T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ BİREYSEL ve TAKIM PERFORMANSI ile İLİŞKİSİ

Ramazan EMİRALİOĞLU

DANIŞMAN
Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

Ocak, 2026

TEZ KABUL VE ONAYI

Ramazan EMİRALİOĞLU tarafından, **Doç. Dr. Betül SÖNMEZ** danışmanlığında hazırlanan **"HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ BİREYSEL ve TAKIM PERFORMANSI ile İLİŞKİSİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **13/01/2026** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Betül SÖNMEZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ülkü BAYKAL Altınbaş Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Handan ALAN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Berra YILMAZ KUŞAKLI İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

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

Ramazan EMİRALİOĞLU

(İmza)

Annem Emine EMİRALİOĞLU ve Babam Sabri EMİRALİOĞLU'na ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ BİREYSEL ve TAKIM PERFORMANSI ile İLİŞKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Lisans, Yüksek Lisans ve Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimi ile bana yol gösteren, her daim ilgisi ve desteğini yanımda hissettiğim, danışman hocam Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Profesyonelliği, mesleki bilgi birikimi ve deneyimiyle yoluma ışık tutan, değerli görüş ve önerileriyle eğitimimde önemli bir rol oynayan değerli hocam Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a,

Lisansüstü eğitimime değerli katkıları olan tez sürecimde desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Çalışmama uzman görüşleri ile katkı sağlayan kıymetli hocalarım ve meslektaşlarıma,

Doktora tezimi yürütmemde bana destek olan kurum yöneticileri ve çalışanlarına,

Çalışmama katılan tüm değerli meslektaşlarıma,

Eğitimimde emekleri olan tüm hocalarıma,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım…

Ocak 2026 **Ramazan EMİRALİOĞLU**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **x**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xiv**
ÖZET ..... **xvi**
ABSTRACT ..... **xviii**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1. OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI KAVRAMI 4
2.2. OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMINA YÖNELİK KURAMSAL YAKLAŞIMLAR 7
2.2.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı 7
2.2.2. Clayton Alderfer'in ERG Kuramı 8
2.2.3. Herzberg'in Çift Faktör Kuramı 8
2.2.4. McGregor'un X ve Y Kuramı 8
2.2.5. Bandura'nın Öz Yeterlilik Kuramı 9
2.3. OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI BİLEŞENLERİ 9
2.4. HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK STRATEJİLER 14
2.5. HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ ÖLÇÜLMESİ 19
2.6. HEMŞİRELİKTE BİREYSEL PERFORMANS KAVRAMI 21
2.6.1. Hemşirelerin Bireysel Performanslarına İlişkin Araştırma Sonuçları 23
2.7. HEMŞİRELİKTE TAKIM PERFORMANSI KAVRAMI 26
2.7.1. Hemşirelerin Takım Performanslarına İlişkin Araştırma Sonuçları 29
3. YÖNTEM **31**

3.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI 31
3.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Amacı ve Tasarımı 31
3.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi 31
3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman 32
3.1.4. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Toplama Araçları 32
3.1.5. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Analizi 39
3.1.6. Araştırmanın Birinci Aşamasının Etik Yönü 40
3.1.7. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sınırlılıkları 40
3.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI 40
3.2.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Amacı ve Tasarımı 40
3.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi 41
3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman 42
3.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasını Veri Toplama Araçları 43
3.2.5. Araştırmanın İkinci Aşamasının Veri Analizi 44
3.2.6. Araştırmanın İkinci Aşamasının Etik Yönü 45
3.2.7. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sınırlılıkları 45
4. BULGULAR 46
4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR 46
4.1.1. AFA ve DFA Örnekleminde Yer Alan Sağlık Profesyonellerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular 46
4.1.2. AFA ve DFA Örneklemlerinin Homojenliğine İlişkin Bulgular 50
4.1.3. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları 51
4.1.4. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeğinin Yapısı ve Değerlendirilmesi 71
4.1.5. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'ne İlişkin Analizler 72
4.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR 77
4.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular 77
4.2.2. İkinci Aşamada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular 79
4.2.3. Ölçeklere Yönelik Tanımlayıcı Bulgular 86
4.2.4. Yapısal Eşitlik Modeline (YEM) İlişkin Bulgular 89
5. TARTIŞMA 93
5.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMA BULGULARININ TARTIŞILMASI 93
5.1.1. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri Bulgularının Tartışılması 93

5.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMA BULGULARININ TARTIŞILMASI 103
5.2.1. Ölçeklere Yönelik Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması 103
5.2.2. Ölçeklerin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona Yönelik Bulguların Tartışılması 104
5.2.3. Hipotez Modeline Yönelik Bulguların Tartışılması 105
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 109
6.1. SONUÇLAR 109
6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasındaki Sonuçlar 109
6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşamasındaki Sonuçlar 111
6.2. ÖNERİLER 114
6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşaması için Öneriler 114
6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşaması için Öneriler 115
KAYNAKLAR 116
EKLER 128
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 146
ETİK KURUL İZİN YAZISI 147
KURUM İZNİ YAZILARI 152
ÖZGEÇMİŞ 162

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Araştırmanın ikinci aşamasının hipotez modeli. 41

Şekil 4.1: Yamaç-birikinti grafiği. 55

Şekil 4.2: Yol diyagramı (N_{DFA}=532). 59

Şekil 4.3: Yapısal eşitlik modeline (YEM) ilişkin yol diyagramı. 90

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Hemşirelikte çalışma ortamı ile ilgili geliştirilen ölçekler. 20

Tablo 3.1: Araştırmanın birinci aşamasında kurum türüne göre yanıtlanma oranları (N=1062). 31

Tablo 3.2: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin geliştirilme aşamaları..... 33

Tablo 3.3: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin (taslak) madde kapsam geçerlik indeksi (KGİ) (N=7). 35

Tablo 3.4: Araştırmanın birinci aşamasındaki verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler. 39

Tablo 3.5: Araştırmanın ikinci aşamasında kurum türüne göre yanıtlanma oranları (N=550). 42

Tablo 3.6: Araştırmanın ikinci aşamasındaki verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler. 44

Tablo 4.1: Açımlayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin kişisel özellikleri (N_{AFA}=530). 46

Tablo 4.2: Açımlayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin mesleki özellikleri (N_{AFA}=530). 47

Tablo 4.3: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin kişisel özellikleri (N_{DFA}=532). 48

Tablo 4.4: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin mesleki özellikleri (N_{DFA}=532). 49

Tablo 4.5: Sağlık profesyonellerinin kişisel ve mesleki özelliklerinin AFA ve DFA örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (kategorik değişkenler) (N_{AFA}=530, N_{DFA}=532). 50

Tablo 4.6: Sağlık profesyonellerinin kişisel ve mesleki özelliklerinin AFA ve DFA örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (sürekli değişkenler) (N_{AFA}=530, N_{DFA}=532). . 51

Tablo 4.7: Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Bartlett küresellik testi (N_{AFA}=530). 52

Tablo 4.8: Açımlayıcı faktör analizi özdeğer ve açıklanan varyans oranı (N_{AFA}=530). 53

Tablo 4.9: Döndürülmüş faktör yükleri (N_{AFA}=530). 56

Tablo 4.10: AFA sonrası ölçeğin alt boyut isimleri ve madde numaraları. 57

Tablo 4.11: İyi derece uygunluk değerleri. 58

Tablo 4.12: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum değerleri (N_{DFA}=532). 58

Tablo 4.13: Doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen faktör yükleri (N_{DFA}=532). 60

Tablo 4.14: Doğrulayıcı faktör analizi madde anlamlılığı (N_{DFA}=532). 61

Tablo 4.15: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği ile Güçlendirme Algısı Ölçeği arasındaki korelasyon (N_{AFA}=530). 63

Tablo 4.16: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği ile Güçlendirme Algısı Ölçeği arasındaki korelasyon (N_{DFA}=532). 64

Tablo 4.17: Yakınsak ve ıraksak geçerlik sonuçları (N_{DFA}=532). 65

Tablo 4.18: Madde toplam puan korelasyon sonuçları (N =1062). 66

Tablo 4.19: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha katsayısı bulguları (N=1062). 68

Tablo 4.20: Yarıya bölme yöntemi (N=1062). 69

Tablo 4.21: Test-tekrar test yöntemi bulguları (N=133). 70

Tablo 4.22: Paralel form yöntemi bulguları (N=1062). 71

Tablo 4.23: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği (HOÇOÖ) yapısı. 71

Tablo 4.24: HOÇOÖ, GAÖ ve ölçek alt boyutları tanımlayıcı istatistikleri (N=1062). 73

Tablo 4.25: HOÇOÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizi (N=1062). 73

Tablo 4.26: Kurum türüne göre ölçek ve alt boyut puanlarının analizi (N=1062). 74

Tablo 4.27: Hemşirelerin kişisel özellikleri (N=550). 77

Tablo 4.28: Hemşirelerin mesleki özellikleri (N=550). 78

Tablo 4.29: İyi derece uygunluk değerleri. 79

Tablo 4.30: Ölçeklere ilişkin uyum indeksi değerleri (N=550). 80

Tablo 4.31: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütleri (N=550). 81

Tablo 4.32: TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği'nin DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütleri (N=550). 82

Tablo 4.33: Görev Performansı Ölçeği'nin DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütleri (N=550). 83

Tablo 4.34: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği Cronbach alpha değerleri (N=550). 84

Tablo 4.35: TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği Cronbach alpha değerleri (N=550). 85

Tablo 4.36: Görev Performansı Ölçeği Cronbach alpha değerleri (N=550). 86

Tablo 4.37: Ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular (N=550). 87

Tablo 4.38: Korelasyon matrisi (N=550). 88

Tablo 4.39: Yapısal eşitlik modeline (YEM) ilişkin uyum indeksi ve uyum değerleri (N=550). 91

Tablo 4.40: Yapısal eşitlik modeline (YEM) ilişkin regresyon tahmin değerleri (N=550). 91

Tablo 4.41: Hastanelerde olumlu çalışma ortamının bireysel performans üzerindeki etkisinde takım performansının aracılık etkisi sonuçları (N=550). 92

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler **Açıklama**

α : Cronbach Alpha
β : Standardize Beta Katsayısı
p : İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
r : Korelasyon Katsayısı
R^2 : R Kare
$\chi 2$: Ki-Kare
$\chi 2/df$: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği

Kısaltmalar **Açıklama**

AACN : Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği
AFA : Açımlayıcı Faktör Analizi
AVE : Average Variance Extracted; Ortalama Açıklanan Varyans
CFI : Comparative Fit Index; Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CR : Composite Reliability; Birleşik Güvenirlik
DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi
Dİ : Durum İzleme
EİİB : Etkili İletişim ve İş Birliği
GAÖ : Güçlendirme Algısı Ölçeği
GFI : Goodness of Fit Index; Uyum İyiliği İndeksi
GPÖ : Görev Performansı Ölçeği
HOÇOÖ : Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği
IBM : International Business Machines
ICC : Intraclass Correlation Coefficient; Grup İçi Korelasyon Katsayısı
ICN : International Council of Nurses; Uluslararası Hemşireler Birliği
IFI : Incremental Fit Index; Artan Uyum İndeksi
İGEE : İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi
İGY : İnsan Gücü Yeterliliği
İL : İletişim

İY : İş Yükü

KD : Karşılıklı Destek

KGİ : Kapsam Geçerlik İndeksi

KMG : Kariyer ve Mesleki Gelişim

KMO : Kaiser-Meyer-Olkin

Lİ : Liderlik

Mak : Maksimum

Min : Minimum

MSV : Maksimum Paylaşılan Varyans

NFI : Normed Fit Index; Normlaştırılmış Uyum İndeksi

Ort : Ortalama

OTO : Otonomi

RMR : Root Mean Square Residual; Kök Artık Kareler Ortalaması

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation; Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

Sd : Serbestlik Derecesi

SH : Sosyal Haklar

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences; Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı

Ss : Standart Sapma

Std : Standart

TÇAÖ : TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği

TLI : Tucker Lewis Index; Tucker Lewis İndeks

TY : Takim Yapısı

ÜP : Ücret Politikası

vb. : ve benzeri

YEM : Yapısal Eşitlik Modeli

YKD : Yönetsel ve Kurumsal Destek

ÖZET

DOKTORA TEZİ

HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ BİREYSEL ve TAKIM PERFORMANSI ile İLİŞKİSİ

Ramazan EMİRALİOĞLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

Danışman: Doç. Dr. Betül SÖNMEZ

İki aşamadan oluşan bu araştırmadaki birinci aşamanın amacı, sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı algılarının belirlenmesinde kullanılmak üzere Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin (HOÇOÖ) geliştirilmesi, ikinci aşamanın amacı ise hemşirelikte olumlu çalışma ortamının bireysel ve takım performansı ile ilişkisini belirlemesidir. Araştırmanın birinci aşaması metodolojik tasarımda gerçekleştirilmiş olup evrenini İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesi hastanesi, bir kamu üniversitesi hastanesi ve üç kamu eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan toplam 5100 sağlık profesyoneli oluşturdu (N=5100). Araştırmanın örneklemini gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 1062 sağlık profesyoneli (n_{AFA}=530, n_{DFA}=532) oluşturdu. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri için iki ayrı örneklemde geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan ölçek, toplamda 50 madde ve 9 alt boyuttan oluştu. Ayrıca, ölçeğin yapıya ilişkin varyansın %65,09'unu açıkladığı, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulundu. Araştırmanın ikinci aşaması, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda olup evrenini İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesi hastanesi, bir kamu eğitim araştırma hastanesi ve bir şehir hastanesinde çalışan 1900 hemşire (N=1900), örneklemini ise gelişigüzel örnekleme yöntemi ile ulaşılan 550 hemşire (n=550) oluşturdu. Yapısal eşitlik modeli kullanılarak test edilen modelin kabul edilebilir uyum gösterdiği, hemşirelerin olumlu çalışma ortamı algısının takım performanslarını ve

hemşirelerin takım performanslarının bireysel performanslarını anlamlı ve pozitif etkilediği saptandı. Fakat, olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansları üzerinde doğrudan etkisi saptanmadı. Aracılık rolü incelendiğinde ise, olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansları üzerindeki etkisinde takım performansının tam aracılık rolü olduğu bulundu.

Bu araştırma, Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin geliştirilerek sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı algılarını inceleyen ilk çalışmadır. Ölçek, sağlık profesyonellerinin çalışma ortamı algılarının değerlendirilmesinde ve disiplinlerarası karşılaştırılmasında kullanılabilir. İkinci aşamada elde edilen sonuç, hemşirelerin çalışma ortamlarının geliştirilmesinin takım performanslarını doğrudan, bireysel performansı da dolaylı yoldan artırmada etkisi olduğunu göstermektedir.

Ocak 2026 , 182 sayfa.

Anahtar kelimeler: Bireysel Performans, Hastaneler, Hemşireler, Olumlu Çalışma Ortamı, Ölçek Geliştirme, Takım Performansı

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

DEVELOPING The POSITIVE WORK ENVIRONMENT SCALE in HOSPITALS and The RELATIONSHIP of POSITIVE WORK ENVIRONMENT with INDIVIDUAL and TEAM PERFORMANCE in NURSING

Ramazan EMİRALİOĞLU

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Management in Nursing

Nursing Management, Doctorate Program

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Betül SÖNMEZ

The first phase of this two-stage study aimed to develop the Positive Work Environment Scale in Hospitals (PWESH) for use in assessing health professionals' perceptions of a positive work environment, while the second phase aimed to determine the relationship between a positive work environment in nursing and individual and team performance. The first phase of the study employed a methodological design, and its population consisted of a total of 5,100 health professionals working in one foundation university hospital, one public university hospital, and three public training and research hospitals in Istanbul (N=5,100). The sample comprised 1,062 health professionals selected using a convenience sampling method (n_{EFA}=530, n_{CFA}=532). Validity and reliability analyses were conducted on two separate samples for exploratory and confirmatory factor analyses, resulting in a scale consisting of 50 items and 9 subdimensions. In addition, the scale was found to explain 65.09% of the variance related to the construct and to be a valid and reliable measurement tool. The second phase of the study employed a cross-sectional and correlational design. Its population consisted of 1,900 nurses working in one foundation university hospital, one public training and research hospital, and one city hospital

in Istanbul (N=1,900), and the sample comprised 550 nurses reached through convenience sampling (n=550). The model tested using structural equation modeling demonstrated acceptable fit indices. The findings indicated that nurses' perceptions of a positive work environment had a significant and positive effect on team performance, and that nurses' team performance had a significant and positive effect on individual performance. However, no direct effect of a positive work environment on nurses' individual performance was identified. Mediation analysis revealed that team performance had a full mediating role in the effect of a positive work environment on nurses' individual performance.

This study is the first to develop the Positive Work Environment Scale for Hospitals and to examine health professionals' perceptions of a positive work environment. The scale can be used to assess health professionals' perceptions of their work environment and to facilitate interdisciplinary comparisons. The results obtained in the second phase indicate that improving nurses' work environments has a direct effect on team performance and an indirect effect on individual performance.

January 2026, 182 pages.

Keywords: Hospitals, Individual Performance, Nurses, Positive Work Environment, Scale Development, Team Performance

1. GİRİŞ

Günümüzde çalışanlar çok sayıda çalışma alternatifine sahip olabilmektedir. Bu nedenle, çalışma ortamının kalitesi işi kabul etme ve işte kalma açısından kritik bir faktör haline gelmektedir (Massoudi ve Hamdi, 2017). Çalışma ortamı, çalışanların motivasyonunu, üretkenliğini, bağlılığını ve diğer çalışanlarla iş birliğini etkileyen fiziksel ve psikososyal koşulları içermektedir (Kitayama ve diğ., 2022). COVID-19 salgını, sağlık hizmeti sunulan çalışma ortamlarının doğasında bulunan ve uzun süredir devam eden sistemsel kusurları daha da kötüleştirerek hastanelerin ve sağlık sistemlerinin kırılganlığını ortaya çıkarmıştır. Sürdürülebilir sağlık hizmetinin sunumunda yeterli alt yapıya, malzeme ve kaynağa ihtiyaç duyulmakla birlikte bu hizmetlerin sağlanmasındaki ana etmen çalışma ortamıdır (Williams ve diğ., 2024). Hemşirelikte çalışma ortamı, profesyonel hemşirelik uygulamasını mümkün kılan veya kısıtlayan örgütsel özellikleri olan ortamlardır (Maassen ve diğ., 2021). 'Çalışanı düzeltmek' yerine önce 'çalışma ortamını düzeltmeye' odaklanmak gerekir. Sağlık sisteminin bel kemiğini oluşturan hemşirelerin destekleyici ve güvenli bir yapıya sahip olumlu çalışma ortamına ihtiyaçları vardır.

Olumlu çalışma ortamı; çalışanın sağlık, güvenlik ve refahını sağlamak, kaliteli hasta bakımını desteklemek, bireylerin ve örgütlerin doyumunu, üretkenliğini ve performansını iyileştirmektedir (McClain ve diğ., 2022). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği (AACN), hasta güvenliğinin sağlanması, personel alımının ve işte tutmanın arttırılması ve sağlık kuruluşlarının mali açıdan sürdürülebilirliğin olması için bir zorunluluk olarak olumlu sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulması ve sürekli teşvik edilmesi çağrısında bulunmuştur. Olumlu çalışma ortamlarının kurulması ve sürdürülmesi için AACN (2005) tarafından yayınlanan *Mükemmelliğe Yolculuk*'ta; olumsuz çalışma ortamlarının tıbbi hatalara, etkisiz bakım sunumuna ve sağlık profesyonelleri arasında yaşanan çatışma ve strese neden olduğuna dair artan kanıtlara yer vermektedir. Paugio ve diğ. (2020) tarafından yapılan sistematik derlemede, çalışma ortamının geliştirilmesi hemşire, hasta ve hastane üzerindeki etkisine göre üç aşamada değerlendirilmiştir. Olumlu çalışma ortamının hemşire sonuçlarından, iş doyumu, tükenmişlik, işten ayrılma niyeti, özerklik ve liderlik ile anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Hasta sonuçları olarak memnuniyet, hatalar ve hasta düşmeleri üzerinde anlamlı ilişkisi olduğu

ve hastane sonuçları olarak ise iş yükü, hemşire devir hızı ve sunulan bakımın kalitesi üzerinde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Hemşirelerin işten ayrılma nedenleri incelendiğinde, ücret politikasında yetersizlik, kariyer gelişim fırsatlarının olmaması, hemşire başına düşen hasta sayısının yüksek olması ve çalışma listelerinin yoğun olması gibi çalışma ortamlarına ilişkin faktörler olduğu belirlenmiştir (Nursing Solutions, 2025). Ulrich ve diğ. (2022) tarafından yayınlanan raporda, Amerika'daki hemşirelerin sağlıklı çalışma ortamı puanlarının son yıllarda önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Araştırmaya katılan 9000'den fazla hemşirenin yaklaşık %40'ı duygusal sağlıklarını kötü değerlendirmiş, %52,8'i kurumlarının sağlık ve güvenliklerine değer vermediğini, %72'sinin ise çalışma ortamında en az bir istismar biçimine (sözlü, fiziksel, ayrımcılık veya cinsel taciz) maruz kaldığını belirtmiştir. 2018'den bu yana hastalara sunulan bakım kalitesi algısının %13 oranında ve iş memnuniyetinin %18 oranında azaldığı saptanmıştır. Aynı zamanda her dört hemşireden üçü mevcut pozisyonundan ayrılmayı planlamaktadır. Bu sonuçlara göre, hemşire çalışma ortamlarının tehlikede olduğu değerlendirilmektedir (Ulrich ve diğ., 2022). Bu bağlamda, sağlık kurumları, hasta ve hasta yakınları, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri olmak üzere tüm insanların haklarına, sorumluluklarına, ihtiyaçlarına saygılı, güvenli, iyileştirici ve destekleyici bir olumlu çalışma ortamı yaratma konusunda stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

Hemşirelik çalışma ortamı, örgütler, meslekler ve iş sosyolojisinin disipliner bakış açısından kavramsallaştırılmıştır. Bu alt disiplinler kümesi, karmaşık bir örgütte dinamik sağlık durumlarındaki hastaları tedavi etmeyi gerektiren bir profesyonelin işini organize etmenin doğasında bulunan zorlukları ortaya koymaktadır (Lake ve diğ., 2024). Bu düşünceler hemşirelik çalışma ortamı kavramının temelini oluşturmaktadır. Olumlu çalışma ortamlarına ulaşmak ve bu ortamları sürdürmek için mevcut çalışma ortamını kapsamlı bir şekilde değerlendirmede geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının kullanılması gerekmektedir (Connor ve diğ., 2018). Çalışma ortamını deneysel olarak ölçebilen güncel bir ölçek aracılığıyla, hemşire liderler ve kurumlar eksikliklerini görebilir ve kalite, güvenlik ve sonuçlarla ilgili kuramsal ilişkiler kurabilir. Özellikle ulusal literatür incelendiğinde olumlu çalışma ortamını değerlendiren güncel ve kapsamlı bir ölçek olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın ilk aşamasında 'Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması amaçlanmaktadır. Geliştirilen 'Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği' (HOÇOÖ) ile sağlık kurumlarında hemşireler dahil tüm sağlık

profesyonellerinin mevcut çalışma ortamının değerlendirilmesinde ve disiplinlerarası karşılaştırmada kullanılacak bir ölçüm aracı geliştirilmesi hedeflenmektedir. Elde edilen sonuçlara göre çalışma ortamında iyileştirmelere yön göstererek uygulamaya katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Küresel düzeyde hemşire açığı ve sağlık hizmeti taleplerindeki sürekli artışlar, hemşirelerin bireysel performansını ve örgütteki takım performansının iyileştirilmesini gündeme getirmektedir. Hemşirelikte performans, hemşirelerin bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını kullanarak sunulan sağlık hizmetinde gösterdiği başarı düzeyini ve hasta, takım ve kurum hedeflerine katkısını gösteren bir ölçüttür (Yu ve diğ., 2022). Çalışma ortamı, hemşire ve takım performansının kritik bir itici gücü olarak tanımlanmaktadır (Grandfield ve diğ., 2023). Hemşire liderlerin, hemşirelerini ve takımını istenilen performansa ulaştırabilmeleri için olumlu bir çalışma ortamı yaratmaları ve buna yönelik stratejiler geliştirmeleri gerekmektedir. Bu sayede, destekleyici ve güçlendirici bir çalışma ortamında hemşireler bireysel ve takım performansı düzeylerini arttırarak kaliteli hasta ve hemşire sonuçları elde edebilir (Hult ve diğ., 2023). Bu bağlamda, literatürde hastanelerde olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel ve takım performansına ilişkisini inceleyen araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Ulusal ve uluslararası literatürde, sınırlı sayıda çalışmanın hemşire çalışma ortamı ile performansları arasındaki ilişkiyi incelemesine (Sarıköse ve Göktepe, 2022; Grandfield ve diğ., 2023; Yeşilyurt Sevim ve diğ., 2025) rağmen hastanelerde olumlu çalışma ortamı ile hemşirelerin bireysel ve takım performansları arasındaki ilişkinin incelenmediği görülmektedir. Bandura'nın (1977) Öz Yeterlilik Teorisi'ne göre, olumlu bir çalışma ortamı bireyin öz yeterliliğini buna bağlı olarak çalışanın ve takımın performansını arttırabilir. Bu araştırmada, hemşirelikte olumlu çalışma ortamında algılanan performansın hem bireysel hem de takım düzeyinde nasıl şekillendiğini açıklamada Bandura'nın (1977) Öz Yeterlilik Teorisi önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın ikinci aşamasında, hemşirelerin olumlu çalışma ortamı algısının bireysel ve takım performansları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. İki aşamadan oluşan bu araştırmanın, hem hastanelerde olumlu çalışma ortamını ölçmek için güncel ve kapsayıcı bir ölçeğin geliştirilmesine, hem de hemşirelerin bireysel ve takım performanslarına ilişkin farkındalıklarını geliştirmek ve çalışma ortamında bu performansları nelerin etkilediğine yönelik içgörü kazandırarak hemşire performansının gelişimine katkıda bulunmak isteyen hemşire liderlere, kurumlara ve literatüre katkı sağlamak hedeflenmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI KAVRAMI

Lake (2002), hemşire çalışma ortamını 'profesyonel hemşirelik uygulamalarını kolaylaştıran veya kısıtlayan çalışma koşullarının kümesi' olarak tanımlamaktadır. Olumlu çalışma ortamı ise, 'güvenli, güçlendirici ve tatmin edici' olarak tanımlanmaktadır (Wei ve diğ., 2018). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'ne göre olumlu çalışma ortamı, 'özellikle çalışanın sağlığını, güvenliğini ve kişisel refahını sağlamak, kaliteli hasta bakımını desteklemek ve bireylerin ve kuruluşların motivasyonunu, üretkenliğini ve performansını artıran ortamlardır' (ICN, 2007). Lake (2007) ise, 'hemşirelerin klinik uygulama kapsamında en üst düzeyde işlev görmelerini, disiplinler arası bakım veren ekibin etkili bir şekilde çalışmalarını ve kaynakları hızlı bir şekilde harekete geçirmelerini destekleyen profesyonel bir uygulama ortamı' olarak tanımlar. Pereira ve diğ. (2024) de olumlu çalışma ortamını, 'yüksek kaliteli bakıma elverişli, profesyonelleri destekleyen, onları karar verme sürecine dahil eden, işbirliğini ve etkili iletişimi teşvik eden, özerkliği ve mesleki gelişimi destekleyen, hemşireliğin temel ilkelerine ve mevcut en iyi kanıtlara dayanan bir çalışma ortamı' olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin sağlığını ve iyi oluşunu en üst düzeye çıkaran olumlu çalışma ortamları, hasta memnuniyeti ve toplumsal sağlığın yanı sıra örgütsel performansında optimize edilmesi için gereklidir (Mabona ve diğ., 2022). Olumlu bir çalışma ortamı; hasta merkezli kültür, liderlik, özerklik, destekleyici yönetici ve meslektaşlar, takım çalışması, yapısal ve psikolojik güçlendirmeler gibi temel unsurları içermektedir (Maassen ve diğ., 2021). Hemşirelik çalışma ortamlarına ilişkin literatür son zamanlarda genişlemektedir. Bu bağlamda, 'olumlu çalışma ortamı' kavramı son derece önem kazanmaktadır.

Olumsuz çalışma koşulları, sınırlı kariyer geliştirme fırsatları, görünür ve destekleyici liderliğin eksikliği, etik ve iş kaynaklı stres, hemşirelik eğitimi ve uygulaması arasındaki tutarsızlıklar ve zorbalık vakaları gibi faktörlerle karakterize edilen çalışma ortamları, hemşirelerin mesleği bırakmalarındaki temel nedenler arasındadır (Rosengren ve Friberg, 2024). Hemşirelik hizmetinin doğası insanlara bakım vermek olduğundan, kaliteli hizmet sunma, hastalarla bağlantı kurma ve hastaların iyi oluşunu önemseme hemşirelerin sorumlulukları arasındadır. Yoğun iş yükü ve hastaların iyi oluşuna yönelik duygusal talepler,

hemşireler üzerinde fiziksel ve duygusal talepler yaratmaktadır. Bu durum hemşirelerin dinlenmesi için çok az fırsat sunmakta ve uzun çalışma saatleri anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, her gün karşılaşılan stresli durumlar nedeniyle hemşireleri çalışma ortamında risk altında bırakmaktadır (Morvati ve diğ., 2025). Takım çalışması eksikliği, zayıf iletişim, zorbalık, destekleyici liderlik eksikliği, yetersiz malzeme sorunları, karar verememe ve fikirlerin özgürce ifade edilmesini engelleyen bir çalışma ortamında hemşirelerin iş doyumu olumsuz yönde etkilenmektedir (Donley, 2021).

Sağlık profesyonelleri için olumlu çalışma ortamları, nitelikli hasta bakımı ve olumlu sonuçlar sağlamak için önemlidir (Maassen ve diğ., 2021). Araştırmalar, olumlu çalışma ortamları ile mesleki memnuniyet, güvenli uygulama koşulları (Mihdawi ve diğ., 2020), özerklik, psikolojik ve fiziksel refah (Malinowska-Lipień ve diğ., 2021) ve yüksek bakım kalitesi (Pereira ve diğ., 2024) arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Olumlu çalışma ortamı, hastane kaynaklı enfeksiyon oranlarını (Lee ve diğ., 2018), hastane mortalitesini (Curry ve diğ., 2018), yeniden yatışları (Lasater ve McHugh, 2016), karşılanamayan hemşirelik bakımını (Aiken ve Fagin, 2018) ve advers olayları (Braithwaite ve diğ., 2017) azaltır. Ayrıca, çalışanları işte tutma ve kurumların pozitif görünüşü ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Rugulies, 2019). Williams ve diğ. (2024) tarafından çalışma ortamlarının incelediği sistematik derlemede, olumlu çalışma ortamının oluşturulmasına yönelik 11 maddelik öneri geliştirilmiştir. Bunlar; sağlık profesyonelleri arasında ve hemşirelerin kendi aralarındaki iş birliğini kolaylaştırmak, destekleyici liderlik sağlamak, iş doyumunu artırmak, yapısal ve psikolojik güçlendirmeleri teşvik etmek, rol netliği ve özerkliği sağlamak, yeterli personel ve kaynak sağlamak, çalışanların fiziksel ve psikolojik açıdan kendilerini güvende hissettiği çalışma ortamını sağlamak, hemşirelerin kararlara katılımını ve karar alma süreçlerini kolaylaştırmak, mentor hemşireler belirlemek ve değerlendirmek, hemşire liderleri desteklemek, hemşirelerin takdir edilmesi ve tanınmasını sağlamaktır (Williams ve diğ., 2024).

Sağlık hizmeti sunan kurumlardaki yetersiz yatırımlar, kötü istihdam koşulları ve politikaları (mesleki tehlikelere, ayrımcılığa, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma, elverişsiz iş-yaşam dengesi, yetersiz ücretlendirme, sınırlı kariyer geliştirme fırsatları, aşırı iş yükü gibi) olumsuz çalışma koşullarına ve hemşire yetersizliğine neden olmaktadır (ICN, 2007). Hemşire liderleri, çalışma ortamında hemşire yetersizliğine neden olan doğal riskleri tanımalı ve olumlu bir etkiye neden olabilecek çevresel faktörleri geliştirmelidir. Güçlü ve destekleyici liderliğin, hemşirelik çalışma ortamının geliştirilmesinde önemli bir faktör olduğu

ortaya koyulmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelere olumlu çalışma ortamını yaratmak hemşire liderlerin sorumluluğundadır (Raso ve diğ., 2020). Olumlu çalışma ortamını yaratmak için, destekleyici liderlik uygulanmalı ve bununla birlikte hemşire liderler desteklenmelidir. Özellikle, otantik ve transformasyonel liderlik tarzları çalışma ortamının geliştirilmesinde tercih edilmektedir. Aynı zamanda liderlerinde destek (eğitim, personel, kaynak vb.) ihtiyacı karşılanmalıdır (Olender ve diğ., 2020). Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri arasında dinamik bir işbirliği sağlanmalıdır. Çalışma ortamını geliştirecek ve kaliteli bakımı arttıracak ortak bir yönetişim gerekmektedir (Williams ve diğ., 2024). Çalışma ortamı araştırmaları, olumlu bir çalışma ortamında hemşirelerin yüksek kaliteli hasta bakımı sunmasını destekleyebilecek ve aynı zamanda iş doyumuna ve kurum içinde uzun ömürlülüğe katkıda bulunabilecek kritik ve değiştirilebilir faktörler (liderlik özellikleri, personel ve kaynaklar) olduğunu göstermektedir (Ulrich ve diğ., 2022).

