler (16). Bu doğrultuda sağlık personelinin en kalabalık grubunu oluşturan hemşirelerin bakış açısıyla hastanelerin klinik yönetim iklimini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, ülkemizde sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir (9). Oysa sağlık kurumlarının isleyişinde hemşirelik grubu anahtar role sahiptir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sürdürülebilmesi için sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin yöneticileriyle, diğer sağlık ekibi üyeleriyle, hastalarıyla iletişim ve etkileşimini inceleyecek bu çalışmanın yapılması sağlık kurumlarının performansı ve verimliliği üzerinde olumlu etki edebilir (17). Ayrıca yapılan bu çalışma, hemşirelik alanında yönetim iklimine ilişkin literatür boşluğunun doldurulmasına ve elde edilen bulgularla sağlık ve hemşirelik yönetim politikalarının ve yaklaşımlarının iyileştirilmesine katkı sağlanabilir. Bu nedenle araştırma, hemşirelerin değerlendirilmesi ile hastanelerin yönetim iklim düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Hemşirelere göre hastanelerin yönetim iklim düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, kurum ve yöneticilerine ilişkin görüşleri hastanelerin yönetim iklim düzeylerine ilişkin görüşlerini etkilemekte midir?



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yönetişim Kavramı

Yönetişim kökeni 1970’lerde ortaya atılan yeniden yapılanma sürecine dayanan ancak 1990’lı yıllardan sonra belirgin bir şekilde ortaya çıkan bir yönetim yaklaşımıdır (18). Yönetişim kavramı ile ilgili olarak birçok çalışma yapılmasına rağmen bugüne kadar üzerinde anlaşmaya varılmış bir tanım bulunmamaktadır. Bu durumun en önemli nedenlerinden biri kavramın, birbirinden farklı birçok alanda kullanılıyor olmasıdır (19). Yönetişim ile ilgili yapılmış tanımları daha iyi anlamak için öncelikle, türediği kavramlar ele alınacaktır. Bu kavramlardan biri yönetim kavramıdır.

Yönetim, işlerin aktif, etkili ve verimli bir şekilde başkaları aracılığıyla yaptırılması, birden fazla insanın belirlenen amaç ve hedeflere yönlendirilmesi işidir (1). Yönetim, belirlenen amaca ulaşmada bir takım süreçlerin kullanılmasıyla gerçekleşir. Bu süreç; planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon ve kontrol süreçleridir (20). Belirli bir amaca ulaşmak isteyen bir grup insanın yaptığı işbirliğine dayalı faaliyetlerdir (21). Tüm bu tanımlardan hareketle genel olarak yönetim, “etkin ve verimli bir şekilde ortak bir amacı gerçekleştirmek için bireysel ve grup faaliyetlerinin koordinasyonu” ya da “bir grubu önceden belirlenen amaçlara doğru işbirliği içinde yönlendirme, aralarında iş bölümü yapma ve koordine etme çalışmaları” olarak tanımlanabilir (22).

Bu tanımlar, iletişim ve bilgi teknolojilerindeki gelişmeler sonucunda küreselleşme ile birlikte değişime uğramıştır. Yaşanan gelişmeler bağlamında ortak bir amacı gerçekleştirmek için tek öznel, merkezi, yetkileri kendinde toplayan yönetimden, çok aktörlü, merkezkaç, iletişimsel bir ağ oluşturan, toplumdaki aktörleri yapabilir kılan, kaynakların yönlendirilmesini kolaylaştıran yönetim anlayışına geçilmiştir (23).

Yaşanan gelişmeler ve yeni tanımlamalardan görüldüğü üzere günümüzde artık yönetim ‘başkaları aracılığıyla’ değil ‘başkaları ile’ yapılmaktadır. Bu durum ‘birlikte yönetim’ anlamında olan ‘yönetişim’ kavramını ortaya çıkarmıştır (4).

Yönetişim aslında yeni bir olgu değildir. Yönetişim konusunun ilk ele alınışı günümüz itibarıyla yaklaşık 2400 yıl önceye dayanmaktadır (24). Bazı araştırmacılar, yönetim kavramının Latince de yönetmek ve karar vermek anlamlarına gelen “guberno” sözcüğünden türediğini ifade etseler de genel kanı, kavramın temelinin

16.yüzyılda Fransızca “gouvernance” sözcüğünden alınmış olduğu ve hükümet ile sivil toplumun uzlaşması anlamına geldiği şeklindedir (25). O dönemden sonra uzunca bir süre varlığı unutulmuş kavram, neo-liberalizmin yıkıcı etkilerini göstermeye başladığı 1980’lerin sonunda günümüzdeki anlamıyla ortaya çıkmıştır. Dünya Bankası’nın 1989 yılında Sahra Altı Afrika: Krizden Sürdürülebilir Büyümeye (Sub Saharan Africa: From Crisis to Sustainable Growth-1989) adlı raporunda, Afrika’da yaşanan sorunların yönetim krizi sonucu olduğunu belirtmesiyle uluslararası literatüre girmiştir. Dünya Bankası, yönetim kavramını yönetim sürecine daha az müdahalede bulunan ve daha çok özel girişimlere destek veren bir anlayış üzerine kurmuştur (26).

Yönetişim, yönetimde katılımcılık, saydamlık, hesap verebilirlik, etkinlik, tutarlılık, adillik ve hukuka bağlılık gibi ilkeleri içeren ve örgütte demokrasinin yerleşebilmesi için gerekli olan bir kavramdır (27). Kamu yönetiminde yönetim zihniyeti ise yönetim sürecini planlama ve uygulama sırasında toplumsal unsurların yönetime dâhil edilmesini, yöneticilerin uzlaşmacı bir şekilde hareket etmesini öngörmekte (27), devlet ve vatandaş arasındaki ilişkileri düzenlemektedir. Ancak siyasal güç ve vatandaş arasındaki ilişkilerin odak noktası açısından yönetimde bazı eksiklikler görölmüştür. Bu eksiklik de yönetişimin çok boyutlu yönetsel anlamı ile kapatılmaya çalışılmıştır (28).

Tüm bu tanımlara rağmen yönetim kavramının ne olduğu ile ilgili kesin ve mutlak bir sonuca ulaşan tanımlama yapmak oldukça zordur. Çünkü yönetim kavramı, hukuk, ekonomi, siyaset, kamu yönetimi, işletme gibi birçok farklı ve geniş alanda kullanılmaktadır. Dolayısıyla tüm bu alanlar yönetim zihniyetine zarar vermeden bu kavrama birçok anlam yüklemektedir (28).

Hatta ilk ortaya çıktığı zamanlarda yönetim, yönetim kavramı ile aynı anlamda kullanılmıştır. Ancak zaman içerisinde yönetim anlayışında değişime ve yeni yönetim modellerinin ortaya çıkmasına hizmet etmiştir (28). Yönetişim, yönetim olgusunu devletle birleştiren klasik yönetim anlayışından uzaklaşarak (29), katılımcı demokrasi, birlikte yönetme, hukukun üstünlüğü, yönetimde açıklık ve hesap verebilirlik, sorumluluk, uzlaşmacı bir yaklaşım, herkes için eşitlik, etkinlik ve stratejik vizyon gibi unsurları içeren yönetim anlayışını ifade eder (30).

Yönetişim kavramı, toplum merkezli yönetimi ve yapabilir kılma stratejisini esas alan yeni bir yönetim yaklaşımıdır (31). Dolayısıyla yönetim zihniyetinde paydaşların yönetim sürecine katılımı söz konusudur. Bu yönetim anlayışının odak noktasını oluşturur ve paydaşların kararlara katılabilmesi yönetim açısından kilit rol oynar.

Yönetişim, iş yapma tarzı olarak “çok yanlı yönlendirme ve yönetme” kurumların yönetiminde ise “birlikte ve etkileşerek ortaklaşa yönetme” anlamına gelmektedir (32).

Türk Dil Kurumu ise yönetişimi, resmi ve özel kuruluşlarda idari, ekonomik, politik otoritenin ortak kullanımı olarak tanımlamaktadır (33).

Yönetişimin en önemli özelliği kelime anlamıyla da çağrıştırdığı gibi karşılıklı olmasıdır. Yönetim işi, yönetim anlayışında iki taraflıdır. Kurum içinde çalışanlar pasif konumdan çıkarılarak aktif hale getirilmektedir. İşlerin yürütülmesinde, yöneticilerin tek karar verici olduğu hiyerarşik yapıdan, çalışanların karar ve uygulama aşamalarında görüş ve düşünceleriyle işe katılımını sağlayan bir anlayışa geçilmektedir (34).

4.2. Yönetişim İlkeleri

Yönetişimin temel ilkeleri; tutarlılık (öngörülebilirlik), hesap verebilirlik (sorumluluk), eşitlik (adillik), saydamlık (şeffaflık), katılımcılık (yerindelik), etkinlik (ölçülülük) ve hukuka bağlılık olarak sıralanabilir (27).

4.2.1. Şeffaflık (Açıklık/Saydamlık) İlkesi

Şeffaflık çalışanların kurumda yürütülen işlerden haberdar olması, gerekli bilgi ve belgelere istediği zaman, doğru ve eksiksiz bir şekilde ulaşması, yönetime katılımı, yapılanları denetleyebilmesi ve gerektiğinde yönetim süreçlerine dâhil olmasıdır (35). Bunu sağlamak için bilgi ve iletişim teknolojilerinden en üst düzeyde yararlanılarak kurumların iş süreçlerinin yeniden tanımlanması, kurumlar arası işbirliğinin ve bilgi paylaşımının sağlanması ve kamu hizmetlerinin elektronik ortamda sunulması aşamalarının gerçekleştirilmesi gerekir. Şeffaflık, yapılan tüm işlerle ilgili gizlilik sınırlamalarını mümkün olan en alt seviyeye indirmek ve bilgi edinme hakkının önünün açılmasını sağlamaktır (36).

4.2.2. Hesap Verilebilirlik (Sorumluluk) İlkesi

Bu ilke kurum içinde ve dışında yapılan tüm işlerin yasalara, kurum içi düzenlemelere ve etik ilkelere uygunluğunun sağlanması ve bunların denetlenmesi anlamına gelmektedir (37). Bu ilke ile yetki verilen kişiler yaptıkları ve yapmadıkları eylemlerin sonuçlarından sorumlu tutulmaktadırlar (38). Bu şekilde doğruları teşvik eden, yanlışları cezalandıran bir sistem oluşturulmuş olur (37).

4.2.3. Katılımcılık (Yerindelik) İlkesi

Katılımcılık yönetişimin merkezinde yer almaktadır ve yönetişim katılımdan ayrı düşünülemez (39). Katılımcılık ile alınan kararlarda çalışanların görüş ve önerileri dikkate alınmaktadır ve bu şekilde karar alma süreçlerine dâhil olmaları sağlanmaktadır.

4.2.4. Tutarlılık (Öngörülebilirlik) İlkesi

Tutarlılık ilkesi verilen kararların birbirleriyle, zaman içinde tutarlı ve uyumlu olmasıdır (18). Tutarlılık ilkesi ile beklenen sonuçlara aykırı etkilerin ortaya çıkması engellenmektedir (40). Böylece çalışanlar güven duyacakları bir ortamda ileriye yönelik gelişimlerini gerçekleştirebilmektedir.

4.2.5. Eşitlik (Adillik) İlkesi

Eşitlik kavramı, en geniş anlamda benzer olayların, benzer şekilde tarafsız ve adil muamele görmesi olarak tanımlanabilir (41). 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 (36).

4.2.6. Etkinlik (Ölçülülük) İlkesi

Etkinlik ilkesi kurumun tanımlanmış hedeflerine ulaşmak için gerçekleştirdiği faaliyetlere ne derece ulaştığını belirleyen bir performans ölçütüdür (42). Etkinliğin sağlanabilmesi için kaynakların gerçekçi ve yerinde kullanılması önemlidir (40).

4.2.7. Hukuka Bağlılık İlkesi

Bu ilke, örgütlerin hukuk kuralları dışına çıkmaması, her türlü faaliyetlerinde hukuka bağlı olmaları anlamına gelmektedir (27). Kurum genelinde konumlara ve şartlara yanıt verebilecek kurallar bütünüünün olması, eski düzenlemelerin gözden

geçirilmesi, çalışanların hak ve özgürlüklerinin güvence altına alınması, keyfi bir yönetimin olmaması, her yönetsel eylemin yasal bir dayanağının olması, idari eylemlerin denetlenebilmesi gibi eylemler bu ilkeyi oluşturmaktadır (43).

4.3. Klinik Yönetişim Kavramı

Yönetişim, ortaya çıkışı ile birlikte zaman içerisinde siyasal, sistemsal, ekonomik, elektronik, küresel, ilerici, kurumsal, yönetsel, demokratik, sürdürülebilir gelişme yönetişimi gibi birçok yaklaşımla birlikte kullanılmaya başlanmıştır (7).

Bu yaklaşımlardan biride klinik yönetişimdir. Dünya Sağlık Örgütü, klinik yönetişimi tanımlamaya yardımcı olmak amacıyla 1983 yılında klinik kaliteyi mesleki performans, kaynak kullanımı, risk yönetimi, hasta memnuniyeti olarak dörde bölmüştür. Bunlar aynı zamanda klinik yönetişimin temel unsurları olarak belirlenmiştir (44).

Klinik yönetişimin ilk popüler tanımı ise tıbbi başarısızlıklara (14, 45) ve sağlık bakımındaki güvenlik endişelerine yanıt olarak 1977 yılında İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisi (National Health Services-NHS) tarafından ortaya atılmıştır (46). Klinik yönetişim, sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli iyileştirmek ve yüksek bakım standartlarını korumak için klinik bakımın mükemmelliğinin gelişeceği bir ortam oluşturmak üzere sağlık kuruluşlarının bir araya geldiği bir sistem olarak tanımlanmıştır (47, 48). Bu sistem yeni kurumları, süreçleri ve teşvik yapılarını vurgulayan, parçalı yaklaşımları kalite iyileştirmesine entegre etmek için tasarlanmıştır.

Klinik yönetişim, 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 görülebilir (49). Bu nedenle klinik yönetişim iyileştirilmiş klinik sonuçlar, çalışanların iş doyumu ve hasta bakım değerlendirmelerinin sağlanması için hasta güvenliğini artırmayı, hataları, aksilikleri ve zararları azaltmayı amaçlamaktadır (12, 14, 50-52). Ayrıca sağlık çalışanlarının kalite geliştirme çabalarına öncülük etmelerini ve uygulamaların kanıta dayalı olmasını sağlamakla birlikte takım temelli ve sistematikleştirilmiş hizmet sunum süreçleri kurmaya çalışmaktadır.

Klinik yönetişim aynı zamanda, sağlık çalışanlarına kaynak paylaşımı, hizmetin örgütlenmesi ve buna bağlı karar verme sorumluluğunun verileceği ve kendilerinin

gönüllü olarak bu sorumluluğu üstleneceği varsayımdır. Dolayısıyla klinik yönetim, yönetim grubundan sağlık profesyonellerine bir paylaşımın veya gücün verilmesini kapsar (53).

Klinik yönetim kaliteye özgü bileşenleri içermekle birlikte (54) yönetsel ve klinik yaklaşımlar arasında köprü görevi görmektedir (55).

4.4. Klinik Yönetişim ile İlişkili Kavramlar

Klinik yönetişimin doğrudan ilişkili olduğu bir takım kavramlar bulunmaktadır. Bunlar; toplam kalite yönetimi/sürekli kalite geliştirme, kurumsal yönetim ve hastane yönetiştir.

4.4.1. Toplam Kalite Yönetimi/Sürekli Kalite Geliştirme

Günümüzde klinik yönetim kavramı, eski bir çareye yeni bir reçete olan toplam kalite yönetimi/sürekli kalite geliştirme kavramı olarak sunulmuştur. Huws da toplam kalite yönetimi ile klinik yönetim arasında açık bir bağ olduğunu görmüş ve toplam kalite yönetimini klinik yönetime ve daha geniş kalite gündemine taşımak için gerçekçi bir mekanizma olarak bakmıştır (54).

Kalite, sağlık kuruluşları gibi tüm hizmet endüstrilerinin bilinen önemli bileşenlerinden biridir (56). Klinik yönetim ise küresel düzeyde ulusal sağlık sistemlerinde hizmet kalitesini sağlamak ve iyileştirmek için yapılan bu çabaların en son yaklaşımını temsil etmektedir (14).

4.4.2. Kurumsal Yönetim

Kurumsal yönetim, kurumların etkin yönetimine, mali sorumlulukların değiştirilmemesine, yatırımlarda kabul edilebilir getiri yaratılmasına, yönetim kurulu ve yöneticilerin yön ve kontrolüne, kurumsal hedeflere ulaşmak için yapı ve karar alma süreçlerine ilişkindir (57). Bu doğrultuda kurumsal yönetim, klinik yönetim ile yakından ilişkilidir, çünkü klinik yönetim aynı zamanda hesap verebilirlik, etkili sonuç, kabul edilebilir kaynak kullanımı, uygun çalışma ve davranış biçimleriyle ilgilidir. Temel fark, kurumsal yönetimin yönetim kurulu ve yönetici üzerinde odaklanması klinik yönetimin ise birim, bölüm, sağlık merkezi ve klinik ile daha yakından ilişkili olmasıdır (54).

4.4.3. Hastane Yönetişimi

Hastane yönetişimi, stratejik yönetimin bir unsurudur ve etkinliği artırmak, kaliteyi iyileştirmek için ortaya çıkmıştır. Hastane yönetişiminin klinik yönetişim ile ilişkisi değerlendirildiğinde, klinik yönetişim İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetlerinde yeni bir kavram olarak ortaya çıktığı dönemlerde, ABD'de hastane yönetişimi kavramının gündemde olduğu görölmüştür. Bu doğrultuda kavramların önceliği incelendiğinde hastane yönetişimi kavramının, klinik yönetişim kavramından en az on yıl önce ortaya çıktığı ve bu kavramın iş/organizasyonu yönetme şekliyle ilgili olduğu belirtilmektedir (58). Dolayısıyla klinik yönetişim kavramı, İngiltere'de yeni iken ABD'de çok daha önceden yayılmıştır ve ABD'deki klinik yönetişim kavramının hastane yönetişimi üzerine kurulu olduğu belirtilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetleri endüstrisinin etrafında daha fazla ele alındığı vurgulanmaktadır (54).

4.5. Klinik Yönetişimin Bileşenleri

Klinik yönetişim, hastaya verilen kaliteli bakımın koordineli bir şekilde yapılmasıyla ilgili olduğundan önemli bir konudur. Son on yılda politika yapıcılar, yöneticiler ve klinisyenler, iyi klinik yönetişimin geliştirilmesi için yapılması gerekenleri belirlemeye başlamışlardır. Bunlar hesap verebilirlik, etik üzerine odaklanma ve nitelikli ayrıcalığı düzenlemedir. Ayrıca sürekli iyileştirme, kalite güvencesi, denetim, standartların uygulanması ve bunların karşılanmasını sağlama, klinik göstergeleri kullanma, klinik etkinliği teşvik etme, kanıta dayalı uygulamayı destekleme, akreditasyon süreçlerine katılma, risk raporlama ve yönetme, hasta güvenliğine odaklanma, bilgi paylaşımını iyileştirme, ağıklığı destekleme, bilgiyi etkin bir şekilde yönetme, hastaya ulaşma, performans hakkında geri bildirim sağlama, sürekli eğitimi teşvik etme, şikayetleri etkili bir şekilde ele alma, hastaları bakımlarını etkileyen kararlara katılmaya teşvik etmek gibi adımlar atmayı içerir (59). Freeman ise klinik yönetişimin bileşenlerini; multidisipliner ekip çalışması, kazalara verilen tepkiler, kanıta dayalı uygulamalar, değerlendirme, risk yönetimi, sürekli mesleki gelişme, örgütsel değişikliklere yaklaşım, kalite geliştirme süreci ve örgütsel öğrenme şeklinde 9 boyutta incelemiştir (12).

4.5.1. Multidisipliner Ekip Çalışması

Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin temel koşulu sağlık profesyonellerinin birbirleri ile işbirliği ve iletişim içinde, ekip anlayışıyla çalışmasıdır (60). Ekip, ortak bir amaç için uzmanlıklarını ve deneyimlerini birbirleri ile paylaşan, sorumluluklarını bilen ve yerine getiren, her biri farklı bilgi ve beceriye sahip üyelerin oluşturduğu gruptur (61). Klinik yönetişimin temelini oluşturan multidisipliner ekip çalışması sağlık hizmeti sunumunda önemlidir (12). Bu ekibi oluşturan hemşire, doktor, psikolog, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni, fizik tedavi ve sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerin her birinin kendi özgü bilgi, beceri, deneyimleri bulunmakta ve bu profesyoneller hizmet sunumunda birbirini tamamlayıcı hizmetler vermektedirler (62).

4.5.2. Kanıta Dayalı Uygulamalar

Günümüzde hemşirelerin eğitim düzeylerinin artması, hastaların değişen sağlık bakım tercihleri ve bilgi taleplerindeki artış, hasta bakımında çoğunlukla geleneksel uygulamaların tercih edilmesi, sağlık bakım profesyonellerine duyulan güvenin azalması gibi nedenler kanıta dayalı uygulamaların önemini arttırmıştır (63). Kanıta dayalı uygulama, 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 (64). Kanıta dayalı uygulama araştırmaların kullanılması değil, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kaynakların mesleki deneyimle ve hasta profili ile birleştirilerek uygulanmasıdır (65). Bununla birlikte hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması; bilimsel ve etkin kararlara hastaya her yönden kaliteli bakımı vermek, klinikte problemleri etkili bir şekilde çözmek, uygulamalara yenilik getirmek, hemşirelik bakımında farklılıkları azaltarak standardizasyonu sağlamak, hasta bakımında meydana gelen uygulama hatalarını en aza indirmek, sağlık hizmeti veren ve alanların memnuniyetini arttırmak ve sağlık sisteminde mükemmelliğe ulaşmak açısından önemlidir (66).

4.5.3. Kazalara Verilen Tepkiler

Hastanelerde meydana gelen kaza ve hatalar hasta ve çalışanlar için risk oluşturmaktadır (67). Dolayısıyla hastaların güvenli bakım alabilmeleri ve çalışan güvenliğinin sağlanabilmesi için hastanelerin kaza/olay bildirimlerinin olması ve buna yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir (68). Kaza-olay/problem raporu ise risk

durumunu belirlemede kullanılan birinci araçtır ve sağlık çalışanları içerisinde oran olarak en büyük grubu oluşturan hemşireler, kaza/olay raporlama uygulamalarında anahtar role sahiptirler (69). Bu nedenle yöneticilerin, hemşirelerin olay bildirimini desteklemek amacıyla güvenli bir ortam oluşturmaları önemlidir. Hastanelerde risk kontrol programlarının başarısı öncelikle olayların doğru bir şekilde rapor edilmesine bağlıdır. Bununla birlikte raporlamanın sağlanabilmesi için kurum yönetiminin, bildirim sonrası korku ve endişeleri ortadan kaldıracak önlemleri alması ve tüm çalışanlarla paylaşması önemlidir (70).

4.5.4. Değerlendirme

Hastanelerde kalitenin sağlanmasında hemşirelerin mesleki yeterliliğinin değerlendirilmesi gerekir. Mesleki yeterliliği değerlendirmek için performans değerlendirme yöntemlerinden yararlanılabilir (12). Çünkü çalışanların performanslarından en üst düzeyde yararlanmak için yapılması gereken en önemli şey, işletmedeki sistemle birlikte, çalışanların değerlendirilmeleridir. Performans değerlendirilmesi yoluyla kurumsal hedeflerin ve politikaların seçimi, uygulanması konularında oluşan başarı seviyesinin ortaya çıkarılması, başarısızlık ile karşılaşılması durumunda nedenlerinin araştırılarak düzeltici ve önleyici faaliyetlerin başlatılması ve geleceğe yönelik planlarda karar vericilere gerekli bilgileri sağlanması amaçlanmaktadır (71).

Sonuç olarak, sağlık kurumlarının yapısına, gereksinimlerine ve hedeflerine uygun bir performans yönetim sistemi oluşturmali ve uygulamaya geçirilmelidir. Bu sistemde çalışanların hedefleri belirlenmeli ve geribildirim sağlanmalı, performans değerlendirme ve geliştirme çalışmaları yeterli şekilde uygulanmalıdır (10).

4.5.5. Örgütsel Değişikliklere Yaklaşım

Günümüzde örgütler iş gücü yapısındaki değişmeler, teknolojik gelişmeler, sosyal-toplumsal eğilimler, rekabet koşulları gibi etmenler karşısında çevreye uyum sağlamak amacıyla değişmek zorundadır (72). Çünkü rekabetin yoğun ve şartların dinamik olduğu bir örgütte başarı, ancak eski bilgiyi yenileme, yeni durumlara karşı hazırlıklı olma, çalışanların beceri kazanması ve bu becerileri uygulamaya koyma çabası ile mümkün olabilir (73). Sorumlu hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşireler değişimle baş etme ve yönetme becerilerinin günlük çalışma yaşamlarının bir parçası

haline geldiğini belirtmişlerdir (74). Bir başka çalışmada ise hemşirelik uygulama modelleri, rolleri, bakımla ilgili karar verme süreçleri, eğitim koşulları gibi birçok konuda hemşirelerin değişime tanıklık ettiği ifade edilmektedir (75). Bu örneklerden de anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinde meydana gelen sürekli değişim sebebiyle, bu durumla baş edebilmek için hemşirelerin özellikle yönetici hemşirelerin meydana gelen bu değişimleri anlaması, değerlendirmesi ve sorunlara yönelik çeşitli politikalar ve uygulamalar geliştirmesi gerekmektedir (76, 77). Örgütsel değişimi ve gelişimi destekleyen bu politika ve uygulamalar hizmetlerin iyileşmesi ile sonuçlanacaktır (12).

4.5.6. Sürekli Mesleki Gelişme

Günümüzde tıp bilimi ve teknolojisindeki değişimler, artan hasta beklentileri, uluslararası hastane ve profesyonel standartları ile kamu/özel ve örgütsel düzenlemelerin niteliği kısacası hızla değişen sağlık hizmetleri ortamı, sürekli mesleki gelişim konusunun önemini arttırmaktadır. Mesleki gelişim, profesyonellerin kendilerini meslekleri ile ilgili teknik, yasal, kavramsal, sosyal ve değişim konularında güncellemeleri ile mümkün olabilir (78). Ayrıca çalışanların uygulamalarını gözden geçirmek, kendilerini geliştirebilmek ve bilgilerini tazeleyebilmek amacıyla konferans ve seminerlere, hizmet içi eğitimlere, sertifika programlarına, eğitim kursları gibi faaliyetlere katılmalarıdır. Ancak hemşirelerin vardiyalı çalışmaları, hemşire sayısının yetersiz olması, iş yüklerinin ağırlığı, hemşirelik kavramlarının iyi tanımlanmamış olması ve kişisel hedefler mesleki gelişimlerini engellemektedir. Bu sebeple sağlık kurumları hemşirelerin mesleki gelişimi için hazırlayacakları programlarda bu engelleri göz önüne almalı ve sürekli eğitimi destekleyen bir örgüt kültürü oluşturmalıdır (79). Bu şekilde yaşam boyu öğrenme ve sürekli eğitim ile nitelikli hemşirelik hizmetlerinin artması sağlanabilir (80).

4.5.7. Risk Yönetimi

Risk yönetimi, riskleri tanımlamayı, değerlendirmeyi, onlara karşı yürütülecek faaliyetleri belirlemeyi, sorumlulukları tayin etmeyi, belirlenen faaliyetleri uygulamayı ve bunları izlemeyi ve sonuçlarını gözden geçirmeyi kapsayan bütün süreçlerdir (81). Risk yönetimi, belirli bir düzende maddi veya manevi kayıp olasılığının planlı olarak en aza indirilmesi veya yok edilmesidir (82). Sağlık kurumlarında risk yönetimi ise kurumun finansal durumunu tehdit eden risklere karşı kurumu koruyacak sağlık

açısından hastaları, ziyaretçileri ve çalışanları zarara uğratabilecek risklere karşı farkındalık seviyesini yükseltecek örgütsel bir fonksiyondur (83). Risk yönetimi, olası ve gerçek örgütsel kayıpların sürekli değerlendirilmesinin yapıldığı kalite yönetiminin önemli bir parçasıdır (84). Sağlık kurumlarında örgütsel, finansal, iş sağlığı ve güvenliği, tesis, ekipman, hasta ve çalışan güvenliği riskleri dahil olmak üzere birçok risk bulunmaktadır (59). Hastanelerde hasta ve çalışanlar için güvenli bir çevre sağlama herkesin sorumluluğundadır. Bu nedenle risk yönetimi çabalarına tüm sağlık profesyonellerinin özellikle de anahtar roldeki hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır (70).

4.5.8. Kalite Geliştirme Süreci

Kalite, bir ürün ya da hizmetin özelliklerinin, hizmet alan kişilerin gereksinimlerini karşılayabilme yeteneğidir (85). Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları, son yıllarda ortaya çıkan özellikle hasta güvenliği üzerine yoğunlaşan bir süreci ifade etmektedir (86). Sağlığın korunması, sağlık profesyonelleri aracılığıyla teknolojik araç gereçleri kullanarak erken tanı ve tedavi ile en kısa sürede sağlığın iyileştirilmesini kapsar. Kaliteli bakım alma isteğinin artması, kurumlar arasındaki rekabetin fazlalaşması, kişilerin sağlığa verdikleri önemin, ihtiyaç ve beklentilerinin yükselmesi gibi etmenler kalitenin bir uzantısı olan toplam kalite yönetimi anlayışını ortaya çıkarmıştır (87).