Pereira ve diğ. (2024) tarafından yapılan araştırmada, olumlu çalışma ortamı kavramının ortaya çıkmasında üç gruba odaklanılması gerektiğini belirtmektedir. Bunlar; profesyoneller, hastalar ve kurumlardır. *Profesyoneller,* kaliteli bakım sunumu ve sürekli iyileştirme faaliyetlerinde bulunan yüksek nitelikli çalışanlardır. Yüksek profesyonellik düzeyine sahip hemşireler, güçlendirme, güdülenme, bağlılık ve etik davranış sergileyerek hemşirelik çalışma ortamını olumlu yönde etkilerler. Klinik açıdan deneyimli hemşireler, çalışma ortamını geliştirmek için bilgi, beceri, tutum ve değerlerini bütünleştirebilir. Aynı zamanda, klinik uzmanlığın yetkinlikleri ve bilgiyi güçlendirerek olumlu çalışma ortamına katkıda bulunduğu saptanmıştır (Manning ve Jones, 2021). Zorluklara dayanma ve üstesinden gelme kapasitesi olarak tanımlanan dayanıklılık, hemşirelik çalışma ortamını etkileyen bir diğer özelliktir. Dayanıklılığın çalışma ortamının olumsuz etkilerini azaltarak hemşirelerin işe devamlılığını artırabileceği ortaya koyulmuştur (Gensimore ve diğ., 2020). Etkili liderlik, çalışma ortamının şekillendirilmesinde kritik öneme sahiptir. Liderler, profesyonellerin ilgisini çekmeyi, hemşirelik değerlerini ve etik uygulamaları tanımlamayı, multidisipliner iş birliği, güven ve birlik oluşturulmasını sağlar. Çalışma ortamındaki liderler, öz farkındalık, görünürlük, erişilebilirlik, açık ve şeffaf iletişim, profesyonellerin tanınması, katılımın ve bireysel gelişimin teşvik edilmesi için rol model davranışlar sergilemelidir (Raso ve diğ., 2020). İkinci odak grup *hastalar,* sağlık hizmetlerine erişim ve nitelikli bakım alma hakkına sahiptir. Aynı zamanda, sağlık sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olma bakım kalitesini artırır. Örneğin, olumlu çalışma ortamında iyi bilgilendirilmiş ve iyi okuryazarlığa sahip hastaların varlığı, bakımlarına ortak olarak katılma olasılığını artırır (Teixeira ve diğ., 2022). Üçüncü odak olan *kurumların*

ise, uygun maddi kaynaklar, yeterli ekipmanlar ve çalışanların refahını ve güvenliğini sağlamak ve mesleki gelişimi destekleyen kurum kültürü oluşturmak gibi son derece önemli özelliklere sahip olması gerekir. Ayrıca, standart iletişim dillerinin kullanılması, elektronik iletişim ve sağlık profesyonellerinin mevcut kaynakları etkili bir şekilde kullanmaları için eğitilmesi, çalışanlar için uygun fiziksel altyapının sağlanması olumlu çalışma ortamına katkıda bulunan diğer özelliklerdendir (Potrebny ve diğ., 2022). Desteği vurgulayan insan odaklı, yenilikçi düşünceyi ve araştırmaya önem veren bir kurum kültürü çalışanların iş doyumunu ve performansını artırır (Poghosyan ve diğ., 2022). Hemşireler, kurumsal destek ve öğrenme fırsatları sağlayan bir çalışma ortamında çalıştıklarında daha fazla sorumluluk üstlenme ve mesleki özerkliği geliştirme konusunda güçlenirler (Johansen ve diğ., 2021). Bu bağlamda, mevcut çalışma ortamından olumlu çalışma ortamına geçebilmek için profesyonellerin, hastaların ve kurumların sahip olması gereken özellikler olduğu görülmektedir.

2.2. OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMINA YÖNELİK KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Çalışma ortamı kuramları, çalışanların çalışma ortamlarında nasıl etkileşimde bulunduğu, performanslarını nasıl artırabilecekleri ve çalışma koşullarının nasıl olumlu yönde geliştirilebileceğiyle ilgilenen kuramlardır. Özellikle bu kuramlardan; Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı, Clayton Alderfer'in ERG Kuramı, Herzberg'in Çift Faktör Kuramı, McGregor'un X-Y Kuramı ve Bandura'nın Öz Yeterlilik Kuramı olumlu çalışma ortamının geliştirilmesinde etkili yaklaşımlar sunmaktadır.

2.2.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı

Maslow (1943), ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramını beş sınıfta toplamıştır. Bunlar; fiziksel ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyaçları, sevgi ihtiyacı, saygınlık ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır. Fiziksel ihtiyaçlara; çalışma ortamında yeterli dinlenme zamanı, çalışma ortamının ergonomik koşulları, sağlanan yemek şartları, sağlık hizmetlerinden faydalanma, fiziksel ortam (ısı, ışık, gürültü vb.) gibi örnekler verilebilir. Çalışma ortamında güvenlik ihtiyaçlarını etkileyen etmenler; iş güvenliği, ücret kesintileri, işten çıkarılma korkusu, iş sözleşmesinin fesih edilmesi ve işsizliktir. Çalışanın hem fiziksel hem de güvenlik ihtiyaçları iyi tatmin edilirse, o zaman sevgi ve aidiyet ihtiyaçları ortaya çıkacaktır. Sevgi ihtiyacı, çalışma ortamındaki ekip arkadaşları, liderler ve iş arkadaşları ile olan sosyal ilişkiler ile sağlanabilir (Maslow,1987). Çalışma ortamında saygınlık ihtiyacı; özgüven, statü, çalışanın pozisyonunda ilerleme ile örneklendirilebilir. Tüm bu ihtiyaçları karşılanan çalışanlar son olarak kendini

gerçekleştirme ihtiyacı hisseder. Kendini gerçekleştirme, çalışma ortamında kendini geliştirme, yaratıcı olma, problem çözme, alana mesleki bilgi birikimiyle katkı sağlama ve kararlara katılım ile sağlanabilir (Yelkikalan ve diğ., 2020). Destekleyen, güçlendiren ve tatmin eden olumlu çalışma ortamları sayesinde çalışanların ihtiyaçlar hiyerarşisi tam anlamıyla karşılanabilir.

2.2.2. Clayton Alderfer'in ERG Kuramı

Çalışma ortamı özellikleri, çalışanların güdülenme ve iş doyumu düzeylerinde doğrudan veya dolaylı olarak önemli rol oynamaktadır (Williams ve diğ., 2024). Clayton Alderfer'in ERG Kuramı'na göre insanların birtakım ihtiyaçları vardır. Alderfer bu ihtiyaçları varoluş, ilişkisel ve gelişme ihtiyaçları olarak niteleyerek bu ihtiyaçların çalışma ortamında karşılanması durumunda çalışanlarda güdülenmenin ve iş doyumunun arttığını belirtmiştir (Koçel, 2005). Olumlu çalışma ortamında çalışan yaptığı iş sonucunda elde ettiği maddi kazançla varoluş ihtiyaçlarını giderir. Yaptığı işler sonucunda ekibinden ve yöneticilerinden aldığı olumlu geri bildirimler, takdir ve tanınma ile ilişkisel ihtiyaçlarını giderirken, ödül ve terfi gibi uygulamalarda ise gelişme ihtiyaçlarını gidermektedir (Tekin ve Görgülü, 2018). Bu bağlamda, Alderfer'in ERG Kuramı olumlu çalışma ortamına kuramsal zemin oluşturmaktadır.

2.2.3. Herzberg'in Çift Faktör Kuramı

Herzberg Çift Faktör Kuramı'nda, güdülenme faktörlerini içsel ve dışsal güdülenme faktörleri olarak ikiye ayırır (Herzberg, 1968). Bu kurama göre içsel faktörler; kişisel ve mesleki gelişim, başarı, tanınma, yapılan işin anlamlı olması, terfi ve kariyer geliştirme fırsatlarıdır. Dışsal faktörler ise çalışma ortamı koşulları, yönetim, örgüt politikası, denetim, maaş, statü, kişilerarası ilişkiler, iş güvenliği gibi dışsal (hijyen) faktörleri olup çalışanların iş doyumunu ve performansını etkilemektedir (Aslan ve Doğan, 2020). Schalk ve diğ. (2010), olumlu çalışma ortamını; liderlik, takım çalışması, takdir ve tanınma, fiziki konfor, esnek çalışma listeleri, otonomi, örgütsel politikalar, iş yükü, rollerin açıklığı, profesyonel gelişim fırsatları, ücret, yenilik, kararlara katılım ve çalışma ortamı güvenliği gibi 14 özellik altında sınıflandırmaktadır. Bu bağlamda, olumlu çalışma ortamları çalışanların hem içsel hem de dışsal güdülenme faktörlerinin artmasına katkı sağlayan özellikler içerir.

2.2.4. McGregor'un X ve Y Kuramı

McGregor'ın (1960) liderleri X ve Y olmak üzere ikiye ayırdığı kuramında, X liderine göre çalışanlar sorumluluktan kaçınma eğilimindedirler ve otokratik bir yönetim anlayışında çalışmalıdırlar. Y liderleri ise, insan merkezli bir yaklaşımla modern liderlik tarzlarını (otantik,

dönüşümcü) kullanıp çalışanların ihtiyaçlarına göre şekillendirmektedir. Y liderleri, çalışanlarının mesleki ve kişisel gelişimine katkıda bulunmayı, onları desteklemeyi ve katılımcı yönetim yaklaşımını hedeflemektedir (Ladikli ve Arslan, 2023). Liderler tarafından olumlu bir çalışma ortamı sağlandığında çalışanlar daha fazla sorumluluk alabilir ve işlerinde daha fazla üretken ve yenilikçi olabilirler (Emiralioğlu ve Sönmez, 2021). Bu bağlamda, hemşire liderlerin görevlerinden biri de olumlu hasta çıktılarını ve nitelikli hemşirelik bakımını sunmada hemşirelere üretken, yenilikçi ve olumlu çalışma ortamını yaratmaktır.

2.2.5. Bandura'nın Öz Yeterlilik Kuramı

Bandura'ya (1977) göre öz yeterlilik, bireyin belirli bir görevi başarıyla yerine getirebileceğine olan inancıdır. Olumlu bir çalışma ortamı, yönetsel destek, etkili iletişim, iş birliği ve öğrenmeyi teşvik ettiği için hemşirelerin öz yeterlilik algılarını güçlendiren çevresel bir belirleyici olarak işlev görür. Bandura'nın karşılıklı belirleyicilik ilkesine göre, çalışma ortamı (çevresel faktör), hemşirelerin öz yeterlilik algıları (bilişsel faktör) ve performansları (davranışsal sonuç) birbirini sürekli olarak etkilemektedir. Bu bağlamda, olumlu çalışma ortamı hemşirelerin öz yeterliliğini güçlendirerek bireysel ve takım performanslarını artırabilir.

2.3. OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI BİLEŞENLERİ

Olumlu çalışma ortamları, mükemmelliği ve iyi çalışmayı destekleyen ortamlardır. Olumlu bir çalışma ortamında, çalışanlar işe gelmekten mutlu, enerjilerini, yaratıcılıklarını ve sadakatlerini vermeye isteklidir. Özellikle çalışanların sağlık, güvenlik ve kişisel refahını sağlamaya, kaliteli hasta bakımını desteklemeye ve bireylerin ve kuruluşların güdülenmesini, üretkenliğini ve performansını artırmaya odaklanılır (Mabona ve diğ., 2022). ICN'ye göre olumlu çalışma ortamı bileşenlerini; kurumun iş sağlığı, güvenliği ve sağlıklı yaşam politikaları, etkili yönetim ve liderliği yansıtan kurumsal iklim, destek ve denetim, adil ve yönetilebilir iş yükü, çalışanların karar alma süreçlerine katılımı, açık iletişim ve şeffaflık, yeterli ekipman, malzeme ve destek personeline erişim, sağlıklı iş-yaşam dengesi, eşit fırsat ve muamele, mesleki gelişim ve kariyer ilerlemesi için fırsatlar, özerklik ve uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olma, tanıma programları, ücret politikaları ve sosyal haklar oluşturmaktadır (ICN, 2007). Özellikle ICN tarafından sunulan bu bileşenler, araştırmanın ilk aşamasını oluşturan 'Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin geliştirilmesinde, maddelerin ve alt boyutların belirlenmesinde temel alınmıştır.

Bununla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri'nde Teksas Sağlık Eğitim Merkezi Programı ve Teksas Hemşireler Birliği, 12 Hemşire Dostu Hastane Kriteri belirlemişlerdir. Bu 12 kriter hemşireler için olumlu çalışma ortamının yaratılmasında temel unsurları içermektedir. Bu kriterler; hemşirelik uygulamalarının kontrolü, çalışma ortamının güvenliği, hasta bakımını multidisipliner ele almak, hemşire oryantasyonu, başhemşirelik yetkinliği, mesleki gelişim, rekabetçi ücretler, hemşirelerin tanınması, dengeli yaşam tarzı, hemşire istismarına sıfır tolerans politikası, orta kademe yöneticilerin sorumluluğu ve kalite girişimidir (Meraviglia ve diğ., 2009).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü dört temel çalışma ortamı bileşenini belirlemiştir (Clark ve diğ., 2016). Bunlar; kurum kültürü ve liderlik, program tasarımı, program uygulaması ve kaynaklar ve program değerlendirmesidir. *Kurum kültürü ve liderlik*, kurum genelinde saygıyı teşvik eden, güvene dayalı bir kültürü ve çalışanların sağlığı, güvenliği ve refahına yönelik açık bir taahhüdü destekleyen politika ve programlarla insan merkezli bir kültürün geliştirilmesini içerir. *Program tasarımı*, net ilkelerin oluşturulmasını, ilgili sistemlerin entegrasyonunu, mesleki tehlikelerin ortadan kaldırılmasını, işyeri sağlığı ve güvenliğine vurgu yapılmasına yönelik programların geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesine katılımını içerir. Bu süreçte, teşvikler ve ödüller kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesinde son derece önemlidir. *Program uygulaması ve kaynaklar* kategorisinde, kurumlar kanıta dayalı değişimlerin aşamalı olarak uygulanmasında istekli olmalı, yeterli kaynak sağlamalı, açık ve uzun vadeli bir iletişim stratejisine sahip olmalıdır. Son olarak *program değerlendirmede*, sonuçları takip etmek ve program iyileştirmeleri yapmak için ilgili ölçümler bulunmalıdır. Çünkü, sağlıklı kurumlar deneyimlerinden öğrenir ve verilere dayalı olarak değişiklik yaparlar (Clark ve diğ., 2016).

Paugio ve diğ. (2020) ise hemşire çalışma ortamını dört temel bileşene ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, yapılması gereken işi, rolün netliğini ve iş yükünü içeren 'görev' bileşenidir. Görev bileşeni, bakım kalitesinde hemşirelik temellerini, hemşirelerin hastane politikasına katılımını, personel ve kaynakların yeterliliğini ve hekim-hemşire-meslektaş ilişkilerini içermektedir. İkinci bileşen ise, çalışanlar arasındaki etkileşimi ve ekip çalışmasını içeren 'sosyal' bileşendir. Sosyal bileşen aynı zamanda, bir kurumun saygı ve kabulü ne ölçüde ödüllendirdiği, desteklediği ve beklediği konusunda paylaşılan algı olarak tanımlanan nezaket iklimidir. Üçüncü bileşen ise iş güvenliği, çalışma koşulları, çalışma ortamları, barınma ve çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını içeren 'fiziksel' bileşendir. Son bileşen ise, değerleri,

normları ve kültürü içeren ‘örgüt kültürüdür’. Hemşirelikte çalışma ortamlarının olumlu yönde geliştirilmesinde ve stratejilerin belirlenmesinde bu dört bileşen son derece önemlidir (Paugio ve diğ., 2020).

COVID-19 pandemi sürecine kadar olumlu çalışma ortamının geliştirilmesine yönelik yayınlanan bu bileşenlerde, hemşirelerin kararlara katılımı, değişen kuşak farklılıkları, teknoloji ve inovasyon, insana yakışır iş, farklı kültürel özellikler gibi kavramların yer almadığı dikkat çekmektedir. Özellikle pandemi süreci, hemşire çalışma ortamlarının daha kapsamlı ve somut uygulamalar ile müdahale edilerek olumlu yönde geliştirilmesinin önemini göstermektedir. Güncel ve kapsamlı olumlu çalışma ortamı bileşenlerine ve stratejilerine ihtiyaç olduğu, mevcut çalışma ortamlarını değerlendiren ve olumlu çalışma ortamı bileşenlerini sunan ölçüm araçlarının geliştirilmesi gerektiği görülmektedir (Ulrich ve diğ., 2022). Maassen ve diğ. (2021), delphi tekniği kullandıkları araştırmalarında hemşirelikte olumlu çalışma ortamının geliştirilmesi için 36 bileşeni belirlemişlerdir. Bunlar; özerklik, kariyer gelişimi, ilgi çekici ve zevkli bir iş, uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olma, değerli ortaklar olarak çalışanlar, değerli hissetmek, güdülenme ve iş memnuniyeti, liderlik, multidisipliner işbirliği, açık iletişim, hasta merkezli kültür, personel gelişimi, fiziksel konfor, profesyonellik ve yeterlilik, profesyonel gelişim (mesleki yetkinlikler), ilişkisel atmosfer (takım ruhu), güvenlik iklimi, destekleyici yönetici, iş arkadaşları ve örgütsel atmosfer, takım çalışması, çalışma şartları, bilgi paylaşımı, yenilik ve değişime hazırlık, rol paylaşımı, örgütsel öğrenme, çalışma listesi (iş-yaşam dengesi), öz bakım, misyon ve vizyon paylaşmak, kadro yeterliliği ve iş yükü, çatışma yönetimi, yapısal kaynaklar ve araç-gereçlerin mevcudiyeti, etkili bir işe alma ve işte tutma stratejisi, adalet, olay raporlama ve hataların ele alınması, performans değerlendirmesi, politika oluşturmaya katılım ve son olarak profesyonel standartların ve yönergelerin kullanımıdır. Bu bileşenler, pandemi sonrası hemşire çalışma ortamlarının derinlemesine analiz edilmesi, güncel ve kapsamlı olması bakımından son derece önemlidir. Ayrıca, *‘iş doyumu’* literatürde olmasına rağmen görüşmelerde dile getirilmemiştir. Literatür incelemesi sonucunda, bu bileşenleri kapsamlı olarak değerlendiren bir ölçüm aracı olmadığı belirtilmektedir (Maassen ve diğ., 2021).

Kanıta dayalı kılavuzlar sağlamak üzere AACN, olumlu çalışma ortamlarının altı temel standardını ana hatlarıyla belirtmektedir. Bunlar; nitelikli iletişim, gerçek iş birliği, etkili karar verme, uygun personel alımı, anlamlı tanınma ve otantik liderliktir. Bu standartlar, kuruluşlara hemşirelerin ve tüm sağlık profesyonellerinin en üst düzeyde potansiyellerini uygulamaya

teşvik eden, optimal hasta sonuçları ve mesleki doyum sağlayan çalışma ortamları yaratmaları için kanıta dayalı bir çerçeve sunmaktadır (Ulrich ve diğ., 2022). Bu standartların hemşire tükenmişliği ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmada, gerçek iş birliği ve anlamlı tanınmanın çalışma ortamlarında uygulandığında hemşirelerin tükenmişliğinde azalma olduğu saptanmıştır (Kim ve diğ., 2020). Kester ve diğ. (2021) tarafından yapılan araştırmada ise, hemşirelerin olumlu çalışma ortamını değerlendirmek için her bir AACN standartı için müdahaleler gerçekleştirilmiştir. 2017 ve 2019'daki müdahaleler ile yapılan değerlendirmede nitelikli iletişim ve genel ölçümler dışındaki tüm standartlarda istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler saptanmıştır. Bu iki yıllık dönemde kayıtlı hemşire devir hızı sabit kalmış ve hemşirelerin görev süresi 79 gün artmıştır. Sonuçlar olumlu çalışma ortamı standartlarına yönelik müdahalelerin çalışan memnuniyeti, devir hızı ve ortalama görev süresinde iyileşme ile anlamlı ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bir diğer araştırmada (Morvati ve diğ., 2025), hem hemşire hem de hemşire liderlere göre olumlu çalışma ortamı bileşenleri belirlenmiştir. Hemşirelere göre olumlu çalışma ortamı altı bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; karşılıklı saygı ve tanınma ortamı, çalışma ortamında birlik duygusu, öğrenme ve özerklik, sorumlu ve destekleyici bir lidere sahip olma, talepler ve kaynaklar arasındaki dengeye önem verme ve çalışma ortamında güvende hissetmedir. Hemşire liderlere göre de olumlu çalışma ortamı dört bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; iş birliğinin önemi, çalışanların güçlendirilmesini kolaylaştırmak, ulaşılabilir ve duyarlı bir lider olmak ve yeterli personel bulundurmaktır.

Pereira ve diğ. (2024) tarafından Portekiz'de yapılan araştırmada, profesyonellik, klinik uzmanlık, etkili liderlik, kapsayıcı ekipler, uygun ekipman, yeterli personel, yeterli fiziki altyapı, güvenlik kültürü, insan odaklı kurum kültürü, iş sağlığı ve güvenliği politikası, sürekli kalite geliştirme politikası, inovasyon ve araştırma politikası, mesleki yeterlilik politikası, iş-yaşam dengesi politikası, yetenek yönetimi politikası, hemşirelik standartları ve protokolleri, stratejik hemşirelik planlaması ve klinik denetim modeli hemşirelikte *olumlu çalışma ortamı öncülleri* olarak belirlenmiştir. Olumlu çalışma ortamı bileşenleri ise ortak çalışma, özerklik, hasta merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama, etkili iletişim, hemşirelik esasları, anlamlı tanınma, ortak katılım ve karar alma, profesyonel gelişim fırsatları ve yönetim desteğidir. Bu bileşenleri sırasıyla inceleyecek olursak, '*ortak çalışma'* hemşireleri iş birliğine dayalı çalışmaya teşvik etmektedir. Bu iş birliği, ekip çalışması, karşılıklı saygı, paylaşılan sorumluluk, güven, rollerin tanınması, paylaşılan kaynaklar ve destek ile karakterize edilir (Ghasemi ve diğ., 2021). '*Özerklik'*, zamanında karar vermeyi sağladığı ve bakım kalitesini artırdığı için olumlu çalışma ortamının yaratılmasında oldukça önemlidir. Hemşire özerkliği,

ekip çalışması, işbirlikçi ilişkiler ve örgütsel destek ile yakından bağlantılıdır. Özerkliği desteklemek için kurumlar ve liderler mesleki gelişim için fırsatlar sağlamalıdır (Graystone, 2018). '*Hasta merkezli bakım',* bireysel hasta ihtiyaçlarının etkili bir şekilde ele alınmasını gerektirir. Bakım kalitesi ve hemşire-hasta etkileşimleri, hemşire çalışma ortamından önemli ölçüde etkilenir. Hasta ve aile merkezli bakıma öncelik veren kurumlar, bakım kalitesinde ve olumlu hasta çıktılarında iyileşmeler göstererek olumlu çalışma ortamına katkıda bulunmaktadır (Thomas ve diğ., 2020). *'Kanıta dayalı uygulama'*, bilgiye, kaynaklara ve desteğe erişim, öz yeterliliği, iş memnuniyetini ve mesleki başarıyı artıran kanıta dayalı uygulamayı teşvik etmek için son derece önemlidir. Olumlu çalışma ortamları, en son bilimsel kanıtların uygulanmasını ve çalışanların bilgilendirilmesini destekler. Hemşire liderleri, kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesini kolaylaştırmada kritik rol oynamaktadır (Mabona ve diğ., 2022). *'Etkili iletişim'*, sağlık profesyonelleri arasında açık ve saygılı iletişim, iş birliği ve bakım kalitesi için esastır (Poghosyan ve diğ., 2022). '*Hemşirelik esasları',* hemşirelik felsefesi ve bakım modellerinde güçlü bir temel yaratır ve bakım kalitesini artırır. Kişisel ve kurumsal değerleri uyumlu hale getirerek daha fazla mesleki memnuniyet sağlar (Yuan ve diğ., 2020). '*Anlamlı tanınma'* kapsamında, hemşireleri katkılarından dolayı tanımak ve onlara değer vermek olumlu çalışma ortamını yaratmak için oldukça önemlidir. Hemşire liderler, resmi takdir programları, esnek çalışma listeleri veya mesleki gelişim fırsatları yoluyla hemşirelerin çabalarının takdir edilmesinde kilit rol oynamaktadır (Williams ve diğ., 2024). *'Ortak katılım ve karar alma'*, hemşirelerin kurumsal yönetime ve karar alma sürecine katılımını ifade etmektedir. Yönetime ve kararlara katılım, artan iş doyumu, özerklik ve azalan tükenmişlikle anlamlı yönde ilişkilendirilmektedir (Yuan ve diğ., 2020). '*Profesyonel gelişim fırsatları'*, bireysel ve mesleki gelişimin desteklenmesinde ve hem hemşirelerin hem de kurumların başarısında esastır. Kurumlar, klinik oryantasyon, düzenli eğitim ve gelişim fırsatları sunarak olumlu çalışma ortamını geliştirmektedir (Sarıköse ve Göktepe, 2022). Son bileşen olarak *'yönetim desteği',* olumlu çalışma ortamını yaratmak ve sürdürmek için gereklidir. Yöneticiler, iş birliğini teşvik ederek, kanıta dayalı uygulamaları destekleyerek ve bir güvenlik kültürü oluşturarak hemşireleri desteklemelidir. Olumlu yönetim desteği, üretkenliği, iş doyumunu ve işe devamlılığı artırmaktadır (Kim ve diğ., 2020).

Türkiye'de ise hemşirelerin çalışma ortamının geliştirilmesi için altı ana ve 35 alt standarttan oluşan sağlıklı çalışma ortamı standartları belirlenmiştir. Bu standartlar; hemşire işyükü, geliştirme ve kariyer planlama, sosyal haklar, iş sağlığı ve güvenliği, uygun fiziki koşullar ve yeterli araç-gereç, ekip iş birliği, iletişim, takdir ve tanınma, etkili yönetim ve

liderliktir (Kocaman ve diğ., 2018). Olumlu çalışma ortamı yaratmak ve sürdürmek, bilinçli çaba ve somut eylem adımları gerektirir. Bu, tüm yönetim seviyelerinde uzun vadeli örgütsel kültür değişimini gerektiren bir yolculuktur (Wei ve diğ., 2018).

2.4. HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK STRATEJİLER

Hemşirelerin çalışma ortamlarını şekillendiren bileşenlerin kapsamlı bir şekilde anlaşılması, olumlu çıktılara yönelik stratejilerin geliştirilmesinde ve çalışma ortamında faydalı etkilerin oluşmasında yardımcı olmaktadır (Williams ve diğ., 2024). Çoğu hemşire lider, olumlu bir çalışma ortamının önemini anlasa da ilk adımı atmanın ve belirlenen stratejileri hayata geçirmenin ne kadar zor olabileceğini bilmektedir. Hemşire liderler, stratejilerin planlanmasında hemşireleri de hedef belirlemeye ve planlamaya katkıda bulunmaya dahil etmelidirler. Çalışanlar sürece dahil edilmediklerinde ilgisizleşir ve tam kapasitelerinde performans gösteremezler. Kendilerini işlerine adayan ve ilgi gösteren hemşireler planlamaya önem verir ve iş performanslarını geliştirmek için çaba gösterirler. Hemşirelerin dahil olduğu stratejik planlamalar, çatışmaların ve hataların azaltılmasına yardımcı olarak daha iyi hasta sonuçları sağlar (Johansen ve diğ., 2021). Hemşire liderlerin rol modelliği, olumlu çalışma ortamlarının yaratılması, sürdürülmesi ve başkalarının katılımının sağlanması için esastır (Clark ve diğ., 2016). Olumlu çalışma ortamını yaratmak ve sürdürmek, örgütün tüm seviyelerinde uzun vadeli değişimi gerektiren bir yolculuktur. Hemşire liderlerin çalışma ortamında en çok karşılaştığı engeller şunlardır (Raso ve diğ., 2020):

- Kime soracağını veya yardım için nereye başvuracağını bilememek,
- Nereden veya nasıl başlayacağını bulamamak,
- Kanıt ve teorinin günlük uygulamaya nasıl dönüştürüleceğini bilememek,
- Zaman ve para gibi değerli kaynaklara ulaşamamak,
- Olumlu çalışma ortamını teşvik etmek ve sürdürmek için örgütün her düzeyinden desteklenmemek.

Literatürde, '*yeterli personel ve kaynak sağlamak'* olumlu çalışma ortamının yaratılmasında belirlenen stratejilerin başında gelmektedir. Personel eksikliğinden kaynaklanan ağır iş yüklerinin ve zaman baskısının, olumlu bir çalışma ortamı oluşturmanın önündeki başlıca engellerden olduğunu kabul edilmektedir. Bu bağlamda, yeterli personelin ve kaynakların etkili bir şekilde sağlanması ve çalışanların iş yükü baskılarını azaltmaya yönelik stratejilerin uygulanması gerekmektedir (Morvati ve diğ., 2025). Yeterli personel ve kaynak

sağlamak, çalışanların iş doyumunu ve performansını artırmaktadır. Bu da daha iyi hasta ve hemşire sonuçlarına yol açar (Sarıköse ve Göktepe, 2022). Kurumlar, nitelikli hemşirelerini kaybettiklerinde, işe alma ve işe uyum sağlama süreçlerini yeniden yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Bu durum sağlık hizmetinde maliyet, kalite ve zaman kaybına neden olmaktadır (Kester ve diğ., 2020). Özellikle yeni mezun hemşirelerin işe alınması ve işte tutulması, sağlık kurumları için maliyetli ve zaman alıcı bir süreçtir. Bu süreç, insan gücüne ilk kez katılan hemşireler için de stresli ve zorlu olarak görülmektedir. İşe alım sürecinin hayati bir bileşeni, potansiyel işe alınan kişinin doğru tutum, beceri ve bilgiye sahip olup olmadığını ve kurum için uygun olup olmayacağını değerlendirmektir. Bu nedenle işe yeni başlayan hemşireleri uyum eğitimi kapsamında desteklemek gerekmektedir (Dombaycı ve Madenoğlu Kıvanç, 2020). Ayrıca, COVID-19 pandemisinde hemşireler, yetersiz personel ve kişisel koruyucu ekipman eksikliği gibi çalışma koşulları nedeniyle maruziyet ve ölüm riski açısından sağlık profesyonelleri arasında en yüksek risk grubunda yer almıştır (Havaei ve diğ., 2021). Her hemşirenin bireysel koşulları ve ihtiyaçları farklıdır. Bu bağlamda, işe yeni başlayan hemşirelere mentorluk programının uygulanması (Kester ve diğ., 2020), hemşirelerin işlerini yapabilmesi için ihtiyacı olan ekipman, malzeme veya materyale kolaylıkla ulaşmalarının sağlanması (Kocaman ve diğ., 2018), sosyalleşmelerine ve iş-yaşam dengesine fırsat sağlama (Reinhardt ve diğ., 2020), insana yakışır işi destekleme (Sönmez ve diğ., 2023) gibi stratejilerle ihtiyaçlarını karşılayan çalışma ortamları sağlanmalıdır.

'Ekip içinde ve multidisipliner iş birliğini sağlamak' diğer stratejiler arasında ön plana çıkmaktadır. Ekip çalışması, her ekip üyesinin eğitim veya mesleki geçmişine bakılmaksızın güvenli hasta bakımına eşit katkı sağlamasına izin verdiğinde ortaya çıkan güç paylaşımını teşvik etmektedir. Sağlık kurumlarında ekip çalışması, sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşim ve ilişkiler sürecini içeren, olumlu bir çalışma ortamı yaratan ve sürdüren bir iş birliği ürünüdür (Furunes ve diğ., 2018). Bu iş birliğinin sağlanmasında, olumsuz davranışlarla başa çıkmada ekip eğitimi (Ahlstedt ve diğ., 2019), hekim-hemşire takım çalışmasının teşvik edilmesi (Perry ve diğ., 2018), etkili iletişim ortamının sağlanması (Swiger ve diğ., 2018), ekip içinde bilgi paylaşımının aktif olması (Karlsson ve diğ., 2019), hasta başı devir teslim yapılması (Furunes ve diğ., 2018), hemşire otonomisinin arttırılması ve öz farkındalığı geliştirmek (Oneal ve diğ., 2019) örnek verilebilir. Hemşireler aynı zamanda, çalışma ortamı dışında sosyal aktivitelere katılmanın, ekip iş birliğini artırmada önemli katkılar sağladığını vurgulamaktadır. Sosyal aktiviteler, ekip üyelerinin bireysel düzeyde bağlantı kurmaları için fırsatlar sunar, daha güçlü ilişkiler ve birlik duygusu yaratır (Morvati ve diğ., 2025). Hemşire liderler, ekip üyeleri

arasında açık iletişim için fırsatlar sağlayarak destekleyici çalışma ortamlarının teşvik edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Clark ve diğ., 2016). Ekip çalışması ve iş birliği hemşirelerin duyulmasına ve saygı görmesine olanak tanımaktadır. İş birliği ve meslektaş desteği, iş yerinde güvenin sürdürülmesine ve geliştirilmesine yol açar. (Mabona ve diğ., 2022). Poghosyan ve diğ. (2022) tarafından yapılan araştırmada, olumlu çalışma ortamının ve güçlü meslektaş ilişkilerinin kronik hastalık yönetimini iyileştirdiği, acil servis ziyaretleri ve komplikasyona bağlı hastaneye yatışları azalttığı saptanmıştır.