Toplam kalite yönetimi, insan unsurunu ön plana çıkaran, tüm faaliyetlerde ekip çalışmasını, katılımcılığı savunan, kaynakların etkin ve verimli kullanımına önem veren ve sürekli eğitimi gelişmenin temeli olarak gören bir yönetim şeklidir (88). Yönetim ile çalışanlar arasındaki etkileşimi arttırarak kurumda bir iletişim ağı kurulmasına katkıda bulunur. Bu da çalışanların kurumun vizyon ve misyonunu benimsemesini sağlayarak örgütün hedeflerine ulaşmasını kolaylaştırır.

4.5.9. Örgütsel Öğrenme

Örgütsel öğrenme, hataların bulunması ve düzeltilmesi olarak tanımlanmaktadır. Örgütsel öğrenmenin gerçekleşebilmesi için çalışanların geçmişteki davranışlarını sorgulaması gerekmektedir (89). Bu sorgulama ve örgütsel faktörlerin birbirini etkilemesiyle örgütsel öğrenme gerçekleşir (90). Öğrenen örgütler, bir kurumun devamlı olarak yaşadığı olaylardan ders alması, bunu değişen çevre koşullarına uyarlaması, çalışanları geliştirecek bir sistem oluşturması ve bu şekilde değişen, gelişen ve kendini

yenileyen bir örgüt haline gelmesidir (1). Bu tür kurumlar hem bilgiyi bulma, oluşturma, özümseme ve aktarmada hem de bu bilgiyi kararlara ve uygulamalara yansıtmada yeteneklidir (1). Bir kurumda örgütsel öğrenme olduğunu gösteren ilkeler; takım çalışması ve takım öğrenmesi, sistematik düşünme ve çalışanların zihinsel yapıları, bilginin yatay ve dikey olarak serbest hareket edebilmesi, örgütteki tüm çalışanların eğitilmesi ve yetiştirilmesi, çalışanların öğrenmelerinin ödüllendirilmesi, yapılan çalışmaların sürekli olarak geliştirilmesi, örgüt stratejilerinin esnek olması, merkeziyetçi olmayan hiyerarşik yönetim ve katılımcı yönetim anlayışı, öğrenme laboratuvarlarının varlığı ve sürekli yapılan araştırma ve geliştirme çalışmaları destekleyici ve işbirlikçi öğrenme kültürüdür (91).

Örgütsel öğrenmenin, örgütsel bilginin yaratılması (92), örgüt kapasitesinin geliştirilmesi ve örgütsel performansın iyileştirilmesi, yeni fırsatların keşfedilmesi ve değerlendirilmesi (93), çalışanların motivasyonlarının sağlanması, yeteneklerinin geliştirilmesi ve çalışanların yeni tutumlar kazanması gibi yararları bulunmaktadır (94). Ayrıca yeni teknolojilerin hızla değerlendirilmesi, örgütün yapısında, iş akışı oluşturulmasında ve karar verme süreçlerinde değişim sağlanabilmesi için yeni olanaklar yaratmaktadır. Bu sebeple çalışanlarının gelişen teknolojik ve tıbbi yenilikleri takip etmeleri desteklenmeli, yenilik yaratma kapasiteleri artırılmalı ve öğrenme istekleri gerek hastane içinde gerekse hastane dışında verilen eğitim çalışmalarına katılmalarına maddi/manevi destek kurum tarafından sağlanmalıdır (95). Ayrıca hastanelerde bireysel öğrenmeyi güdüleyen, takım ve örgüt halinde öğrenmeyi destekleyen çalışma ortamının yaratılmalıdır.

4.6. Klinik Yönetişim İklimi Kavramı

Klinik yönetim sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli iyileştirmek ve yüksek bakım standartlarını korumak için klinik bakımın mükemmeliyetinin gelişeceği bir ortam yaratarak sağlık kuruluşlarının bir araya geldiği bir sistemdir (53). Klinik yönetişimin uygulanabilmesi için hatalardan ders çıkartılan, profesyonel davranışların ödüllendirildiği, sürekli eğitim olanakları sağlayan ve öğrenme konusunda çalışanları destekleyen bir örgütsel iklim oluşturulmalıdır (13). Örgütsel iklim klinik yönetişimin uygulanmasında önemlidir ve sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım sağlamada yardımcı olabilir (9). Dolayısıyla suçlamanın olmadığı, destekleyici, katılımcı, yenilikçi, ilham

verici, yaratıcı, sürekli öğrenmeye olanak veren, iyimser, iletişime açık ve problemlerin paylaşıldığı bir iklim sağlık bakımı sunanların kendilerini değiştirmelerini ve kaliteli bir hasta bakımı vermelerini sağlayacaktır (14). Bu doğrultuda klinik yönetim iklimi kavramı, klinik yönetim ve örgütsel iklim kavramlarının birleştirilmesiyle oluşmaktadır. Klinik yönetim iklimi klinikte, iletişim ve etkileşimin hakim olduğu, çalışanların yönetime ortak olduğu, düşüncelerini rahatça ifade edebildiği, doğru davranışların ödüllendirildiği, yanlışlardan ders çıkarıldığı bir ortamın hakim olması olarak tanımlanmaktadır.

4.7. Hemşirelikte Klinik Yönetişimin Yeri ve Önemi

Klinik yönetim ikliminin sağlık hizmetlerinde uygulanmasında en önemli kaynak sağlık çalışanlarıdır (15). Eğer çalışanlar tarafından klinik yönetim iklimi olumlu olarak algılanmaz ve uygulanmaz ise kurum başarısız olur (10). Hemşireler de sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde temel insan kaynağı olan sağlık çalışanlarının önemli bir üyesidir ve çalıştıkları örgütün ikliminden etkilenirler (15). Yoğun çalışma şartları içerisinde hemşireler, yüksek ücret, mesleki gelişme için fırsatlar, örgüt içi yükselme ve kariyer imkânı sağlayan yeterli sayıda çalışanı olan, çalışma ve dinlenme saatleri ve şartlarının iyi olmasını destekleyen bir yönetim içeren örgüt iklimini tercih ederler (16). Dolayısıyla hemşirelerin pozitif bir klinik yönetim iklimi algısı, sağlık kurumlarının performansı ve verimliliği üzerinde olumlu etkiye sahip olacaktır (17).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelerin değerlendirilmesi ile hastanelerin yönetim iklim düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapıldığı için tanımlayıcı bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Trabzon il merkezindeki Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Farabi Hastanesi, Özel İmperial Hastanesi ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Ahi Evren Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi, Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi ile Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Tanıtıcı Özellikleri

Hastaneler	FH	İH	AEKDCH	FDH	KEAH	YSKHRH
Hastanenin Hizmet Türü	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastane	Eğitim ve Araştırma Özel Dal Hastanesi	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Dal Hastanesi
Yatak Sayısı	800	134	230	300	500	200
Hemşire Sayısı	714	93	192	248	476	122

FH: Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, AEKDCH: Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FDH: Fatih Devlet Hastanesi, KEAH: Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, YSKHRH: Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Trabzon il merkezindeki dört kamu, bir özel ve bir üniversite hastanesinde çalışan tüm hemşireler (N=1845) oluştururken, örneklemi bu hastanelerde çalışan tabakalı örneklem yöntemiyle seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 315 hemşire oluşturmuştur (Tablo 2). Araştırma kabul koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılımda gönüllü olan bu 315 hemşire hastanelerin servislerinden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdaki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hemşire sayısı hesaplanmıştır (96).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n : Örneklem alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (1845)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer:1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı): 0.50

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma: 0.05 (%95 güvenirlikle)

$$n = \frac{(1845 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5)}{[(0.05 \times 0.05) (1845-1) + (1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5)]} = 315$$

Tablo 2. Hastanelere Göre Örneklem Alınan Hemşire Sayısı

Hastane	Hemşire Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örneklem Alınacak Hemşire Sayısı
FH	714	714/1845=0.386	0.386×315=122
İH	93	93/1845=0.050	0.050×315=16
AEKDCH	192	192/1845=0.104	0.104×315=33
FDH	248	248/1845=0.134	0.134×315=142
KEAH	476	476/1845=0.257	0.257×315=81
YSKHRH	122	122/1845=0.066	0.066×315=21
Toplam	1845		315

FH: Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, AEKDCH: Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FDH: Fatih Devlet Hastanesi, KEAH: Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, YSKHRH: Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri: Trabzon merkezindeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinde en az 1 yıl hemşire olarak çalışıyor olmaktır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri: Hastanelerde geçici görevle bulunan hemşireler ya da ebe, acil tıp teknisyeni gibi hemşirelik dışı personel olmaktır.

5.4. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın uygulanabilmesi için Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 26.05.2017 tarihinde, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi'nden 11.05.2017 tarihinde, İmperial Hastanesi'nden 15.05.2017 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek 1). Medikal Park Karadeniz ve Yıldızlı Hastaneleri araştırma için kurum izni vermemiştir. Ayrıca Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 23.10.2017 tarihinde 24237859-589 sayılı yazı ile izin alınmıştır. Klinik Yönetişim İklim Ölçeği'nin Türkçe formunun araştırmada kullanılabilmesi için Eylem Pahlı Gürdoğan'dan e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 2). Araştırmaya katılan hemşirelerden de araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin yazılı onam alınmıştır (Ek 3).

5.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Bilgi Formu (Ek 4) ile Klinik Yönetişim İklim Ölçeği kullanılmıştır (Ek 4).

Bilgi Formu: Hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı kurum, pozisyonu, hemşirelik mesleğindeki, çalıştığı kurumdaki deneyimi, çalıştığı servis, çalıştığı servisteki deneyim yılı, çalıştığı servisi, hemşirelik mesleğini isteyerek seçip seçmediği, çalıştığı servisten, mesleğinden ve yöneticisinden memnun olup olmadığı, çalışma şekli, bir vardiyada sorumlu olduğu ortalama hasta sayısı, klinik yönetişimin ne olduğunu bilip bilmediği ve bu konuda kongre vb. toplantılara katılım durumuna ilişkin toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

Klinik Yönetişim İklim Ölçeği: Tim Freeman tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçek Eylem Pahlı Gürdoğan tarafından 2013 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları ve örgütsel öğrenme olmak üzere 6 alt boyutu ve toplam 60 maddesi vardır. 5'li Likert tipinde olan ölçek, 1= Kesinlikle katılıyorum, 2= Katılıyorum, 3= Hiçbiri, 4= Katılmıyorum, 5= Kesinlikle katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. Her bir soru için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 1, 3, 5, 7, 10, 17-21, 24-30, 33, 34, 36 38, 41, 42, 45, 46, 48, 50, 51, 53, 56, 58, 59. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam

puan 60 ile 300 arasında değişmektedir. Düşük puan alınması iyi klinik yönetişimi ifade ederken, yüksek puan alınması kötü klinik yönetişimi ifade etmektedir. Gürdoğan'ın çalışmasında, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89 dur (9) (Tablo 3).

Tablo 3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Madde Dağılımı ve Cronbach Alpha Değerleri

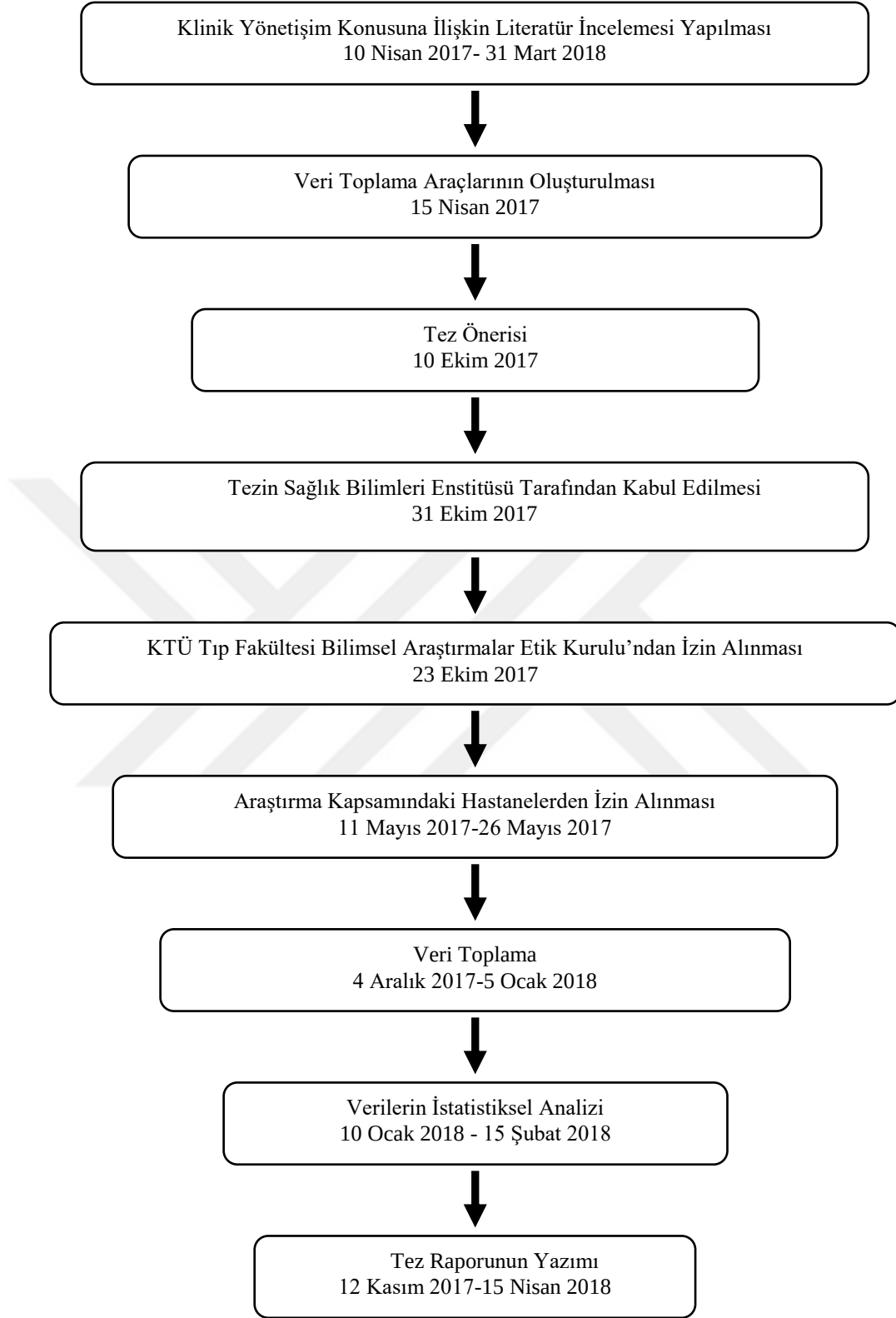
Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	Madde Sayısı	Min-Max	Cronbach Alpha
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	18, 20, 24, 25, 29, 33, 34, 36, 38, 39, 41, 42, 46, 48, 50, 51, 56, 57, 58, 59, 60	21	21-105	0.92
Önleyici Risk Yönetimi	14, 21, 22, 27, 30, 35, 37, 43, 44, 52, 54	11	11-55	0.90
Suç ve Ceza Ortamı	1, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 16, 26	9	9-45	
Meslektaşlarla Birlikte Çalışma	8, 19, 40, 45, 53, 55	6	6-30	0.89
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	4, 6, 9, 15, 17, 28, 47, 49	8	8-40	0.89
Örgütsel Öğrenme	2, 13, 23, 31, 32	5	5-25	0.90
Toplam		60	60-300	0.92

5.6. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle kurum ve etik kurul izinleri alınmıştır. Sonra araştırmanın örneklem sayısından biraz fazla bilgi ve klinik yönetim ölçeği çoğaltılmıştır. Daha sonra veriler bilgi formu ve klinik yönetim iklimi ölçeği kullanılarak çalışmaya dâhil edilme koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılımında gönüllü olan hemşirelerle 4 Aralık 2017-5 Ocak 2018 tarihleri arasında elden dağıtılıp toplanmıştır. Ancak veri toplama araçları dağıtılmadan önce hemşireler, araştırma ve anketin süresi ve nasıl doldurulması gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir.