Hemşire liderler, olumlu hemşirelik çalışma ortamının geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Tosun ve Yıldırım, 2021). Tıp Enstitüsü raporu, hemşire çalışma ortamları ile hasta güvenliği arasında önemli bir ilişki kurarak destekleyici hemşire liderliğine ve hemşirelerin örgüt yönetimine katılmalarına duyulan ihtiyacı vurgulamıştır (Page, 2004). Olumlu çalışma ortamının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için hemşire liderlerin her düzeyde destekleyici olması gerekmektedir. Kanıta dayalı transformasyonel liderlik yoluyla olumlu çalışma ortamı yaratmak, güven ve saygı üzerine kurulu bir ilişkiye dayanan liderlik uygulamalarından biridir (Mabona ve diğ., 2022). Bu bağlamda, bir diğer stratejide '*transformasyonel ve destekleyici liderlik'* sağlamaktır. Bu stratejinin hayata geçirilmesinde; hemşire liderler için mentor eğitimi düzenlenmesi (Olender ve diğ., 2020), liderlik eğitim kurslarına katılma (Wei ve diğ., 2018), birimin kendi vizyon ve değerlerini oluşturmasının desteklenmesi (Monroe ve diğ., 2020), hemşirelerin kararlara katılımının teşvik edilmesi (Oneal ve diğ., 2019), hemşirelerin kariyer gelişiminde desteklenmesi (Sönmez ve diğ., 2021), hemşirelerin yenilikçi davranış ve yenilik çıktılarının desteklenmesi (Emiralioğlu ve Sönmez, 2021) önerilmektedir. Olumlu çalışma ortamlarının gelişimi, açık, doğrudan ve dürüst bir şekilde iletişim kuran ve diğerlerinden bekledikleri davranışları rol model olarak sergileyen liderlere bağlıdır. Liderlerin destekleyici, otantik, görünür ve erişilebilir olmasının önemini vurgulanmaktadır. Hemşirelere göre, sorumlu ve destekleyici bir lider, tutum ve davranışlarının farkında olarak iyi bir rol model görevi görür. Çalışanların davranışlarına ve etkileşimlerine karşı adil ve dikkatli olmalı, sağlıklı ve saygılı bir ortamı teşvik etmeyi hedeflerken aynı zamanda zorbalığı ve ayrımcılığı önlemeye çalışmalıdır (Morvati ve diğ., 2025). Lider desteği, hemşireleri stresli bir çalışma ortamının olumsuz sonuçlarından korur, tükenmişliği ve işten ayrılmaları azaltır (Donley, 2021). Özellikle transformasyonel liderlik, çalışanlarda iş doyumunun artmasına ve olumsuz olayları azaltmaya yardımcı olabilecek liderlik türüdür. Transformasyonel liderlik özelliklerine sahip hemşireler, doğrudan veya dolaylı olarak

destekleyici ve kapsayıcı bir çalışma ortamının oluşturulmasına katkı sağlar (Mabona ve diğ., 2022).

Çalışanlar, varlık olarak değer gördükleri ve kurumun başarısına yaptıkları bireysel ve örgütsel katkılar için cömertçe ödüllendirildikleri bir çalışma ortamını arzular ve hak ederler. Yüksek düzeyde arzu edilen olumlu çalışma ortamları, yüksek düzeyde çalışan doyumu yaratır ve farklı fikirlerin özgürce ifade edilmesini teşvik eder (Clark ve diğ., 2016). Olumlu çalışma ortamını sağlamada sıradaki strateji olan '*iş doyumunu arttırmak'* için yapılması gerekenler; ödül programı, takdir ve tanınma sisteminin oluşturulması (Williams ve diğ., 2024), yemek molası ve dinlenme sürelerinin çalışma şartlarına uygun düzenlenmesi (Campbell ve Patrician, 2020), eğlenceli aktiviteler organize edilmesi (Reinhardt ve diğ., 2020), kuşak farklılıklarının dikkate alınması ve akran zorbalıklarının engellenmesi (Dombaycı ve Madenoğlu Kıvanç, 2020), adil ücret sistemi (Johansen ve diğ., 2021), çalışma listelerinde esneklik sağlanması (Reinhardt ve diğ., 2020), çalışma ortamındaki fiziksel altyapının sağlıklı olması, huzurlu ve çatışmadan uzak (Havaei ve diğ., 2021) bir çalışma ortamının sağlanması gerekmektedir. Saygı, takdir, tanınma ve kararlara katılım gibi değerler, çalışanların iş doyumunu desteklemektedir (Morvati ve diğ., 2025). Hemşirelerde iş doyumu, daha fazla öz yeterlilik, özerklik, yüksek düzeyde kişisel başarı ve örgütsel bağlılık ile ilişkilidir (Donley, 2021; Pereira ve diğ., 2024).

Güçlendirici bir çalışma ortamı, 'bilgiye, desteklere, kaynaklara, öğrenme ve gelişim fırsatlarına erişim' olarak karakterize edilir (Mabona ve diğ., 2022). Mesleki gelişim, tanınırlık ve fırsatlar sunan güçlendirici bir olumlu çalışma ortamı, hemşireleri daha fazla katkıda bulunmaya ve kurumda uzun süre kalmalarında motive etmektedir (Pereira ve diğ., 2024). Bu bağlamda, olumlu çalışma ortamında, '*yapısal ve psikolojik güçlendirmeyi geliştirmek'* diğer bir stratejidir. Hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek için eğitimler ve düzenli toplantılar düzenlenmesi (Wei ve diğ., 2018), hemşire liderler tarafından düzenli aralıklarla çalışanlara geri bildirimler verilmesi (Johansen ve diğ., 2021), kurum içinde terfi olanaklarının olması (Sönmez ve diğ., 2021), hemşirelerin örgüt politikası ve stratejik kararlar hakkında bilgiye sahip olmaları (Williams ve diğ., 2024), örgütsel amaç ve hedeflere odaklılık gibi etmenler yapısal anlamda güçlendirilmiş olumlu çalışma ortamı özellikleridir. Yapısal güçlendirme kapsamında düzenlenen aktif hemşire geliştirme, mentorluk ve eğitim programlarının daha yüksek düzeyde iş performansı ve iş doyumu ile olumlu yönde ilişkisi olduğu saptanmıştır (Sarıköse ve Göktepe, 2022). Aynı zamanda psikolojik güçlendirme de olumlu çalışma ortamında şekillenmektedir. Psikolojik güçlendirmeyi geliştirmeye odaklı

çalışma ortamlarında; hemşirelerin işiyle ilgili aldığı kararların çoğunda bağımsız (Purdy ve diğ., 2010), öz yeterliliğe sahip (Boamah ve Laschinger, 2015), işin gereklilikleri ile davranışları arasında uyum olduğu ve kendilerini güçlendirilmiş (Cicolini ve diğ., 2014) hissettikleri görülmektedir. Olumlu çalışma ortamları, hemşirelerin rollerinin ve mesleki gelişimlerinin sorumluluğunu üstlenmelerini sağlayan ortamlar yaratarak çalışanları güçlendirmektedir. Güçlendirme, hemşirelerin gelişmesi için gerekli desteği ve kaynakları sağlamayı gerektirir. Güçlendirmede, sürekli eğitim ve geliştirme fırsatlarıyla birlikte denetim ve mentorluk sağlanması da yer alır. Yapısal ve psikolojik güçlendirmeler, yalnızca hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda kurumda sürekli öğrenme kültürünü yaratır ve hasta bakım kalitesini artırır (Morvati ve diğ., 2025). Aynı zamanda, güçlendirmenin hemşirelerin iş doyumunu, süreçlere katılımını, fiziksel ve psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Teixeira ve diğ., 2023).

Bu stratejilerin hayata geçirilmesinde, hemşirelere ve yönetim desteğine değer verilmesi, aktif katılım ve ortak karar alma, uygun niteliklere, deneyime ve eğitime sahip doğru kişilerin doğru pozisyonda olması son derece önemlidir. Özerk uygulamalara, kanıta dayalı uygulamalara ve temel hemşirelik ilkelerine yapılan yatırım, bakımın kalitesine ve güvenliğine katkıda bulunarak olumlu çalışma ortamının geliştirilmesinde ve sürdürülmesine katkı sağlar (Pereira ve diğ., 2024). Yeterli malzeme ve teknolojik kaynaklar, uygun iş yükü, yönetici desteği, meslektaşlar ve multidisipliner ekip tarafından takdir edilen bir çalışma ortamı, hemşirelerin güçlendirilmesini, memnuniyet düzeyini ve güdülenmesini artırmakta ve işten ayrılma niyetini azaltmaktadır (Donley, 2021; Tosun ve Yıldırım, 2021; Mabona ve diğ., 2022). Mesleki gelişim fırsatları ve destekleyici bir örgüt iklimi hemşireleri işte tutmak için kritik öneme sahiptir ve mesleki güçlendirme ile anlamlı ilişkisi belirlenmiştir (Al Yahyaei ve diğ., 2022; Ulrich ve diğ., 2022). Hemşirelerin güçlendirilmesi, üretkenliğin, bağlılığın ve kararlara katılımın artmasını sağlayabilir (Mabona ve diğ., 2022). Aynı zamanda, olumlu çalışma ortamı her türlü ayrımcılığı, tacizi, çalışanların fiziksel ve psikolojik karşılaştığı sorunları azaltarak mesleki güvenliği sağlar (Havaei ve diğ., 2021). Olumlu çalışma ortamına sahip kurumlar, hemşirelerin rolünü açıkça tanımlar ve hemşirelik mesleğinin görünürlüğünü artırır (Johansen ve diğ., 2021). Yönetici desteği, hemşirelerin yönetime katılımı, ortak karar alma ve önemli komitelere dahil olma gibi stratejiler hemşirelerin rollerinin ve becerilerinin tanınmasına ve geliştirilmesine yardımcı olabilir (Abraham ve diğ., 2021). Bu stratejiler, hemşireleri pozisyonlarında ve hemşirelik mesleğinde kalmaya güdülemek için oldukça önemlidir. Stratejilerin odak noktalarından biri de hastadır. Hasta güvenliği için oldukça önemli olan

güvenlik kültürü ve iletişim gibi faktörler, hataların ve olumsuz olayların azaltılmasına yardımcı olur. Etkili iletişim yalnızca güvenlikle ilgili göstergeleri iyileştirmekle kalmaz. Aynı zamanda, hastalar ve aileleriyle etkileşimi kolaylaştırarak bakımdan duydukları memnuniyeti artırır (Paguio ve diğ., 2020). Olumlu çalışma ortamlarında hemşirelik bakımının tasarımı ve sunumu hemşirelik temellerine ve en iyi bilimsel kanıtlara dayanır. Nitelikli bakım, iş birliği, özerk uygulamalar ve güçlendirilmiş çalışanların asıl amacı olumlu hasta sonuçlarına ve yüksek hasta memnuniyetine ulaşmaktır (Williams ve diğ., 2024).

Bu stratejilerin uygulanması kadar sonuçlarının değerlendirilmesi için çalışma ortamı ölçüm araçlarının kullanılması da son derece önemlidir. Bu konuda politika yapıcılara, hastane yönetimine ve hemşire liderlere sorumluluklar düşmektedir. Örneğin; İsviçre'de ulusal bir kuruluş olan Sağlığın Geliştirilmesi Kurumu tarafından, çalışanların ruh sağlığını iyileştirmek ve iş stresini azaltmak amacıyla hastane yönetimi ile birlikte mevcut çalışma ortamını değerlendirmek için Lake (2002) tarafından geliştirilen Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği kullanılmaktadır. Amerika'da ise hastanelerin kalite ve güvenlik uygulamaları hakkında şeffaflık sağlamak amacıyla kurulan bir şirket, hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmek için Colorado eyaletindeki hastanelerden yıllık olarak veri toplanmaktadır. Şirket, bu araştırma sonuçlarını yıllık olarak kamuya açıklayarak hastanelerin performansını iyileştirmeyi hedeflemektedir (Lake ve diğ., 2024). Aynı zamanda, kamu hastanelerine sahip ülkelerdeki sağlık bakanlıkları, hemşirelerin çalışma ortamlarının raporlanmasını zorunlu tutabilir. Hastane yöneticileri ve hemşire liderler, çalışma ortamı dahil olmak üzere hemşirelik performansını izlemek için gönüllü bir hastane ağına katılabilir.

2.5. HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ ÖLÇÜLMESİ

Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin çalışma ortamları hakkında daha fazla bilgi edinmeleri için bir ölçüm aracı ile değerlendirme yapmaları gerekmektedir. Mevcut çalışma ortamında temel bilgilerin toplanması, önemli güçlü yönlerin ve büyüme fırsatlarının belirlenmesine yardımcı olur. Ayrıca hastane yönetimi, hemşire lider ve ekibinin zaman içindeki ilerlemeyi takip etmesini sağlayan bir başlangıç noktası oluşturur (Williams ve diğ., 2024). Uluslararası literatürde, hemşire çalışma ortamını değerlendirmek için Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Lake, 2002) ve Hemşirelik İş İndeksi-Revize (Aiken ve Patrician, 2000) en yaygın kullanılan ölçüm araçlarıdır. Ancak, günümüzde güncel bir çalışma ortamı ölçüm aracının, olumlu çalışma ortamı bileşenlerini

kapsamlı içermediği görülmektedir (Maassen ve diğ., 2021). Ulusal literatürde de, hemşirelikte olumlu çalışma ortamını değerlendiren güncel ve kapsamlı bir ölçek olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda, hastanelerde mevcut çalışma ortamına ilişkin algıları değerlendirmek, güçlü ve iyileştirilmesi gereken alanları belirlemek için kapsamlı ve güncel bir olumlu çalışma ortamı ölçeğine ihtiyaç vardır (Pereira ve diğ., 2024). Hemşire çalışma ortamına yönelik geliştirilen ölçekler Tablo 2.1'de sunulmaktadır.

Tablo 2.1: Hemşirelikte çalışma ortamı ile ilgili geliştirilen ölçekler.

Yazar(lar)	Ölçekler	Madde Sayısı	Alt Boyutlar
Aiken ve Patrician (2000)	Hemşirelik İş İndeksi-Revize	57	Özerklik Uygulamalar üzerinde kontrol Hemşire-doktor ilişkisi Hemşireler için örgütsel destek
Lake (2002)	Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği	31	Hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü Kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları Yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri İnsan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği Hekim-hemşire-meslektaş iletişimi
Siedlecki ve Hixson (2011)	Mesleki Uygulama Ortamı Değerlendirme Ölçeği	13	Olumlu hekim özellikleri Olumlu hemşire özellikleri İşbirliğine dayalı karar verme Hemşire-hekim ilişkisinde olumlu yararlar
Er (2013)	Hemşire Dostu Hastane Kriterlerini Değerlendirme İndeksi	30	Hemşirelik uygulamalarının kontrolü Çalışma ortamının güvenliği Hasta bakımıyla ilgili sistemlerin varlığı Hemşire oryantasyonu Başhemşirelik yeterliliği Mesleki gelişim Rekabete dayalı ücret Hemşire saygınlığı Dengeli yaşam tarzı Hemşire suistimaline sıfır tolerans politikası Orta kademe yönetim sorumluluğu Kalite girişimleri
Clark ve diğ. (2016)	Sağlıklı Çalışma Ortamı Envanteri	20	Tek boyut

Tablo 2.1 (devam): Hemşirelikte çalışma ortamı ile ilgili geliştirilen ölçekler.

Yazar(lar)	Ölçekler	Madde Sayısı	Alt Boyutlar
Erickson ve diğ. (2017)	Profesyonel Uygulama Çalışma Ortamı Envanteri	45	Destekleyici liderlik Otonomi ve uygulamalar üzerinde kontrol Takım çalışması Hastalar hakkında iletişim Kültürel duyarlılık Hekim-hemşire-meslektaş ilişkileri Anlaşmazlık ve çatışmayı ele almak Kaliteli hasta bakımı için yeterli personel, zaman ve kaynaklar İş doyumu
Connor ve diğ. (2018)	Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı	18	Nitelikli iletişim Gerçek işbirliği Etkili karar verme Uygun personel alımı Anlamlı tanınma Otantik Liderlik
Shin ve Lee (2024)	Sağlıklı Çalışma Ortamının Kalitesi Ölçeği	23	Fiziksel tatmin Psikolojik istikrar Bağımsız yetkinlik İşbirliğine dayalı ilişki Yapısal destek

2.6. HEMŞİRELİKTE BİREYSEL PERFORMANS KAVRAMI

Performans, bir çalışanın örgütsel hedeflere olan katkısı, davranış türü veya tamamlanan işin düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Borman ve Motowidlo, 1993). Performans, görev performansı ve bağlamsal performans olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır. Görev performansı, çalışanların iş tanımlarında yer alan hedeflere ulaşılmasını ifade ederken, bağlamsal performans ise örgütsel hedeflere ulaşılmasına olumlu katkıda bulunan davranışları kapsamaktadır. İş performansı genellikle bireysel davranışın bir sonucu olarak görülür (Koopmans ve diğ., 2012). Görev performansının temel yapısını oluşturan bireysel performansı değerlendirmek için tanımını bilmek önemlidir. Campbell (1990) tarafından bireysel performans, kurumun hedefleriyle ilgili davranışlar veya eylemler olarak tanımlanmaktadır. Bu

nedenle, bireysel performans bu eylemlerin sonuçlarından ziyade çalışanların davranışlarına veya eylemlerine odaklanır. Bireysel performansta davranışlar, bireyin kontrolü altındadır. Bu nedenle, çevre tarafından kısıtlanan davranışlar hariç tutulur. Bu performansın ana odak noktası, bireylerin işlerinin merkezinde yer alan temel veya teknik görevleri yerine getirme becerisi olarak tanımlanabilecek görev performansıdır. Görev performansını tanımlamak için kullanılan davranışlar ise genellikle yapılan işte bireyin bilgi ve becerilerini içerir. Çalışanların bireysel performansını ölçmek için kullanılan ölçekler genellikle görev performansı ölçekleridir. Bu ölçekler, bireye verilen görevleri uygun şekilde tamamlama, öngörülen sorumlulukları yerine getirme ve çalışandan beklenen görevleri yerine getirme gibi davranışları ölçmektedir (Ma ve diğ., 2023).

Hemşirelikte bireysel performans, hemşirelerin bireysel çalışmalarındaki iş başarılarını ve katkılarını ifade etmektedir (Yu ve diğ., 2022). Bir diğer tanımda ise, hemşirelerin bireysel performansı, hemşirelik mesleği ile ilgili davranışların bütünüdür ve mesleğin bilgi ve becerilerinin somutlaşmış halidir (Guo ve diğ., 2020). Aynı zamanda, hemşirelerin çalıştıkları kuruma ve topluma katkılarının önemli bir göstergesidir. Bireysel performans sadece bilgi ve becerilerin pratik uygulamasını değil, aynı zamanda çalışma ortamındaki çalışma yeteneği ve tutumunun etkisini de kapsar (Ma ve diğ., 2023). Hemşireler çalışma ortamlarında krtik süreçlerde hızlı karar alma ve sürekli değişen koşulların zorluğuyla karşı karşıyadır. Hemşire performansı, iş verimliliği, hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği açısından önemli bir göstergedir. Hemşire performansı, bakım kalitesi ve maliyet kontrolü üzerinde diğer faktörlerden daha büyük bir etkiye sahiptir (Adynski ve diğ., 2022).

Schwirian'ın (1978) Hemşire Performans modeli, hemşirelerin bireysel performansını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir modeldir. Bu model, hemşirelerin liderlik becerileri, sağlık profesyonelleriyle iş birliği ve iletişimleri, hemşirelerin hasta bakımını bütünsel değerlendirme becerileri, hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri, hemşirelik eğitimi ve faaliyetlerine yaklaşımları gibi çeşitli boyutlardan oluşmaktadır. Schwirian'ın modeli, hemşire performansını sadece mesleki becerilerle sınırlı görmez. Liderlik, eğitim ve profesyonel gelişim, iletişim gibi boyutlarla birlikte bütüncül ele alır. Bu nedenle, hemşirelerin bireysel ve takım performanslarının değerlendirmesinde kullanılan en kapsamlı modellerdendir. Bir sağlık kuruluşunun performansı yüksek oranda hemşire performansı ile ilişkilidir. Bu bağlamda, hemşirelikte bireysel performans kritik hastaların hayatta kalmalarını sağlamak ve iyileşmelerini hızlandırmak, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve istikrarını

korumak için kritik öneme sahiptir. Hemşirelerin performansını değerlendirmek ve iyileştirmek, onlara değer verildiğini de hissettirir (Huang ve diğ., 2025). Özellikle, yeni mezun hemşirelerin verimini artırmak için bireysel performanslarını iyileştirmek ve değerlendirmek gerekir. Çalışma ortamında yeni olan hemşirelerin bireysel performansını iyileştirmek için yöneticiler, adil bir ortam yaratmalı, şeffaf politikalar oluşturmalı, örgütsel adaleti iyileştirmeli ve etkinlikler veya konferanslar düzenleyerek hemşirelerin mesleki kimliklerini ve işe hazırlıklarını teşvik etmelidir (Jiang ve diğ., 2024).

Sağlık kuruluşları, sürekli artan ihtiyaçlar ve değişen beklentiler içinde olan rekabetçi karmaşık işletmelerdir. Mevcut sağlık sistemi, hastaların akut durumları ve teknolojinin kontrolsüz ilerlemesi nedeniyle artan zorluklarla karşı karşıyadır. Kurumlar, hedeflerine ulaşmak ve sağlık sektöründeki rekabet gücünü artırmak için yüksek performanslı insan gücüne sahip olmalıdır (Wei ve diğ., 2024). Bu nedenle, çalışan performansının en üst düzeye çıkarılması gerekmektedir. Olumlu çalışma ortamı, hemşirelerin iş performansını artırmakta ve yüksek kaliteli hemşirelik bakımını teşvik etmektedir (Yeşilyurt Sevim ve diğ., 2025). Olumlu çalışma ortamındaki liderlik, yaratıcı ve destekleyici ekip ortamı, yapısal güçlendirme gibi bileşenler klinikteki hemşirelerin bireysel performansını önemli ölçüde etkilemektedir (Kuşçu Karatepe ve Türkmen, 2023). Ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde hemşireler, aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, özerkliğin olmaması ve iletişim eksikliği gibi olumsuz çalışma koşulları altında çalışmakta ve bu olumsuzluklar bireysel performanslarını düşürmektedir (Kül ve Sönmez, 2021; Sarıköse ve Göktepe, 2022; Wei ve diğ., 2024; Huang ve diğ., 2025). Law ve diğ. (1996) tarafından geliştirilen Kişi-Çevre-Meslek Performansı Modeli, çalışanların performansını etkileyen içsel faktörleri (kişisel özellikler) ve dışsal faktörleri (çalışma ortamı) vurgulamaktadır. Bir tür sosyal model olan bu modelde, dışsal faktörlerin içsel faktörler üzerindeki etkisini varsaydığı göz önüne alındığında, olumlu çalışma ortamlarının hemşirelerin olumlu davranışlar sergilemelerine yardımcı olacağı ve bunun da daha iyi bireysel performans ile sonuçlanabileceği belirtilmektedir. Bu bağlamda, sağlık kuruluşları ve yöneticiler hemşirelerin bireysel performansını artırmak için mevcut çalışma ortamı özelliklerini dikkate alarak girişimlerde bulunabilirler.

2.6.1. Hemşirelerin Bireysel Performanslarına İlişkin Araştırma Sonuçları

Hemşirelerin bireysel performanslarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaların son yıllarda arttığı görülmektedir (Lee ve diğ., 2014; Wafa'a ve diğ., 2020; Kül ve Sönmez, 2021; Shaheen ve diğ., 2021; Sarıköse ve Göktepe, 2022; Kuşçu

Karatepe ve Türkmen, 2023; Ma ve diğ., 2023; Jiang ve diğ., 2024; Huang ve diğ., 2025; Yeşilyurt Sevim ve diğ., 2025). Hemşire liderliği, kaliteli bakımı ve hasta güvenliğini sağlamak için gerekli olan hemşire performansını kolaylaştırmak ve iyileştirmek açısından çok önemlidir. Hemşirelerin daha iyi bireysel performans göstermelerini sağlayan faktörleri anlamak ve liderlik davranışları aracılığıyla çalışma ortamında onları desteklemek, hemşirelerin performansını artırabilir (Alsadaan ve diğ., 2023). Çin'de yoğun bakım hemşireleri ile yapılan araştırmada (Huang ve diğ., 2025), kapsayıcı liderliğin, yoğun bakım hemşirelerinin bireysel performansı üzerindeki ilişkisinde öz yeterlilik ve organizasyon temelli öz saygının aracılık rolü incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre, hemşire yöneticilerin kapsayıcı liderliğinin hemşirelerin bireysel performansı üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisinin olduğu, bu ilişkiye hemşirelerin öz yeterliliği ve organizasyon temelli öz saygının kısmi aracılık rolü oynadığı saptanmıştır. Çin'de yeni mezun hemşirelerle yapılan bir diğer araştırmada ise (Jiang ve diğ., 2024), hemşirelerin işe hazırlığı ile bireysel performansları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış olup mesleki kimlik ve örgütsel adaletin, işe hazırlığın hemşirelerin bireysel performansları üzerindeki etkisinde aracılık rolü oynadıkları bulunmuştur. Güney Kore'de yapılan çalışmada da (Lee ve diğ., 2014) bilgi paylaşımı kültürü ve örgütsel öğrenme ile hemşirelerin bireysel performansları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Araştırma, hemşire liderlerin bilgi paylaşımı kültürü ve örgütsel öğrenmenin benimsenmesine öncelik vermesi gerektiği, kurumların ise bilgi kaynaklarını daha etkili bir şekilde yönetmeleri ve böylece hemşirelerin performanslarını iyileştirmeleri yönünde veriler sunmaktadır. Ürdün'de yürütülen diğer bir çalışmada (Wafa'a ve diğ., 2020) ise, çalışma ortamındaki yapısal güçlendirmenin (bilgi, destek, kaynaklar ve fırsatlar) hemşirelerin bireysel performansı üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur. Araştırma bulguları, destekleyici ve güçlendirici çalışma ortamına sahip hemşirelerin daha iyi performans gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, yapısal güçlendirme hemşirelerin bireysel performansı üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Endonezya'da ise, hemşirelerin güdülenmesi ve eğitim düzeyi ile performansları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Gunawan ve diğ., 2019).

Kurumların istenilen performansa ulaşabilmeleri için hemşire liderlerin çalışanların performansını artıran olumlu bir çalışma ortamı yaratmaları gerekmektedir. Bu nedenle, hemşire liderlerin bireysel performansı da son derece önemlidir. Hemşire liderler, destekleyici kültürlere, ilişkilere ve yeterli kaynaklara sahip olumlu çalışma ortamlarının performanslarını

desteklediğini bildirmektedir (Grandfield ve diğ., 2023). Yeşilyurt Sevim ve diğ. (2025) tarafından sorumlu hemşireler üzerinde yapılan araştırmada, sorumlu hemşirelerin yüksek düzeyde bireysel performans sergiledikleri saptanmıştır. Bu bulgu, kurumlardaki artan iş yükü ve kaynak sıkıntısına rağmen, hemşire liderlerin doğrudan veya dolaylı olarak hizmet sunma ve bu hizmetin bileşenlerini organize etmede doyum sağladıklarını göstermektedir. Araştırma sonuçları ayrıca, olumlu bir çalışma ortamı ile sorumlu hemşirelerin algılanan bireysel performansı arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Destekleyici ve güçlendirici bir çalışma ortamının sorumlu hemşirelerin algılanan bireysel performanslarını arttırdığı saptanmıştır.

Hemşirelerde mesleki deneyim ve çalışma yılı, bireysel performans için büyük önem taşımaktadır. Çalışma ortamında mesleki deneyim, çalışanların örgüte kattığı değer ve katkıyı etkileyen önemli bir faktördür (Ma ve diğ., 2023). Yapılan araştırmalar, (Gunawan ve diğ., 2019; Shaheen ve diğ., 2021; Ma ve diğ., 2023), hemşirelerin mesleki deneyimleri ve bireysel performansları arasında önemli ölçüde pozitif ve anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bunun nedeni, uzun yıllar çalışan hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerinin gelişmesi, maaş ve ek ödeneklerinin artması, mesleki unvan almaları ve uygun pozisyonlara terfi etmeleri olarak gösterilmektedir. Ayrıca, uzun yıllar çalışan hemşireler daha fazla özerkliğe sahip oldukları için çalışma ortamlarında daha iyi bireysel performans gösterirler (Shaheen ve diğ., 2021). Özellikle, deneyimli hemşireler, karar verme, iletişim becerisi, kriz yönetimi ve acil durumların ele alınması konusunda deneyimsiz veya yeni mezun hemşirelerden daha iyi performans gösterirler. Hemşirelerin çalışma becerisi ve düzeyi, deneyimle birlikte kademeli olarak gelişir. Bu bağlamda, deneyimli ve özerklik sahibi hemşirelerin bireysel performansı, deneyimsiz hemşirelerden daha yüksektir (Wu ve diğ., 2021).

Türkiye'de yapılan araştırmalar incelendiğinde, hizmetkar liderlik ve yenilikçi davranış (Kül ve Sönmez, 2021), personel ve kaynak yeterliliği, meslektaş dayanışması ve eğitim düzeyi (Sarıköse ve Göktepe, 2022), klinik liderlik, yaratıcı takım iklimi ve yapısal güçlendirme (Kuşçu Karatepe ve Türkmen, 2023), destekleyici çalışma ortamı (Yeşilyurt Sevim ve diğ., 2025) ile hemşirelerin bireysel performansları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu çalışmalarda, hemşirelerin mevcut çalışma ortamındaki bileşenler (liderlik, insan gücü, kaynak yeterliliği, iş yükü) hemşirelerin bireysel performansı ile ayrı ayrı incelenmiş, ancak olumlu çalışma ortamını oluşturan bileşenler bir bütün olarak incelenmemiştir. Bu bağlamda, hastanelerde olumlu çalışma ortamı ile hemşirelerin bireysel performansları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik literatürde bir boşluk olduğu söylenebilir.

2.7. HEMŞİRELİKTE TAKIM PERFORMANSI KAVRAMI

Takım performansı, bir takımın ortak hedeflere ulaşmak için sergilediği kolektif başarıdır (Wei ve diğ., 2024). Diğer bir tanımda ise sağlık hizmetlerinde takım performansı, iki veya daha fazla sağlık profesyonelinin, ortak sağlık hedefleri paylaşarak ve hasta bakımını değerlendirme, planlama veya uygulama konusunda fiziksel ve zihinsel çaba göstererek gerçekleştirdiği dinamik bir sürecin çıktısıdır (Xyrichis ve Ream, 2008). Takım performansının amacı, takımın toplam çıktı ve etkisini artırmaktır (Wang ve diğ., 2023). Takım performansı, görev performansı ve iş birliği memnuniyeti olmak üzere iki boyutu içerir. Görev performansı, takımın gerçek performans çıktısını ifade ederken, iş birliği ise takımın görev tamamlama konusundaki memnuniyetini ve gelecekte birlikte çalışmaya devam etme istekliliğini ifade eder (Majeed ve diğ., 2023).

Hackman'ın Takım Etkililiği Modeli'ne göre (Hackman, 1983), takım performansı, çalışma ortamının destekleyici ve güçlendirici olması (kaynak, yönetim desteği, adalet), takım süreçlerinin sağlıklı işlemesi (iş birliği, iletişim, rollerin netliği), çalışanların mesleki doyum ve gelişim yaşaması ile sağlanır. Takım etkililiğini sağlamak için çalışma ortamında beş koşulun sağlanması gerekmektedir. Bunlar; net görev dağılımı ve sorumlulukların paylaşılması, takımda ortak amaç birliğinin sağlanması, destekleyici yapının oluşturulması, iyi bir çalışma ortamının sağlanması ve takım iletişimini geliştirmedir. Modele göre bu koşulları sağlayan takımların performansı gelişmekte ve takımın gelecekte birlikte çalışma yeteneği ortaya çıkmaktadır (Wei ve diğ., 2024). Bir diğer takım performansı modeli de Salas'ın Takım Çalışması Çerçevesi'dir (Salas ve diğ., 2008). Bu model, hemşirelikte takım performansını değerlendirmek, ölçmek ve geliştirmek için tasarlanmıştır. Modelin temel süreçlerini, takım liderliği, karşılıklı performans izleme, destekleyici davranış, uyum sağlama ve takım yönelimi oluşturmaktadır. Hemşirelerin çalışma ortamı iyileştikçe, bu süreçlerin daha etkin işlediği belirtilmektedir. Olumlu çalışma ortamı, güvenli iletişim ve ortak bir zihinsel model yaratmaktadır. Bu ortam, Salas'ın tanımladığı takımın temel bileşenlerinin (liderlik, destek, uyum, karşılıklı izleme) sağlıklı çalışmasını sağlar. Bu sayede, hemşirelerin takım performansı yükselir ve olumlu sonuçlar elde edilir (Salas ve diğ., 2008).

Amerika'da Savunma Bakanlığı ve Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı iş birliği ile sağlık profesyonelleri için kanıta dayalı bir takım çalışması eğitim aracı olan ''Performansı ve Hasta Güvenliğini Artırmak için Takım Stratejileri ve Araçları'nı

(TeamSTEPPS)'' geliştirmiştir. TeamSTEPPS, hasta güvenliğini ve takım performansını artırmak için sağlık hizmetleri sunucularının ekip çalışması konusundaki bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmede kullanılan bir programdır (Dener ve Elçin, 2025). TeamSTEPPS, takım yapısı, iletişim, liderlik, durumsal farkındalık ve karşılıklı destek olmak üzere beş temel takım becerisine odaklanır. Kurumlarda değişimi kolaylaştırmak için TeamSTEPPS, üç aşamalı bir uygulama çerçevesi önermektedir (Hassan ve diğ., 2024). Değerlendirme aşaması olan ilk aşamada hemşire lider, hastalar için güvenli bir ortam sağlamak üzere ön saflarda çalışan hemşireler ile birlikte çalışacak "değişim ekibi"ni belirler. Planlama, eğitim ve uygulama aşaması olan ikinci aşamada, "değişim ekibi" TeamSTEPPS'i nasıl uygulayacaklarını öğrenmek için usta eğitmen eğitimine katılırlar. Bu ekip daha sonra, organizasyonun hazırlık durumuna ilişkin bir iç değerlendirme yapar ve iyileştirilmesi gereken kritik alanları belirleyerek bir eylem planı oluştururlar. Bu aşamanın ilerleyen bölümlerinde, "değişim ekibi" ön saflarda çalışan hemşireleri eğitir ve TeamSTEPPS araçlarını uygular. Son aşama olan sürdürülebilirlik aşamasında ise, takım çalışması davranışları ve araçları klinikle tamamen bütünleşir ve kalıcı hale gelir (Welsch ve diğ., 2018). Bu süreçte, TeamSTEPPS'in uygulanabilmesi ve örgütsel değişimin başarılı olabilmesi için hemşire liderin takım geliştirme konusunda pratik bilgiye sahip olması oldukça önemlidir (Yerköy Ateş ve Yıldırım, 2024).

Günümüz sağlık sisteminde hemşirelerin rolü genişletilmiş, nitelikli sağlık hizmetlerinin önemi artmaya devam etmiş, hasta beklentileri ve kişisel doyum gibi yeni kavramlar ortaya çıkmıştır. Buna rağmen, hemşire ve takım performansını iyileştirmek için yapılan yatırımlar yetersizdir (Paganin ve diğ., 2023). Sağlık kurumlarında en büyük çalışan grubunu oluşturan ve hastalarla en fazla zaman geçiren hemşirelerin performansı önemlidir. Bu hemşire insan gücünün kurumsal hedeflere ulaşmada ve işlerini daha etkili bir şekilde yerine getirmede takım performansı kilit rol oynamaktadır (Wafa'a ve diğ., 2020). Çalışan performansı, yönetsel müdahaleler yoluyla çalışanlar ve örgütsel faktörler arasındaki etkileşimlerle şekillenen sosyal bir süreç olduğundan, kurumlar yalnızca bireysel performansa değil, takım performansına da önem vermektedir. Hemşire takım performansının düşük olması, sadece takım gelişimini etkilemekle kalmaz. Aynı zamanda olumsuz hasta bakımına, hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin düşmesine ve hasta güvenliği için ciddi bir tehdit oluşmasına neden olur (Wei ve diğ., 2024). Baljoon ve diğ. (2018) tarafından hemşirelerin takım performansını artırabilecek örgütsel unsurlar belirlenmiştir. Bunlar; yetkilendirme, özerklik, bağlılık, denetim ve yönetim, işin niteliği, mesleki eğitim ve öğrenme fırsatları, destekleyici ilişkiler ve iletişim, koşullu

ödüller, ücret ve mali faydalar, eşitlik ve örgütsel adalet, terfi fırsatları ve olumlu çalışma ortamıdır.

Hemşireliğin zorlukları karmaşık olsa da, güçlü liderlik desteği, yaratıcılığı teşvik eden ve çalışanları yeterli kaynaklarla destekleyen bir çalışma ortamı ile aşılabilir. Olumlu çalışma ortamı, kaliteli hasta sonuçlarını ve takım performansını maksimuma çıkaran özelliktedir. Hemşire liderler, hasta bakımının kalitesini korumak için takım performansına ve mevcut çalışma ortamına odaklanılması gerektiğini ifade etmektedir (Connor ve diğ., 2018). Liderler, çalışanların gelişimini destekleyen düzenlemelerle olumlu bir çalışma ortamı yaratarak ve iyimser bir örgütsel iklim yaratarak takım performansını iyileştirmeye çalışabilirler. Saygı, güven ve açık iletişim değerlerine dayanan etkili liderlik uygulamaları, sadece yüksek kaliteli bakım sağlamak için değil, aynı zamanda hemşirelerin saygı ve değer gördüğü, iş doyumlarını ve kuruma bağlılıklarını korumalarına yardımcı olan kaliteli bir çalışma ortamı yaratmak için de çok önemlidir (Farghaly Abdelaliem ve Abou Zeid, 2023). Etkisiz liderlik uygulamaları, sağlık ve hemşirelik alanlarında giderek artan bir endişe kaynağı haline gelmekte ve hemşirelerin takım performansları üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır (Majeed ve diğ., 2023).

Hemşirelikte takım performansı, çalışma ortamındaki birçok faktörden etkilenebilir. Bunlardan en yaygın olanları takım uyumu veya takım çalışmasıdır. Ortak amaca bağlılık, ekip değerleri, hedefleri ve normları üzerinde uzlaşma derecesini ifade eden takım çalışmasının takım performansı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Chiu ve diğ., 2023). Yüksek kaliteli takım çalışması, ortak takım görevleriyle ilişkili yüksek takım performansı sonuçlarını destekler. Takım benzer bir performansa ulaştığında, hemşireler iş birliği deneyiminden memnun kalır ve gelecekteki iş birlikleri konusunda kendilerine güvenirler (Paganin ve diğ., 2023). Aynı zamanda takım çalışması, takım üyelerinin diğer üyelerle iş birliği yapmaya daha istekli olmalarını sağlayarak takım görevlerini ortaklaşa tamamlamalarını sağlar. Hemşirelik işinin her bir halkası, hemşireler arasında yakın iş birliğini gerektirir. Bunun temel nedeni, hemşirelerin öncelikle diğer hemşirelerle uyumlu ilişkiler kurmasını ve davranış tutarlılığını sağlamak için ortak çalışma prosedürleri ve standartları uygulamalarını gerektirir. Bu da, hasta bakım sürecinde görevlerin etkili bir şekilde yerine getirilmesini sağlar (Cho ve diğ., 2022). Bir takımda birlikte çok fazla zaman geçiren hemşireler için etkili iş birliği ve dayanışma, hastalara mümkün olan en iyi bakımı sağlamak ve optimum verimlilik elde etmek için oldukça önemlidir. Takım çalışmasına sahip yüksek uyumlu ekipler, daha samimi ve uyumlu kişilerarası ilişkilere

sahiptir. Bu durum, onları birbirlerinin olumlu davranışlarını öğrenmeye motive eder ve tüm ekibin performansının yükselmesine yol açar (Majeed ve diğ., 2023).

Hemşireler, hastalara bakmak ve onların hayatlarını korumak gibi mesleki görevlerini yerine getirmek için genellikle takım olarak çalışan özel ve profesyonel bir meslek örgütüdür (Wang ve diğ., 2023). Hastaya en iyi bakımı sunmak için takım üyeleri birlikte çalışmalı, iletişim kurmalı ve uygun şekilde koordinasyon sağlamalıdır. Hemşireler arasındaki takım performansının yüksek düzeyde olması için verimli ve güvenli bir çalışma ortamı gerekmektedir (Sonoda ve diğ., 2018). Hemşirelerin takım performansının değerlendirilmemesi ve çalışma ortamında bu performansı etkileyen bileşenlerin netleştirilmemesi hemşirelik hizmetlerinin kalitesini düşürür ve hasta güvenliğini tehlikeye atar. Bu bağlamda, hemşirelerin takım performansının değerlendirilmesi ve çalışma ortamında bu performansı etkileyen faktörlerin belirlenmesi hemşireler ve kurumlar için oldukça önemlidir.

2.7.1. Hemşirelerin Takım Performanslarına İlişkin Araştırma Sonuçları

Hemşirelerin takım performanslarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaların son yıllarda arttığı görülmektedir (Cho ve Han, 2018; Sonoda ve diğ., 2018; Rashkovits, 2019; Haruna ve diğ., 2022; Farghaly Abdelaliem ve Abou Zeid, 2023; Wei ve diğ., 2024; Yerköy Ateş ve Yıldırım, 2024). Çin'de Wei ve diğ. (2024) tarafından yapılan araştırmada, hemşirelikte çalışma ortamındaki iş birliği ve takım uyumu ile takım performansı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre, hemşireler arasındaki takım uyumu ve iş birliği ne kadar güçlü olursa, kişilerarası ilişkiler o kadar güçlü olur ve takım üyeleri uzun yıllar birlikte çalışırlar. Aynı zamanda, takım performansı, takıma aidiyet duygusu, rollerin ve hedeflerin tanınması da yüksek olur. Japonya'da ameliyathane hemşirelerinin takım performansının incelendiği araştırmada (Sonoda ve diğ., 2018), çalışma ortamındaki stres ile hemşirelerin takım performansı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ameliyathanede stres faktörleri genellikle çalışma ortamındaki zaman baskısı, iletişim çatışmaları ve artan iş yükünü içermektedir. Araştırma sonuçları, özellikle olumsuz çalışma ortamı özelliklerine bağlı gelişen zihinsel stresin hemşirelerin takım performansına olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir.

İsrail'de hemşireler üzerinde yapılan araştırmada (Rashkovits, 2019), çalışma ortamındaki iş yükü ile hemşirelerin takım performansı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Özellikle, performansı düşük ve iş yükü fazla takımlar, günlük iş yüklerine zar

zor yetişebildikleri için toplantı yapma veya problem çözme süreçlerine zaman ayıramamaktadırlar. Bundan dolayı, performanslarını düşüren iş süreçlerini değiştirmeye zaman ayıramadıkları için genellikle takım performansının düşüşü artarak devam etmektedir. Güney Kore'de yapılan diğer bir çalışmada (Cho ve Han, 2018) ise, hemşirelerin çalışma ortamı ve takım performansları arasında olumlu yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmada, yeterli personel ve kaynak sağlamak, hemşirelerin kişisel ve mesleki gelişimini desteklemek ve çalışanların sorumluluk almalarını sağlamak için yapılan kurumsal çabaların, hemşirelerin takım performansını artırdığı belirtilmektedir.

Hemşire liderlerin davranışları, çalışanlarda olumlu davranışların ve psikolojik koşulların ortaya çıkmasına neden olurken, toksik liderlik ise çalışanların olumlu davranışları ve performansları için bir tehdit oluşturur (Labrague ve diğ., 2020). Mısır'da hemşireler üzerinde yapılan araştırmada (Farghaly Abdelaliem ve Abou Zeid, 2023), örgütteki toksik liderlik ve hemşire sessizliği ile takım performansı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Araştırmada, açık iletişimi teşvik eden ve destekleyen olumlu bir çalışma ortamı yaratmanın örgüt kültüründeki toksik liderlik davranışlarını ortadan kaldırmadaki önemine vurgu yapılmıştır.

Sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı desteğin takım performansı üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Hemşirelerin birbirlerini desteklediği ve genellikle "destek davranışı" olarak adlandırılan karşılıklı destek, takım performansı için oldukça önemlidir. Takım performansı bileşenlerinden olan karşılıklı destek, takım üyelerinin birbirlerine yardım etme, geri bildirim sağlama ve alma, hasta güvenliği tehdit edildiğinde savunucu davranışlar sergileme gibi faaliyetlere katılımı olarak tanımlamaktadır. Japonya'da yoğun bakım hemşirelerinin takım performansları ve karşılıklı destekleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (Haruna ve diğ., 2022).

Ulusal literatür incelendiğinde, hemşirelerin takım performansını doğrudan inceleyen bir araştırmaya ulaşılamadı. Taşkıran Eskici ve Baykal (2021) tarafından yapılan araştırmada hemşirelikte takım çalışması algısı orta düzeyde bulundu. Yerköy Ateş ve Yıldırım (2024) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin takım çalışması algıları ile mesleki iş birliği ve iletişimleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bağlamda, Türkiye'deki hemşirelerin bireysel performansları ile birlikte takım performanslarını da kapsamlı ve doğrudan inceleyen bir araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

3.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Amacı ve Tasarımı

Araştırmanın ilk aşaması, hastanelerdeki olumlu çalışma ortamı özelliklerinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere HOÇOÖ'nün geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla metodolojik tasarımda gerçekleştirildi. Bu amaç doğrultusunda araştırma sorusu şöyledir: "Geliştirilecek olan HOÇOÖ, sağlık profesyonellerinin hastanelerde olumlu çalışma ortamı algısını belirlemek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?"

3.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın birinci aşamasının evrenini, İstanbul ilinde bulunan toplam beş hastanede (bir vakıf üniversitesi hastanesi, bir kamu üniversitesi hastanesi ve üç kamu eğitim ve araştırma hastaneleri) görev yapan sağlık profesyonelleri oluşturdu (N=5100). Ölçek geliştirme araştırmalarında, örneklem büyüklüğü ''100 (zayıf), 200 (orta), 300 (iyi), 500 (çok iyi) ve 1000 (mükemmel)'' olarak değerlendirilmektedir (Comrey ve Lee, 1992). Literatürde ölçekteki toplam madde sayısının en az 10 katı kişinin çalışmaya alınması yaygın bir kural olarak değerlendirilmektedir (Morgado ve diğ., 2017). Bu doğrultuda araştırmanın birinci aşamasında 53 madde olarak hazırlanan taslak ölçeğe göre en az 530 sağlık profesyoneline (53x10=530) ulaşmak hedeflendi. Gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen hastanelerde çalışan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 1062 (n_{AFA}=530, n_{DFA}=532) sağlık profesyoneli, araştırmanın birinci aşamasının örneklemini oluşturdu (n_{toplam}=1062) (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Araştırmanın birinci aşamasında kurum türüne göre yanıtlanma oranları (N=1062).

Kurum Türü	Sağlık Profesyoneli Sayısı	Evreni Temsil Oranı (%)	Örneklemi Oluşturan Sağlık Profesyoneli Sayısı	Örneklemi Temsil Oranı (%)	Yanıtlanma Oranı (%)
Vakıf Üniversitesi Hastanesi (n=1)	900	18	204	19	22,6
Kamu Üniversitesi Hastanesi (n=1)	1050	20	210	20	20
Kamu Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (n=3)	3150	62	648	61	20,5
Toplam	**5100**	**100**	**1062**	**100**	**20,8**

Örnekleme dahil etme kriterleri

- Belirlenen hastanelerde en az altı aydır çalışan sağlık profesyoneli (hekim, hemşire, ebe vb.) olma,
- Veri toplama sürecinde (Eylül-Aralık 2024) aktif olarak çalışma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

Örneklemden dışlanma kriterleri,

- Belirlenen hastanelerde sağlık profesyoneli dışında görev yapma,
- Belirlenen hastanelerde altı aydan daha az süredir çalışma,
- Veri toplama aracını eksik doldurma.

3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın birinci aşaması, İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir vakıf üniversitesi hastanesi, bir kamu üniversitesi hastanesi ve üç kamu eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, etik kurul (Ek-7) ve kurum izinleri (Ek-9) alındıktan sonra Eylül 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında toplandı.

3.1.4. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Toplama Araçları

Araştırmanın birinci aşamasında veri toplama aracı olarak "Tanıtıcı Bilgi Formu" (Ek-2), geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan "HOÇOÖ" (Ek-2) ve eşzaman geçerliği ile paralel form güvenirliğini değerlendirmek üzere "Güçlendirme Algısı Ölçeği-GAÖ" (Ek-2) kullanıldı.

3.1.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmanın birinci aşaması için araştırmacı ve danışman tarafından oluşturulan form (Ek-2), araştırma değişkenleri ile ilişkili olan sağlık profesyonellerinin bireysel (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum) ve çalışma özelliklerini (çalışılan birim, görev, kurumda ve meslekte çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, bir vardiyada minimum ve maksimum hizmet verilen hasta sayısı) içeren toplam 11 sorudan oluştu.

3.1.4.2. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği Taslağı

HOÇOÖ, ölçek geliştirmede temel ilkeler göz önünde bulundurularak literatür rehberliğinde üç aşamada geliştirildi (Boateng ve diğ., 2018; Carpenter, 2018). HOÇOÖ'nün geliştirilme süreci aşamaları Tablo 3.2'de sunuldu.

Tablo 3.2: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin geliştirilme aşamaları.

1. Aşama: Ölçek maddelerinin belirlenmesi		Literatür incelemesi sonucunda danışmanla birlikte 67 madde geliştirildi. Tez izlem komitesi üyelerinin görüşleri alındıktan sonra 59 maddelik taslak kapsam geçerliğine sunuldu.	
2. Aşama: Başlangıç aşaması		Kapsam (İçerik) Geçerliği (n=7 uzman)	Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)<0,80 olan altı madde taslak ölçekten çıkartıldı. Yüzey geçerliği aşaması için taslak ölçekte toplamda 53 madde yer aldı.
		Yüzey Geçerliği (n=30 sağlık profesyoneli)	Bu aşamada, ''Çalışma listeleri, çalışanların iş-yaşam dengesi esas alınarak hazırlanır'' maddesi, ''Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam dengesi göz önünde bulundurulur.'' olarak düzenlendi.
		Ölçeğin Uygulanması	Taslak ölçek belirlenen hastanelerdeki sağlık profesyonellerine uygulandı. (n_{AFA}=530, n_{DFA}=532)
3. Aşama: Ölçeğin psikometrik özelliklerinin değerlendirilme aşaması	**Geçerlik**	Açımlayıcı Faktör Analizi (n_{AFA}=530)	9 alt boyuta sahip toplam 53 maddeli ölçek yapısı belirlendi. %65 oranında varyans açıklama oranı elde edildi. Madde faktör yükü <0,35 olan bir madde çıkarıldı (Kalan 52 madde).
		Doğrulayıcı Faktör Analizi (n_{DFA}=532)	Uyum iyiliği indeksleri kabul edilebilir düzeyde bulundu. Bir maddenin faktör yükü <0,50 olduğundan ölçekten çıkartıldı (Kalan 51 maddenin β>0,50, R^2>0,3).
		Eşzaman Geçerliği (n_{AFA}=530, n_{DFA}=532)	Hem AFA (r=0,519) hem DFA (r=0,626) sonrasında yapılan analizlerde HOÇOÖ ve GAÖ puanları arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki saptandı (p<0,05).
		Yakınsak ve Iraksak Geçerliği (n_{DFA}=532)	DFA örnekleminde yapılan analizlerde yakınsak ve ıraksak geçerlik sağlandı (AVE>0,53, CR>0,75).
	Güvenirlik	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (n=1062)	Madde-toplam puan korelasyon katsayısı <0,5 ten küçük olan bir madde çalışmadan çıkartıldı. Böylece, taslak ölçekte 50 madde kaldı.
		Yarıya Bölme Yöntemi (n=1062)	50 maddelik ölçek ikiye bölündü ve iki bölüm arasındaki korelasyon değeri 0,813 ve güvenirlik katsayıları >0,80 bulundu.
		Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı (n=1062)	Alt boyutlara ait Cronbach alpha katsayılarının 0,72-0,92 arasında olduğu, taslak ölçek toplam Cronbach alpha katsayısının ise 0,967 olduğu belirlendi.
		Paralel Form Güvenirliği (n=1062)	HOÇOÖ ile GAÖ arasındaki korelasyon değeri 0,574 bulunmuş olup pozitif ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı (p<0,05).
		Test–Tekrar Test Güvenirliği (n=133)	15 günlük ara ile gerçekleştirilen iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05). Sınıf içi korelasyon katsayı (ICC) değeri 0,98 bulundu ve anlamlı korelasyon saptandı (p<0,05).

Ölçek maddelerinin oluşturulması: Madde havuzu oluşturmada tümdengelim yöntemi kullanıldı. Tümdengelim yönteminde, kapsamlı literatür incelemesi yapılmakta, mevcut ölçeklere ve araştırma konusu ile ilgisi olan diğer kaynaklara dayalı taslak ölçek maddeleri oluşturulmaktadır (Boateng ve diğ., 2018). Araştırmanın metodolojik tasarımındaki ilk aşamasında HOÇOÖ'nün geliştirilmesi amacıyla tümdengelim yöntemi kullanılarak taslak

ölçeğin madde havuzu oluşturuldu. Bu doğrultuda kapsamlı literatür incelemesi yapılarak olumlu çalışma ortamı ile ilgili modeller, bu konu hakkında yapılan araştırmalar ve daha önce geliştirilen çalışma ortamı ölçekleri incelendi (Aiken ve Patrician, 2000; Lake, 2002; Türkmen ve diğ., 2011; Connor ve diğ., 2018; Kocaman ve diğ., 2018; Maassen ve diğ., 2021; Chang ve diğ., 2022; McClain ve diğ., 2022; Sarıköse ve Göktepe, 2022; Lake ve diğ., 2024). ICN'in ''Olumlu Çalışma Ortamı'' Bilgi Sayfası'na (ICN, 2007) göre, olumlu çalışma ortamı bileşenlerini; kurumun iş sağlığı, güvenliği ve sağlıklı yaşam politikaları, etkili yönetim ve liderliği yansıtan kurumsal iklim, destek ve denetim, adil ve yönetilebilir iş yükü, çalışanların karar alma süreçlerine katılımı, açık iletişim ve şeffaflık, yeterli ekipman, malzeme ve destek personeline erişim, sağlıklı iş-yaşam dengesi, eşit fırsat ve muamele, mesleki gelişim ve kariyer ilerlemesi için fırsatlar, özerklik ve uygulamalar üzerinde kontrol sahibi olma, tanıma programları, ücret politikaları ve sosyal haklar oluşturmaktadır. Bu bileşenler esas alınarak, HOÇOÖ'nün ölçek maddeleri geliştirildi. Ölçek maddelerinin oluşturulmasında ise her bir maddenin tek yargı içermesine, maddelerin açık ve anlaşılır olmasına özen gösterildi. Ölçekteki üç madde olumsuz ifade içermekte ve ters kodlanmaktadır (9., 10. ve 11. maddeler) (Ek-2). Sağlık profesyonellerinin uzun maddeler içeren veri toplama araçlarını yanıtlamaya istekli olmaması, çalıştıkları ortamlarda zaman baskısı ve yoğun iş yükü yaşamaları nedeniyle taslak ölçeğin 45-50 madde arasında olması planlandı. Bu doğrultuda madde havuzunu oluşturan 67 madde, tez izlem komite üyeleri ile dil bilgisi kurallarına uygunluğu ve anlaşılabilirliği de içerecek şekilde tartışılarak 59 maddeye indirgendi. Bu aşama, yaklaşık 18 ay (Haziran 2022-Aralık 2023) sürdü. Boateng ve diğ. (2018), bir ölçek maddesine verilecek yanıtlar için 5'li yanıt seçeneklerini tavsiye etmektedir. Danışman ve araştırmacı tarafından literatürdeki ölçeklerde kullanılan Likert tipleri incelendi ve geliştirilecek ölçeğin yapısına uygunluğu değerlendirilerek maddelerin 5'li Likert tipinde (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) yanıtlanmasına karar verildi. Ölçekten alınan puanın artmasının, sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı algılarının yüksek, puanın azalmasının ise olumlu çalışma ortamı algılarının düşük olduğunu belirtecek şekilde değerlendirilmesi planlandı.

Kapsam (İçerik) Geçerliği: HOÇOÖ taslağının kapsam geçerliği danışman ve araştırmacı tarafından belirlenen hemşirelik alanından altı akademisyen ve bir hemşire yönetici olmak üzere toplam yedi uzmandan görüş alınarak yapıldı. Uzman görüşü değerlendirme süreci yaklaşık üç ay (Ocak 2024-Mart 2024) sürdü. Bu aşamada uzmanlar taslak ölçek maddelerinin

gerekliliğini, anlaşılabilirliğini ve dil özelliklerini değerlendirdi. Bu doğrultuda, 59 maddeli taslak ölçek uzmanların değerlendirmesine sunuldu. Taslak ölçeğin kapsam geçerliği Davis tekniği ile değerlendirildi. Davis tekniğinde 5-20 arasında uzman görüşü alınması önerilmektedir. Bu tekniğe göre uzmanlar ölçek maddesini "4=Uygun", "3=Madde hafifçe gözden geçirilmeli", "2=Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "1=Madde uygun değil" şeklinde 4'lü Likert ile derecelendirdi. Ayrıca, uzmanlardan taslak ölçeği oluşturan her bir madde için ek önerilerini iletmeleri istendi. Bu doğrultuda uzmanların maddelerin daha iyi ifade edilmesi için önerileri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapıldı. Maddeleri "4=Uygun" ve "3=Madde hafifçe gözden geçirilmeli" seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölündüğünde o maddeye ilişkin "KGİ" elde edilmektedir. Bu değerin 0,80 olması ise kapsam geçerliği için kabul edilebilir düzey olarak belirtilmektedir (Alpar, 2022). Bu bağlamda taslak ölçekteki (59 madde) KGİ<0,80 olan 6 madde taslak ölçekten çıkartıldı. Ölçekten maddeler çıkarıldıktan sonra toplam KGİ 0,95 hesaplandı. Ölçekte kalan 53 maddenin KGİ değeri 0,80 ile 1,00 arasında yer almakta ve toplam ölçek KGİ değeri de 0,92 olarak hesaplandı (Tablo 3.3). Bu doğrultuda HOÇOÖ'nün (taslak ölçek) kapsam geçerliği sağlandı.

Tablo 3.3: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin (taslak) madde kapsam geçerlik indeksi (KGİ) (N=7).

Madde Numarası	Maddeye "Uygun veya Hafifçe Gözden Geçirilmeli" diyen Uzman Sayısı	KGI	Sonuç (Kabul–Ret)
1	6	0,86	Kabul
2	6	0,86	Kabul
3	7	1,00	Kabul
4	6	0,86	Kabul
5	6	0,86	Kabul
6	7	1,00	Kabul
7	7	1,00	Kabul
8	7	1,00	Kabul
9	7	1,00	Kabul
10	7	1,00	Kabul
11	7	1,00	Kabul
12	7	1,00	Kabul
13	7	1,00	Kabul
14	7	1,00	Kabul
15	7	1,00	Kabul
16	7	1,00	Kabul
17	7	1,00	Kabul
18	5	0,71	**Ret**

Tablo 3.3 (devam): Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin (taslak) madde kapsam geçerlik indeksi (KGİ) (N=7).

Madde Numarası	Maddeye "Uygun veya Hafifçe Gözden Geçirilmeli" diyen Uzman Sayısı	KGI	Sonuç (Kabul–Ret)
19	7	1,00	Kabul
20	6	0,86	Kabul
21	7	1,00	Kabul
22	6	0,86	Kabul
23	7	1,00	Kabul
24	6	0,86	Kabul
25	6	0,86	Kabul
26	7	1,00	Kabul
27	6	0,86	Kabul
28	6	0,86	Kabul
29	7	1,00	Kabul
30	7	1,00	Kabul
31	4	0,57	**Ret**
32	6	0,86	Kabul
33	5	0,71	**Ret**
34	7	1,00	Kabul
35	7	1,00	Kabul
36	6	0,86	Kabul
37	7	1,00	Kabul
38	6	0,86	Kabul
39	7	1,00	Kabul
40	7	1,00	Kabul
41	7	1,00	Kabul
42	7	1,00	Kabul
43	7	1,00	Kabul
44	7	1,00	Kabul
45	6	0,86	Kabul
46	6	0,86	Kabul
47	6	0,86	Kabul
48	7	1,00	Kabul
49	5	0,71	**Ret**
50	6	0,86	Kabul
51	7	1,00	Kabul
52	7	1,00	Kabul
53	6	0,86	Kabul
54	5	0,71	**Ret**
55	6	0,86	Kabul
56	6	0,86	Kabul
57	7	1,00	Kabul
58	5	0,71	**Ret**
59	6	0,86	Kabul
HOÇOÖ-Toplam		**0,92**	

HOÇOÖ: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği, KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

Yüzey Geçerliği: Carpanter (2018), bir ölçeğin geliştirilmesi aşamasında yapılacak yüzey geçerliğinde 5-100 arasında katılımcıya uygulama yapılması gerektiğini belirtmektedir. Bu doğrultuda HOÇOÖ taslağı, örnekleme dahil edilmeyen ve örneklem grubu ile benzer özelliklere sahip toplamda 30 sağlık profesyoneline uygulandı. Sağlık profesyonellerinden

ölçek maddelerini anlaşılırlık açısından değerlendirmeleri ve geri bildirim vermeleri istendi. Geri bildirimler doğrultusunda ‘‘Çalışma listeleri, çalışanların iş-yaşam dengesi esas alınarak hazırlanır’’ maddesi, ‘‘Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam dengesi göz önünde bulundurulur.’’ olarak değiştirildi.

Ölçeğin Uygulanması*:* Oluşturulan taslak ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması amacıyla, madde sayısının (53 madde) en az 10 katı çalışana ulaşacak şekilde belirlenen hastanelerdeki sağlık profesyonellerine uygulandı (n_{AFA}=530, n_{DFA}=532: n_{toplam}= 1062).

Yapı Geçerliği: Yapı geçerliğini belirlemek için 53 maddeden oluşan HOÇOÖ taslağı belirlenen örneklem grubuna uygulandı. Açımlayıcı faktör analizinin (AFA) örneklemini 530 sağlık profesyoneli oluşturdu (n_{AFA}=530). AFA öncesinde analizin uygulanabilirliğini değerlendirmek için veri setine Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testleri uygulandı. Taslak ölçeğin faktör yapısının belirlenmesinde Temel Bileşenler Analizi ve Varimax döndürme yöntemi, faktör sayının belirlenmesinde ise özdeğer yöntemi ve açıklanan varyans oranı kullanıldı. Gerçekleştirilen AFA sonrasında 9 boyut ve %65,09 açıklanan varyans oranı elde edildi. Ölçeğin faktör yükü değeri güncel literatür dikkate alınarak kabul düzeyi en az 0,35 olarak ele alındığından taslak ölçekten bir madde (29. madde) çıkarıldı (Alpar, 2022). AFA’da elde edilen taslak ölçek yapısının (52 madde, 9 alt boyut) doğruluğunu belirlemek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapıldı. DFA’nın örneklem grubunu 532 sağlık profesyoneli oluşturdu (n_{DFA}=532). DFA’da ölçek faktör yükleri ve madde anlamlılığı incelendi. Güncel literatür dikkate alındığında DFA’da madde faktör yükü ve R^2 değeri belirtilen sınırların altında kaldığı için taslak ölçekten bir madde çıkartıldı (5. madde) (Hair ve diğ., 2019). Eşzaman geçerliği için taslak ölçeğin AFA ve DFA örneklemleri ile birlikte Roller (1999) tarafından geliştirilen ve Öztürk (2010) tarafından Türkçeye uyarlanan Güçlendirme Algısı Ölçeği (GAÖ) uygulandı ve aralarındaki korelasyon hesaplandı. Son olarak, yakınsak ve ıraksak geçerliği sağlamak için DFA örneklem grubunun AVE ve CR değerleri hesaplandı.

Güvenirlik: HOÇOÖ taslağının analizlerinde kullanılan AFA ve DFA örneklemleri, aynı kurumlardan seçilmiş homojen alt örneklemler olduğundan birleştirilerek tek bir örneklem oluşturuldu ve güvenirlik analizleri bu örneklem üzerinden gerçekleştirildi (n=1062). Yapı geçerliğinin AFA ve DFA aşamalarında sağlanmış olması ve örneklemlerin de homojen olması koşuluyla, güvenirlik analizlerinin toplam örneklem üzerinden gerçekleştirilmesi yöntemsel

açıdan uygun ve bilimsel olarak tutarlı kabul edilmektedir (DeVellis, 2017). AFA ve DFA gruplarının aynı kurumlardan elde edilip edilmediğini incelemek amacıyla araştırmanın başlangıcında Ki-kare analizi ve Mann–Whitney U testleri uygulandı. Yapılan analizler sonucunda AFA ve DFA örneklem gruplarının homojen olduğu ve aynı kurumlardan seçildiği belirlendi. Örnekleme kuramına göre, örneklem büyüklüğünün artması çalışmanın evreni temsil etme gücünü artıran temel faktörlerden biridir (Hair ve diğ., 2019). Bu doğrultuda, AFA ve DFA aşamalarında kullanılan alt örneklemlerin yapısal tutarlılığı ve homojenliği doğrulandıktan sonra, araştırma sonuçlarının evrene genellenebilirliğini artırmak amacıyla verilerin birleştirilmesine karar verildi. Bu birleştirme ile örnekleme hatası, önerilen standart ±5 hata payı düzeyinden ±3 hassasiyet düzeyine düşürüldü. Ayrıca, örneklem büyüklüğünün artırılmasıyla analizlerde istatistiksel güç maksimize edildi ve Tip II hata yapma riski en aza indirildi (DeVellis, 2017).