5.7. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1'de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma Planı

5.8. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, çalışma koşullarını, kurumlarına ve yöneticilerine ilişkin memnuniyet durumlarını, klinik yönetişimi bilme ve toplantıya katılma durumunu tanımlamak için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılırken, hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetim iklimi düzeylerini saptamak için ortalama testi kullanılmıştır. Karşılaştırma çalışmaları öncesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogrov-Smirnov testi yapılmıştır. Ayrıca hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile klinik yönetim iklimi ölçeği puanlarını karşılaştırmak için ANOVA, Scheffe ve t-testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır. Ayrıca çalışmada test edilmeye çalışılan klinik yönetim iklimi olgusu bireylerin subjektif algılama düzeyine bağlı bir konu olması ve bireylerin anketi cevaplandırırken yanılma paylarının bulunması nedeni ile sınırlılığa sahiptir.

6. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, kurumları, meslekleri ve yöneticilerine ilişkin görüşleri ile ilgili bulgular, hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetim iklimi puan ortalamaları, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, kurumları, meslekleri ve yöneticilerine ilişkin görüşleri ile klinik yönetim iklimi puan ortalamaları ile karşılaştırılması şeklinde sunulmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n= 315)

Demografik Özellikler	n	%
Yaş	25 yaş ve altı	95 30.2
	26-35 yaş	96 30.4
	36 yaş üzeri	124 39.4
Cinsiyet	Erkek	60 19.0
	Kadın	255 81.0
Medeni Durum	Evli	187 59.4
	Bekar	128 40.6
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi/önlisans	151 47.9
	Lisans ve lisansüstü	164 52.1
Çalışılan Kurum	Kamu hastanesi	177 56.2
	Üniversite hastanesi/özel hastane	138 43.8
Pozisyon	Hemşire	280 88.9
	Yönetici hemşire	35 11.1
Mesleki Deneyim	5 yıl ve altı	105 33.4
	6-15 yıl	122 38.7
	16 yıl ve üzeri	88 27.9
Hastanede Çalışma Süresi	5 yıl ve altı	171 54.2
	6-10 yıl	72 22.9
	10 yıl ve üzeri	72 22.9
Çalışılan Servis	Servis	189 60.0
	Özellikli birim (yoğun bakım/acil)	126 40.0
Servisteki Deneyim	1-5 yıl	214 67.9
	6 yıl ve üzeri	101 32.1
Servisi İsteyerek Seçme Durumu	Evet	173 54.9
	Hayır	142 45.1

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n= 315) (Devamı)

Servisten Memnuniyet	Evet	257	81.6
	Hayır	58	18.4
Hemşireliği İsteyerek Seçme Durumu	Evet	197	62.5
	Hayır	118	37.5
Hemşirelikten Memnuniyet	Evet	235	74.6
	Hayır	80	25.4
Yöneticiden Memnuniyet	Evet	210	66.7
	Hayır	105	33.3
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	60	19.0
	Sürekli gece	18	5.8
	Gündüz ve bazen nöbet	157	49.8
	Vardiyalı	80	25.4
Bakılan Hasta Sayısı	10 ve altı	93	29.5
	11-20	148	47.0
	21 hasta ve üzeri	74	23.5
Klinik Yönetişimi Bilme Durumu	Evet	139	44.1
	Hayır	176	55.9
Eğitime Katılma Durumu	Evet	66	21.0
	Hayır	249	79.0

Hemşirelerin demografik özelliklerine bakıldığında, %39.4'ü 36 yaş üzeri, %81'i kadın, %59.4'ü evli, %52.1'i lisans ya da lisansüstü eğitime ve %38.7'si 6-15 yıl mesleki deneyime sahiptir. %88.9'u hemşire pozisyonunda, %56.2'si kamu hastanelerinde, %40'ı özellikli birimlerde (yoğun bakım/acı), %54.3'ü 5 yıl ve altı hastanelerinde ve %67.9'u 1-5 yıl arasında bulunduğu serviste çalışmaktadır.

Hemşirelerin %62.5'i hemşireliği, %54.9'u çalıştığı servisi isteyerek seçmiştir. %81.6'sı çalıştığı servisten ve %66.7'si yöneticisinden memnundur. Hemşirelerin çalışma şekilleri incelendiğinde, %49.8'i gündüz çalışıp bazen nöbet tutmaktadır. Hemşirelerin %47'si bir vardiyada ortalama 11-20 arasında hasta bakmaktadır. %55.9'u klinik yönetişimin ne olduğunu bilmemekte ve %79'u bu konuda bir eğitim ya da toplantıya katılmamıştır.

Hemşirelerin klinik yönetim iklimi ölçeği toplam puan ortalaması 182.62 ± 28.32 'dir. Alt boyut puan ortalamaları ise planlı ve entegre kalite geliştirme programı için 68.70 ± 12.02 , önleyici risk yönetimi için 31.41 ± 6.22 , suç ve ceza ortamı

için 25.74 ± 5.59 , meslektaşlarla birlikte çalışma için 17.81 ± 4.09 , eğitim ve geliştirme fırsatları için 25.12 ± 4.52 ve örgütsel öğrenme için 13.82 ± 3.25 'dir (Tablo 5).

Tablo 5. Hastanelerin Klinik Yönetişim İklimi Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 315)

Ölçek Alt Boyutları	n	Ort	SS	Min.	Max.	Ölçek Min-Max
Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	315	68.70	12.02	21.00	97.000	21-105
Önleyici Risk Yönetimi	315	31.41	6.22	11.00	55.00	11-55
Suç ve Ceza Ortamı	315	25.74	5.59	9.00	41.00	9-45
Meslektaşlarla Birlikte Çalışma	315	17.81	4.09	6.00	30.00	6-30
Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	315	25.12	4.52	8.00	35.00	8-40
Örgütsel Öğrenme	315	13.82	3.25	5.00	25.00	5-25
Toplam	315	182.62	28.32	60.00	260.00	60-300

Hemşirelerin yaşları ile klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($F=6.824$; $p=0.001$) ölçeğin planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($F=5.030$; $p=0.007$), önleyici risk yönetimi ($F=3.451$; $p=0.033$), suç ve ceza ortamı ($F=3.751$; $p=0.025$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($F=6.554$; $p=0.002$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=7.755$; $p=0.001$), örgütsel öğrenme ($F=3.925$; $p=0.021$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Bu farka göre 26-35 yaş arasındaki hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puan ortalamaları 25 yaş altı ve 36 yaş üzeri olan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksektir. Bununla birlikte 26 yaş ve üzeri hemşirelerin meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları da 25 yaş ve altı hemşirelerin puan ortalamalarından yüksektir (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşleri ile Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 315)

Demografik Özellikler	n	Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı	Önleyici Risk Yönetimi	Suç ve Ceza Ortamı	Meslektaşlarla Birlikte Çalışma	Eğitim ve Geliştirme Fırsatları	Örgütsel Öğrenme	Klinik Yönetişim İklimi Toplam
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
25 yaş ve altı (1)	95	67.41±11.90	30.95±5.67	25.19±5.94	16.60±4.07	24.24±4.47	13.08±2.88	177.47±27.13
26-35 yaş (2)	96	71.91±10.50	32.78±6.29	27.04±5.52	18.58±4.05	26.58±4.29	14.34±3.33	191.24±25.96
36 yaş üzeri (3)	124	67.22±12.81	30.70±6.45	25.18±5.24	18.16±3.96	24.66±4.51	13.99±3.38	179.91±29.65
F=		5.030	3.451	3.751	6.554	7.755	3.925	6.824
p=		0.007	0.033	0.025	0.002	0.001	0.021	0.001
Scheffe testi =		2>1,3 (p<0.05)	2>1,3 (p<0.05)	2>1,3 (p<0.05)	2,3>1 (p<0.05)	2>1,3 (p<0.05)	2,3>1 (p<0.05)	2>1,3 (p<0.05)
Cinsiyet								
Erkek	60	71.47±10.53	33.28±4.60	27.18±6.26	18.58±4.09	27.18±4.35	14.43±2.90	192.13±24.74
Kadın	255	68.05±12.27	30.97±6.47	25.41±5.38	17.64±4.08	24.64±4.44	13.68±3.32	180.39±28.69
t=		1.987	2.617	2.221	1.613	4.015	1.614	2.923
p=		0.048	0.002	0.027	0.108	0.000	0.107	0.004
Medeni Durum								
Evli	187	69.27±11.77	31.70±6.27	25.80±5.13	18.24±3.91	25.46±4.31	14.07±3.27	184.55±27.25
Bekar	128	67.88±12.38	30.98±6.15	25.67±6.23	17.20±4.27	24.63±4.80	13.46±3.21	179.82±29.72
t=		1.014	1.003	0.203	2.225	1.611	1.651	1.458
p=		0.312	0.316	0.845	0.027	0.108	0.100	0.146
Eğitim Durumu								
Sağlık meslek Lisesi/Önlisans	151	67.76±12.11	30.89±5.80	25.62±5.69	17.33±4.08	24.58±4.23	13.63±2.96	179.79±27.33
Lisans ve lisansüstü	164	69.58±11.91	31.89±6.56	25.87±5.52	18.27±4.06	25.62±4.74	14.01±3.49	185.24±29.05
t=		-1.347	-1.431	-0.405	-2.042	-2.058	-1.028	-1.709
p=		0.179	0.153	0.685	0.042	0.040	0.301	0.088

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşleri ile Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 315) (Devamı)

Çalışılan Kurum								
Kamu hastanesi	177	69.58±12.83	31.54±6.44	25.94±5.55	18.33±3.98	25.58±4.68	13.76±3.22	184.71±29.97
Üniversite+özel hastane	138	67.59±10.83	31.25±5.94	25.51±5.66	17.17±4.15	24.54±4.27	13.91±3.30	179.96±25.92
t=		1.460	0.410	0.677	2.521	2.033	-0.422	1.481
p=		0.137	0.682	0.499	0.012	0.043	0.673	0.14
Pozisyon								
Hemşire	280	69.34±11.66	31.71±6.17	26.01±5.59	17.94±4.05	25.33±4.55	13.95±3.16	184.28±27.58
Yönetici hemşire	35	63.66±13.78	28.97±6.21	23.63±5.21	16.86±4.31	23.46±4.02	12.86±3.81	169.43±31.08
t=		2.660	2.479	2.397	1.479	2.321	1.877	2.960
p=		0.008	0.014	0.017	0.140	0.021	0.061	0.003
Mesleki Deneyim								
5 yıl ve altı (4)	105	69.93±11.61	32.15±6.33	25.80±5.73	17.41±4.34	25.46±4.49	13.67±3.30	184.42±27.50
6-15 yıl (5)	122	69.70±11.08	31.63±6.39	26.18±5.58	18.23±4.04	25.60±4.58	14.17±3.16	185.51±27.77
16 yıl ve üzeri (6)	88	65.86±13.36	30.22±5.73	25.09±5.44	17.74±3.84	24.06±4.37	13.53±3.31	176.50±29.42
F=		3.476	2.468	0.976	1.159	3.451	1.174	2.936
p=		0.032	0.086	0.378	0.315	0.033	0.310	0.055
Scheffe testi =		4,5>6				4,5>6		
		(p<0.05)				(p<0.05)		
Kurum Deneyimi								
5 yıl ve altı	171	69.43±11.55	31.80±6.24	25.98±5.53	17.51±4.15	25.36±4.59	13.70±3.21	183.76±27.37
6-10 yıl	72	68.29±12.17	31.24±6.21	25.49±5.90	18.32±4.20	25.35±4.86	13.85±3.06	182.53±29.54
10 yıl ve üzeri	72	67.40±12.98	30.67±6.21	25.47±5.48	18.06±3.82	24.33±3.96	14.11±3.55	180.04±29.53
F=		0.772	0.869	0.308	1.152	1.415	0.414	0.436
p=		0.463	0.420	0.735	0.317	0.245	0.661	0.647
Çalışılan Servis								
Servis	189	67.88±12.63	30.96±6.24	25.72±5.82	17.60±4.18	24.99±4.87	13.59±3.15	180.74±30.12
Özellikli birim	126	69.94±10.97	32.09±6.15	25.79±5.25	18.14±3.95	25.31±3.97	14.18±3.38	185.46±25.26
t=		-1.497	-1.582	-0.115	-1.148	-0.604	-1.596	-1.451
p=		0.135	0.115	0.907	0.252	0.530	0.111	0.134

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşleri ile Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 315) (Devamı)

Servisi İsteyerek Seçme Durumu								
Evet	173	66.73±12.56	30.21±6.24	24.69±5.09	17.35±4.26	24.31±4.51	13.47±3.34	176.77±28.74
Hayır	142	71.11±10.90	32.87±5.90	27.04±5.92	18.39±3.81	26.11±4.36	14.26±3.10	189.77±26.18
t=		-3.260	-3.846	-3.774	-2.277	-3.563	-2.165	-4.156
p=		0.001	0.000	0.000	0.023	0.000	0.031	0.000
Servisteki Deneyim								
1-5 yıl	214	69.22±11.64	31.72±6.12	25.99±5.61	17.65±4.03	25.36±4.49	13.71±3.10	183.64±27.25
6 yıl ve üzeri	101	67.61±12.78	30.76±6.41	25.25±5.55	18.17±4.21	24.61±4.58	14.08±3.55	180.49±30.51
t=		1.107	1.269	1.094	-1.041	1.367	-0.952	0.922
p=		0.269	0.205	0.275	0.299	0.173	0.342	0.357
Servisten Memnuniyet								
Evet	257	68.09±12.21	31.02±6.20	25.28±5.59	17.61±4.12	24.73±4.62	13.60±3.22	180.33±28.44
Hayır	58	71.43±10.84	33.14±6.06	27.83±5.17	18.76±3.85	26.84±3.66	14.83±3.22	192.83±25.65
t=		-1.920	-2.359	-3.178	-1.945	-3.260	-2.624	-3.077
p=		0.056	0.019	0.002	0.053	0.001	0.009	0.002
Hemşireliği İsteyerek Seçme Durumu								
Evet	197	67.67±12.41	30.91±6.33	25.45±5.63	17.56±4.28	24.80±4.76	13.64±3.31	180.03±29.37
Hayır	118	70.44±11.18	32.25±5.97	26.25±5.51	18.25±3.74	25.65±4.08	14.14±3.14	186.97±26.02
t=		-1.993	-1.853	-1.220	-1.464	-1.618	-1.312	-2.119
p=		0.047	0.065	0.223	0.144	0.107	0.190	0.035
Hemşirelikten Memnuniyet								
Evet	235	67.43±12.04	30.76±6.16	24.99±5.28	17.43±4.15	24.51±4.65	13.52±3.16	178.65±28.22
Hayır	80	72.44±11.22	33.31±6.03	27.99±5.91	18.96±3.72	26.90±3.64	14.73±3.36	194.33±25.39
t=		-3.265	-3.214	-4.255	-2.930	-4.175	-2.900	-4.399
p=		0.001	0.001	0.000	0.004	0.000	0.004	0.000
Yöneticiden Memnuniyet								
Evet	210	66.38±12.06	30.58±6.21	24.83±5.46	17.06±4.18	24.13±4.48	13.36±3.17	176.34±27.84
Hayır	105	73.36±10.54	33.07±5.95	27.58±5.43	19.34±3.45	27.10±3.95	14.75±3.22	195.20±25.00
t=		-5.048	-3.398	-4.219	-4.840	-5.745	-3.649	-5.858
p=		0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Kurumları, Meslekleri ve Yöneticilerine İlişkin Görüşleri ile Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 315) (Devamı)