Güvenirlik analizlerinde madde-toplam puan korelasyonu, ölçek ve boyutlara ilişkin Cronbach alpha katsayısı, yarıya bölme (split-half) yöntemi, test-tekrar test yöntemi ve paralel form güvenirliği uygulandı. HOÇOÖ'nün madde-toplam puan korelasyonlarında 31. maddenin, korelasyon katsayısı 0,50'den küçük olduğu (<0,50) belirlenip taslak ölçekten çıkartıldı (Boateng ve diğ., 2018). Bu bağlamda taslak ölçekte toplamda 50 madde kaldı (Ek-3). HOÇOÖ, Cronbach alpha katsayısı 0,967 olarak bulundu. Taslak ölçek alt boyutlarının Cronbach alpha katsayıları ise *0,740-0,925* arasında bulundu. Taslak ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılan yöntemlerden biri de yarıya bölme yöntemidir. Bu yöntemde, ölçeğin ilk yarısının Cronbach alpha katsayısı 0,938, ikinci yarısının Cronbach alpha katsayısı ise 0,948 olarak bulundu. Test-tekrar test yönteminde HOÇOÖ taslağının zamana göre değişmezliğini (kararlılığını) belirlemek için DFA örnekleminin en az %25'ine iki hafta ara ile ölçek uygulandı (n=133 sağlık profesyoneli). İki ölçüm arasındaki istatistiksel farklılığı analiz etmek için bağımlı örneklem t testi ve grup içi korelasyon katsayıları (ICC) hesaplandı. HOÇOÖ taslağının paralel form güvenirliğini belirlemede ve eşzaman geçerliğinde de uygulanan Güçlendirme Algısı Ölçeği (GAÖ) kullanıldı.

3.1.4.3. Güçlendirme Algısı Ölçeği (GAÖ)

Roller tarafından (1999) tarafından geliştirilen ve Öztürk (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek, araştırmanın birinci aşamasında ve HOÇOÖ taslağı ile aynı zamanda uygulandı. 13 madde ve üç alt boyuttan oluşan GAÖ'de katılım, sorumluluk ve otonomiyi değerlendiren ifadeler yer almaktadır. Ölçek 5'li Likert (1=Kesinlikle katılmıyorum,

5=Kesinlikle katılıyorum) olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekte olumsuz ifade içeren madde yer almamaktadır (Öztürk, 2010). Ölçekten alınan puanın artması çalışanın kendini güçlü algıladığını göstermektedir. Orijinal ölçeğin (Roller, 1999) Cronbach alpha katsayısı 0,816, Türkçe uyarlamasının ise (Öztürk, 2010) ise 0,817 bulunmuştur. Bu araştırmada, ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,862 bulundu.

3.1.5. Araştırmanın Birinci Aşamasının Veri Analizi

Ölçek geliştirmeyi içeren araştırmanın birinci aşamasının veri analizinde SPSS 30.0 (IBM® SPSS® Corp, Armonk, New York), *JASP* ve *R programı* kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analiz yöntemleri Tablo 3.4'te verildi. Veri toplama araçlarında eksik doldurulan 32 veri analize alınmadı. Kayıp verilerde ortanca değer ataması yapıldı. Elde edilen tüm veriler %5 anlamlılık düzeyinde analiz edildi ve değerlendirildi.

Tablo 3.4: Araştırmanın birinci aşamasındaki verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler.

İncelenen Özellik	**Kullanılan Analiz Yöntemi**
Normallik değerlendirmesi	Kolmogorov-Smirnov normallik testi
Kayıp veri ataması	Ortanca
Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	Frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum
Kapsam geçerliği	Davis tekniği
Verilerin faktör analizine uygunluğu	Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett küresellik testi
Yapı geçerliği	Açımlayıcı faktör analizi Doğrulayıcı faktör analizi Eşzaman geçerliği Yakınsak ve ıraksak geçerliği
Taslak ölçek alt boyutlarının belirlenmesi	Yamaç grafiği, özdeğer
İç tutarlık	Madde toplam puan analizi Cronbach alpha katsayısı
Yarıya bölme yöntemi	Gutmann Split Half katsayısı Spearman Brown katsayısı
Eşzaman geçerliği ve paralel form güvenirliği	Pearson korelasyon analizi
Zamana karşı değişmezlik	Test-tekrar test yöntemi Bağımlı örneklem T testi
AFA ve DFA grup homojenliği	Ki Kare analizi Mann Whitney U testi

3.1.6. Araştırmanın Birinci Aşamasının Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan izin alındı (Tarih: 01.12.2022, Karar No: 2022.408.IRB3.186) (Revize tarih: 30.10.2023) (Ek-7). Ayrıca araştırmanın birinci aşamasının uygulanabilmesi için belirlenen hastane yönetimlerinden ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izinler alındı (Ek-9). Veriler, etik kurul izni ve kurum izinleri alındıktan sonra toplandı. Araştırmanın birinci aşamasında kullanılan GAÖ'nün kullanım izni için Türkçe'ye uyarlayan yazardan e-posta ile izin alındı (Ek-6). Araştırmanın veri toplama araçları sağlık profesyonellerine uygulanmadan önce araştırma hakkında bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu (Ek-1) imzaladı. Veri toplama araçları, kapalı bir zarfa konularak sağlık profesyonellerine dağıtıldı ve doldurduktan sonra zarfa koyarak kapatmaları istendi. Kapalı zarflar araştırmacı tarafından geri alındı.

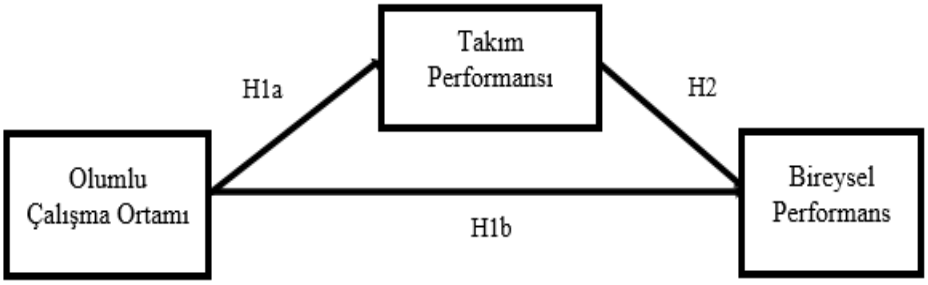
3.1.7. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sınırlılıkları

Ölçek geliştirmeyi içeren bu aşamanın sınırlılıkları şöyle özetlenebilir. Araştırmanın örneklemini, üçüncü basamak hastaneler oluşturdu, ancak örneklemde yalnızca bir özel/vakıf hastanesi yer aldı, araştırma daha çok kamu hastanelerinde gerçekleştirildi. Kamu kurumlarında çalışan sağlık profesyonellerinin diğerlerine göre daha fazla sayıda olması sonuçlar üzerinde etkili olabilir. Bununla birlikte, hastanelerdeki hizmet yoğunluğundan dolayı sınırlı sayıda sağlık profesyoneline ulaşıldı. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılan örneklemin büyük çoğunluğunu (sayısal çoğunlukları nedeniyle beklenmesine karşın) hemşirelerin oluşturması diğer sağlık profesyonellerinin temsiliyeti açısından sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

3.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI

3.2.1. Araştırmanın İkinci Aşamasının Amacı ve Tasarımı

Araştırmanın ikinci aşaması, hemşirelerde olumlu çalışma ortamının bireysel ve takım performansı ile ilişkisini, bu ilişkide takım performansının aracı rolünü belirlemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmanın hipotez modeli (Şekil 3.1) ve hipotezleri şu şekilde belirlendi:



Şekil 3.1: Araştırmanın ikinci aşamasının hipotez modeli.

İkinci aşamanın hipotezleri:

Hipotez 1 (H1). Hastanelerde olumlu çalışma ortamı, hemşirelerin (a) takım performansını ve (b) bireysel performansını etkiler.

Hipotez 2 (H2). Hemşirelerin takım performansı, bireysel performanslarını etkiler

Hipotez 3 (H3). Hastanelerde olumlu çalışma ortamı ile hemşirelerin bireysel performansı ilişkisinde takım performansı aracı roldedir.

İkinci aşamanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri:

- ***H1***'de olumlu çalışma ortamı bağımsız değişken, takım performansı ve bireysel performans bağımlı değişkendir.
- ***H2***'de takım performansı bağımsız değişken, bireysel performans bağımlı değişkendir.
- ***H3***'te olumlu çalışma ortamı bağımsız değişken, takım performansı aracı değişken ve bireysel performans bağımlı değişkendir.

3.2.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesi hastanesi, bir kamu eğitim araştırma hastanesi ve bir şehir hastanesi olmak üzere toplam üç hastanede çalışan hemşireler oluşturdu (N=1900). Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak %95 güven aralığı ve %5 hata ile örneklemin en az 320 hemşireden oluşması gerektiği hesaplandı. Bu bağlamda gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen kurumlarda çalışan ve örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 550

hemşire araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini oluşturdu (n=550). Kurum türüne göre yanıtlanma oranları Tablo 3.5'te sunuldu.

Tablo 3.5: Araştırmanın ikinci aşamasında kurum türüne göre yanıtlanma oranları (N=550).

Kurum Türü	Hemşire Sayısı	Evreni Temsil Oranı (%)	Örneklemi Oluşturan Hemşire Sayısı	Örneklemi Temsil Oranı (%)	Yanıtlanma Oranı (%)
Vakıf Üniversitesi Hastanesi	650	34	210	38	32,3
Kamu Eğitim ve Araştırma Hastanesi	450	24	152	28	33,7
Şehir Hastanesi	800	42	188	34	23,5
Toplam	**1900**	**100**	**550**	**100**	**29**

Örnekleme dahil etme kriterleri

- Belirlenen hastanelerde en az altı aydır çalışan hemşire olma,
- Veri toplama sürecinde (Nisan-Haziran 2025) aktif çalışma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

Örneklemden dışlanma kriterleri

- Belirlenen hastanelerde altı aydan daha az sürede çalışan hemşire olma,
- Veri toplama aracını eksik doldurma

3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın ikinci aşaması, İstanbul ilinde bulunan bir vakıf üniversitesi hastanesi, bir kamu eğitim araştırma hastanesi ve bir şehir hastanesi olmak üzere toplamda üç hastanede gerçekleştirildi. Bu aşamada vakıf, kamu ve şehir hastanelerinin yer alması sağlanarak kurum çeşitliliği sağlandı. Araştırmanın ikinci aşamasındaki veriler etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan izin alındıktan sonra Nisan-Haziran 2025 tarihleri arasında toplandı.

3.2.4. Araştırmanın İkinci Aşamasının Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ikinci aşamasında veri toplama aracı olarak "Tanıtıcı Bilgi Formu" (Ek-5), geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan "HOÇOÖ" (Ek-5), "TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği (TÇAÖ)" (Ek-5) ve "Görev Performansı Ölçeği (GPÖ)" (Ek-5) kullanıldı.

3.2.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmanın ikinci aşamasında araştırmacı ve danışman tarafından oluşturulan bu formda (Ek-5), araştırma değişkenleri ile ilişkili olan hemşirelerin bireysel (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum) ve çalışma özelliklerini (çalışılan birim, görev, kurumda ve meslekte çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, bir vardiyada minimum ve maksimum hizmet verilen hasta sayısı) içeren 11 soru yer aldı.

3.2.4.2. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği (HOÇOÖ)

Hastanelerde olumlu çalışma ortamı özelliklerinin belirlenmesinde araştırmanın birinci aşamasında geliştirilerek geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan HOÇOÖ kullanıldı. Ölçek dokuz boyut ve toplam 50 maddeden oluşan oluşmaktadır. Ölçek boyutları ve yer alan madde sayısı şöyledir: "Etkili İletişim ve İş Birliği" (7 madde), "Yönetsel ve Kurumsal Destek" (9 madde), "İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi" (8 madde), "Kariyer ve Mesleki Gelişim" (7 madde), "İnsan Gücü Yeterliliği" (8 madde), "İş Yükü" (3 madde), "Otonomi" (3 madde), "Sosyal Haklar" (2 madde) ve "Ücret Politikaları" (3 madde). Ölçekteki "İş Yükü" alt boyutunda bulunan maddeler (40., 41. ve 42. maddeler) olumsuz ifade içermekte ve ters kodlanmaktadır (Ek-5). Ölçeğin güvenirlik analizlerinde Cronbach alpha katsayısı 0,967, alt boyutlarda ise 0,720-0,925 arasında bulundu. Araştırmanın ikinci aşamasında ise, ölçeğin toplam Cronbach alpha katsayısı 0,961, alt boyutlarda ise 0,816-0,925 arasında bulundu.

3.2.4.3. TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği (TÇAÖ)

Bu araştırmada hemşirelerin takım performansını değerlendirmek için TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği (TÇAÖ) kullanıldı. Battles ve King (2010) tarafından geliştirilen ölçek Yerköy Ateş ve Yıldırım (2024) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, takım yapısı, liderlik, durum izleme, karşılıklı destek ve iletişim olmak üzere beş boyut ve toplam 35 maddeden oluşmaktadır. 5'li Likert (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) olarak derecelendirilmektedir. Ölçekte olumsuz ifade içeren madde yer almamaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi takım çalışması algısının veya takım performansının yüksek olduğunu, düşük çıkması ise takım çalışması algısının veya takım performansının düşük olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçekte alt boyutların Cronbach alpha katsayıları 0,880-0,950 arasında bulunmuştur (Battlers ve King, 2010). Türkçe uyarlamasında

ise (Yerköy Ateş ve Yıldırım, 2024) Cronbach alpha katsayısı ölçek toplamında 0,930, alt boyutlarda ise 0,910-0,940 arasında belirlenmiştir. Bu araştırmada ise toplam ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,971, alt boyutlarda ise 0,886-0,942 arasında bulundu.

3.2.4.4. Görev Performansı Ölçeği (GPÖ)

Hemşirelerin görev performansının belirlenmesinde Goodman ve Svyantek (1999) tarafından geliştirilen ve Kül ve Sönmez (2021) tarafından Türkçeye uyarlanan Görev Performansı Ölçeği (GPÖ) kullanıldı. Ölçek tek boyut ve 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 7'li Likert (1=Kesinlikle katılmıyorum, 7=Kesinlikle katılıyorum) olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekte olumsuz ifade içeren madde yer almamaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması çalışanın bireysel performansını yüksek değerlendirdiğini, düşük çıkması ise bireysel performansını düşük değerlendirdiğini göstermektedir. Orijinal ölçekte Cronbach alpha katsayısı 0,930 (Goodman ve Svyantek, 1999), Türkçe uyarlamasında (Kül ve Sönmez, 2021) 0,940 bulunmuştur. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,924 bulundu.

3.2.5. Araştırmanın İkinci Aşamasının Veri Analizi

Araştırmanın ikinci aşamasının veri analizinde SPSS 30.0 (IBM® SPSS® Corp, Armonk, New York) ve *JASP* programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analiz yöntemleri Tablo 3.6'da sunuldu. Veri toplama aracında eksik doldurulan 30 veri analize dahil edilmedi. Kayıp verilerde ortanca değer ataması yapıldı. Araştırmanın bu aşamasında hipotez modeli ve değişkenler arasındaki ilişki Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile test edildi. Modelin etkileri ve istatistiksel anlamlılığı için Bootstrap (2000 örneklem) yöntemi kullanıldı.

Tablo 3.6: Araştırmanın ikinci aşamasındaki verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler.

İncelenen Özellik	**Kullanılan Analiz Yöntemi**
Normallik değerlendirmesi	Çarpıklık ve basıklık katsayıları
Kayıp veri ataması	Ortanca
Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve ölçeklere ait tanımlayıcı özellikler	Frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum
Uyum iyiliği değerlendirmesi	χ^2/df, CFI, GFI, NNFI, TLI, NFI, IFI, RMSEA, SRMR
Yapı geçerliği	Doğrulayıcı faktör analizi, Ortalama açıklanan varyans (AVE), birleşik güvenirlik (CR), maksimum paylaşılan varyans (MSV)
İç tutarlık güvenirliği	Cronbach alpha katsayısı, madde-toplam puan korelasyonu
Değişkenler arası ilişki	Pearson korelasyon analizi
Hipotez testi	Yapısal eşitlik modeli (YEM)
Aracılık etkisi	Bootstrap yöntemi (2000 örneklem) ile dolaylı etki analizi

3.2.6. Araştırmanın İkinci Aşamasının Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan izin alındı (Tarih: 30.01.2025, Karar No: 2025.047.IRB3.014) (Ek-8). Ayrıca araştırmanın ikinci aşamasının uygulanabilmesi için belirlenen hastane yönetimlerinden ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izinler alındı (Ek-10). Veriler, etik kurul izni ve kurum izinleri alındıktan sonra toplandı. Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılan TÇAÖ ve GPÖ'yü Türkçeye uyarlayan yazarlardan e-posta ile araştırmada ölçeklerin kullanımı için izin alındı (Ek-6). Araştırmanın veri toplama araçları hemşirelere uygulanmadan önce araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya katılanlar Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu (Ek-4) imzaladı. Veri toplama araçları, kapalı bir zarfa konularak hemşirelere dağıtıldı ve doldurduktan sonra zarfa koyarak kapatmaları istendi. Kapalı zarflar araştırmacı tarafından geri alındı.

3.2.7. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sınırlılıkları

Kesitsel ve ilişki arayıcı bu aşamanın sınırlılıkları şöyle özetlenebilir. Araştırmanın kesitsel tasarımda yürütülmüş olması, değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesine olanak tanımakla birlikte nedensel çıkarımların yapılmasını sınırlandırmaktadır. Olumlu çalışma ortamı, takım performansı ve bireysel performans arasındaki ilişkiler aynı zaman diliminde ölçülmüş olup, zaman içerisindeki değişimi değerlendirilememiştir. Araştırmanın örneklemi İstanbul'da bulunan hastanelerde görev yapan hemşirelerle sınırlıdır. Her ne kadar vakıf, kamu ve şehir hastanelerinin araştırmaya dahil edilmesiyle kurumsal çeşitlilik sağlanmış olsa da elde edilen bulguların Türkiye genelindeki tüm hemşirelere genellenmesi sınırlıdır. Ayrıca örneklemin gelişigüzel yöntemle belirlenmiş olması, örneklemin evreni temsil gücünü kısmen sınırlayabilir. Araştırma için yeterli veri sayısı olsa da kurumlardaki yanıtlanma oranının az olması diğer bir sınırlılığı oluşturmaktadır. Hemşireler, veri toplama aracında bulunan üç ölçeğin toplamdaki madde sayılarını uzun bulmaları nedeniyle doldurmada zorluk yaşadılar veya istekli davranmadılar. Bu durumu azaltmak ve çoğu hemşireye ulaşmak için araştırmacı kurumlara çok sayıda ziyaret gerçekleştirdi.

4. BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde, geliştirilen HOÇOÖ'nün geçerlik (AFA, DFA, eşzaman geçerliği, yakınsak ve ıraksak geçerliği) ve güvenirlik (Madde-Toplam puan korelasyonu, yarıya bölme (split-half) yöntemi, Cronbach alpha katsayısı, paralel form güvenirliği ve test-tekrar test yöntemi) analizlerine ait bulgular sunuldu.

4.1.1. AFA ve DFA Örnekleminde Yer Alan Sağlık Profesyonellerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci aşamasının AFA örneklemini 530 sağlık profesyoneli oluşturdu (N_{AFA}=530). AFA örneklemine katılan sağlık profesyonellerinin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de sunuldu.

Tablo 4.1: Açımlayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin kişisel özellikleri (N_{AFA}=530).

Değişken	Alt Grup	AFA Grubu			
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±Ss	Ortanca (Min- Mak)
Yaş	25 Yaş ve Altı	135	%25,5	29,29±6,02	27 (21-59)
	26 – 30 Yaş	254	%47,9		
	31 Yaş ve Üzeri	141	%26,6		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Cinsiyet	Kadın	415	%78,3		
	Erkek	115	%21,7		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	25	%4,7		
	Ön Lisans	28	%5,3		
	Lisans	402	%75,8		
	Yüksek Lisans	65	%12,3		
	Doktora	10	%1,9		
	Toplam	**530**	**%100**		
Medeni Durum	Evli	193	%36,4		
	Bekar	337	%63,6		
	Toplam	**530**	**%100**		

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

AFA örnekleminde yer alan 530 sağlık profesyonelinin kişisel özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin yaş ortalamalarının 29,29±6,02 olduğu, %78,3'ünün (n=415) kadın, %75,8'inin (n=402) lisans mezunu ve %63,6'sının (n=337) bekar olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Açımlayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin mesleki özellikleri (N_{AFA}=530).

Değişken	Alt Grup	AFA Grubu			
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±Ss	Ortanca (Min- Maks)
Kurum Türü	Vakıf Üniversite Hastanesi	111	%20,9		
	Kamu Üniversite Hastanesi	105	%19,8		
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi	314	%59,2		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Görev	Hemşire	462	%87,2		
	Hekim	16	%3,0		
	Ebe	42	%7,9		
	Fizyoterapist	5	%0,9		
	Diyetisyen	5	%0,9		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Çalışılan Birim	Servis	308	%58,1		
	Yoğun Bakım	126	%23,8		
	Poliklinik	40	%7,5		
	Ameliyathane	13	%2,5		
	Acil	43	%8,1		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Meslekteki Çalışma Süresi	6 Ay – 1 Yıl	68	%12,8	6,57±6,19	5 (0 - 41)
	1 – 5 Yıl	238	%44,9		
	6 – 10 Yıl	140	%26,4		
	11 Yıl ve Üzeri	84	%15,8		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Kurumdaki Çalışma Süresi	6 Ay – 1 Yıl	133	25,1	4,91±5,30	4 (0 - 35)
	1 – 5 Yıl	244	46,0		
	6 – 10 Yıl	97	18,3		
	11 Yıl ve Üzeri	56	10,6		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	141	%26,6		
	Sürekli Gece	5	%0,9		
	Vardiya	384	%72,5		
	Toplam	**530**	**%100,0**		
Haftalık Çalışma Saati				46,59±7,18	48 (36 - 80)
Bir Vardiyadaki Minimum Hasta Sayısı				12,56±31,99	4 (1 - 300)
Bir Vardiyadaki Maksimum Hasta Sayısı				30,45±74,11	10 (2 - 600)

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Araştırmanın birinci aşamasının AFA örnekleminde bulunan sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2'de sunuldu. Sağlık profesyonellerinin %59,2'sinin (n=314) kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde çalıştığı, %87,2'sinin (n=462) hemşire olarak görev yaptığı, %58,1'inin (n=308) serviste çalıştığı, %72,5'inin

(n=384) vardiyalı çalıştığı saptandı. Sağlık profesyonellerinin meslekteki çalışma süresinin ortalama 6,57±6,19 yıl, kurumdaki çalışma sürelerinin ortalama 4,91±5,30 yıl ve haftalık ortalama çalışma saatinin 46,59±7,18 saat olduğu belirlendi. Bir vardiyadaki minimum hasta sayısının ortalama 12,56±31,99 hasta ve maksimum hasta sayısının ortalama 30,45±74,11 hasta olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Araştırmanın birinci aşamasının DFA örneklemini 532 sağlık profesyoneli oluşturmaktadır. DFA örneklemine katılan sağlık profesyonellerinin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te sunuldu.

Tablo 4.3: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin kişisel özellikleri (N_{DFA}=532).

Değişken	Alt Grup	DFA Grubu			
		Frekans (n)	**Yüzde (%)**	**Ort±Ss**	**Ortanca (Min- Maks)**
Yaş	25 Yaş ve Altı	143	%26,9	29,31±6,55	27 (22-62)
	26 – 30 Yaş	250	%47,0		
	31 Yaş ve Üzeri	139	%26,1		
	Toplam	**532**	**%100**		
Cinsiyet	Kadın	428	%80,5		
	Erkek	104	%19,5		
	Toplam	**532**	**%100**		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	31	%5,8		
	Ön Lisans	26	%4,9		
	Lisans	400	%75,2		
	Yüksek Lisans	64	%12,0		
	Doktora	11	%2,1		
	Toplam	**532**	**%100**		
Medeni Durum	Evli	180	%33,8		
	Bekar	352	%66,2		
	Toplam	**532**	**%100**		

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Araştırmanın DFA örnekleminde yer alan 532 sağlık profesyonelinin kişisel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının 29,31±6,55 olduğu, %80,5'inin (n=428) kadın, %75,2'sinin (n=400) lisans mezunu ve %66,2'sinin (n=352) bekar olduğu saptandı (Tablo 4.3). Araştırmanın birinci aşamasının DFA örnekleminde bulunan sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.4'te sunuldu.

Tablo 4.4: Doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin mesleki özellikleri (N_{DFA}=532).

Değişken	Alt Grup	DFA Grubu			
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±Ss	Ortanca (Min- Maks)
Kurum Türü	Vakıf Üniversite Hastanesi	93	%17,5		
	Kamu Üniversite Hastanesi	105	%19,7		
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi	334	%62,8		
	Toplam	**532**	**%100**		
Görev	Hemşire	462	86,8		
	Hekim	18	%3,4		
	Ebe	49	%9,2		
	Fizyoterapist	3	%0,6		
	Diyetisyen	0	%0,0		
	Toplam	**532**	**%100**		
Çalışılan Birim	Servis	304	%57,1		
	Yoğun Bakım	125	%23,5		
	Poliklinik	44	%8,3		
	Ameliyathane	14	%2,6		
	Acil	45	%8,5		
	Toplam	**532**	**%100**		
Meslekteki Çalışma Süresi	6 Ay – 1 Yıl	84	%15,8	6,74±6,91	5 (0 - 39)
	1 – 5 Yıl	216	%40,6		
	6 – 10 Yıl	142	%26,7		
	11 Yıl ve Üzeri	90	%16,9		
	Toplam	**532**	**%100**		
Kurumdaki Çalışma Süresi	6 Ay – 1 Yıl	158	%29,7	5,09±6,13	3,5 (0 - 39)
	1 – 5 Yıl	214	%40,2		
	6 – 10 Yıl	93	%17,5		
	11 Yıl ve Üzeri	67	%12,6		
	Toplam	**532**	**%100**		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	126	%23,7		
	Sürekli Gece	2	%0,4		
	Vardiya	404	%75,9		
	Toplam	**532**	**%100**		
Haftalık Çalışma Saati				46,57±7,65	45 (40 - 77)
Bir Vardiyadaki Minimum Hasta Sayısı				11,21±30,39	4 (1 - 300)
Bir Vardiyadaki Maksimum Hasta Sayısı				28,44±70,92	10 (2 - 500)

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Araştırmanın DFA örnekleminde yer alan sağlık profesyonellerinin %62,8'inin (n=334) kamuya bağlı eğitim ve araştırma hastanesinde çalıştığı, %86,8'inin (n=462) hemşire olarak görev yaptığı, %57,1'inin (n=304) serviste çalıştığı ve, %75,9'unun (n=404) vardiyalı çalıştığı saptandı. Sağlık profesyonellerinin meslekteki çalışma süresinin ortalama 6,74±6,91 yıl, kurumdaki çalışma sürelerinin ortalama 5,09±6,13 yıl ve haftalık ortalama çalışma saatinin

46,57±7,68 saat olduğu belirlendi. Bir vardiyadaki minimum hasta sayısının ortalama 11,21±30,39 hasta ve maksimum hasta sayısının ortalama 28,44±70,92 hasta olduğu bulundu (Tablo 4.4).

4.1.2. AFA ve DFA Örneklemlerinin Homojenliğine İlişkin Bulgular

Sağlık profesyonellerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin AFA ve DFA örneklemlerinin homojen örneklemler olup olmadığının incelenmesi amacıyla Ki-Kare ve sürekli değişkenler normal dağılım göstermediğinden dolayı Mann Whitney U testleri gerçekleştirildi. Testlere ilişkin bulgular Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da sunuldu.

Tablo 4.5: Sağlık profesyonellerinin kişisel ve mesleki özelliklerinin AFA ve DFA örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (kategorik değişkenler) (N_{AFA}=530, N_{DFA}=532).

Değişken	Alt Grup	AFA Grubu		DFA Grubu		Toplam		χ^2	p
		Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)		
Cinsiyet	Kadın	415	%78,3	428	%80,5	843	%79,4		
	Erkek	115	%21,7	104	%19,5	219	%20,6	0,749	0,387
	Toplam	**530**	**%100,0**	**532**	**%100,0**	**1062**	**%100,0**		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	25	%4,7	31	%5,8	56	%5,3		
	Ön Lisans	28	%5,3	26	%4,9	54	%5,1		
	Lisans	402	%75,8	400	%75,2	802	%75,5	0,774	0,942
	Yüksek Lisans	65	%12,3	64	%12,0	129	%12,1		
	Doktora	10	%1,9	11	%2,1	21	%2,0		
	Toplam	**530**	**%100,0**	**532**	**%100,0**	**1062**	**%100,0**		
Medeni Durum	Evli	193	%36,4	180	%33,8	373	%35,1		
	Bekar	337	%63,6	352	%66,2	689	%64,9	0,776	0,378
	Toplam	**530**	**%100,0**	**532**	**%100,0**	**1062**	**%100,0**		
Kurum Türü	Vakıf Üniversitesi Hastanesi	111	%20,9	93	%17,5	204	%19,2		
	Kamu Üniversitesi Hastanesi	105	%19,8	105	%19,7	210	%19,8	2,202	0,333
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi	314	%59,2	334	%62,8	648	%61,0		
	Toplam	**530**	**%100,0**	**532**	**%100,0**	**1062**	**%100,0**		
Görev	Hemşire	462	%87,2	462	%86,8	924	%87,0		
	Hekim	16	%3,0	18	%3,4	34	%3,2		
	Ebe	42	%7,9	49	%9,2	91	%8,6	6,152	0,188
	Fizyoterapist	5	%0,9	3	%0,6	8	%0,8		
	Diyetisyen	5	%0,9	0	%0,0	5	%0,5		
	Toplam	**530**	**%100,0**	**532**	**%100,0**	**1062**	**%100,0**		
Çalışılan Birim	Servis	308	58,10%	304	57,10%	612	57,60%		
	Yoğun Bakım	126	23,80%	125	23,50%	251	23,60%		
	Poliklinik	40	7,50%	44	8,30%	84	7,90%	0,299	0,990
	Ameliyathane	13	2,50%	14	2,60%	27	2,50%		
	Acil	43	8,10%	45	8,50%	88	8,30%		
	Toplam	**530**	**100,00%**	**532**	**100,00%**	**1062**	**100,00%**		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	141	%26,6	126	%23,7	267	%25,1		
	Sürekli Gece	5	%0,9	2	%0,4	7	%0,7		
	Vardiya	384	%72,5	404	%75,9	788	%74,2	2,632	0,268
	Toplam	**530**	**%100,0**	**532**	**%100,0**	**1062**	**%100,0**		

χ^2: Ki-Kare Testi, *p<0,05

AFA ve DFA örneklemlerinde yer alan sağlık profesyonellerinin cinsiyetine ($\chi2$=0,749), eğitim durumuna ($\chi2$=0,774), medeni durumuna ($\chi2$=0,776), kurum türüne ($\chi2$=2,202), görevine ($\chi2$=6,152), çalıştığı birime ($\chi2$=0,299) ve çalışma şekline ($\chi2$=2,632) göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Bu sonuçlara göre dağılımın gruplar arasında homojen olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Sağlık profesyonellerinin kişisel ve mesleki özelliklerinin AFA ve DFA örneklemlerinde homojenliğinin incelenmesi (sürekli değişkenler) (N_{AFA}=530, N_{DFA}=532).