Çalışma Şekli								
Sürekli gündüz	60	68.88±12.28	32.30±6.65	26.22±5.34	17.87±3.73	24.78±3.84	13.83±3.51	183.88±28.07
Sürekli gece	18	68.72±11.33	32.06±6.08	27.83±7.52	17.83±4.00	26.06±4.52	14.67±3.48	187.17±28.65
Gündüz ve bazen nöbet	157	69.16±11.97	31.20±5.61	25.94±5.30	18.02±3.99	25.28±4.81	13.99±3.04	183.59±27.43
Vardiya değişimli	80	67.68±12.24	31.01±7.06	24.55±5.71	17.39±4.57	24.85±4.47	13.31±3.38	178.79±30.25
F=		0.273	0.641	2.289	0.423	0.525	1.198	0.742
p=		0.845	0.589	0.078	0.737	0.666	0.311	0.528
Bakılan Hasta Sayısı								
10 ve altı (7)	93	71.77±10.05	32.99±6.09	26.45±4.68	18.74±4.05	25.63±4.15	14.89±3.37	190.48±24.41
11-20 (8)	148	66.43±12.91	30.02±6.34	25.24±6.03	17.27±3.94	24.63±4.71	13.36±3.32	176.95±30.45
21 hasta ve üzeri (9)	74	69.41±11.64	32.20±5.58	25.88±5.71	17.76±4.28	25.46±4.56	13.42±2.61	184.12±26.21
F=		6.003	7.594	1.362	3.774	1.688	7.410	6.908
p=		0.003	0.001	0.258	0.024	0.187	0.001	0.001
Scheffe testi=		7>8 (p<0.05)	7,9>8 (p<0.05)		7>8 (p<0.05)		7>8,9 (p<0.05)	7>8 (p<0.05)
Klinik Yönetişimi Bilme Durumu								
Evet	139	66.86±12.94	30.90±6.60	24.67±5.60	17.55±4.51	24.24±4.63	13.45±3.50	177.67±30.42
Hayır	176	70.16±11.06	31.81±5.89	26.60±5.45	18.03±3.72	25.81±4.34	14.12±3.01	186.55±25.98
t=		-2.445	-1.295	-3.087	-1.050	-3.093	-1.812	-2.791
p=		0.015	0.196	0.002	0.305	0.002	0.076	0.006
Eğitime Katılma Durumu								
Evet	66	64.06±13.39	29.42±6.55	23.44±4.53	16.62±4.68	23.36±4.68	13.24±3.49	170.15±30.18
Hayır	249	69.94±11.35	31.94±6.04	26.36±5.70	18.14±3.87	25.59±4.38	13.98±3.17	185.94±26.92
t=		-3.597	-2.951	-3.856	-2.703	-3.613	-1.643	-4.127
p=		0.000	0.003	0.000	0.017	0.000	0.101	0.000

Erkek hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=2.923$; $p=0.004$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=1.987$; $p=0.048$), önleyici risk yönetimi ($t=2.617$; $p=0.002$), suç ve ceza ortamı ($t=2.221$; $p=0.027$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=4.015$; $p=0.000$) alt boyut puan ortalamaları kadın hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak hemşirelerin cinsiyetleri ile klinik yönetim iklim ölçeğinin meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Evli hemşirelerin meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut puan ortalamalarının, bekâr hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.225$; $p=0.027$). Hemşirelerin medeni durumları ile klinik yönetim iklim ölçeği toplamı, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Sağlık meslek lisesi ya da önlisans eğitimine sahip hemşirelerin meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=-2.042$; $p=0.042$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=-2.058$; $p=0.04$) alt boyut puan ortalamalarının lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin eğitim durumları ile klinik yönetim iklim ölçeği toplamı, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=2.521$; $p=0.012$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=2.033$; $p=0.043$) alt boyut puan ortalamalarının üniversite ya da özel hastanede çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile klinik yönetim iklim ölçeği toplamı, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=2.960$; $p=0.003$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=2.660$; $p=0.008$), önleyici risk yönetimi ($t=2.479$; $p=0.014$), suç ve ceza ortamı ($t=2.397$; $p=0.017$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=2.321$; $p=0.021$) alt boyut puan ortalamalarının yönetici hemşirelerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Hemşirelerin pozisyonları ile meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($F=3.476$; $p=0.032$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($F=3.451$; $p=0.033$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farka göre 15 yıl ve daha az mesleki deneyimi olan hemşirelerin planlı ve entegre kalite geliştirme programı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puan ortalamaları 16 yıl ve üzeri mesleki deneyimi olan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksektir. Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile klinik yönetim iklim ölçeği toplamı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Çalıştığı servisi isteyerek seçen hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=-4.156$; $p=0.000$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=-3.260$; $p=0.001$), önleyici risk yönetimi ($t=-3.846$; $p=0.000$), suç ve ceza ortamı ($t=-3.774$; $p=0.000$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=-2.277$; $p=0.023$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=3.563$; $p=0.000$) ile örgütsel öğrenme ($t=-2.165$; $p=0.031$) alt boyut puan ortalamalarının çalıştığı servisi isteyerek seçmeyen hemşirelere göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 6).

Çalıştıkları servisten memnun olan hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=-3.077$; $p=0.002$), önleyici risk yönetimi ($t=-2.359$; $p=0.019$), suç ve ceza ortamı ($t=-3.178$; $p=0.002$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=-3.260$; $p=0.001$) ile örgütsel öğrenme ($t=-2.624$; $p=0.009$) alt boyut puan ortalamaları, çalıştıkları servisten memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları servisten memnuniyet durumları ile klinik yönetim iklim ölçeğinin planlı ve entegre kalite geliştirme programı ve meslektaşlarla

birlikte çalışma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Hemşireliği isteyerek seçen hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=2.119$; $p=0.035$) ile planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=1.993$; $p=0.047$) alt boyut puan ortalamalarının hemşireliği isteyerek seçmeyenlere göre düşük olması istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme durumu ile önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları ile örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

İşinden memnun olan hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=-4.399$; $p=0.00$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=-3.265$; $p=0.001$), önleyici risk yönetimi ($t=-3.214$; $p=0.001$), suç ve ceza ortamı ($t=-4.255$; $p=0.00$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=-2.930$; $p=0.004$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=-4.175$; $p=0.00$), örgütsel öğrenme ($t=-2.900$; $p=0.004$) alt boyut puan ortalamaları, işinden memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 6).

Yöneticisinden memnun olan hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=-5.858$; $p=0.000$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=-5.048$; $p=0.000$), önleyici risk yönetimi ($t=-3.398$; $p=0.001$), suç ve ceza ortamı ($t=-4.219$; $p=0.000$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=-4.840$; $p=0.000$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=5.745$; $p=0.000$), örgütsel öğrenme ($t=-3.649$; $p=0.000$) alt boyut puan ortalamalarının yöneticisinden memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından düşük olması istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 6).

Hemşirelerin bir vardiyada sorumlu olduğu hasta sayısı ile klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($F=6.908$; $p=0.001$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($F=6.003$; $p=0.003$), önleyici risk yönetimi ($F=7.594$; $p=0.001$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($F=3.774$; $p=0.024$), örgütsel öğrenme ($F=7.410$; $p=0.001$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farka göre bir vardiyada 10 ya da daha az hasta bakan hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyut puan ortalamaları, 11 ile 20 arasında hasta bakan hemşirelerin puan

ortalamlarından yüksektir ($p<0.05$). Aynı zamanda bir vardiyada 10 ya da daha az ve 21 ya da daha fazla hasta bakan hemşirelerin önleyici risk yönetimi alt boyut puan ortalamaları, 11 ile 20 arasında hasta bakan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksektir. Bununla birlikte bir vardiyada 10 ya da daha az hasta bakan hemşirelerin örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları da 11 ya da daha fazla sayıda hasta bakan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksektir (Tablo 6). Hemşirelerin bir vardiyada sorumlu olduğu hasta sayısı ile klinik yönetim iklim ölçeğinin suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Klinik yönetimi bilen hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=2.791$; $p=0.006$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=-2.445$; $p=0.015$), suç ve ceza ortamı ($t=-3.087$; $p=0.002$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=-3.093$; $p=0.002$) alt boyut puan ortalamalarının klinik yönetimi bilmeyen hemşirelerin puan ortalamalarına göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin klinik yönetimi bilme durumları ile klinik yönetim iklim ölçeğinin suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Klinik yönetim ile ilgili herhangi bir eğitim ya da toplantıya katılan hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeği toplamı ($t=-4.127$; $p=0.00$), planlı ve entegre kalite geliştirme programı ($t=-3.597$; $p=0.00$), önleyici risk yönetimi ($t=-2.951$; $p=0.003$), suç ve ceza ortamı ($t=-3.856$; $p=0.00$), meslektaşlarla birlikte çalışma ($t=-2.703$; $p=0.017$), eğitim ve geliştirme fırsatları ($t=-3.613$; $p=0.00$) alt boyut puan ortalamaları klinik yönetim ile ilgili herhangi bir eğitim ya da toplantıya katılmayan hemşirelere göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin klinik yönetim ile ilgili herhangi bir eğitim ya da toplantıya katılma durumları ile klinik yönetim iklim ölçeğinin örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Ayrıca hemşirelerin kurum deneyimi, çalıştıkları servis, servisteki deneyim yılı ve çalışma şekilleri ile klinik yönetim iklim ölçeği toplamı, planlı entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları,

meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



7. TARTIŞMA

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 (49). Bu doğrultuda sağlık ekibinde önemli bir konuma sahip olan hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetişim iklim düzeyinin belirlendiği bu çalışmada, çoğunluğu 36 yaş ve üzeri, kadın, yarısından fazlası evli, lisans ya da lisansüstü eğitime sahip, kamu hastanelerinde ve 2/5'si acil, yoğun bakım gibi özellikli birimlerde çalışan hemşirelere göre hastanelerinin klinik yönetişim iklim düzeyi orta düzeydedir. Gürdoğan'ın İstanbul'da bir üniversite hastanesinde hemşirelerle yaptığı çalışmada da, klinik yönetişim iklim düzeyi orta düzeyde bulunmuştur (9). Gün ve Söyük'ün sağlık kuruluşlarında örgüt iklimi ve örgütsel güven arasındaki ilişki isimli çalışmada ise çalışanların örgüt iklim puanının ortalamasının altında olduğu saptanmıştır (97). Yunanistan'da 3 hastanede 214 çalışan ile gerçekleştirilen çalışmada da hastanelerin ikliminin klinik yönetişimi desteklemediği sonucuna ulaşılmıştır (14). Bahrami ve arkadaşları tarafından İran'daki 3 eğitim hastanesinde 186 çalışanın katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada da hastanelerin klinik yönetişim iklim düzeyleri zayıf bulunmuştur (49). Tüm bu çalışmalar hastane iklimlerinin klinik yönetişim uygulamasında yeterli destek sağlamadığını ve geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Klinik yönetişimin alt boyutları ele alındığında ise; hataların azaltılarak, önceden belirlenen kişisel ve kurum amaçlarına ulaşabilmeleri için hizmet sürecini sürekli iyileştirme ve geliştirme üzerine temellendirilen “planlı ve entegre kalite geliştirme programı”, herhangi bir bilginin karar verme sürecine etkisini ve risk yönetimine ilişkin bilgilerin toplanması ile ilgili olan “önleyici risk yönetimi”, kurumda suçlama kültürü, kazalar sırasında uygulanan prosedürler, ödüllendirme sistemleri ve ekip üyelerinin birbirleriyle etkileşimini içeren “suç ve ceza ortamı”, çalışanların birbirleri ile çalışma şekilleri, görev ve sorumluluklarının ortak anlaşılma düzeyi, çalışanlar arasındaki dürüstlük konuları üzerine odaklanan “meslektaşlarla birlikte çalışma” ve çalışanların gelişmeleri üzerine yapılan değerlendirmeleri, eğitim olanaklarını sorgulayan “eğitim ve

geliştirme fırsatları” örgütsel sınırlılıklar, kurum içinde ve dışındaki bilgi paylaşımını açıklayan “örgütsel öğrenme” alt boyut düzeyleri de orta seviyededir (Tablo 5). Gürdoğan’ın çalışmasında da çalışma bulgularımıza benzer şekilde hemşirelerin klinik yönetim iklim ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları orta düzeydedir. Bununla birlikte Gürdoğan’ın çalışmasında yaşları fazla olan hemşirelerin genç hemşirelere göre önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı alt boyutlarında klinik yönetim iklim düzeyini daha olumlu algıladığı görülmektedir (9). Yürütülen çalışmada ise özellikle genç olarak kabul edilebilecek 25 yaş altı ve 36 yaş üstü hemşireler 26-35 yaş arasındaki hemşirelere göre hastanedeki klinik yönetim iklimini genelde, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, eğitim ve geliştirme fırsatları alt boyutlarında daha olumlu algılamışlardır. 26-35 yaş arasındaki hemşirelerin klinik yönetim iklim düzeyini daha olumsuz algılaması, grubun yaş itibari ile acemilik dönemini geçirmesi, fiziksel açıdan 36 yaş üstü gruba göre de daha dinamik olmasından kaynaklanabilir. Çünkü bu yaş grubundaki hemşireler daha yoğun birimlerde çalıştırılmakta ve yoğunluğa bağlı sunulan eğitim gibi fırsatlardan yararlanamamaktadır. Yine genç olan 25 yaş ve altındaki hemşirelerin meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyutlarına ilişkin klinik yönetim iklimine bakışları daha olumludur. Bu grubun ise olumlu bakış açısına sahip olması, acemiliğe bağlı ikili ilişkilere ya da mesleki ilişkilere önem vermelerinden kaynaklanabilir. Oysa İstanbul’da yönetici hemşire ve hemşirelerin kurumsal iklim algılarını belirlemek amacıyla bir üniversite hastanesinde çalışan 112 yönetici hemşire ve 568 hemşire ile yapılan çalışmada hemşirelerin yaşlarının kurumsal iklim algılarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (98). Gaziantep ve Adıyaman illerinde faaliyet gösteren özel hastanelerde yapılan çalışmada da, çalışanların yaşının örgüt iklimine ilişkin algılarını etkilemediği sonucuna varılmıştır (99). Ayrıca bazı çalışmalarda da yaş ile kurum kalite yönetimi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (9, 100-102).

Hemşirelerin klinik yönetim iklimine ilişkin algılarını yaşlarının dışında cinsiyetlerinin de etkilediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda erkek hemşirelere göre kadın hemşirelerin meslektaşlarla birlikte çalışma ve örgütsel öğrenme alt boyutları hariç klinik yönetim iklim düzeyi algısı daha olumludur. İstanbul’da 300 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada da, kadınların örgüt iklim algılarının erkeklere göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (103). Tambağ ve arkadaşlarının çalışmasında

da, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre kalite yönetimi konusuna daha fazla önem verdiği sonucuna varılmıştır (104). Bu durum, erkeklere göre kadınların kişilerarası ilişkilere daha fazla önem vermesinden kaynaklanabilir. Bunların yanı sıra, örgüt iklimi ile ilgili yapılan birçok çalışmada cinsiyetin örgüt iklimini etkilemediği belirtilmiştir (105, 106).

Cinsiyetin yanı sıra hemşirelerin hastanelerine ilişkin klinik yönetim iklim düzeyine ilişkin algısını pozisyonlarının etkilediği görülmektedir. Bir başka bakış açısıyla meslektaşlarla birlikte çalışma boyutu hariç yönetici pozisyonundaki hemşirelerin, birebir hasta bakımına katılan hemşirelere göre hastanelerindeki klinik yönetim iklim düzeyine daha olumlu baktığı görülmektedir ya da bu durum yönetim kadrosunda çalışan bu hemşirelerin kurumdaki kalite, risk yönetimi, sürekli iyileştirme ve geliştirme faaliyetleri gibi uygulamalarının içerisinde yer almalarından ya da klinik yönetim ikliminin oluşmasına katkı vermelerinden kaynaklanabilir. Bazı çalışma bulguları da bu bulgularla paralellik göstermiştir (9, 12, 102, 107-110). Ancak klinik yönetim, sadece üst yönetimi değil tüm birimleri ve çalışanları kapsayan bir süreçtir. Bununla birlikte özellikle yönetici hemşirelerin konuya ilişkin algı/farkındalık düzeyinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelerin klinik yönetim algısını eğitim durumları da etkilemiştir. Lisans ve lisansüstü eğitime sahip olan ayrıca kamu hastanesinde çalışan hemşirelerde meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatlarına ilişkin hastanelerindeki klinik yönetim iklim düzeyini daha olumsuz algılamışlardır. Bu durum kamu hastanelerinde çalışan ve lisans/üstü eğitime sahip hemşirelerin bakış açısıyla hemşirelere sunulan eğitim ve gelişim fırsatlarının sınırlı olduğunu, çalışanların birbirlerinin çalışma şekilleri, görev ve sorumluluklarının anlaşılmasına ve dürüstlüklerine ilişkin sorunlar yaşadığını ya da olumsuz bir algının olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca bu durum lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir. Evli hemşireler de bekar hemşirelere göre meslektaşlarla birlikte çalışma boyutuna ilişkin daha olumsuz bir algıya sahiptir. Bunun durum evli hemşirelerin aile yükünün fazla olmasından dolayı meslektaşlarına, görev ve sorumluluklarının anlaşılmasına ilişkin konulara fazla zaman ayıramamasından kaynaklanabilir.

Bunların yanı sıra çalışma bulgularımıza göre çalıştığı servisi isteyerek seçen, çalıştığı servisten, mesleğinden ve yöneticisinden memnun olan hemşirelerinde klinik yönetim iklimini daha olumlu algıladığı saptanmıştır. Bir çalışmada da iş ve işyerinden memnuniyetin hemşirelerin etkili ve verimli bir şekilde çalışması için temel koşullardan biri olduğu ve bu durumun hasta memnuniyetine olumlu yansıtacağı belirtilmektedir. Ayrıca çalıştıkları kurumdan memnun olan hemşirelerin birbirleri ile daha olumlu şekilde iletişim kurdukları ve etkileşim içinde oldukları, yeteneklerini kullanabildikleri ve kendilerini geliştirebilecekleri ifade edilmektedir (111). Benzer şekilde Gün ve Söyük'ün çalışmasında da mesleği isteyerek seçmenin çalışanların örgüt iklim algısını arttırdığı görülmektedir (97). Hemşirelik mesleğini ve çalıştığı servisi kendisi seçen hemşirelerin işleri konusunda istekli olmaları ve işlerini benimsemeleri sebebiyle motivasyonları da yüksek olmaktadır. Bu durum örgütte olumlu bir iklim yaratılmasına olanak sağlayarak klinik yönetişimin desteklenmesine fırsat sağlamaktadır (112).

Ayrıca hemşirelerin klinik yönetim iklim algısını bir vardiyada baktıkları hasta sayısı da etkilemiştir. Bu doğrultuda klinik yönetim iklimi genelinde, planlı ve entegre kalite geliştirme programı ile meslektaşlarla birlikte çalışma alt boyutlarında, özellikle 10'dan daha az hasta bakan hemşirelere göre 11-20 arasında hasta bakan hemşirelerin klinik yönetim iklim algısının daha olumlu olduğu görülmektedir. 11 ile 20 arasında hasta bakan bu hemşirelerin olumlu algısı önleyici risk yönetimi alt boyutunda da 10 ve altı ile 21 ve üzeri hasta bakan hemşirelerden daha iyidir. Bunun yanı sıra 11 ya da daha fazla hasta bakan hemşirelerin de örgütsel öğrenme alt boyutunda klinik yönetim iklimi daha olumlu algıladığı belirlenmiştir. Bakılan hasta sayısının artmasının örgütsel öğrenmeye ilişkin algıyı olumlu etkilemesinin sebebi, hemşirelerin iş yükünün, karşılaşılabilecekleri risklerin artmasından, bu zor durumla ve getirdiği risklerle baş etmeyi öğrenmesinden kaynaklanabilir. Çünkü örgütsel öğrenme personeli eğitimlerle geliştirilmesinin yanı sıra hatalardan ders alınarak kendini geliştirmeyi kapsamaktadır (113). Bunların yanı sıra bulgularımızda önleyici risklerin alınması, planlı ve entegre çalışılması ya da meslektaşlarla birlikte çalışabilme konusunda 11 ile 20 arasında hasta bakan grubun daha olumlu bir algıya sahip olduğu görülmektedir. Gürdoğan'ın çalışmasında ise bulgularımıza zıt bir şekilde 11 ile 20 arasında hasta bakan hemşirelerin daha çok hasta bakan hemşirelere göre önleyici risk yönetimi konusunda

klirik yönetişim iklimini daha olumsuz algıladığı belirlenmiştir (9). Oysa literatürde bakılan hasta sayısının fazla olmasının sağlık kurumlarında riski arttırdığı belirtilmektedir (114).

Hemşirelerin mesleki deneyim yılları ise planlı ve entegre kalite geliştirme ile eğitim ve geliştirme fırsatlarına ilişkin algılarını etkilemiştir. Bir başka ifadeyle çalışmada, mesleki deneyim yılı 16 yılın üzerinde olan hemşirelerin, planlı ve entegre çalışılması ile eğitim ve geliştirme fırsatlarına ilişkin algı düzeyinin daha olumlu olduğu grlmştr. Bu durum, mesleki deneyim yılı artıkça hemşirelere mesleki, kalite yönetimi ve kişisel gelişime yönelik daha fazla eğitim fırsatlarının sunulması, ayrıca bu hemşirelerin sorunlar ve riskler karşısında daha planlı ve birlikte çalışmayı öğrenmesinden kaynaklanabilir. Bu görüşümüzü doğrulayacak şekilde çalışma bulgularımızda da, hemşirelerin klinik yönetişim konusunu bilmeleri ve bu konu ile ilgili eğitim, toplantı gibi faaliyetlere katılmaları hastanelerin klinik yönetişim iklim düzeylerine ilişkin algılarını olumlu şekilde etkilemiştir. Mok ve arkadaşlarının Hong Kong’da yaptıkları çalışmada da, örgüt iklimi ile hemşirelerin güçlendirilmesi arasında sıkı bir bağ olduğu sonucuna ulaşması bu bulgularımızı destekler niteliktedir (115).

Çalışmamızdaki bu sonuçlarla birlikte hemşirelerin kurumdaki deneyim yılları, çalıştıkları servis, servisteki deneyim yılları ve çalışma şekilleri hastanelerin klinik yönetişim iklim düzeylerine ilişkin algılarını etkilememiştir. Gürdoğan’ın çalışmasında da, hemşirelerin kurum deneyim yılları, çalışılan servis hemşirelerin klinik yönetişim iklim düzeyine ilişkin görüşlerini etkilememiştir (9).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin yönetim iklim düzeyini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu orta yaşlarda, kadın, yarısından fazlası evli, lisans ya da lisansüstü eğitime sahip, kamu hastanelerinde ve 2/5'i acil, yoğun bakım gibi özellikli birimlerde çalışmaktadır. Bununla birlikte çalışmadaki her beş hemşireden ikisinin 6-15 yıl mesleki deneyime sahip olduğu ve çoğunluğunun bulundukları serviste 5 yıl ya da daha az çalıştığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğu klinik yönetişimi bilmemekte ya da konuya ilişkin her hangi bir eğitime ya da toplantıya katılmamıştır. Bununla birlikte bu hemşirelerin yarısından fazlası mesleğini, çalıştığı servisi isteyerek seçmiş, mesleğinden, çalıştığı servisten ve yöneticisinden memnundur. Memnuniyet durumları klinik yönetim iklimine ilişkin algı düzeylerini olumlu yönde etkilemiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin klinik yönetim iklimi algı düzeyi değerlendirildiğinde, hemşireler hastanelerindeki klinik yönetim iklim düzeyini genel olarak, planlı ve entegre kalite geliştirme programı, önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları ve örgütsel öğrenme alt boyutlarında orta düzeyde değerlendirmişlerdir. Hemşirelerin hastanelerindeki klinik yönetim iklimine ilişkin algılarını servisten, mesleğinden ve yönetici hemşireden memnuniyet durumunun yanı sıra yaşları, cinsiyetleri, medeni ve eğitim durumları, çalışılan kurum, pozisyon, mesleki deneyim yılları, servisi ve hemşireliği isteyerek seçme durumları, bakılan hasta sayısı, klinik yönetişimi bilme ve konuya ilişkin bir eğitim ya da toplantıya katılma durumu etkilerken, kurum deneyim yılı, çalışılan servis, servisteki deneyim yılı, çalışma şekilleri etkilememiştir. Bu doğrultuda 25 yaş ve altında ya da 36 yaş ve üzerinde, kadın, yönetici hemşire pozisyonunda çalışan, servisini ve hemşireliği isteyerek seçen, servisten, mesleğinden ve yöneticisinden memnun olan, 11-20 arasında hasta bakan, klinik yönetişimi bilen ve bu konuda bir eğitim/toplantıya katılan hemşirelerin genel olarak klinik yönetim iklim algısı diğerlerinden daha olumludur. Ayrıca üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelerin kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerden, sağlık meslek lisesi ya da ön lisans mezunu hemşirelerin lisansüstü eğitime sahip hemşirelerden meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları boyutunda klinik yönetim iklimini daha olumlu algıladığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra bekar hemşireler meslektaşlarla birlikte çalışmayı, 16 yıl ve üzerinde mesleki deneyim yılına

sahip hemşireler planlı ve entegre kalite geliştirme programı, eğitim ve geliştirme fırsatları boyutunda klinik yönetim iklimini daha olumlu algılamışlardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Özellikle kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin klinik yönetim algı düzeylerini arttırmak amacıyla hemşirelere bu konuda eğitim seminerleri, sertifika programları, düzenlenmeli, konuya ilişkin kongre ve workshop gibi bilimsel toplantılara katılma fırsatı sunulmalıdır. Ayrıca hemşirelerin konunun önemini vurgulayacak bu eğitimlere katılımı teşvik edilmelidir. Yine bu hemşirelere yönelik bilgilendirmenin yapılması, klinik yönetim iklimin alt boyutlarına ilişkin kurumlarda iyileştirme ve düzeltici faaliyetlerin ve politikaların geliştirilerek yürürlüğe konulması yararlı olabilir.
- Hastanelerde klinik yönetim iklim düzeyini daha yukarıya çekmek için nüfusu kalabalık olan bu hemşirelik grubuna kalite ve risk yönetim çalışmaları içerisinde, planlama ve entegrasyon, kararlara katılma, takım çalışması, eğitim, öğrenme ve kendi geliştirme fırsatları ve karar alma süreçlerine katılımı sağlanabilir.
- Çalışılacak servis seçiminde hemşirelerin de görüşlerine başvurulması, servisten, mesleğinden, yöneticisinden memnuniyet durumlarını belirlenmesi ve bu amaçla çalışan memnuniyet anket sonuçlarının dikkate alınması ve hemşirelerin memnuniyetlerini arttırmaya yönelik çalışmaların ya da iyileştirme çalışmalarının yapılması, memnuniyet düzeyi düşük olan hemşirelerin yönetim iklim düzeyine ilişkin algısının iyileştirilmesine katkı verebilir.
- Bir vardiyada hemşire başına düşen hasta sayısının 10 az ve 20 den fazla olmayacak şekilde planlaması da yararlı olabilir.
- Özellikle evli hemşirelere takım çalışma fırsatı sunulması, görev ve sorumluluklarını tanıtan, etik davranışları kapsayan sürekli ve tekrarlayan eğitimlerin düzenlenmesi, ayrıca 15 yıl ve altında mesleki deneyim yılına sahip olan hemşirelere de eğitim ve kendi geliştirme fırsatları sunulacak, kalite iyileştirme ve risk yönetimi çalışmalarına katılımları sağlanarak, suçlayıcı değil hata bildirimini teşvik eden ve ödüllendirici bir kurum kültürü

desteklenerek hemşirelerin algılarını değiştirebilir daha pozitif olması sağlanabilir.

- Ayrıca gelecekte bu konu ile ilgilenecek araştırmacılar, klinik yönetişim ikliminin her bir boyutunu derinlemesine araştırabilirler.