	Grup	n	Ort±Ss	Ortanca (Min - Mak)	Rank	Test İstatistiği	p
Yaş	AFA	530	29,29±6,02	27,00 (21,00 - 59,00)	540,43	136246,000	0,341
	DFA	532	29,31±6,55	27,00 (22,00 - 62,00)	522,60		
	Toplam	**1062**	**29,3±6,29**	**27,00 (21,00 - 62,00)**			
Meslekteki Çalışma Yılı	AFA	530	6,57±6,19	5,00 (0,00- 41,00)	537,07	138028,000	0,554
	DFA	532	6,74±6,91	5,00 (0,00 - 39,00)	525,95		
	Toplam	**1062**	**6,65±6,56**	**5,00 (0,00 - 41,00)**			
Kurumdaki Çalışma Yılı	AFA	530	4,91±5,3	4,00 (0,00 - 35,00)	537,77	137657,000	0,504
	DFA	532	5,09±6,13	3,50 (0,00 - 39,00)	525,25		
	Toplam	**1062**	**5±5,73**	**4,00 (0,00 - 39,00)**			
Haftalık Çalışma Saati	AFA	530	46,59±7,18	48,00 (36,00 - 80,00)	538,07	137948,500	0,468
	DFA	532	46,57±7,65	45,00 (40,00 - 77,00)	524,96		
	Toplam	1062	**46,58±7,42**	**45,00 (36,00 - 80,00)**			
Vardiyada Minimum Hasta Sayısı	AFA	530	12,56±31,99	4,00 (1,00 - 300,00)	535,92	138640,000	0,637
	DFA	532	11,21±30,39	4,00 (1,00 - 300,00)	527,10		
	Toplam	**1062**	**11,88±31,19**	**4,00 (1,00 - 300,00)**			
Vardiyada Maksimum Hasta Sayısı	AFA	530	30,45±74,11	10,00 (2,00 - 600,00)	533,80	13979,00	0,807
	DFA	532	28,44±70,92	10,00 (2,00 - 500,00)	592,20		
	Toplam	**1062**	**29,45±72,5**	**10,00 (2,00 - 600,00)**			

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, *p<0,05

AFA ve DFA örneklemlerinde yer alan sağlık profesyonellerinin sürekli değişkenlerden yaş (p=0,341), meslekteki çalışma süresi (p=0,554), kurumdaki çalışma süresi (p=0,504), haftalık çalışma saati (p=0,468), bir vardiyadaki minimum hasta sayısı (p=0,637) ve maksimum hasta sayısı (p=0,807) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Bu sonuca göre de DFA ve AFA örneklemlerinin homojen olduğu belirlendi (Tablo 4.6).

4.1.3. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği (HOÇOÖ) taslağının geçerliğini belirlemek için kapsam geçerliği, yüzey geçerliği ve yapı geçerliği (AFA, DFA, eşzaman geçerliği, yakınsak ve ıraksak geçerliği) gerçekleştirildi. HOÇOÖ taslağının güvenirliğini belirlemek için ise madde-toplam puan korelasyonu, Cronbach Alpha katsayısı, yarıya bölme (half-split) yöntemi, paralel form güvenilirliği ve test-tekrar test yöntemi gerçekleştirildi.

4.1.3.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği için 59 maddeden oluşan HOÇOÖ taslağı uzman görüşüne sunuldu. Hemşirelik alanından altı akademisyen ve bir hemşire yönetici olmak üzere toplamda 7 uzman görüşü alındı. Davis tekniği kullanılarak yapılan değerlendirme sonrasında taslak ölçekteki 6 maddenin KGİ değerleri <0,80 altında, 53 maddenin KGİ değerleri 0,80-1,00 arasında, toplam taslak ölçek KGİ değeri ise 0,92 bulundu (Tablo 3.3). KGİ<0,80 olan 6 madde taslak ölçekten çıkartıldı. Ölçekten maddeler çıkarıldığında ise toplam KGİ 0,95 oldu.

4.1.3.2. Yüzey Geçerliği

Yüzey geçerliği aşamasında HOÇOÖ taslağının uygulandığı 30 sağlık profesyonelinden yalnızca bir madde için geri bildirim alındı. ‘‘Çalışma listeleri, çalışanların iş-yaşam dengesi esas alınarak hazırlanır’’ maddesinin daha anlaşılır olması amacıyla, ‘‘Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam dengesi göz önünde bulundurulur.’’ olarak revize edildi. Ölçeğin diğer maddeleri açık ve anlaşılır bulundu.

4.1.3.3. Yapı Geçerliği

Ölçek taslağının yapı geçerliğini belirlemek için AFA (n_{AFA}=530) ve AFA’da elde edilen yapıyı doğrulamak için AFA örnekleminden farklı olan DFA (n_{DFA}=532) örnekleminde analizler gerçekleştirildi.

Açımlayıcı Faktör Analizi Öncesi Gerekli Varsayımların Sınanması: AFA aşamasına geçmeden önce verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testleri gerçekleştirildi. KMO ve Bartlett Küresellik testlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.7’de sunuldu.

Tablo 4.7: Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Bartlett küresellik testi (N_{AFA}=530).

KMO		0,956
Bartlett Küresellik Testi	**Ki-Kare (χ^2)**	18861,311
	Serbestlik Derecesi (sd)	1378
	P Değeri	0,000*

*p<0,001

KMO örneklem yeterlilik ölçüsü 0,956 olarak (>0,90) belirlendi. Bartlett küresellik testinde ise $\chi 2$ değerinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulundu ($\chi 2$=18861,311; p=0,000, p<0,001) (Tablo 4.7). KMO katsayı değeri (0,956), 0,80’den

büyüktü. Böylece, çalışmadaki örneklem büyüklüğünün faktör analizinin yapılabilmesi için yeterli olduğu saptandı (Alpar, 2022).

Açımlayıcı Faktör Analizi: Faktör analizi ve temel bileşenler analizinde, özdeğer ölçütü en yaygın kullanılan değerlendirme kriterlerinden biridir. Bu ölçüt, bir faktörün en az bir değişkenin taşıdığı bilgi miktarını açıklayabilecek düzeyde olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Bu nedenle, özdeğeri 1'den büyük olan faktörler "önemli" kabul edilirken, 1'den küçük olan faktörler "önemsiz" olarak değerlendirilir (Alpar, 2020). HOÇOÖ'nün faktör yapısının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen AFA'ya ait öz değerler ve açıklanan varyans oranlarına ilişkin bulgular Tablo 4.8'da ve yamaç-birikinti grafiği de Şekil 4.1'de sunuldu.

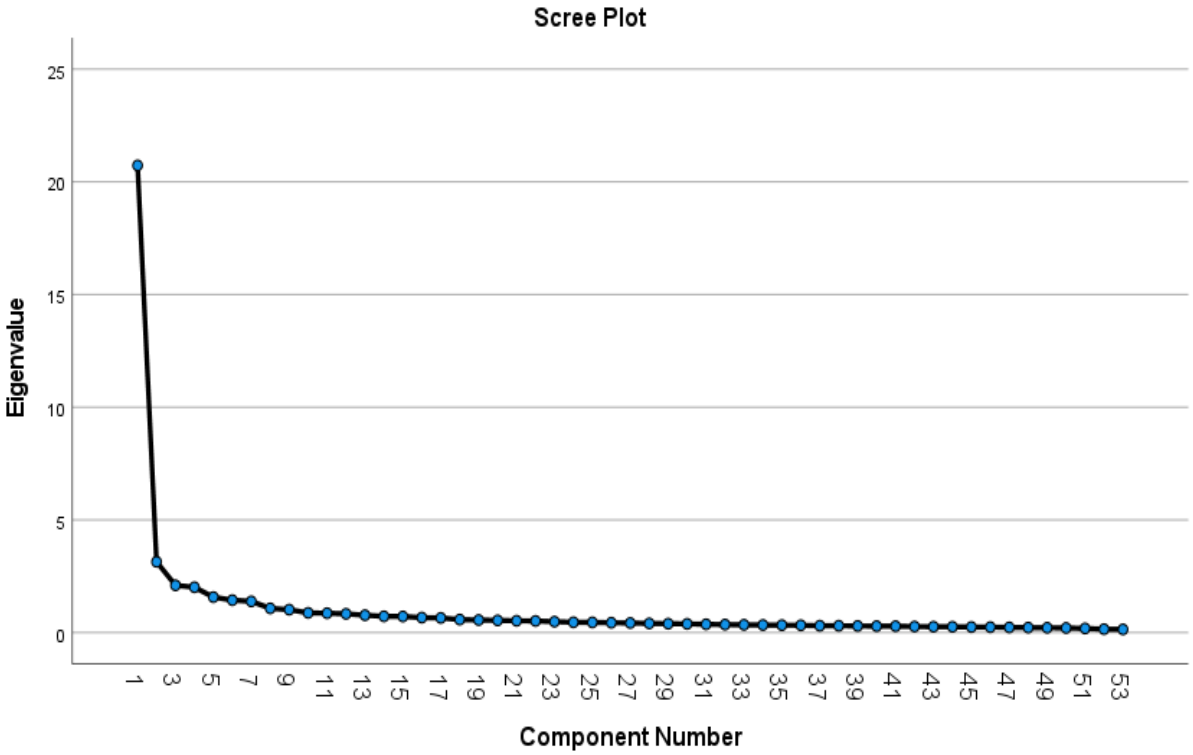
Tablo 4.8: Açımlayıcı faktör analizi özdeğer ve açıklanan varyans oranı (N_{AFA}=530).

Faktör	**Başlangıç Özdeğerler**			**Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Toplamları**			**Döndürülen Faktörlerin Karelerinin Toplamları**		
	Özdeğer	**Oransal Varyans**	**Birikimli Varyans**	**Özdeğer**	**Oransal Varyans**	**Birikimli Varyans**	**Özdeğer**	**Oransal Varyans**	**Birikimli Varyans**
1	20,029	37,790	37,790	20,029	37,790	37,790	6,062	11,438	11,438
2	3,422	6,456	44,246	3,422	6,456	44,246	5,605	10,575	22,012
3	2,195	4,142	48,387	2,195	4,142	48,387	4,473	8,440	30,452
4	2,097	3,956	52,344	2,097	3,956	52,344	4,330	8,170	38,622
5	1,639	3,093	55,437	1,639	3,093	55,437	4,171	7,869	46,492
6	1,494	2,819	58,256	1,494	2,819	58,256	2,784	5,253	51,744
7	1,331	2,511	60,766	1,331	2,511	60,766	2,481	4,682	56,426
8	1,211	2,284	63,050	1,211	2,284	63,050	2,342	4,418	60,844
9	**1,079**	**2,035**	**65,086**	**1,079**	**2,035**	**65,086**	**2,248**	**4,242**	**65,086**
10	,972	1,835	66,920						
11	,880	1,661	68,581						
12	,868	1,637	70,218						
13	,824	1,555	71,773						
14	,793	1,496	73,269						
15	,714	1,347	74,615						
16	,694	1,309	75,924						
17	,677	1,278	77,203						
18	,634	1,197	78,400						
19	,580	1,094	79,494						
20	,562	1,060	80,554						
21	,541	1,020	81,574						
22	,501	,946	82,520						
23	,486	,917	83,437						
24	,476	,898	84,335						
25	,457	,862	85,197						
26	,441	,833	86,029						
27	,424	,800	86,829						
28	,406	,766	87,595						
29	,398	,752	88,347						
30	,388	,732	89,079						
31	,381	,719	89,798						
32	,366	,691	90,488						
33	,345	,652	91,140						
34	,339	,640	91,780						

Tablo 4.8 (devam): Açımlayıcı faktör analizi özdeğer ve açıklanan varyans oranı (N_{AFA}=530).

Faktör	Başlangıç Özdeğerler			Yüklenen Faktörlerin Karelerinin Toplamları			Döndürülen Faktörlerin Karelerinin Toplamları		
	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans
35	,326	,614	92,394						
36	,314	,592	92,986						
37	,300	,566	93,552						
38	,292	,551	94,103						
39	,276	,520	94,623						
40	,270	,510	95,134						
41	,264	,498	95,632						
42	,252	,475	96,107						
43	,236	,445	96,552						
44	,233	,439	96,991						
45	,225	,424	97,415						
46	,221	,417	97,832						
47	,197	,371	98,203						
48	,191	,360	98,563						
49	,175	,330	98,893						
50	,160	,301	99,194						
51	,156	,293	99,488						
52	,139	,262	99,750						
53	,133	,250	100,000						

Özdeğer ölçütüne göre, ölçekte en fazla dokuz faktör bulundu ve dokuz faktörlü yapının özdeğerinin 1'den büyük olduğu belirlendi. Dokuz faktöre ilişkin toplam açıklanan varyans oranı %65,09 olarak saptandı (Tablo 4.8). Açıklanan varyans oranının yüksek olması taslak ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğunu gösterdi (Carpanter, 2018). Şekil 4.1 incelendiğinde, dokuzuncu faktörden sonra özdeğerlerin 1'in altına düştüğü ve yatay bir seyir izlemeye başladığı belirlendi. Bu bağlamda, yamaç-birikinti grafiğine göre de taslak ölçeğin dokuz boyuttan oluştuğu saptandı (Şekil 4.1).



Eigenvalue: Özdeğer, Component Number: Faktör Sayısı

Şekil 4.1: Yamaç-birikinti grafiği.

AFA'da elde edilen ilk faktör çözümü, bazen anlaşılması zor bir yapıya sahip olmaktadır. Bu tür durumlarda, faktörlerin daha iyi yorumlanabilir hale gelmesi için referans eksenlerine göre döndürülmesi gerekmektedir. Bu işlem, faktör döndürme olarak adlandırılır ve AFA'da yaygın olarak kullanılan teknikler arasında Varimax, Quartimax ve Equimax bulunmaktadır (Alpar, 2020). Bu çalışmada, faktörler Varimax döndürme tekniği kullanılarak değerlendirildi. Faktör analizi sonucunda döndürülmüş faktör yüklerine ait bulgular Tablo 4.9'da sunuldu.

Tablo 4.9: Döndürülmüş faktör yükleri (N_{AFA}=530).

	Boyutlar								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
HOCO_43	**,791**								
HOCO_39	**,780**								
HOCO_41	**,775**								
HOCO_42	**,747**								
HOCO_38	**,713**								
HOCO_44	**,594**								
HOCO_40	**,547**							,367	
HOCO_48		**,740**							
HOCO_49		**,738**							
HOCO_47		**,719**							
HOCO_46		**,681**							
HOCO_50		**,636**							
HOCO_51		**,610**							
HOCO_53	,367	**,552**							
HOCO_52		**,469**							
HOCO_45		**,463**							
HOCO_29	,339	,349	,339				,320		
HOCO_30	,344		**,446**						
HOCO_14			**,740**						
HOCO_15			**,721**						
HOCO_13			**,696**						
HOCO_16			**,661**						
HOCO_32	,376		**,558**						
HOCO_27		,310	**,412**						
HOCO_28			**,377**						
HOCO_31			**,381**						
HOCO_22				**,716**					
HOCO_23				**,710**					
HOCO_24				**,709**					
HOCO_25				**,707**					
HOCO_26				**,549**					
HOCO_20				**,510**			,388		
HOCO_21				**,464**			,332		
HOCO_2					**,767**				
HOCO_3					**,710**				
HOCO_4					**,692**				
HOCO_1					**,664**				
HOCO_7					**,580**				
HOCO_6					**,539**				
HOCO_8					**,403**				
HOCO_5					**,380**				
HOCO_12					**,378**				
HOCO_10						**,855**			
HOCO_11						**,825**			
HOCO_9						**,760**			
HOCO_18							**,581**		
HOCO_19	,391						**,506**		
HOCO_17							**,497**		
HOCO_35								**,754**	
HOCO_36								**,604**	
HOCO_37									**,694**
HOCO_33									**,622**
HOCO_34								,364	**,619**

Faktör yükünün kabul edilebilir düzeyi, örneklem büyüklüğüne bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bir araştırmada örneklem sayısı en az 350 olduğunda, 0,30 ve üzeri faktör yükleri kabul edilebilir düzeydedir. Benzer şekilde, örneklem büyüklüğünün en az 200 olduğu durumlarda bu eşik 0,40'a, en az 120 katılımcı içeren çalışmalarda ise 0,50'ye yükselir. Örneklem büyüklüğü 85 olduğunda, kabul edilebilir faktör yükü en az 0,60 olmalıdır. Eğer örneklem sayısı 60'a düşerse, faktör yükü en az 0,70 olarak belirlenmelidir (Alpar, 2022). Bu bağlamda, incelenen çalışmada örneklem büyüklüğü 530 olduğundan, kabul edilebilir **faktör yükü 0,35** olarak belirlendi.

Taslak ölçekte bulunan 29. maddeye ait faktör yükü, tüm boyutlarda 0,35'ten küçük olduğu için ölçekten çıkartıldı. Faktör döndürme işlemi sonrasında ölçeğin birinci alt boyutunun 7 maddeden (38, 39, 40, 41, 42, 43, 44), ikinci alt boyutunun 9 maddeden (45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53), üçüncü alt boyut 9 maddeden (13, 14, 15, 16, 27, 28, 30, 31, 32), dördüncü alt boyutunun 7 maddeden (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26), beşinci alt boyutunun 9 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12), altıncı alt boyutunun 3 maddeden (9, 10, 11), yedinci alt boyutunun 3 maddeden (17, 18, 19), sekizinci alt boyutunun 2 maddeden (35, 36) ve dokuzuncu alt boyutun 3 maddeden (33, 34, 37) oluştuğu belirlendi (Tablo 4.10). AFA sonucunda 9 alt boyuttan ve 52 maddeden oluşan HOÇOÖ taslağı ortaya çıktı. Alt boyutlara verilen isimler ve boyutları oluşturan madde numaraları Tablo 4.10'da sunuldu.

Tablo 4.10: AFA sonrası ölçeğin alt boyut isimleri ve madde numaraları.

Alt Boyutlar	Madde Numaraları
1.Boyut: Etkili İletişim ve İş Birliği	38, 39, 40, 41, 42, 43, 44
2.Boyut: Yönetsel ve Kurumsal Destek	45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53
3.Boyut: İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	13, 14, 15, 16, 27, 28, 30, 31, 32
4.Boyut: Kariyer ve Mesleki Gelişim	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
5.Boyut: İnsan Gücü Yeterliliği	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12
6.Boyut: İş Yükü	9, 10, 11
7.Boyut: Otonomi	17, 18, 19
8.Boyut: Sosyal Haklar	35, 36
9.Boyut: Ücret Politikaları	33, 34, 37

Doğrulayıcı Faktör Analizi: AFA sonucu ortaya çıkan 9 boyutlu yapının uyum değerlerini belirlemek amacıyla DFA yapıldı. Analiz, AFA sonucunda elde edilen boyutlar ve 52 madde ile gerçekleştirildi. Her bir indeksin uygunluk değeri için Tablo 4.11'de yer alan kriterler (Byrne, 2016; Yaşlıoğlu, 2017) dikkate alınarak sonuçlara ait bulgular Tablo 4.12'de sunuldu.

Tablo 4.11: İyi derece uygunluk değerleri.

Örneklem Büyüklüğü	**n < 250**			**n > 250**		
Madde Sayısı	**m ≤ 12**	**12 < m < 30**	**m ≥ 30**	**m ≤ 12**	**12 < m < 30**	**m ≥ 30**
χ^2/df	$\chi^2/df < 2,5$			$\chi^2/df < 5$		
GFI	>0,95	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90
CFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,92	>0,90
TLI/NNFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,90	>0,80
NFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,90	>0,80
IFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,90	>0,80
RMSEA	<0,08	<0,08	<0,08	<0,07	<0,07	<0,07
RMR	<0,08	<0,08	<0,08	<0,07	<0,07	<0,07

(Byrne, 2016; Yaşlıoğlu, 2017) tarafından oluşturuldu.

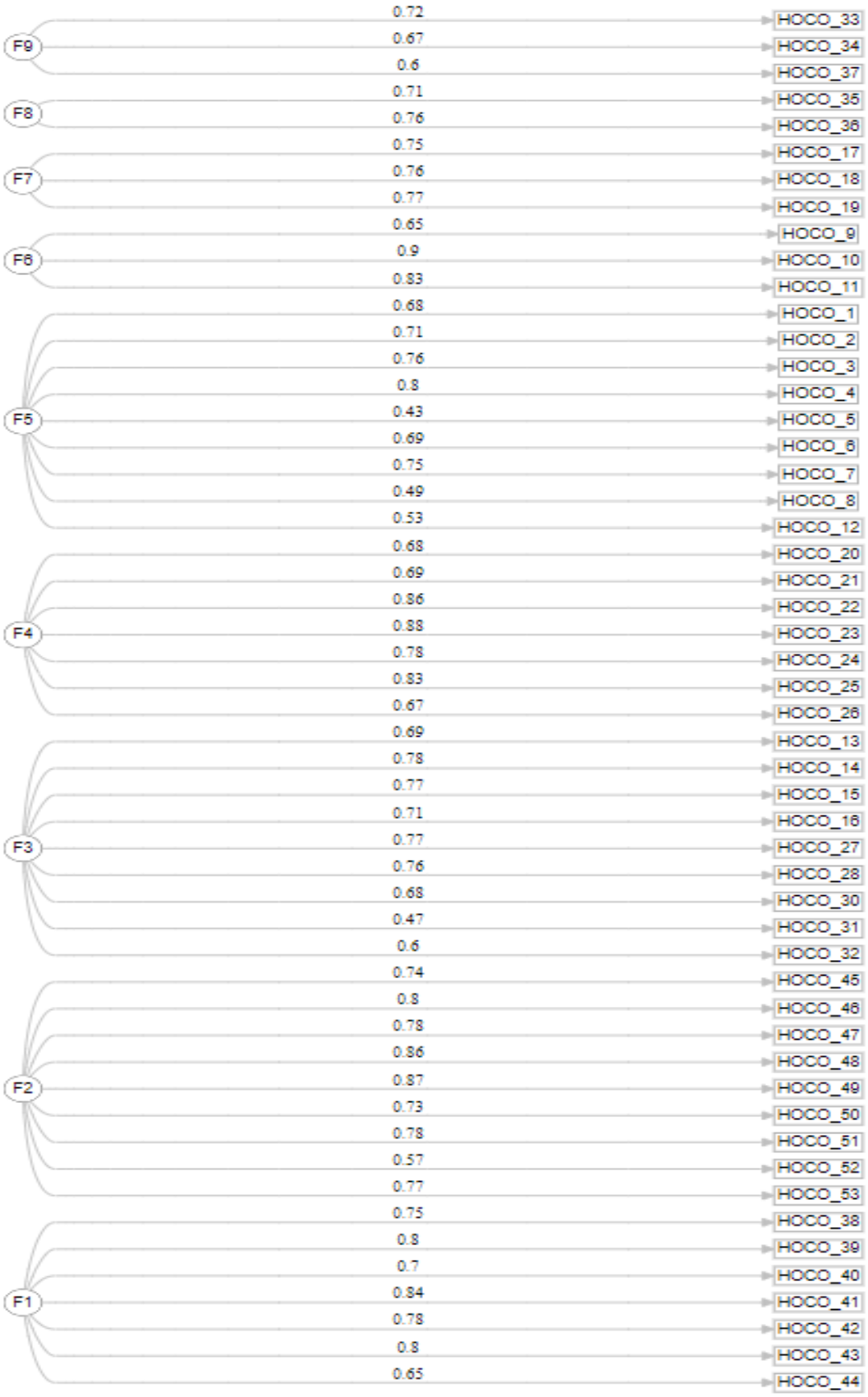
χ2/df: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation), RMR: Kök Artık Kareler Ortalaması (Root Mean Square Residual), TLI: Tucker Lewis İndeks (Tucker Lewis Index), CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi (Normed Fit Index), GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), IFI: Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index)

Tablo 4.12: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum değerleri (N_{DFA}=532).

Uyum İndeksleri	**Uyum Değerleri**	**Sonuç**
χ^2/df	3,350	İyi derece uygunluk
CFI	0,926	İyi derece uygunluk
GFI	0,998	İyi derece uygunluk
TLI/NNFI	0,921	İyi derece uygunluk
NFI	0,908	İyi derece uygunluk
IFI	0,926	İyi derece uygunluk
RMSEA	0,067	İyi derece uygunluk
RMR	0,053	İyi derece uygunluk

χ2/df: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation), RMR: Kök Artık Kareler Ortalaması (Root Mean Square Residual), TLI: Tucker Lewis İndeks (Tucker Lewis Index), CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi (Normed Fit Index), GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), IFI: Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index)

DFA sonucunda elde edilen uyum indeksleri χ^2/df=3,350, CFI=0,926, GFI=0,998, NNFI=0,921, TLI=0,921, NFI=0,908, IFI=0,926, RMSEA=0,067 ve RMR=0,053 olarak belirlendi (Tablo 4.13). Bu değerlere göre, HOÇOÖ'nin iyi derece uygunluk gösterdiği saptandı. DFA'ya ilişkin belirlenen yol diyagramı Şekil 4.2'de ve faktör yüklerine ilişkin bulgular Tablo 4.13'te sunuldu.



Şekil 4.2: Yol diyagramı (N_{DFA}=532).

Tablo 4.13: Doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen faktör yükleri (N_{DFA}=532).

Boyutlar	Madde Numarası	Faktör Yükü
Etkili İletişim ve İş Birliği	HOCO_38	0,735
	HOCO_39	0,783
	HOCO_40	0,702
	HOCO_41	0,821
	HOCO_42	0,760
	HOCO_43	0,780
	HOCO_44	0,640
Yönetsel ve Kurumsal Destek	HOCO_45	0,773
	HOCO_46	0,802
	HOCO_47	0,783
	HOCO_48	0,871
	HOCO_49	0,887
	HOCO_50	0,758
	HOCO_51	0,775
	HOCO_52	0,568
	HOCO_53	0,782
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	HOCO_13	0,655
	HOCO_14	0,737
	HOCO_15	0,745
	HOCO_16	0,701
	HOCO_27	0,772
	HOCO_28	0,760
	HOCO_30	0,699
	HOCO_31	0,518
	HOCO_32	0,641
Kariyer ve Mesleki Gelişim	HOCO_20	0,659
	HOCO_21	0,723
	HOCO_22	0,869
	HOCO_23	0,887
	HOCO_24	0,816
	HOCO_25	0,867
	HOCO_26	0,670
İnsan Gücü Yeterliliği	HOCO_1	0,689
	HOCO_2	0,738
	HOCO_3	0,740
	HOCO_4	0,829
	HOCO_5	**0,453**
	HOCO_6	0,690
	HOCO_7	0,768
	HOCO_8	0,506
	HOCO_12	0,530
İş Yükü	HOCO_9	0,655
	HOCO_10	0,883
	HOCO_11	0,815
Otonomi	HOCO_17	0,775
	HOCO_18	0,777
	HOCO_19	0,748
Sosyal Haklar	HOCO_35	0,699
	HOCO_36	0,731
Ücret Politikaları	HOCO_33	0,744
	HOCO_34	0,654
	HOCO_37	0,631

Tablo 4.14: Doğrulayıcı faktör analizi madde anlamlılığı (N_{DFA}=532).

Boyutlar	Madde Numarası	β	Güven Aralığı	Std. Hata	p	R^2
Etkili İletişim ve İş Birliği	HOCO_38	0,755	(0,714-0,797)	0,021	0,000	0,570
	HOCO_39	0,797	(0,764-0,83)	0,017	0,000	0,635
	HOCO_40	0,861	(0,825-0,896)	0,018	0,000	0,741
	HOCO_41	0,841	(0,812-0,87)	0,015	0,000	0,707
	HOCO_42	0,825	(0,786-0,864)	0,020	0,000	0,680
	HOCO_43	0,760	(0,723-0,797)	0,019	0,000	0,578
	HOCO_44	0,772	(0,725-0,818)	0,024	0,000	0,596
Yönetsel ve Kurumsal Destek	HOCO_45	0,820	(0,788-0,852)	0,016	0,000	0,672
	HOCO_46	0,836	(0,806-0,866)	0,015	0,000	0,699
	HOCO_47	0,807	(0,775-0,838)	0,016	0,000	0,651
	HOCO_48	0,897	(0,878-0,917)	0,010	0,000	0,805
	HOCO_49	0,915	(0,898-0,932)	0,009	0,000	0,837
	HOCO_50	0,823	(0,789-0,857)	0,017	0,000	0,678
	HOCO_51	0,847	(0,816-0,878)	0,016	0,000	0,717
	HOCO_52	0,668	(0,619-0,718)	0,025	0,000	0,447
	HOCO_53	0,873	(0,847-0,900)	0,014	0,000	0,763
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	HOCO_13	0,704	(0,658-0,750)	0,023	0,000	0,496
	HOCO_14	0,744	(0,698-0,790)	0,024	0,000	0,554
	HOCO_15	0,767	(0,727-0,806)	0,020	0,000	0,588
	HOCO_16	0,745	(0,701-0,789)	0,022	0,000	0,555
	HOCO_27	0,857	(0,830-0,885)	0,014	0,000	0,735
	HOCO_28	0,915	(0,890-0,940)	0,013	0,000	0,837
	HOCO_30	0,779	(0,739-0,820)	0,021	0,000	0,608
	HOCO_31	0,631	(0,576-0,686)	0,028	0,000	0,398
	HOCO_32	0,740	(0,696-0,785)	0,023	0,000	0,548
Kariyer ve Mesleki Gelişim	HOCO_20	0,775	(0,735-0,815)	0,020	0,000	0,600
	HOCO_21	0,848	(0,816-0,881)	0,017	0,000	0,720
	HOCO_22	0,899	(0,878-0,921)	0,011	0,000	0,809
	HOCO_23	0,916	(0,898-0,933)	0,009	0,000	0,838
	HOCO_24	0,837	(0,809-0,865)	0,014	0,000	0,701
	HOCO_25	0,892	(0,869-0,914)	0,011	0,000	0,795
	HOCO_26	0,738	(0,695-0,782)	0,022	0,000	0,545
İnsan Gücü Yeterliliği	HOCO_1	0,695	(0,641-0,748)	0,027	0,000	0,482
	HOCO_2	0,739	(0,692-0,786)	0,024	0,000	0,546
	HOCO_3	0,791	(0,749-0,834)	0,022	0,000	0,626
	HOCO_4	0,854	(0,820-0,887)	0,017	0,000	0,729
	HOCO_5	**0,489**	**(0,413-0,564)**	**0,039**	**0,000**	**0,239**
	HOCO_6	0,806	(0,761-0,850)	0,023	0,000	0,650
	HOCO_7	0,843	(0,806-0,880)	0,019	0,000	0,711
	HOCO_8	0,542	(0,466-0,618)	0,039	0,000	0,294
	HOCO_12	0,630	(0,563-0,698)	0,035	0,000	0,397
İş Yükü	HOCO_9	0,751	(0,679-0,823)	0,037	0,000	0,564
	HOCO_10	0,905	(0,854-0,956)	0,026	0,000	0,819
	HOCO_11	0,872	(0,811-0,933)	0,031	0,000	0,761
Otonomi	HOCO_17	0,840	(0,803-0,877)	0,019	0,000	0,705
	HOCO_18	0,795	(0,759-0,832)	0,019	0,000	0,632
	HOCO_19	0,793	(0,757-0,828)	0,018	0,000	0,629
Sosyal Haklar	HOCO_35	0,708	(0,649-0,767)	0,030	0,000	0,501
	HOCO_36	0,836	(0,784-0,889)	0,027	0,000	0,700
Ücret Politikaları	HOCO_33	0,809	(0,759-0,858)	0,025	0,000	0,654
	HOCO_34	0,701	(0,639-0,764)	0,032	0,000	0,492
	HOCO_37	0,668	(0,608-0,728)	0,031	0,000	0,446

β: Standartlaştırılmış Beta Katsayısı, Std: Standart Hata

Taslak ölçeğe ilişkin faktör yüklerinin 0,453 – 0,887 arasında olduğu saptandı (Tablo 4.13). DFA'da ölçek faktör yükleri, >0,50 (anlamlı) ve >0,60 (yüksek düzeyde anlamlı) olduğunu göstermektedir (Hair ve diğ., 2019). ''İnsan gücü yeterliliği'' boyutunda bulunan 5. maddeye ilişkin faktör yükü (0,45) belirtilen sınırların altında kaldığı için HOÇOÖ'den çıkartıldı. HOÇOÖ'nün DFA sonuçlarına ilişkin madde anlamlılıkları sonuçları Tablo 4.14'te sunuldu.

Taslak ölçeğe ilişkin madde anlamlılıklarına ait p değerlerinin 0,05'ten küçük ($p<0,05$) olduğu ve tüm maddelerin HOÇOÖ'ye ait boyutlara istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu belirlendi. Maddelerin ölçekle olan ilişkileri incelendiğinde R^2 değerlerinin 0,239 ile 0,838 aralığında değiştiği saptandı (Tablo 4.14). Hair ve diğ. (2019), R^2 değerlerinin 0,75, 0,50 ve 0,25 olması durumunda sırasıyla yüksek, orta ve düşük düzeyde kabul edilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda, ''insan gücü yeterliliği'' boyutunda bulunan 5.maddeye ilişkin R^2 değeri 0,239 olarak saptandı ve ölçekten çıkartılması gerektiği bir kez daha belirlendi. Bu maddenin çıkarılması sonrasında maddelerin boyutlar üzerinde oluşturduğu açıklayıcılık oranının yeterli olduğu görüldü.

Eşzaman Geçerliği: Ölçeğin eşzaman geçerliği hem AFA hem de DFA örnekleminde GAÖ kullanılarak gerçekleştirildi. HOÇOÖ'den elde edilen puan ile GAÖ'den elde edilen puanlar arasındaki korelasyon AFA örneklemi için Tablo 4.15'te ve DFA örneklemi için Tablo 4.16'da sunuldu.