9. KAYNAKLAR

1. Koçel T (2018). İşletme Yöneticiliği. On yedinci baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 80-500.
2. Aytürk N (2014). Yönetim Sanatı Başarılı Yönetim ve Yöneticilik. Altıncı baskı. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara; 1-20.
3. Eren E (2017). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. On altıncı baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 553.
4. Bayramoğlu S (2018). Yönetişim Zihniyeti Türkiye’de Üst Kurullar ve Siyasal İktidarın Dönüşümü. Dördüncü baskı. İletişim Yayınları, İstanbul; 27-36.
5. Cihangiroğlu N, Teke A, Uzuntarla Y (2016). Hastanelerde klinik yönetişim ikliminin değerlendirilmesi: Bir eğitim hastanesi örneği. Gülhane Tıp Dergisi 58:1-5.
6. Şengül T (1999). Yerel yönetim kuramları: Yönetimden yönetişime. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi (9)3: 11-12.
7. Uzel E (2006). Küresel çevresel yönetişim (iyi yönetim). Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
8. Halligan A, Donaldson L (2001). Implementing clinical governance: Turning vision into reality. BMJ Clinical Research Ed. 322: 1413-1417.
9. Gürdoğan EP (2012). Bir üniversite hastanesinde klinik yönetişim ikliminin hemşirelerin iş doyumuna üzerine etkisi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
10. Som CV (2004). Clinical governance: A fresh look at its definition. Clinical Governance: An International Journal 9: 87-90.
11. Mc Sherry R, Wadding A, Pearce P (2008). Healthcare Governance Through Effective Leadership. Effective Health Care Leadership. (Eds: Jasper M, Jumaa M). UK, 58-72.
12. Freeman T (2003). Measuring progress in clinical governance: Assessing there liability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. Health Services Management Research 16 (4): 234-250.

13. Tınaz P (2013). Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar. Üçüncü Baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 109-113.
14. Karassavidou E, Glaveli N, Zafiropoulos K (2011). Assessing hospital's readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate. *Journal of Health Organization and Management* 25: 214-40.
15. Burton MR, Loritsen J, Obel B (2004). The impact of organizational climate and strategic fit on firm performance. *Human Research Management* 43: 67-82.
16. Stone P, Yunhing D, Gerson R (2007). Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 49: 50-8.
17. Siu O (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing* 40: 218-29.
18. Arslaner H, Karaca Y (2017). Türkiye kamu yönetiminde yönetim algısı: Aydın ili vergi dairelerinde bir uygulama. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 4: 128-151.
19. Levent A (2016). Yönetişim ve yeni kurumsal iktisat. *İktisat Politikası Araştırmaları Dergisi* 3: 17-32.
20. Huber DL (2013). *Leadership and Nursing Care Management*. 5th edition. Saunders, China; 1-5.
21. Eryılmaz B (2010). *Kamu Yönetimi*. Üçüncü baskı. Okutman Yayıncılık, Ankara; 3.
22. Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (2010). Yönetim ile ilgili kavramlar. *Yönetim ve Organizasyon* 1: 2-4.
23. Tekeli İ (2011). *Modernizm, Modernite ve Türkiye'nin Kent Planlama Tarihi*. Birinci baskı. Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul.
24. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M (2009). Governance matters VIII: Aggregate and individual governance indicators 1996–2008. The World Bank Development Research Group Macroeconomics and Growth Team WPS4978.

25. Guadin, Jean-Pierre (1998). Modern governance, yesterday and today: Some clarifications to be gained from French government policies. *International Social Science Journal* 155: 47-55.
26. Zabcı FÇ (2002). Dünya Bankası'nın küresel pazar için yeni stratejisi: Yönetişim. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi* 57(3): 151-180.
27. Toksöz F (2008). İyi Yönetişim Programı İyi Yönetişim El Kitabı. Birinci Baskı. Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı (TESEV) Yayınları, İstanbul; 17-18.
28. Sobacı MZ (2007). Yönetişim kavramı ve Türkiye'de uygulanabilirliği üzerine değerlendirmeler. *Yönetim Bilimleri Dergisi* 5(1): 219-236.
29. Güzelsarı S (2003). Neo-Liberal politikalar ve yönetim modeli. *Amme İdaresi Dergisi* 36(2): 17-34.
30. Arap SK (2004). Yerel gündem 21 ve yerel yönetim. Yerel yönetimler kongresi: dünden bugüne yerel yönetimlerde yeniden yapılanma. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, Çanakkale; 159-171.
31. Palabıyık H (2004). Yönetimden yönetime geçiş ve ötesi üzerine kavramsal açıklamalar. *Amme İdaresi Dergisi* 37(1): 63-85.
32. Demiröz M (2017). Küresel ekonomide yeni rekabet düzeyi ve vakıflar. *Yeni Birlik Gazetesi Resmi İnternet Sitesi* [online]. Erişim adresi: <https://gazetebirlik.com/yazarlar/kuresel-ekonomide-yeni-rekabet-duzeni-ve-vakiflar/>. [Erişim tarihi 16 Haziran 2017].
33. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük. (2010) Güncel Türkçe Sözlük [online]. Erişim adresi: <http://tdkterim.gov.tr/>. [Erişim tarihi 10 Aralık 2010].
34. Akın, MA (2012). Yerel yönetimlerde yeni bir yönetim anlayışı, yönetim ve çalışanların bu yeni yaklaşıma bakış açısı. Yüksek lisans tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
35. Akpınar M (2011). Gün ışığında yönetim açısından Türk kamu yönetiminde açıklık ve şeffaflık sorunu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 16(2): 235-261.

36. Yılmaz M (2010). Yönetimden yönetişime: Trabzon ilçe belediyeleri üzerine bir inceleme. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi 2(5): 83-100.
37. Şen E (2017). Kurumsallaşma ve Kurumsal Yönetim. Birinci Baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 31-60.
38. Doğan M (2007). Kurumsal Yönetim. Birinci baskı. Siyasal Kitabevi, Ankara; 56-60.
39. Gündoğan E 2007, Katılımcı demokrasi bağlamında yönetişim ve bağcılar belediyesi örneği. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
40. Memduhoğlu HB (2013). İyi yönetişimin temel ilkeleri. Yönetimde Yeni Yaklaşımlar (Eds : Memduhoğlu HB, Yılmaz K). Ankara, 16-24.
41. Aşkın, MD (2003). “Eşitlik ve İyi Yönetişim”, İyi Yönetişimin Temel Unsurları. T.C. Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Daire Başkanlığı Yayını, Ankara; 94-112.
42. Kesim HK, Petek A (2005). Avrupa Komisyonu’nca belirlenen iyi yönetişimin ilkeleri çerçevesinde Türk kamu yönetimi reformunun bir eleştirisi. Amme İdaresi Dergisi 38: 39-58.
43. Ofloğlu, SU (2006). Aile şirketlerinin yönetişim yapısı. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
44. Scally, G (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. British Medical Journal 317 (7150): 61-65.
45. Greenfield D, Nugus P, Fairbrother G, Milne J, Debono D (2011). Applying and developing health service theory: An empirical study into clinical governance. Clinical Governance: An International Journal; 6: 8-19. doi: 10.1108/14777271111104547
46. Zwanenberg TV (2001). Clinical governance in primary care: from blind-eye no-blame culture in one short leap?. British Journal of Clinical Governance; 6: 83-5. doi: 10.1108/14664100110815414

47. Lugon M (2005). Clinical governance: from rhetoric to reality? *Current Paediatrics*;15: 460-465. doi: 10.1016/j.cupe.2005.07.003
48. Campbell S, Roland M, Leese M (2001). Progress in clinical governance: findings from the first NPCRDC National Tracker survey of Primary Care Groups/ Trusts. *British Journal of Clinical Governance*; 6: 90-3. doi: 10.1108/14664100110397322
49. Bahrami MA, Sabahi AA, Montazeralfaraj R, Shamsi F, Entezarian S (2014). Hospitals' readiness for clinical governance implementation in educational hospitals of Yazd. *Electronic Physician* 6(2): 794-800.
50. Elliott C (2006). Clinical governance in gynaecological surgery (I). *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*; 20: 189-204. Pubmed PMid:16469666, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2005.10.001
51. Webb V, Cutts A, Tait S (2010). One model of health care provision lessons learnt through clinical governance. *Journal of Forensic and Legal Medicine*; 17: 368-73. Pubmed PMid:20851355, doi: 10.1016/j.jflm.2010.05.011
52. Beaumont D (2005). Developing a combined baby record: Using clinical governance to overcome the barriers. *Journal of Neonatal Nursing*; 11: 22-7. doi: 10.1016/j.jnn.2005.04.009
53. Gauld R, Horsburgh S (2015). Healthcare professionals' perceptions of clinical governance implementation: A qualitative New Zealand study of 3205 open-ended survey comments. *BMJ Open*; 5: e006157. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006157
54. Linda LA (2003). Clinical governance a study of implementation; A study of change. Doctoral Thesis, The University of Birmingham, The Faculty of Commerce and Social Science, Birmingham.
55. Shakeshaft AM (2008). A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *J Hum Nutr Diet* 21: 225-38.
56. Alhatmi YS (2010). Quality audit experience for excellence in healthcare. *Clinical Governance: An International Journal*; 15(2): 113-127. doi: 10.1108/14777271011036364

57. Encyclopedia of Corporate Governance (Encycogov). (2007) What is corporate governance? [online]. Erişim adresi: <http://e.viaminvest.com/WhatIsGorpGov.asp>. [Erişim tarihi: Aralık 2007].
58. Alexander JA, Weiner BJ, Bogue RJ (2001). Changes in the structure, composition, and activity of hospital governing boards, 1989-1997: Evidence from two national surveys. *The Millbank Quarterly* 79(2): 253-279.
59. Braithwaite J, Travaglia JF (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review* 32 (1): 10-22.
60. Hall P, Weaver L (2001). Inter disciplinary education and team work: A long and winding road. *Med Educ* 35(9): 867-875.
61. Ögüt A, Kaya ŞD (2011). Sağlık kurumlarında ekip çalışması. *Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi* 1: 87-95.
62. Tosun, N. (2010). Sağlık ekibinin karar verme sürecinde hemşirenin rolü [online]. Erişim adresi: <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim/hit.asp?id=102>. [Erişim Tarihi: 20.09.2010].
63. Güneş Ü (2016). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama sürecinin adımları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 9: 172.
64. şenyuva E (2016). Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi* 24(1): 59-65.
65. Cullum N, Ciliska D, Haynes R, Marks S (2013). *Evidence-Based Nursing: An Introduction*. First edition. Black well publishing, Oxford; 1-17.
66. Care Quality Commission (CQC) (2010). Guidance about compliance: Essential standards of quality and safety [online]. Erişim adresi: <http://www.tinyurl.com/CQCquality-standards> [Erişim Tarihi: 15.12.2013].
67. Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M, Armstrong G (2004). Patient and staff safety: voluntary reporting. *American Journal of Medical Quality* 19(2): 67-73.

68. Aufseeser-Weiss M, Ondeck DA (2001). Medication use risk management: hospital meets home care, Home HealthCare Management and Practice. Journal of Nursing Care Quality 15(2): 50 -57.
69. Aslan Ö, Akbayrak N (2002). Hemşirelerde iş doyumu. Modern Hastane Yönetimi Dergisi 6(2): 30.
70. Sezgin İnce B (2008). Hastanelerde risk yönetimi ve hemşirelik. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 24 (3): 73 -81.
71. Yenice E (2006). Kamu Kesiminde Performans Değerlendirmesi. Maliye Dergisi 150: 122-132.
72. Özalp E, Kirel Ç (2016). Örgütsel Davranış. Altıncı Baskı. Ekin Basım Yayın, Bursa; 429-464.
73. Erigüç G, Balçık PY (2008). Öğrenen örgüt ve hemşirelerin değerlendirmelerine yönelik bir uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 10(1): 74-106.
74. Hewison A (2012). Nurse managers' narratives of organizational change in the English National Health Service. Journal of Nursing Management 20(7): 858-867.
75. Garon M (2010). Change and innovation (Ed: Huber DL). Missouri, 55-77.
76. Shanley C (2007). Management of change for nurses: Lessons from the discipline of organizational studies. Journal of Nursing Management 15(5): 538-546.
77. Tomey AM (2007). Guide to Nursing Management and Leadership. 8th Edition. Mosby Elsevier, Missouri.
78. Murphy GA, Calway BA (2008). Professional development for professionals: Beyond sufficiency learning, Australian Journal of Adult Learning. 48(3): 424-444.
79. Gould D, Drey N, Berridge E (2007). Nurses' experience of continuing professional development. Nurse Education Today 27(6): 602-609.
80. Herdman EA (2007). Hemşirelikte mesleki gelişim. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 4: 2-4.

81. Korkmaz M, Aytaç A, Kılıç B, Yücel AS, Toker F, Gümüş S (2014). Sağlık çalışanlarında risk yönetimi ve uygulamaları: Özel sağlık kurumları örneği. Akademik Bakış Dergisi 44: 1-22.
82. Sur H (2008). Hasta Güvenliği Açısından Risk yönetimi, Ders Notları. Marmara üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi.
83. Byers JF, White SV (2004), Patient Safety: Principles and Practice. First Edition. Springer Publishing Company, New York; 336-337.
84. İntepeler ŞS, Güneş N, Bengü N, Yılmazmış M (2014). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve kurumsal bağlılıklarındaki değişim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 7(1): 2-6.
85. Akdoğan A, Çelik A, Uzay Ş, İlkay MS (2002). Açıklamalı İşletme Terimleri Sözlüğü. İkinci baskı. Literatür Yayıncılık, İstanbul.
86. Needleman J, Hassmiller S (2009). The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: Real-World results. Health Affairs, 28(4); 625-633.
87. Konca GE, İlhan MN, Bumin MA (2006). Yatarak tedavi gören hastaların hastane çalışanları ve hastane hizmetlerinden beklentileri ve beklentilerine ilişkin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal 17(3): 160-170.
88. Buzlu HB (2011). Kalite Yönetim Sistemleri. Birinci baskı. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir.
89. Karahan A, Yılmaz H (2014) .Yüksek performanslı insan kaynakları yönetimi uygulamaları, psikolojik güçlendirme ve duygusal bağlılık arasındaki ilişkilerin incelenmesi: tekstil sektöründe bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 16(4): 607-637.
90. Malhotra Y (2010). Organizational learning and learning organizations [online]. Erişim adresi: <http://www.brint.com/papers/orglrng.htm>. [Erişim Tarihi: 11.08.2010].

91. Karagöz, M (2003). Öğrenme ve farklı talep fonksiyonlarını içeren ekonomik üretim miktarı model önerileri. Doktora tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
92. Spicer DP, Smith ES (2006). Organizational learning in small manufacturing firms. *International Small Business Journal* 24 (2): 133-158.
93. Prieto IM, Revilla E (2006). Assessing the impact of learning capability on business performance: Empirical evidence from Spain. *Management Learning* 37(4): 499-522.
94. Uğurlu ÖY, Kızıldağ D (2014). Örgütsel öğrenmeye eleştirel bakış. *Business and Economics Research Journal* 5(2): 95-107.
95. Yılmaz M.(2005). Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(1): 41-48.
96. Karataş N (2004). Araştırmada örnekleme. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri* (Ed: Erefe İ). Ankara, 125-138.
97. Gün İ, Höyük S (2016). Sağlık kuruluşlarında örgüt iklimi ve örgütsel güven arasındaki ilişki. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017(1): 40-48.
98. Tiryaki HŞ, Bahçecik N (2014). Bir üniversite hastanesinde çalışan yönetici hemşire ve hemşirelerin kurumsal iklimi algılayışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014: 1-15.
99. Yüksekbilgili Ö (2017). Özel sağlık işletmeleri çalışanlarının örgüt iklimi algılarının demografik özelliklerine göre incelenmesi, *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi* 2(2): 45-60.
100. Sezgin B (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
101. Tan M, Polat H, Şahin ZA (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 4(2): 67-78.

102. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 5(15): 17-30.
103. Demirbaş Z (2017). Sağlık işletmelerinde örgüt iklimi ve çalışan memnuniyeti ilişkisi üzerine bir araştırma. Yüksek lisans tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.
104. Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şahpolat M (2015). Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumu üzerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi 11(4): 143-149.
105. Yüksekbilgili Ö (2016). Sağlık İşletmelerinde Örgüt İklimi Unsurlarının Örgütsel Bağlılığa Etkileri Üzerine Bir Araştırma. Doktora tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
106. Kumar V (2015). Job satisfaction and organizational climate in relation to college type and gender. Scholarly Research Journal for Humanity Science and English Language 2(11): 2657-2670.
107. Gormley DK (2011). Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. Journal of Nursing Management 19: 33-40.
108. Ying L, Kuraviktikul W, Tanmuayakal O (2007). Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a Chinese University Hospital. Nursing and Health Sciences 9: 221-227.
109. Gül H (2008). Organizational climate and academic staff's perception on climate factors. Humanity & Social Sciences Journal 3(1): 37-48.
110. Karamanoğlu A, Özer FG, Tuğcu A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 14(1): 12-17.
111. Cabar H, Serinkan C (2010). Sağlık çalışanlarının güdülenmesi ile ilgili etmenler: devlet hastanesi çalışanlarına yönelik bir uygulama. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2: 57-64.

112. Öztürk H (2016). Motivasyon ve iş doyumu. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı (Eds: Uyer G, Kocaman G). (2016). İstanbul, 376-78.
113. Bakan İ (2011). Çağdaş Yönetim Yaklaşımları İlkeler, Kavramlar ve Yaklaşımlar. Beşinci Baskı. Beta Basım Yayım, İstanbul; 443-445.
114. İntepeler ŞS (2014). Risk yönetimi. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi (Eds: Baykal ÜT, Türkmen EE). İstanbul, 336-43.
115. Mok E, Au-Yeung B (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. Journal of Nursing Management 20: 129-37.



10. EKLER

10.1. Ek 1. Kurum İzinleri



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi
Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi
Hastanesi) Yazı İşleri Birimi
11.05/2017 17:38 - 48814514-100-E.3810
01296841

Konu : Nagihan KÖROĞLU'nun Araştırma İzin İsteği

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 09.05.2017 tarihli ve E.177 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ve ekindeki belgelerde adı geçen fakülteniz Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nagihan KÖROĞLU'nun **“Hemşirelerin Bakış Açısıyla Hastanelerin Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışmasına Etik Kurulu'na onay verilmesi ve onayın Başhekimliğimize sunulması halinde, adı geçen öğrencinin bahse konu çalışmasını hastanemizde çalışan hemşirelerle yürütmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Yüksel ALİYAZICIOĞLU
Başhekim V.



Sayı: 360
Konu: Çalışma İzni.

15.05.2017

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi; 09.05.2017 tarih ve 24296458/540/423 sayılı yazınız

İlgi yazınız gereği; Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetim Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinizden Nagihan KÖROĞLU'nun "Hemşirelerin Bakış Açısıyla Hastanelerin Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını kurumumuzda yapması yönündeki talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica olunur.

Uzm.Dr.Cemil BAYARSLAN
Özel Imperial Hastanesi Başhekimliği
(Mesul Müdür)

Kemerkaya Mah. Devlet Sahil Yolu
No: 27-29 TRABZON - TÜRKİYE
Tel: 0 (462) 444 44 61
Faks: 0 (462) 321 36 30
info@imperialhastanesi.com
www.imperialhastanesi.com



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 29765155-799
Konu : Araştırma/Nagihan KÖROĞLU

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 09/05/2017 tarihli ve 24296458/-540-1424 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Nagihan KÖROĞLU'nun "Hemşirelerin Bakış Açısıyla Hastanelerin Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Birliğimize bağlı T.C.S.B Trabzon KHB SBÜ Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, T.C.S.B Trabzon KHB SBÜ Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi ve Fatih Devlet Hastanesinde uygulama izin talebiniz ilgi yazıda belirtilmiştir.

Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Değerlendirme İnceleme Komisyonumuzca incelenecek araştırma başvuru şartları Web Sayfamızda açıkça belirtilmiş olup, Araştırma Çalışmaları Başvuru Formunun tekrar düzenlenmesi (araştırmanın yapılacağı zamanın diğer formlardaki zamanla uyumlu olması) ve Etik Kurul Onayının aslının tarafımıza iletilmesi durumunda araştırma başvurusunun olumlu olarak değerlendirileceği hususunu;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Halit ÇINARKA
Genel Sekreter



Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Grİmi

Faks No:

e-Posta: nazire.asik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 0 4622341111/1954 NAZİRE AŞIK

nazire.asik@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d2c226f6-dd6c-4f59-8e81-767ed9757ebc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nazire AŞIK

Unvan: EBE

Telefon No: 0 462 234 11 11 \ 3572

10.2. Ek 2. Ölçek İzni

Ölçeğin kullanılmasına dair Yrd.Doç.Dr. Eylem Paslı Gürdoğan'dan e-posta yoluyla alınan izin

Kimden:	(Eylem Paslı Gürdoğan) e.gurdogan@gmail.com
Gönderme tarihi:	10 Ocak 2018Çarşamba 12:46
Kime:	Nagihan KÖROĞLU (nagihankorogluu@gmail.com)

Merhaba Nagihan hanım,
Doktora tezimde geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığım "Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği"ni kullanmanızda sakınca yoktur. Yardımcı olabileceğim bir konu olursa her zaman desteklemeye hazırım.
Kolaylıklar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Eylem Paslı Gürdoğan

Trakya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

10.3. Ek 3. Onam Formu

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Değerli meslektaşım;

Bu çalışmada, hemşirelerin değerlendirmesi ile hastanelerin yönetim iklim düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Sizinle birlikte yürütülecek olan bu araştırmaya katılım konusunda serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetim iklim düzeyi belirlenerek, konuya ilişkin ülkemizde yok denecek kadar az sayıda bulunan çalışmalara bir yenisi daha eklenecektir.

Çalışma kapsamında hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili maddeleri içeren “Bilgi Formu” ile Freeman tarafından 2003 tarihinde geliştirilen, Gürdoğan tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanan, klinik yönetim iklim düzeyini belirlemeye yönelik maddelerden oluşan “Klinik Yönetişim İklim Düzeyi Ölçeği” isimli iki bölüm bulunmaktadır.

Hemşirelik alanındaki yüksek lisans tezi kapsamında yapılan bu çalışmanın yardımıyla hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetim iklim düzeyleri belirlenerek sıkıntılı/sorunlu alanlar ya da boyutlar saptanacak ve bu sorunlu alanların iyileştirilmesi için veri sağlanacaktır. Bu iyileştirmeler ile sağlık kurumlarında iletişim, işbirliği ve ekip çalışması artırılabilir ve dolaylı olarak topluma daha kaliteli hizmet verilmesi sağlanabilir.

Hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetim iklim düzeyinin belirlendiği bu çalışmada, çalıştığınız kliniği düşünerek soruları cevaplamanız beklenmektedir.

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

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün Adı / soyadı:

İmzası:

Tarih:

Tez Çalışmasının Yürütücüsü: Yüksek Lisans Öğrencisi: Nagihan KÖROĞLU

Tez Çalışmasının Danışmanı: Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

10.4. Ek 4. Anket Formu

Değerli Meslektaşlarım,

‘Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Klinik Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi’ konulu yüksek lisans tez çalışmamın amacı: Ülkemizde sağlık çalışanlarının en kalabalık grubunu oluşturan hemşirelerin bakış açısıyla hastanelerin klinik yönetim iklim seviyesini belirlemektir. Bu doğrultuda çalışma kapsamında bilgi formu ve klinik yönetim iklimi ölçeği kullanılacaktır. Bu anket ve ölçeği doldurmanız en fazla 10 dakikanızı alacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için sorulara bulunduğunuz kliniği düşünerek gerçek düşünceleriniz ile cevap veriniz. Bununla birlikte, soruları boş bırakmamanız doğru sonuçlara ulaşılması bakımından büyük önem taşımaktadır. Ankete vermiş olduğunuz yanıtlar, sadece bilimsel bir amaç için kullanılacak olup isim belirtmenize gerek yoktur ve kesinlikle gizli kalacaktır.

Çalışmaya vereceğiniz destek ve katılımdan dolayı teşekkür ederim.

Saygılarımla

Nagihan KÖROĞLU

KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

BİLGİ FORMU

Aşağıda sizi tanımlayan kişisel ve mesleki özelliklerinizi daire '0' içine alarak işaretleyiniz.

1. Yaşınız?yıl
2. Cinsiyetiniz?
 - a. Erkek
 - b. Kadın
3. Medeni durumunuz?
 - a. Evli
 - b. Bekar
4. Eğitim durumunuz?
 - a. Lise
 - b. Önlisans
 - c. Lisans / lisansüstü
5. Çalıştığınız kurum?
 - a. Kamu hastanesi
 - b. Üniversite hastanesi
 - c. Özel hastane
6. Çalıştığınız kurumdaki pozisyonunuz?
 - a. Hemşire
 - b. Yönetici hemşire (sorumlu hemşire, supervisor hemşire..)
7. Mesleki deneyim yılınız?yıl
8. Çalıştığınız kurumdaki deneyim yılınız?yıl
9. Çalıştığınız servis?
 - a. Servis
 - b. Özellikli birim (acil, ameliyathane, yoğun bakım...)
 - c. Diğer (poliklinik, endoskopi,...)
10. Çalıştığınız servisi isteyerek mi seçtiniz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
11. Çalıştığınız servisteki deneyim yılınız?yıl
12. Çalıştığınız servisten memnun musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
13. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
14. Hemşirelikten memnun musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
15. Yöneticinizden memnun musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
16. Çalışma şekliniz?
 - a. Sürekli gündüz
 - b. Sürekli gece
 - c. Gündüz ve bazen nöbet
 - d. Vardiya değişimli
17. Bir vardiyada baktığınız hasta sayısı?.....
18. Klinik yönetişimin ne olduğunu biliyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
19. Klinik yönetim/yönetişime ilişkin herhangi bir eğitim, kurs ya da toplantıya katıldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ ÖLÇEĞİ

Çalıştığınız kliniği düşünerek görüşünüzü en iyi yansıtan sayıyı işaretleyiniz.

1:Kesinlikle katılıyorum 4:Katılmıyorum		2:Katılıyorum 5:Kesinlikle katılmıyorum		3:Hiçbiri			
Kurumun çalıştığım bölümünde...		1	2	3	4	5	
1	Bir şeyler 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 eleştirisel 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	Ağır olayın nasıl meydana geldiğindedir, hatayı kimin yaptığında değil.						
12	Hata yapan kişiler desteklenir.						
13	Kaliteyi iyileştirmek için takımlarla birlikte çalışırız.						
14	Klinik riskler ile ilgili bilgi toplarız.						
15	Kanıtı dayalı uygulamalar ile ilgili teknik yardımlar mevcuttur.						

1:Kesinlikle katılıyorum 4:Katılmıyorum		2:Katılıyorum 5:Kesinlikle katılmıyorum		3:Hiçbiri			
Kurumun çalıştığım bölümünde...		1	2	3	4	5	
16	Bir hata olduğunda, bireyleri suçlamak yerine sistemdeki başarısızlıkları ararız.						
17	Personel değerlendirmeleri personelin gerçek gelişme ihtiyaçlarını karşılamaz.						
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.						

1:Kesinlikle katılıyorum 4:Katılmıyorum		2:Katılıyorum 5:Kesinlikle katılmıyorum		3:Hiçbiri		
Kurumun çalıştığım bölümünde...		1	2	3	4	5
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	Hizmetlerdeki 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	Bir araya gelip fikirlerimizi paylaşmak için yeterli zaman yoktur.					
39	Kişiler hizmet sunumu için ortak bir vizyonu paylaşırlar.					
40	Herkesin katkılarına karşılıklı saygı vardır.					
41	Zaman harcıyıp doğru bir çözüm yerine problemlerin hızlı çözümü için baskı vardır.					
42	Olması beklenen kazaları tanımlamayız.					
43	Klinik risk politikaları organizasyon içinde paylaşılr.					
44	Klinik risk bilgileri düzenli olarak kararları bildirmede kullanılır.					
45	Kişiler meslektaşlarının kendilerinden neler beklediklerini bilmezler.					

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

11. ETİK KURUL ONAYI



TE.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ DEKÜTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-589
Konu: Etik Kurul onay belgesi

23/10/2017

Sayın; Prof. Dr. Havva ÖZLÜRK
Hemşirelik Esasları ve Yönetim ABD.

"Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı etik kurul 2017/182 protokol numaralı tez çalışması raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

"1422 - Tezler - D.Ü. T.Ü."

"1422 - Tezler - D.Ü. T.Ü."

"1422 - Tezler - D.Ü. T.Ü."

"1422 - Tezler - D.Ü. T.Ü."

"1422 - Tezler - D.Ü. T.Ü."

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

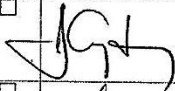
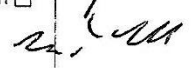
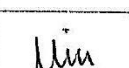
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2017 / 182		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları ve Yönetim		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Nagihan KÖROĞLU		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKİT ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12	Tarih: 16/10/2017
Prof.Dr.Havva ÖZTÜRK'ün sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Nagihan KÖROĞLU'a ait "Hemşirelerin Değerlendirmesiyle Hastanelerin Yönetişim İklim Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı 2017/182 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gianze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Prof.Dr. Mural LİVAOĞLI Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Y.Doç.Dr.Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : KÖROĞLU Nagihan
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 16.06.1991 Akçaabat
Medeni Hali : Bekar
Telefon : : 0 442 235 50 80
Faks : 0 (462) 230 04 75
E-posta : nagihankorogluu@gmail.com
Yazışma Adresi : KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Üniversite Mahallesi
61080 TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013
Lise	17 Şubat Anadolu Lisesi	2009

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre
1. Hemşire	Ağrı Diyadin Devlet Hastanesi	2013-2016
2. Hemşire	Erzurum Palandöken Devlet Hastanesi	2016-