AFA örneklemi için HOÇOÖ ile GAÖ arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ($r=0,519$) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı korelasyon ($p<0,01$) saptandı (Tablo 4.15). HOÇOÖ'nün alt boyutları ile GAÖ'nün alt boyutları arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, GAÖ'nün "katılım" alt boyutu ile HOÇOÖ alt boyutları arasında $r=0,149$ ile $r=0,564$ aralığında değişen pozitif yönlü korelasyonlar belirlendi. GAÖ'nün "sorumluluk" alt boyutu ile HOÇOÖ alt boyutları arasında genel olarak zayıf düzeyde korelasyonlar saptandı. Aynı zamanda, bazı alt boyutlar ile negatif yönlü korelasyonlar bulundu (insan gücü yeterliliği: $r=-0,249$; otonomi: $r=-0,082$). Son olarak, GAÖ'nün "otonomi" alt boyutu ile HOÇOÖ alt boyutları arasında $r=0,171$ ile $r=0,461$ aralığında değişen pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar saptandı (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği ile Güçlendirme Algısı Ölçeği arasındaki korelasyon (N_{AFA}=530).

HOÇOÖ ve Alt Boyutları		Güçlendirme Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları			
		Katılım	**Sorumluluk**	**Otonomi**	**GAÖ**
Etkili İletişim ve İş Birliği	**r**	0,520	0,199	0,404	0,526
	p	*,000	*,000	*,000	*,000
Yönetsel ve Kurumsal Destek	**r**	0,562	0,069	0,398	0,516
	p	*,000	0,112	*,000	*,000
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	**r**	0,464	0,034	0,319	0,417
	p	*,000	0,428	*,000	*,000
Kariyer ve Mesleki Gelişim	**r**	0,410	0,046	0,343	0,391
	p	*,000	0,295	*,000	*,000
İnsan Gücü Yeterliliği	**r**	0,149	-0,249	0,072	0,052
	p	*,000	*,000	0,099	0,233
İş Yükü	**r**	0,557	0,112	0,461	0,544
	p	*,000	*,010	*,000	*,000
Otonomi	**r**	0,276	-0,082	0,171	0,213
	p	*,000	0,059	*,000	*,000
Sosyal Haklar	**r**	0,291	-0,074	0,246	0,248
	p	*,000	0,087	*,000	*,000
Ücret Politikaları	**r**	0,414	0,043	0,305	0,382
	p	*,000	0,328	*,000	*,000
Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği	**r**	0,564	0,051	0,420	0,519
	p	*,000	0,239	*,000	*,000

p: Pearson Korelasyon Testi, r: Korelasyon Katsayısı, *p<0,01

DFA örneklemi için HOÇOÖ ile GAÖ arasında pozitif yönlü orta düzeyde (r=0,627) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı korelasyon (p<0,01) saptandı (Tablo 4.16). HOÇOÖ'nün alt boyutları ile GAÖ'nün alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları detaylı olarak incelendiğinde, GAÖ'nün "katılım" alt boyutu ile HOÇOÖ alt boyutları arasında r=0,316 ile r=0,645 aralığında değişen pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar bulundu. GAÖ'nün "sorumluluk" alt boyutu ile HOÇOÖ alt boyutları arasında genel olarak zayıf düzeyde korelasyonlar saptandı. Aynı zamanda, "insan gücü yeterliliği" alt boyutu ile negatif yönlü zayıf bir korelasyon (r=-0,190) belirlendi. Son olarak, GAÖ'nün "otonomi" alt boyutu ile HOÇOÖ alt boyutları arasında r=0,224 ile r=0,494 aralığında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulundu (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği ile Güçlendirme Algısı Ölçeği arasındaki korelasyon (N_{DFA}=532).

HOÇOÖ ve Alt Boyutları		Güçlendirme Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları			
		Katılım	**Sorumluluk**	**Otonomi**	**GAÖ**
Etkili İletişim ve İş Birliği	**r**	0,551	0,132	0,425	0,540
	p	*,000	*,002	*,000	*,000
Yönetsel ve Kurumsal Destek	**r**	0,645	0,075	0,494	0,612
	p	*,000	0,082	*,000	*,000
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	**r**	0,589	0,043	0,420	0,543
	p	*,000	0,321	*,000	*,000
Kariyer ve Mesleki Gelişim	**r**	0,484	0,021	0,373	0,451
	p	*,000	0,624	*,000	*,000
İnsan Gücü Yeterliliği	**r**	0,316	-0,190	0,224	0,238
	p	*,000	*,000	*,000	*,000
İş Yükü	**r**	0,626	0,106	0,463	0,598
	p	*,000	*,014	*,000	*,000
Otonomi	**r**	0,394	0,032	0,298	0,369
	p	*,000	0,467	*,000	*,000
Sosyal Haklar	**r**	0,433	0,032	0,331	0,406
	p	*,000	0,455	*,000	*,000
Ücret Politikaları	**r**	0,536	0,025	0,379	0,490
	p	*,000	0,562	*,000	*,000
Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği	**r**	0,672	0,054	0,501	0,627
	p	*,000	0,214	*,000	*,000

p: Pearson Korelasyon Testi, r: Korelasyon Katsayısı, *p<0,01

Yakınsak (Benzeşim) ve Iraksak (Ayrışım) Geçerliği: HOÇOÖ'nün yapı geçerliğini belirlemek amacıyla DFA örnekleminde yakınsak ve ıraksak geçerlik incelendi. Elde edilen analizler Tablo 4.17'de sunuldu.

Tablo 4.17: Yakınsak ve ıraksak geçerlik sonuçları (N_{DFA}=532).

Yapı	AVE	CR	MSV	Açıklama
1.Boyut: Etkili İletişim ve İş Birliği	0,644	0,927	0,508	Kabul Edilebilir
2.Boyut: Yönetsel ve Kurumsal Destek	0,696	0,954	0,516	Kabul Edilebilir
3.Boyut: İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	0,591	0,928	0,526	Kabul Edilebilir
4.Boyut: Kariyer ve Mesleki Gelişim	0,716	0,946	0,526	Kabul Edilebilir
5.Boyut: İnsan Gücü Yeterliliği	0,554	0,904	0,401	Kabul Edilebilir
6.Boyut: İş Yükü	0,714	0,882	0,173	Kabul Edilebilir
7.Boyut: Otonomi	0,655	0,851	0,476	Kabul Edilebilir
8.Boyut: Sosyal Haklar	0,600	0,749	0,328	Kabul Edilebilir
9.Boyut: Ücret Politikaları	0,531	0,771	0,298	Kabul Edilebilir

AVE: Ortalama Açıklanan Varyans, CR: Bileşik Güvenirlik, MSV: Maksimum Paylaşılan Varyans

Taslak ölçekte bulunan boyutlara ilişkin ortalama açıklanan varyans (AVE) değerleri 0,531 ile 0,716 arasında değiştiği belirlendi. Elde edilen AVE değeri kabul edilen eşik değer olan 0,50'nin üzerinde olduğu saptandı. HOÇOÖ'de bulunan boyutlara ilişkin birleşik güvenirlik (CR) değerlerinin 0,749 ile 0,954 arasında değiştiği belirlendi. Elde edilen CR değerlerinin eşik değer olan 0,70'ten büyük olduğu saptandı. HOÇOÖ'de bulunan boyutlara ilişkin AVE değerlerinin, o boyuta ait maksimum paylaşılan varyans (MSV) değerinden büyük olduğu (AVE>MSV) ve boyutların CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olduğu (CR>AVE) saptandı ve yakınsak-ıraksak geçerlik sağlandı (Fornell ve Larcker, 1981). Bu bağlamda, HOÇOÖ'de bulunan boyutlara ait yapılar geçerlik ve güvenirlik açısından kabul edilebilir yapılar olarak değerlendirildi (Tablo 4.17).

4.1.3.4. Güvenirlik Analizi

AFA ve DFA örneklemleri, aynı evrenden elde edilen farklı ancak homojen örneklemler olduğundan birleştirilerek tek bir örneklem elde edildi ve güvenirlik analizleri bu örneklemde gerçekleştirildi (N=1062). HOÇOÖ'nün güvenirliğini belirlemek için madde-toplam puan korelasyonu, ölçek ve boyutlara ilişkin Cronbach alpha katsayısı, yarıya bölme (split-half) yöntemi, test-tekrar test yöntemi ve paralel form güvenirliği yöntemi uygulandı.

Madde-Toplam Puan Korelasyonu: Madde-toplam puan korelasyonu analizi, taslak ölçekte yer alan maddelerin güvenirliğini değerlendirmek ve ölçekle düşük korelasyon gösteren

maddeleri elemeye yönelik kullanılan bir yöntemdir (Hair ve diğ., 2021). Bu analize ilişkin bulgular Tablo 4.18'de sunuldu.

Tablo 4.18: Madde toplam puan korelasyon sonuçları (N=1062).

Madde Sayısı	Madde-Toplam Korelasyon (r)	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha (α)
HOCO_1	0,508	0,967
HOCO_2	0,506	0,967
HOCO_3	0,604	0,967
HOCO_4	0,643	0,967
HOCO_6	0,607	0,967
HOCO_7	0,625	0,967
HOCO_8	0,518	0,967
HOCO_9	0,543	0,967
HOCO_10	0,537	0,967
HOCO_11	0,539	0,967
HOCO_12	0,580	0,967
HOCO_13	0,592	0,967
HOCO_14	0,620	0,967
HOCO_15	0,612	0,967
HOCO_16	0,603	0,967
HOCO_17	0,693	0,966
HOCO_18	0,629	0,967
HOCO_19	0,658	0,967
HOCO_20	0,652	0,967
HOCO_21	0,680	0,966
HOCO_22	0,713	0,966
HOCO_23	0,728	0,966
HOCO_24	0,648	0,967
HOCO_25	0,689	0,966
HOCO_26	0,610	0,967
HOCO_27	0,698	0,966
HOCO_28	0,736	0,966
HOCO_30	0,645	0,967
HOCO_31	**0,464**	**0,967**
HOCO_32	0,556	0,967
HOCO_33	0,550	0,967
HOCO_34	0,513	0,967
HOCO_35	0,526	0,967
HOCO_36	0,550	0,967
HOCO_37	0,536	0,967
HOCO_38	0,585	0,967
HOCO_39	0,598	0,967
HOCO_40	0,693	0,966
HOCO_41	0,636	0,967
HOCO_42	0,606	0,967
HOCO_43	0,560	0,967
HOCO_44	0,590	0,967
HOCO_45	0,688	0,966
HOCO_46	0,690	0,966
HOCO_47	0,655	0,967
HOCO_48	0,716	0,966
HOCO_49	0,730	0,966
HOCO_50	0,675	0,966
HOCO_51	0,733	0,966
HOCO_52	0,546	0,967
HOCO_53	0,751	0,966

Taslak ölçek madde-toplam puan korelasyonlarının 0,464-0,751 arasında olduğu bulundu. Sadece 31. maddenin, madde toplam puan korelasyon katsayısı 0,50'den küçük (<0,50) tespit edilerek taslak ölçekten çıkartıldı (Boateng ve diğ., 2018). Kalan 50 maddelik taslak ölçeğin *Cronbach alpha katsayısı 0,967* olarak saptandı (Tablo 4.18).

Cronbach Alpha Katsayısı: Cronbach alpha katsayısı, ölçekteki maddelerin birbirleriyle ne kadar uyumlu olduğunu ve bu ölçeğin teorik bir değişkeni ölçme yetkinliğini belirlemeye yardımcı olmaktadır (Şencan, 2005). Cronbach alpha katsayısı (α), ölçeklerin güvenirliğini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan bir kriter sunmaktadır. Bu kritere göre, Cronbach alpha katsayısı 0,70≤ α <0,80 arasındaki değerler "kabul edilebilir güvenirlik", 0,80≤ α <0,90 arasındaki değerler "iyi düzeyde güvenirlik" ve α ≥ 0,90 değerler ise "mükemmel güvenirlik" anlamına gelmektedir (Kline, 2019). HOÇOÖ, *Cronbach alpha katsayısı 0,967* olarak bulundu. Bu bağlamda, taslak ölçeğin iç tutarlılığının ''mükemmel güvenirlik'' derecesinde olduğu saptandı.

Taslak ölçek ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha katsayısı bulguları Tablo 4.19'da sunuldu. "Etkili iletişim ve iş birliği" boyutunun Cronbach alpha katsayısı 0,902, "yönetsel ve kurumsal destek" boyutunun 0,925, "kariyer ve mesleki gelişim" boyutunun ise 0,908 bulundu. Bu boyutların *mükemmel güvenirliğe* (≥ 0,90) sahip olduğu belirlendi. "İş güvenliği ve ekipman erişimi" boyutunun 0,896, "insan gücü yeterliliği" boyutunun 0,865, "iş yükü" boyutunun 0,828 ve "Otonomi" boyutunun 0,805 bulundu. Bu boyutların *iyi düzeyde güvenirliğe* (0,80≤ α <0,90) sahip olduğu belirlendi. "Ücret politikaları" boyutunun ise 0,740 bulundu. Bu boyutun *kabul edilebilir güvenirlikte* (0,70≤ α <0,80) olduğu belirlendi. Taslak ölçekteki "sosyal haklar" boyutu, iki maddeden oluştuğu için Cronbach alpha katsayısı hesaplanmadı (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha katsayıları (N=1062).

Alt Boyutlar		Madde Çıkartıldığında Varyans	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıkartıldığında Cronbach Alpha Değeri	Alt Boyut Cronbach Alpha	Ölçek Cronbach Alpha
Etkili İletişim ve İş Birliği	HOCO_38	23,131	0,702	0,888	**0,902**	**0,967**
	HOCO_39	22,921	0,758	0,882		
	HOCO_40	23,127	0,653	0,894		
	HOCO_41	22,690	0,785	0,879		
	HOCO_42	23,407	0,733	0,885		
	HOCO_43	23,255	0,756	0,883		
	HOCO_44	23,348	0,612	0,900		
Yönetsel ve Kurumsal Destek	HOCO_45	48,595	0,685	0,920	**0,925**	
	HOCO_46	48,616	0,767	0,915		
	HOCO_47	48,103	0,738	0,916		
	HOCO_48	47,247	0,821	0,911		
	HOCO_49	47,958	0,828	0,911		
	HOCO_50	49,003	0,704	0,918		
	HOCO_51	48,532	0,754	0,915		
	HOCO_52	51,050	0,543	0,924		
	HOCO_53	49,076	0,745	0,916		
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	HOCO_13	33,650	0,667	0,883	**0,896**	
	HOCO_14	32,017	0,757	0,875		
	HOCO_15	32,529	0,747	0,876		
	HOCO_16	32,864	0,684	0,882		
	HOCO_27	32,726	0,692	0,881		
	HOCO_28	33,759	0,668	0,883		
	HOCO_30	34,751	0,631	0,887		
	HOCO_32	35,549	0,561	0,893		
Kariyer ve Mesleki Gelişim	HOCO_20	26,555	0,644	0,902	**0,908**	
	HOCO_21	26,025	0,659	0,901		
	HOCO_22	25,523	0,805	0,885		
	HOCO_23	25,132	0,815	0,884		
	HOCO_24	25,896	0,742	0,892		
	HOCO_25	25,478	0,789	0,887		
	HOCO_26	26,446	0,624	0,905		
İnsan Gücü Yeterliliği	HOCO_1	37,209	0,624	0,848	**0,865**	
	HOCO_2	37,450	0,665	0,844		
	HOCO_3	37,800	0,673	0,843		
	HOCO_4	37,260	0,725	0,839		
	HOCO_6	37,967	0,628	0,847		
	HOCO_7	37,581	0,692	0,842		
	HOCO_8	40,829	0,564	0,862		
	HOCO_12	39,288	0,591	0,861		
İş Yükü	HOCO_9	3,244	0,593	0,760	**0,828**	
	HOCO_10	3,023	0,763	0,683		
	HOCO_11	3,300	0,712	0,739		
Otonomi	HOCO_17	3,028	0,611	0,778	**0,805**	
	HOCO_18	2,933	0,700	0,684		
	HOCO_19	3,090	0,649	0,738		
Sosyal Haklar	HOCO_26	1,307	0,517	-	-	
	HOCO_27	1,199	0,517	-		
Ücret Politikaları	HOCO_33	3,414	0,555	0,556	**0,740**	
	HOCO_34	4,111	0,513	0,618		
	HOCO_37	3,556	0,489	0,646		

Yarıya Bölme (Split Half) Yöntemi: Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılan yöntemlerden biri de yarıya bölme yöntemidir. Bu yöntemde, çalışmanın güvenilir olarak kabul edilebilmesi için hesaplanan güvenilirlik katsayısının en az 0,70 veya üzerinde olması gerekmektedir (Şencan, 2005). Yarıya bölme yöntemine ilişkin elde edilen bulgular Tablo 4.20'de sunuldu.

Tablo 4.20: Yarıya bölme yöntemi (N=1062).

İlk Yarı (İlk 25 Madde) Cronbach Alpha Katsayısı	0,938
İkinci Yarı (Son 25 Madde) Cronbach Alpha Katsayısı	0,948
İki Yarı Arasındaki Korelasyon Değeri	0,813
Spearman-Brown Güvenirlik Katsayısı	0,897
Guttman Split-Half Güvenirlik Katsayısı	0,896

Ölçeğin ilk yarısındaki Cronbach alpha katsayısı 0,938, ikinci yarısındaki Cronbach alpha katsayısı 0,948 olarak bulundu. Literatür ile karşılaştırıldığında her iki yarının da yüksek güvenirliğe sahip olduğu belirlendi (Şencan, 2005). İki yarı arasındaki korelasyon değeri 0,813 bulunmuş olup iki yarı arasında yüksek ve pozitif yönlü ilişki olduğu saptandı. Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0,897 ve Guttman Split-Half güvenirlik katsayısı 0,896 bulunmuş olup 0,70'ten büyük olduğu (>0,70) için taslak ölçek güvenilir bir ölçme aracı olarak saptandı.

Test-Tekrar Test Yöntemi: Ölçek geliştirme aşamasında bir ölçeğin güvenirliği, farklı zaman dilimlerinde yapılan ölçümlerin tutarlılığı ile değerlendirilmektedir. Bu tutarlılığı belirlemek için sıklıkla test-tekrar test yöntemi kullanılmaktadır. Ancak, tekrar test sonuçlarının yalnızca korelasyon analiziyle değil, aynı zamanda tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) ve bağımlı örneklem t testi gibi diğer istatistiksel yöntemlerle de incelenmesi gerekmektedir (Kline, 2019). Bu çeşitlendirilmiş analizler, ölçüm aracının güvenirliğini daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmeyi sunmaktadır. Bu bağlamda, ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek amacıyla, ölçek 15 gün arayla aynı örneklemde yer alan 133 sağlık profesyoneline uygulandı. İki ölçüm arasındaki istatistiksel farklılığı analiz etmek için bağımlı örneklem t testi ve grup içi korelasyon katsayıları (ICC) hesaplanmış olup, test-tekrar test yöntemine ilişkin bulgular Tablo 4.21'de sunuldu.

Tablo 4.21: Test-tekrar test yöntemi bulguları (N=133).

Ölçek ve Alt Boyutlar	Test Ort±Ss	Tekrar Test Ort±Ss	t	p[a]	ICC	p[b]
Etkili İletişim ve İş Birliği	3,27±0,72	3,26±0,73	0,491	0,624	0,990	*,000
Yönetsel ve Kurumsal Destek	2,88±0,86	2,88±0,86	-	-	1,000	*,000
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	2,97±0,78	2,94±0,76	1,630	0,123	0,983	*,000
Kariyer ve Mesleki Gelişim	2,99±0,81	2,98±0,78	0,491	0,857	0,986	*,000
İnsan Gücü Yeterliliği	2,75±0,75	2,73±0,72	1,392	0,166	0,979	*,000
İş Yükü	2,06±0,71	2,16±0,65	1,637	0,088	0,951	*,000
Otonomi	3,17±0,82	3,15±0,81	1,490	0,139	0,966	*,000
Sosyal Haklar	2,24±1,06	2,22±1,04	1,096	0,275	0,975	*,000
Ücret Politikaları	2,47±0,87	2,47±0,87	-	-	1,000	*,000
HOÇOÖ Toplam	2,86±0964	2,95±0,78	1,982	0,062	0,988	*,000

Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma, p[a]: Bağımlı Örneklem, p[b]: Korelasyon Analizi p Değeri, t: Bağımlı Örneklem t-testi, ICC: Grup İçi Korelasyon Katsayısı, *p<0,01

Test ve tekrar test ölçümleri arasında boyutlar ve ölçek toplamı için istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p>0,05) saptandı. Ayrıca iki ölçüm arasındaki grup içi korelasyon (ICC) analizi sonucu ölçek için 0,988 olarak elde edilirken alt boyutlar için 0,951 ile 1,000 aralığında bulundu ve istatistiksel olarak ileri derece anlamlı ilişkinin olduğu belirlendi (p<0,01) (Tablo 4.21). Bu bağlamda, ICC katsayısı (0,988) mükemmel derecede ölçeğin güvenilir olduğunu gösterdi (Koo ve Lii, 2016).

Paralel Form Güvenirliği: Bir ölçeğin eş değerlilik güvenirliğini değerlendirmek için kullanılabilecek yöntemlerden biri, paralel form yöntemidir. Güvenirlik, bu yöntemle ölçek ile eş değer form arasındaki ilişkinin derecesi ile belirlenir (Şencan, 2005). Bu yöntem, bir ölçüm aracının farklı versiyonlarının veya formlarının aynı özelliği ölçme konusundaki tutarlılığını değerlendirmeye yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda, eşzaman geçerliğinde de kullanılan GAÖ paralel form olarakta kullanıldı. Her iki ölçekten elde edilen verilere korelasyon analizi uygulandı ve bulgular Tablo 4.22'de sunuldu.

Tablo 4.22: Paralel form yöntemi bulguları (N=1062).

Ölçek ve Alt Boyutlar	GAÖ r	GAÖ p
Etkili İletişim ve İş Birliği	0,532	*,000
Yönetsel ve Kurumsal Destek	0,565	*,000
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	0,435	*,000
Kariyer ve Mesleki Gelişim	0,482	*,000
İnsan Gücü Yeterliliği	0,421	*,000
İş Yükü	0,413	*,000
Otonomi	0,570	*,000
Sosyal Haklar	0,289	*,000
Ücret Politikaları	0,328	*,000
HOÇOÖ Toplam	0,574	*,000

r: Korelasyon,*p< 0,01

Ölçeğe ilişkin alt boyutlar ve ölçek toplam puanı ile GAÖ ortalama puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki ($p<0,01$) saptandı (Tablo 4.22).

4.1.4. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeğinin Yapısı ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın birinci aşamasında, sağlık profesyonellerinin hastanelerdeki olumlu çalışma ortamını değerlendirmeleri için geliştirilen HOÇOÖ, geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda toplamda dokuz alt boyut ve 50 maddeden oluştu. Ölçeğin, "etkili iletişim ve iş birliği" alt boyutunda 7 madde, "yönetsel ve kurumsal destek" alt boyutunda 9 madde, "iş güvenliği ve ekipman erişimi" alt boyutunda 8 madde, "kariyer ve mesleki gelişim" alt boyutunda 7 madde, "insan gücü yeterliliği" alt boyutunda 8 madde, "iş yükü" alt boyutunda 3 madde, "otonomi" alt boyutunda 3 madde, "sosyal haklar" alt boyutunda 2 madde ve "ücret politikaları" alt boyutunda 3 madde yer almaktadır. Ölçek, 5'li Likert; "1: Kesinlikle Katılmıyorum", "2: Katılmıyorum", "3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum", "4: Katılıyorum", "5: Kesinlikle Katılıyorum" olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekteki "iş yükü" alt boyutunda bulunan maddelerin tümü (8., 9. ve 10. maddeler) ters kodlanmaktadır (Ek-3). HOÇOÖ ve alt boyut maddelerine ilişkin bilgiler Tablo 4.23'te sunuldu.

Tablo 4.23: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği (HOÇOÖ) yapısı.

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde Numaraları	Puan Aralığı
Etkili İletişim ve İş Birliği	35, 36, 37, 38, 39, 40, 41	1-5
Yönetsel ve Kurumsal Destek	42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50	1-5
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	12, 13, 14, 15, 26, 27, 28, 29	1-5
Kariyer ve Mesleki Gelişim	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	1-5
İnsan Gücü Yeterliliği	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11	1-5
İş Yükü	8, 9, 10 **(ters kodlanan maddeler)**	1-5
Otonomi	16, 17, 18	1-5
Sosyal Haklar	32, 33	1-5
Ücret Politikaları	30, 31, 34	1-5
HOÇOÖ	Tüm maddeler **(50 madde)**	1-5

Ölçek puanlaması, ters maddeler yeniden kodlandıktan sonra toplam ve alt boyutlardan elde edilen puanların aritmetik ortalaması kullanılarak hesaplanmaktadır. Ölçek ortalama puanı için ölçeğin içerisinde bulunan 50 maddeye ait puanlar toplanarak en düşük 50 ve en yüksek 250 aralığında bir ölçek puanı oluşturulur. Bu toplam puan, 50 madde sayısına bölünerek 1 ila 5 arasında ölçek puanına dönüştürülür. Alt boyutların puanlaması, toplam ölçek puanının hesaplanma yöntemiyle benzer bir şekilde gerçekleştirilir. Her alt boyutta bulunan madde puanları toplanarak ham puanlar elde edilir, ardından bu ham puanlar ilgili alt boyutta bulunan madde sayısına bölünerek 1 ila 5 arasında bir puan elde edilir. Örneğin; 'ücret politikaları' alt boyutu için hesaplama şu şekildedir: ([5+4+3]/3). Bu yöntemler, ölçeklerin toplam puanları ve alt boyutlarının puanlarının hesaplanmasında kullanılır ve analitik bir değerlendirme için temel oluşturmaktadır.

Ölçek toplamı ve alt boyutlarından hesaplanan ortalama puanın 5'e yaklaşması, yüksek düzeyde olumlu çalışma ortamını ifade etmektedir. Sadece ölçekteki "iş yükü" alt boyutu ortalama puanının 1'e yaklaşması yüksek düzeyde olumlu çalışma ortamını, ortalama puanın 5'e yaklaşması ise düşük düzeyde olumlu çalışma ortamını göstermektedir.

4.1.5. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'ne İlişkin Tanımlayıcı Analizler

Araştırmanın birinci aşamasında geliştirilen dokuz alt boyut ve toplam 50 maddeden oluşan HOÇOÖ, ölçek alt boyutları ve GAÖ'nün almış oldukları puan ortalamaları ve standart sapmalarına yönelik bulgular Tablo 4.24'te sunuldu. Toplam HOÇOÖ puan ortalaması 2,96±0,66 olarak bulundu. Alt boyutlarda ise "etkili iletişim ve iş birliği" puan ortalaması 3,31±0,80, "yönetsel ve kurumsal destek" 2,99±0,87, "iş güvenliği ve ekipman erişimi" 3,07±0,82, "kariyer ve mesleki gelişim" 3,11±0,084, "insan gücü yeterliliği" 2,87±0,80, "iş yükü" 2,20±0,86, "otonomi" 3,23±0,83, "sosyal haklar" 2,44±1,09 ve "ücret politikaları" puan ortalaması ise 2,47±0,90 olarak saptandı. Ölçeğin alt boyutları arasındaki en yüksek puan ortalamasının "etkili iletişim ve iş birliği" alt boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise "iş yükü" alt boyutunda olduğu saptandı. Araştırmada paralel form olarak kullanılan GAÖ toplam puan ortalamasının 3,52±0,57 olduğu belirlendi. GAÖ'ye ait "katılım" alt boyutunun puan ortalamasının 3,18±0,73, "sorumluluk" alt boyutunun puan ortalamasının 4,28±0,66 ve "otonomi" alt boyutunun puan ortalamasının ise 3,55±0,72 olduğu saptandı. (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: HOÇOÖ, GAÖ ve ölçek alt boyutları tanımlayıcı istatistikleri (N=1062).

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort± Ss	Medyan (Min – Maks)
Etkili İletişim ve İş Birliği	3,31±0,80	3,43 (1 – 5)
Yönetsel ve Kurumsal Destek	2,99±0,87	3,00 (1 – 5)
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	3,07±0,82	3,14 (1 – 5)
Kariyer ve Mesleki Gelişim	3,11±0,84	2,88 (1 – 5)
İnsan Gücü Yeterliliği	2,87±0,80	2,00 (1 – 5)
İş Yükü	2,20±0,86	2,33 (1 – 5)
Otonomi	3,23±0,83	2,50 (1 – 5)
Sosyal Haklar	2,44±1,09	2,33 (1 – 5)
Ücret Politikaları	2,47±0,90	3,13 (1 – 5)
HOÇOÖ	2,96±0,66	3,43 (1 – 4,88)
Katılım	3,18±0,73	3,29 (1 – 5)
Sorumluluk	4,28±0,66	4,00 (1 – 5)
Otonomi	3,55±0,72	3,67 (1 – 5)
GAÖ	3,52±0,57	3,54 (1,38 – 5)

Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

HOÇOÖ toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi gerçekleştirildi ve elde edilen bulgular Tablo 4.25'te sunuldu.

Tablo 4.25: HOÇOÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizi (N=1062).

	EİİB	YKD	İGEE	KMG	İGY	İY	OTO	SH	ÜP
EİİB	**1**								
YKD	0,713*	**1**							
İGEE	0,591*	0,684*	**1**						
KMG	0,654*	0,718*	0,714*	**1**					
İGY	0,500*	0,617*	0,629*	0,604*	**1**				
İY	0,165*	0,331*	0,331*	0,318*	0,415*	**1**			
OTO	0,643*	0,680*	0,658*	0,690*	0,618*	0,297*	**1**		
SH	0,427*	0,530*	0,581*	0,463*	0,315*	0,195*	0,389*	**1**	
ÜP	0,465*	0,546*	0,459*	0,492*	0,474*	0,261*	0,447*	0,445*	**1**
HOÇOÖ	0,791*	0,891*	0,855*	0,859*	0,789*	0,441*	0,798*	0,600*	0,639*

EİİB: Etkili İletişim ve İş Birliği, YKD: Yönetsel ve Kurumsal Destek, İGEE: İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi, KMG: Kariyer ve Mesleki Gelişim, İGY: İnsan Gücü Yeterliliği, İY: İş Yükü, OTO: Otonomi, SH: Sosyal Haklar, ÜP: Ücret Politikası, HOÇOÖ: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği, Pearson Korelasyon Analizi, *p< 0,05

Ölçek puanı ile en güçlü ilişki ''yönetsel ve kurumsal destek'' alt boyutu arasında (r=0,891, p<0,05), en zayıf ilişki ise ''iş yükü'' alt boyutu arasında (r=0,441, p<0,05) bulundu. Alt boyutların kendi aralarındaki ilişkileri incelendiğinde en güçlü ilişki ''yönetsel ve kurumsal

destek'' ile ''kariyer ve mesleki gelişim'' alt boyutları arasında (r=0,718, p<0,05), en zayıf ilişki ise ''etkili iletişim ve iş birliği'' ile ''iş yükü'' alt boyutları arasında (r=0,165, p<0,05) saptandı. Ayrıca, tüm alt boyutlar ve ölçek arasında pozitif yönde zayıf, orta ve güçlü düzeyde anlamlı ilişki saptandı (p<0,05) (Tablo 4.25).

HOÇOÖ alt boyutlar ve toplam puan ortalaması ile, GAÖ toplam puan ortalamasının çalışılan kurum türüne göre karşılaştırılması amacıyla Kruskal Wallis Testi gerçekleştirildi ve bulgular Tablo 4.26'da sunuldu.

Tablo 4.26: Kurum türüne göre ölçek ve alt boyut puanlarının analizi (N=1062).

Ölçekler ve Boyutlar	Kurum Türü	Ortalama±Ss	Rank	Kruskal Wallis Testi	p	Fark
Etkili İletişim ve İş Birliği	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,57±0,72	635,41	30,256	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	3,19±0,75	487,79			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	3,26±0,81	512,96			
Yönetsel ve Kurumsal Destek	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,40±0,78	678,22	76,757	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	3,11±0,77	576,44			B>C
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	2,83±0,88	470,75			
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,76±0,66	792,69	187,568	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	2,80±0,81	432,34			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	2,94±0,75	481,41			
Kariyer ve Mesleki Gelişim	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,46±0,76	660,11	45,163	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	3,06±0,78	515,35			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	3,01±0,85	496,25			
İnsan Gücü Yeterliliği	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	2,97±0,79	576,83	7,785	0,020*	A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	2,92±0,8	548,32			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	2,82±0,8	511,78			
İş Yükü	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	2,33±0,85	582,12	26,686	0,000**	A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	2,39±0,85	599,77			B>C
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	2,10±0,85	493,44			

Tablo 4.26 (devam): Kurum türüne göre ölçek ve alt boyut puanlarının analizi (N=1062).

Ölçekler ve Boyutlar	Kurum Türü	Ortalama±Ss	Rank	Kruskal Wallis Testi	p	Fark
Otonomi	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,47±0,84	624,14	26,243	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	3,25±0,78	539,57			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	3,14±0,82	499,72			
Sosyal Haklar	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,59±0,84	839,01	265,072	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	2,31±0,97	501,70			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	2,12±0,94	444,35			
Ücret Politikaları	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	2,43±1,02	515,04	5,202	0,074	
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	2,37±0,86	496,77			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	2,52±0,86	547,93			
HOÇOÖ	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,31±0,61	695,58	74,270	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	2,92±0,62	518,50			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	2,86±0,66	484,06			
GAÖ	Vakıf Üniversite Hastanesi (A)	3,65±0,65	606,35	15,606	0,000**	A>B A>C
	Kamu Üniversite Hastanesi (B)	3,53±0,54	527,17			
	Kamu Eğitim Araştırma Hastanesi (C)	3,48±0,55	509,34			

HOÇOÖ: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği, GAÖ: Güçlendirme Algısı Ölçeği, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma
*p<0,05, **p<0,01

Kurum türüne göre, ‘‘etkili iletişim ve iş birliği’’ alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu (p=0,000; p<0,01). Farklılık gösteren kurum türleri ikili karşılaştırmalı Mann Whitney U testi ile belirlendi. Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının ‘‘etkili iletişim ve iş birliği’’ alt boyutundan aldıkları puanların hem kamu üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.26).

‘‘Yönetsel ve kurumsal destek’’ alt boyutu puan ortalamasının da kurum türüne göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi (p=0,000; p<0,01). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının ‘‘yönetsel ve kurumsal destek’’ alt boyutundan aldıkları puanların hem kamu

üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olduğu bulundu. Ayrıca, kamu üniversite hastanesinde çalışanların bu alt boyuttan aldıkları puanların kamu eğitim ve araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.26).

‘‘İş güvenliği ve ekipman erişimi’’ alt boyutu puan ortalamaları da kurum türüne göre anlamlı olarak farklılaştı ($p=0,000$; $p<0,01$). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının bu alt boyuttan aldıkları puanların hem kamu üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olduğu bulundu. Kurum türüne göre, ‘‘kariyer ve mesleki gelişim’’ alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlendi ($p=0,000$; $p<0,01$). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının bu alt boyuttan aldıkları puanların hem kamu üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.26).

‘‘İnsan gücü yeterliliği’’ alt boyutu puan ortalamaları kurum türüne göre anlamlı olarak farklılaştı ($p=0,020$; $p<0,05$). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının bu alt boyuttan aldıkları puanların kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek bulundu. ‘‘İş yükü’’ alt boyutu puan ortalamasının da kurum türüne göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p=0,000$; $p<0,01$). Vakıf üniversite hastanesi ve kamu üniversite hastanesi çalışanlarının bu alt boyuttan aldıkları puanların kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek bulundu (Tablo 4.26).

‘‘Otonomi’’ alt boyutu puan ortalamaları kurum türüne göre anlamlı olarak farklılaştı ($p=0,000$; $p<0,01$). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının bu alt boyuttan aldıkları puanların hem kamu üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olduğu bulundu. ‘‘Sosyal haklar’’ alt boyutu puan ortalamaları arasında da anlamlı farklılık bulundu ($p= 0,000$; $p<0,01$). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının bu alt boyuttan aldıkları puanların hem kamu üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.26).

Alt boyutlar arasında sadece ‘‘ücret politikaları’’ alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmedi ($p=0,074$; $p>0,05$). HOÇOÖ, toplam puan ortalamasının da kurum türüne göre anlamlı olarak farklılaştığı görüldü ($p=0,000$; $p<0,01$). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının HOÇOÖ toplam puanları hem kamu üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek saptandı. Kurum türüne göre GAÖ, toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu

(p=0,000; p<0,01). Vakıf üniversite hastanesi çalışanlarının, GAÖ'den aldıkları puanların hem kamu üniversite hastanesi hem de kamu eğitim araştırma hastanesi çalışanlarının almış oldukları puanlardan daha yüksek olarak belirlendi (Tablo 4.26).

4.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın ikinci aşamasındaki bulgular örneklemde yer alan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri, tanımlayıcı analizler, örneklem için yapılan normallik testlerine ait bulgular, yapısal geçerlik ve güvenirlik analizleri ile hipotez modelinin testine ait bulgular yer almaktadır.

4.2.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini oluşturan 550 hemşirenin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.27'de sunuldu.

Tablo 4.27: Hemşirelerin kişisel özellikleri (N=550).

Değişken	Alt Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Ortanca (Min- Maks)
Yaş	25 Yaş ve Altı	105	%19,1	29,49±5,86	28 (21 – 63)
	26 – 30 Yaş	302	%54,9		
	31 Yaş ve Üzeri	143	%26,0		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Cinsiyet	Kadın	422	%76,7		
	Erkek	128	%23,3		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	25	%4,5		
	Ön Lisans	24	%4,4		
	Lisans	431	%78,4		
	Yüksek Lisans	62	%11,3		
	Doktora	8	%1,5		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Medeni Durum	Evli	178	%32,4		
	Bekar	372	%67,6		
	Toplam	**550**	**%100,0**		

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Tablo 4.27 incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalamasının 29,49±5,86 olduğu, %76,7'sinin (n=422) kadın, %78,4'ünün (n=431) lisans mezunu ve %67,6'sının (n=372) bekâr olduğu saptandı. Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.28'de sunuldu.

Tablo 4.28: Hemşirelerin mesleki özellikleri (N=550).

Değişken	Alt Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)
Kurum Türü	Vakıf Üniversite Hastanesi	210	%38,2		
	Eğitim Araştırma Hastanesi	152	%27,6		
	Şehir Hastanesi	188	%34,2		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Görev	Hemşire	496	%90,2		
	Yönetici Hemşire	54	%9,8		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Çalışılan Birim	Servis	344	%62,5		
	Yoğun Bakım	116	%21,1		
	Poliklinik	45	%8,2		
	Ameliyathane	0	0,00		
	Acil	45	%8,2		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Meslekteki Çalışma Süresi	6 Ay – 1 Yıl	19	%3,5	7,08±6,11	5 (0,5 – 42)
	1 – 5 Yıl	268	48,7		
	6 – 10 Yıl	171	%31,1		
	11 Yıl ve Üzeri	92	%16,7		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Kurumdaki Çalışma Süresi	6 Ay – 1 Yıl	24	%3,5	5,63±5,28	4 (0,5 – 35)
	1 – 5 Yıl	268	%48,7		
	6 – 10 Yıl	171	%31,1		
	11 Yıl ve Üzeri	92	%16,7		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	129	%23,5		
	Sürekli Gece	0	%0,0		
	Vardiya	421	%76,5		
	Toplam	**550**	**%100,0**		
Haftalık Çalışma Saati				48,18±6,71	48 (36 – 80)
Vardiyadaki Minimum Hasta Sayısı				11,21±28,02	3 (0 – 300)
Vardiyadaki Maksimum Hasta Sayısı				24,77±62,87	8 (0 – 500)

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Tablo 4.28 incelendiğinde, hemşirelerin %38,2'sinin (n=210) Vakıf Üniversite Hastanesi'nde çalıştığı, %90,2'sinin (n=496) hemşire olarak görev yaptığı, %62,5'inin (n=344) serviste çalıştığı ve %76,5'inin (n=421) vardiyalı çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin meslekteki çalışma süresinin ortalama 7,08±6,11 olduğu, kurumdaki çalışma sürelerinin ortalama 5,63±5,28 yıl ve haftalık ortalama çalışma saatinin 48,18±6,71 saat olduğu saptandı. Ayrıca, bir vardiyada bakılan minimum hasta sayısının ortalama 11,21±28,02 ve maksimum hasta sayısının ortalama 24,77±62,87 olduğu bulundu.

4.2.2. İkinci Aşamada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasında uygulanan HOÇOÖ, TÇAÖ ve GPÖ için doğrulayıcı faktör analizi ve güvenirlik analizi gerçekleştirildi. Her bir indeksin uygunluk değerleri için Tablo 4.29'da yer alan kriterler (Byrne, 2016; Yaşlıoğlu, 2017) dikkate alınarak ölçeklere ait sonuçlar Tablo 4.30'da sunuldu.

Tablo 4.29: İyi derece uygunluk değerleri.

Örneklem Büyüklüğü	**n < 250**			**n > 250**		
Değişken Sayısı	**m ≤ 12**	**12 < m < 30**	**m ≥ 30**	**m ≤ 12**	**12 < m < 30**	**m ≥ 30**
χ^2/df	$\chi^2/df < 2,5$			$\chi^2/df < 5$		
GFI	>0,95	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90
CFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,92	>0,90
TLI/NNFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,90	>0,80
NFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,90	>0,80
IFI	>0,97	>0,95	>0,92	>0,95	>0,90	>0,80
RMSEA	<0,08	<0,08	<0,08	<0,07	<0,07	<0,07
SRMR	<0,08	<0,08	<0,08	<0,07	<0,07	<0,07

χ2/sd: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), TLI: Tucker Lewis İndeks (Tucker Lewis Index), NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi (Normed Fit Index), IFI: Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index), RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation), SRMR: Kök Artık Kareler Ortalaması (Root Mean Square Residual)

Tablo 4.30 incelendiğinde HOÇOÖ'ye ait elde edilen uyum iyiliği değerleri χ^2/df=3,670, CFI=0,944, GFI=0,948, TLI=0,932, NFI=0,908, IFI=0,945, RMSEA=0,069, SRMR=0,063 olarak bulundu. Elde edilen sonuca göre, HOÇOÖ *iyi derece uygunluk* göstermektedir. TÇAÖ'ye ait elde edilen uyum iyiliği değerleri χ^2/df=4,550, CFI=0,937, GFI=0,921, TLI=0,927, NFI=0,918, IFI=0,937, RMSEA=0,078, SRMR=0,043 olarak bulundu. Bu sonuçlara göre, TÇAÖ de *iyi derece uygunluk* göstermektedir. GPÖ'ye ait elde edilen uyum iyiliği değerleri ise, CFI=0,945, GFI=0,920, TLI=0,926, NFI=0,939, IFI=0,945, RMSEA=0,063, SRMR=0,066 olarak bulundu. Buna göre, GPÖ'nin de *iyi derece uygunluk* gösterdiği belirlendi.

Tablo 4.30: Ölçeklere ilişkin uyum indeksi değerleri (N=550).

	HOÇÖ		TÇAÖ		GPÖ	
Uyum İyiliği	**Uyum Değeri**	**Sonuç**	**Uyum Değeri**	**Sonuç**	**Uyum Değeri**	**Sonuç**
χ^2/df	3,670	İyi Derece Uygunluk	4,550	İyi Derece Uygunluk	-	-
CFI	0,944	İyi Derece Uygunluk	0,937	İyi Derece Uygunluk	0,945	İyi Derece Uygunluk
GFI	0,948	İyi Derece Uygunluk	0,921	İyi Derece Uygunluk	0,920	İyi Derece Uygunluk
TLI/NNFI	0,932	İyi Derece Uygunluk	0,927	İyi Derece Uygunluk	0,926	İyi Derece Uygunluk
NFI	0,908	İyi Derece Uygunluk	0,918	İyi Derece Uygunluk	0,939	İyi Derece Uygunluk
IFI	0,945	İyi Derece Uygunluk	0,937	İyi Derece Uygunluk	0,945	İyi Derece Uygunluk
RMSEA	0,069	İyi Derece Uygunluk	0,068	İyi Derece Uygunluk	0,063	İyi Derece Uygunluk
SRMR	0,063	İyi Derece Uygunluk	0,043	İyi Derece Uygunluk	0,066	İyi Derece Uygunluk

χ2/sd: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), TLI: Tucker Lewis İndeks (Tucker Lewis Index), NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi (Normed Fit Index), IFI: Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index), RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation), SRMR: Kök Artık Kareler Ortalaması (Root Mean Square Residual)

HOÇOÖ'ne ait DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütlerine ilişkin bulgular Tablo 4.31'de sunuldu. HOÇOÖ'ye ilişkin faktör yüklerinin 0,503 – 0,934 arasında değiştiği saptandı. Literatürde DFA'da faktör yüklerinin >0,50 (anlamlı) ve >0,60 (yüksek anlamlı) olarak kabul edilmektedir (Hair ve diğ., 2019). Bu bağlamda tüm maddelere ilişkin faktör yüklerinde belirtilen sınırların üzerinde bulundu. HOÇOÖ'deki dokuz alt boyuta ilişkin ortalama açıklanan varyans (AVE) değerleri 0,520 ile 0,637 arasında belirlendi. Elde edilen ortalama açıklanan varyans (AVE) değerlerinin kabul edilen eşik değer olan 0,50'nin üzerinde olduğu saptandı. Birleşik güvenirlik (CR) değerlerinin ise 0,837 ile 0,960 arasında değiştiği belirlendi. Elde edilen birleşik güvenirlik (CR) değerlerinin eşik değer olan 0,70'ten büyük bulundu. Aynı zamanda, HOÇOÖ'de bulunan tüm alt boyutlara ilişkin ortalama açıklanan varyans (AVE) değerleri, o boyuta ait maksimum paylaşılan varyans (MSV) değerinden büyüktü. Bu bağlamda, elde edilen değerlere göre ölçek yapısal geçerlik ve güvenirlik açısından *kabul edilebilir* düzeyde belirlendi (Sürücü ve Maslakçı, 2020) (Tablo 4.31).

Tablo 4.31: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütleri (N=550).

Alt Boyutlar	Madde Numarası	Faktör Yükü	AVE	CR	MSV	Açıklama
Etkili İletişim ve İş Birliği	HOCO_1	0.768	0.603	0.955	0.486	Kabul Edilebilir
	HOCO_2	0.772				
	HOCO_3	0.654				
	HOCO_4	0.765				
	HOCO_5	0.716				
	HOCO_6	0.763				
	HOCO_7	0.571				
Yönetsel ve Kurumsal Destek	HOCO_8	0.799	0.631	0.960	0.513	Kabul Edilebilir
	HOCO_9	0.831				
	HOCO_10	0.747				
	HOCO_11	0.845				
	HOCO_12	0.840				
	HOCO_13	0.665				
	HOCO_14	0.737				
	HOCO_15	0.545				
	HOCO_16	0.673				
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	HOCO_17	0.755	0.637	0.960	0.526	Kabul Edilebilir
	HOCO_18	0.876				
	HOCO_19	0.872				
	HOCO_20	0.787				
	HOCO_21	0.820				
	HOCO_22	0.642				
	HOCO_23	0.750				
	HOCO_24	0.708				
Kariyer ve Mesleki Gelişim	HOCO_25	0.694	0.624	0.960	0.513	Kabul Edilebilir
	HOCO_26	0.671				
	HOCO_27	0.856				
	HOCO_28	0.873				
	HOCO_29	0.764				
	HOCO_30	0.891				
	HOCO_31	0.603				
İnsan Gücü Yeterliliği	HOCO_32	0.794	0.612	0.960	0.526	Kabul Edilebilir
	HOCO_33	0.816				
	HOCO_34	0.779				
	HOCO_35	0.801				
	HOCO_36	0.730				
	HOCO_37	0.738				
	HOCO_38	0.503				
	HOCO_39	0.517				
İş Yükü	HOCO_40	0.663	0.548	0.917	0.143	Kabul Edilebilir
	HOCO_41	0.934				
	HOCO_42	0.813				
Otonomi	HOCO_43	0.753	0.549	0.918	0.446	Kabul Edilebilir
	HOCO_44	0.822				
	HOCO_45	0.825				
Ücret Politikaları	HOCO_46	0.753	0.520	0.837	0.214	Kabul Edilebilir
	HOCO_47	0.764				
	HOCO_48	0.664				
Sosyal Haklar	HOCO_49	0.827	0.520	0.837	0.393	Kabul Edilebilir
	HOCO_50	0.754				

Takım Çalışması Algıları Ölçeği (TÇAÖ)'ne ait DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütlerine ilişkin bulgular Tablo 4.32'de sunuldu.

Tablo 4.32: TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği'nin DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütleri (N=550).

Alt Boyutlar	Madde Numarası	Faktör Yükü	AVE	CR	MSV	Açıklama
Takım Yapısı	TCAO_1	0.674	0.625	0.960	0.580	Kabul Edilebilir
	TCAO_2	0.641				
	TCAO_3	0.762				
	TCAO_4	0.777				
	TCAO_5	0.778				
	TCAO_6	0.736				
	TCAO_7	0.749				
Liderlik	TCAO_8	0.849	0.650	0.960	0.479	Kabul Edilebilir
	TCAO_9	0.856				
	TCAO_10	0.851				
	TCAO_11	0.777				
	TCAO_12	0.849				
	TCAO_13	0.871				
	TCAO_14	0.812				
Durum İzleme	TCAO_15	0.765	0.670	0.960	0.620	Kabul Edilebilir
	TCAO_16	0.729				
	TCAO_17	0.784				
	TCAO_18	0.818				
	TCAO_19	0.787				
	TCAO_20	0.752				
	TCAO_21	0.743				
Karşılıklı Destek	TCAO_22	0.818	0.680	0.960	0.650	Kabul Edilebilir
	TCAO_23	0.821				
	TCAO_24	0.836				
	TCAO_25	0.799				
	TCAO_26	0.706				
	TCAO_27	0.789				
	TCAO_28	0.662				
İletişim	TCAO_29	0.740	0.636	0.960	0.583	Kabul Edilebilir
	TCAO_30	0.773				
	TCAO_31	0.795				
	TCAO_32	0.800				
	TCAO_33	0.853				
	TCAO_34	0.838				
	TCAO_35	0.769				

Tablo 4.32 incelendiğinde TÇAÖ'ye ilişkin faktör yüklerinin 0,641 – 0,871 arasında değiştiği saptandı. Tüm maddelere ilişkin faktör yükü belirtilen sınırların üzerinde bulundu. Alt boyutlara ilişkin ortalama açıklanan varyans (AVE) değerleri 0,625 ile 0,680 arasında bulundu. Alt boyutlara ilişkin birleşik güvenirlik (CR) değerlerinin ise 0,960 seviyesinde olduğu belirlendi. Alt boyutların ortalama açıklanan varyans (AVE) değerlerinin, o boyuta ait maksimum paylaşılan varyans (MSV) değerinden büyük olduğu saptandı. Bu bağlamda, elde

edilen değerlere göre ölçek yapısal geçerlik ve güvenirlik açısından *kabul edilebilir* düzeyde bulundu (Tablo 4.32).

Tablo 4.33: Görev Performansı Ölçeği'nin DFA faktör yükleri, yapısal geçerlik ve güvenirlik ölçütleri (N=550).

Boyut	Madde Numarası	Faktör Yükü	AVE	CR	MSV	Açıklama
Görev Performansı Ölçeği	GPO_1	0.562	0.635	0.960	0.000	Kabul Edilebilir
	GPO_2	0.687				
	GPO_3	0.817				
	GPO_4	0.811				
	GPO_5	0.631				
	GPO_6	0.736				
	GPO_7	0.896				
	GPO_8	0.912				
	GPO_9	0.858				

Tablo 4.33 incelendiğinde GPÖ'ye ilişkin faktör yüklerinin 0,562 – 0,912 arasında değiştiği saptandı. Tüm maddelere ilişkin faktör yükü belirtilen sınırların üzerinde bulundu. GPÖ'nün tek boyutlu yapısına ilişkin ortalama açıklanan varyans (AVE) değeri 0,635, birleşik güvenirlik (CR) değeri ise 0,960 olarak bulundu. GPÖ tek boyutlu yapısı nedeniyle maksimum paylaşılan varyans (MSV) değeri 0,000 olarak saptandı. Bu bağlamda, elde edilen değerlere göre ölçeğin yapısal geçerlik ve güvenirlik açısından *kabul edilebilir* düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.33).

HOÇOÖ'ye ait Cronbach alpha değerleri Tablo 4.34'te sunuldu. HOÇOÖ'nün alt boyutlarına ilişkin Cronbach alpha katsayıları sırasıyla şöyledir: "Etkili iletişim ve iş birliği" alt boyutunda 0,871, "yönetsel ve kurumsal destek" alt boyutunda 0,919, "iş güvenliği ve ekipman erişimi" alt boyutunda 0,925, "kariyer ve mesleki gelişim" alt boyutunda 0,910, "insan gücü yeterliliği" alt boyutunda 0,892, "iş yükü" alt boyutunda 0,840, "otonomi" alt boyutunda 0,841 ve "ücret politikaları" alt boyutunda 0,818 bulundu. Ölçeğin toplam Cronbach alpha katsayısı ise 0,961 olarak bulundu. Bu sonuçlar, ölçek alt boyutlarının ve ölçek toplamının *iyi düzeyde güvenirliğe* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$) ve *mükemmel güvenirliğe* ($\alpha \geq 90$) sahip olduğunu gösterdi (Kline, 2019). Madde incelemesi yapıldığında ise tüm alt boyutlardaki maddeler tek tek incelendi ve madde çıkarıldığında elde edilen Cronbach alpha katsayıları düştüğü için alt boyutlardan madde çıkarılmadı. Bu bağlamda, elde edilen sonuçlara göre ölçeğin tüm alt boyutları güvenirlik açısından *kabul edilebilir* düzeydedir (Tablo 4.34).

Tablo 4.34: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği Cronbach alpha değerleri (N=550).

Ölçek Alt Boyutları	Madde Numarası	Madde Çıkarıldığında Varyans	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha Değeri	Alt boyut Cronbach Alpha	Ölçek Cronbach Alpha
Etkili İletişim ve İş Birliği	HOCO_1	16,794	0,696	0,852	**0,871**	**0,961**
	HOCO_2	16,873	0,706	0,851		
	HOCO_3	16,803	0,613	0,864		
	HOCO_4	16,900	0,709	0,851		
	HOCO_5	17,336	0,667	0,857		
	HOCO_6	17,046	0,709	0,851		
	HOCO_7	16,815	0,541	0,876		
Yönetsel ve Kurumsal Destek	HOCO_8	36,610	0,736	0,905	**0,919**	
	HOCO_9	36,960	0,789	0,902		
	HOCO_10	36,244	0,701	0,907		
	HOCO_11	36,315	0,775	0,902		
	HOCO_12	36,866	0,781	0,902		
	HOCO_13	37,764	0,639	0,911		
	HOCO_14	37,082	0,745	0,904		
	HOCO_15	38,271	0,543	0,919		
	HOCO_16	37,368	0,679	0,909		
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	HOCO_17	36,897	0,725	0,916	**0,925**	
	HOCO_18	34,211	0,820	0,909		
	HOCO_19	34,631	0,814	0,909		
	HOCO_20	35,571	0,737	0,916		
	HOCO_21	34,534	0,793	0,911		
	HOCO_22	37,771	0,630	0,923		
	HOCO_23	37,134	0,750	0,915		
	HOCO_24	38,125	0,702	0,918		
Kariyer ve Mesleki Gelişim	HOCO_25	24,524	0,664	0,898	**0,910**	
	HOCO_26	24,287	0,636	0,901		
	HOCO_27	22,992	0,811	0,882		
	HOCO_28	22,716	0,813	0,881		
	HOCO_29	24,083	0,725	0,891		
	HOCO_30	22,937	0,846	0,878		
	HOCO_31	24,889	0,560	0,910		
İnsan Gücü Yeterliliği	HOCO_32	30,576	0,728	0,868	**0,892**	
	HOCO_33	31,275	0,732	0,868		
	HOCO_34	31,524	0,710	0,871		
	HOCO_35	31,343	0,740	0,868		
	HOCO_36	32,011	0,694	0,872		
	HOCO_37	31,030	0,718	0,869		
	HOCO_38	34,584	0,475	0,892		
	HOCO_39	32,908	0,521	0,890		
İş Yükü	HOCO_40	3,317	0,617	0,863	**0,840**	
	HOCO_41	3,043	0,784	0,710		
	HOCO_42	3,197	0,718	0,764		
Otonomi	HOCO_43	2,803	0,677	0,808	**0,841**	
	HOCO_44	2,778	0,719	0,766		
	HOCO_45	2,903	0,722	0,764		
Ücret Politikaları	HOCO_46	3,368	0,665	0,717	**0,818**	
	HOCO_47	3,702	0,674	0,716		
	HOCO_48	3,312	0,617	0,777		
Sosyal Haklar	HOCO_49	1,377	0,674	-	-	
	HOCO_50	1,708	0,674	-		

Tablo 4.35: TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği Cronbach alpha değerleri (N=550).

Ölçek Alt Boyutları	Madde Numarası	Madde Çıkarıldığında Varyans	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha Değeri	Alt boyut Cronbach Alpha	Ölçek Cronbach Alpha
Takım Yapısı	TCAO_1	13,342	0,606	0,878	**0,886**	**0,971**
	TCAO_2	13,740	0,601	0,879		
	TCAO_3	13,173	0,684	0,870		
	TCAO_4	12,810	0,721	0,865		
	TCAO_5	12,032	0,758	0,859		
	TCAO_6	11,945	0,701	0,867		
	TCAO_7	11,541	0,708	0,868		
Liderlik	TCAO_8	20,152	0,816	0,933	**0,942**	
	TCAO_9	20,505	0,824	0,932		
	TCAO_10	20,305	0,827	0,932		
	TCAO_11	20,752	0,755	0,938		
	TCAO_12	20,015	0,823	0,932		
	TCAO_13	20,103	0,844	0,930		
	TCAO_14	21,402	0,778	0,936		
Durum İzleme	TCAO_15	13,949	0,748	0,893	**0,909**	
	TCAO_16	14,287	0,714	0,896		
	TCAO_17	14,367	0,761	0,891		
	TCAO_18	14,525	0,771	0,890		
	TCAO_19	14,913	0,721	0,896		
	TCAO_20	14,661	0,693	0,898		
	TCAO_21	14,617	0,677	0,900		
Karşılıklı Destek	TCAO_22	14,590	0,774	0,894	**0,912**	
	TCAO_23	15,306	0,750	0,897		
	TCAO_24	15,111	0,785	0,894		
	TCAO_25	15,014	0,757	0,896		
	TCAO_26	15,130	0,687	0,904		
	TCAO_27	15,304	0,752	0,897		
	TCAO_28	15,079	0,649	0,909		
İletişim	TCAO_29	14,880	0,716	0,915	**0,923**	
	TCAO_30	14,697	0,730	0,914		
	TCAO_31	14,450	0,764	0,910		
	TCAO_32	14,236	0,765	0,910		
	TCAO_33	14,269	0,811	0,906		
	TCAO_34	14,360	0,799	0,907		
	TCAO_35	14,163	0,729	0,915		

Tablo 4.35'e göre de TÇAÖ'nün alt boyutlarına ilişkin Cronbach alpha katsayıları sırasıyla şöyledir: "Takım Yapısı" alt boyutunda 0,886, "liderlik" alt boyutunda 0,942, "durum izleme" alt boyutunda 0,909, "karşılıklı destek" alt boyutunda 0,912 ve "iletişim" alt boyutunda 0,923 bulundu. TÇAÖ'nün toplam Cronbach alpha katsayısı ise 0,971 bulundu. Bu sonuçlar, ölçek alt boyutlarının ve ölçek toplamının *iyi düzeyde güvenirliğe* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$) ve *mükemmel güvenirliğe* ($\alpha \geq 90$) sahip olduğunu gösterdi (Kline, 2019). Madde incelemesi yapıldığında tüm alt boyutlardaki maddeler tek tek incelendi ve madde çıkarıldığında elde edilen Cronbach alpha katsayıları düştüğü için alt boyutlardan madde çıkarılmadı. Bu bağlamda, elde edilen sonuçlara

göre ölçeğin tüm alt boyutları güvenirlik açısından *kabul edilebilir* düzeydedir. GPÖ'ye ait Cronbach alpha değerleri de Tablo 4.36'da sunuldu.

Tablo 4.36: Görev Performansı Ölçeği Cronbach alpha değerleri (N=550).

Tek Boyut	Madde Numarası	Madde Çıkarıldığında Varyans	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha Değeri	Ölçek Cronbach Alpha
Görev Performansı Ölçeği	GPO_1	42,569	0,570	0,924	**0,924**
	GPO_2	42,442	0,711	0,914	
	GPO_3	41,550	0,802	0,908	
	GPO_4	42,634	0,771	0,910	
	GPO_5	40,757	0,615	0,924	
	GPO_6	40,921	0,706	0,914	
	GPO_7	41,873	0,832	0,907	
	GPO_8	42,389	0,840	0,907	
	GPO_9	42,392	0,792	0,909	

GPÖ'ye ilişkin Cronbach alpha katsayısı 0,924 olup *mükemmel güvenirliğe* sahip olduğu bulundu (Kline, 2019) (Tablo 4.36). Madde incelemesine göre madde çıkarıldığında elde edilen Cronbach alpha katsayıları düştüğü için ölçekten madde çıkarılmadı. Bu bağlamda, elde edilen sonuçlara göre ölçek güvenirlik açısından *kabul edilebilir* düzeydedir.

4.2.3. Ölçeklere Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada kullanılan HOÇOÖ, TÇAÖ ve GPÖ'ye ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 4.37'de sunuldu. HOÇOÖ alt boyutlarında puan ortalamaları; "etkili iletişim ve iş birliği" 3,62±0,68, "yönetsel ve kurumsal destek" 3,31±0,76, "iş güvenliği ve ekipman erişimi" 3,38±0,85, "kariyer ve mesleki gelişim" 3,28±0,81, "insan gücü yeterliliği" 2,97±0,8, "iş yükü" 2,40±0,86, "otonomi" 3,40±0,81, "ücret politikaları" 2,48±0,88 ve "sosyal haklar" 2,73±1,12 bulundu. HOÇOÖ'nün toplam puan ortalaması ise 3,06±0,61 olarak belirlendi. Bu bağlamda, HOÇOÖ'nün alt boyutları arasındaki en yüksek puan ortalamasının "etkili iletişim ve iş birliği", en düşük puan ortalamasının ise "iş yükü" alt boyutunda olduğu belirlendi. TÇAÖ alt boyutlarında puan ortalamaları; "takım yapısı" 3,82±0,59, "liderlik" 3,78±0,75, "durum izleme" 3,79±0,63, "karşılıklı destek" 3,85±0,64 ve "iletişim" 3,90±0,63 bulundu. TÇAÖ'nün toplam puan ortalaması ise 3,83±0,56 olarak belirlendi. Bu sonuçlara göre, TÇAÖ'nün alt boyutları arasındaki en yüksek puan ortalaması "iletişim", en düşük puan ortalaması ise "liderlik" alt boyutundadır. Son olarak tek boyutlu GPÖ'nün toplam puan ortalaması ise 5,88±0,81 olarak saptandı (Tablo 4.37).

Tablo 4.37: Ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular (N=550).

Ölçekler ve Alt boyutları	Ort ± SS	Min	Medyan	Maks	Çarpıklık	Basıklık
Etkili İletişim ve İş Birliği	3,62±0,68	1	3,71	5	-0,882	1,610
Yönetsel ve Kurumsal Destek	3,31±0,76	1	3,33	5	-0,304	0,381
İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi	3,38±0,85	1	3,5	5	-0,347	-0,243
Kariyer ve Mesleki Gelişim	3,28±0,81	1	3,29	5	-0,332	-0,003
İnsan Gücü Yeterliliği	2,97±0,8	1	3	5	0,054	-0,096
İş Yükü	2,40±0,86	1	2,33	5	0,536	0,353
Otonomi	3,40±0,81	1	3,67	5	-0,543	0,526
Ücret Politikaları	2,48±0,88	1	2,67	5	0,117	-0,154
Sosyal Haklar	2,73±1,12	1	2,5	5	0,172	-0,893
HOÇOÖ	3,06±0,61	1,38	3,02	4,82	0,068	0,288
Takım Yapısı	3,82±0,59	1	3,86	5	-0,788	3,125
Liderlik	3,78±0,75	1	4	5	-0,749	1,183
Durum İzleme	3,79±0,63	1	3,86	5	-0,955	2,719
Karşılıklı Destek	3,85±0,64	1	4	5	-0,922	2,646
İletişim	3,90±0,63	1	4	5	-0,530	1,604
TÇAÖ	3,83±0,56	1	3,86	5	-0,676	2,490
GPÖ	5,88±0,81	1	6	7	-1,859	6,690

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, Ss: Standart Sapma

Ölçek ve alt boyutlarına ilişkin normallik dağılımının değerlendirilmesi amacıyla çarpıklık ve basıklık katsayıları incelendi. Literatürde çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olması verilerin normal dağılıma yakın olduğunu göstermektedir (Alpar, 2022). HOÇOÖ ve alt boyutları için çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu bulundu. TÇAÖ ve alt boyutları ise çarpıklık değerleri incelendiğinde kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer alırken, basıklık değerlerinde "takım yapısı" (3,125), "durum izleme" (2,719), "karşılıklı destek" (2,646) ve toplam TÇAÖ (2,490) için değerlerin sınıra yakın veya hafifçe üzerinde olduğu bulundu. Son olarak GPÖ incelendiğinde çarpıklık değeri (-1,859) kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer alırken, basıklık değeri (6,690) normal dağılım sınırlarının üzerinde bulundu (Tablo 4.37). Kline (2019) basıklık değerinin 10'un altında, Curran ve diğ. (1996) ise basıklık değerinin 7'nin altında olduğu durumlarda verinin normallikten aşırı sapma göstermediğini ve parametrik testlerin uygulanabileceğini belirtmektedir. GPÖ basıklık değerinin yüksek olmasına karşın, ortalama ve medyan değerlerinin uyumlu olması, ölçümün 7'li Likert tipi ölçekle yapılması ve örneklem büyüklüğünün yeterli olması (n>250) dikkate alınarak Pearson korelasyon analizi uygulandı (Curran ve diğ., 1996) (Tablo 4.38).

Tablo 4.38: Korelasyon matrisi (N=550).

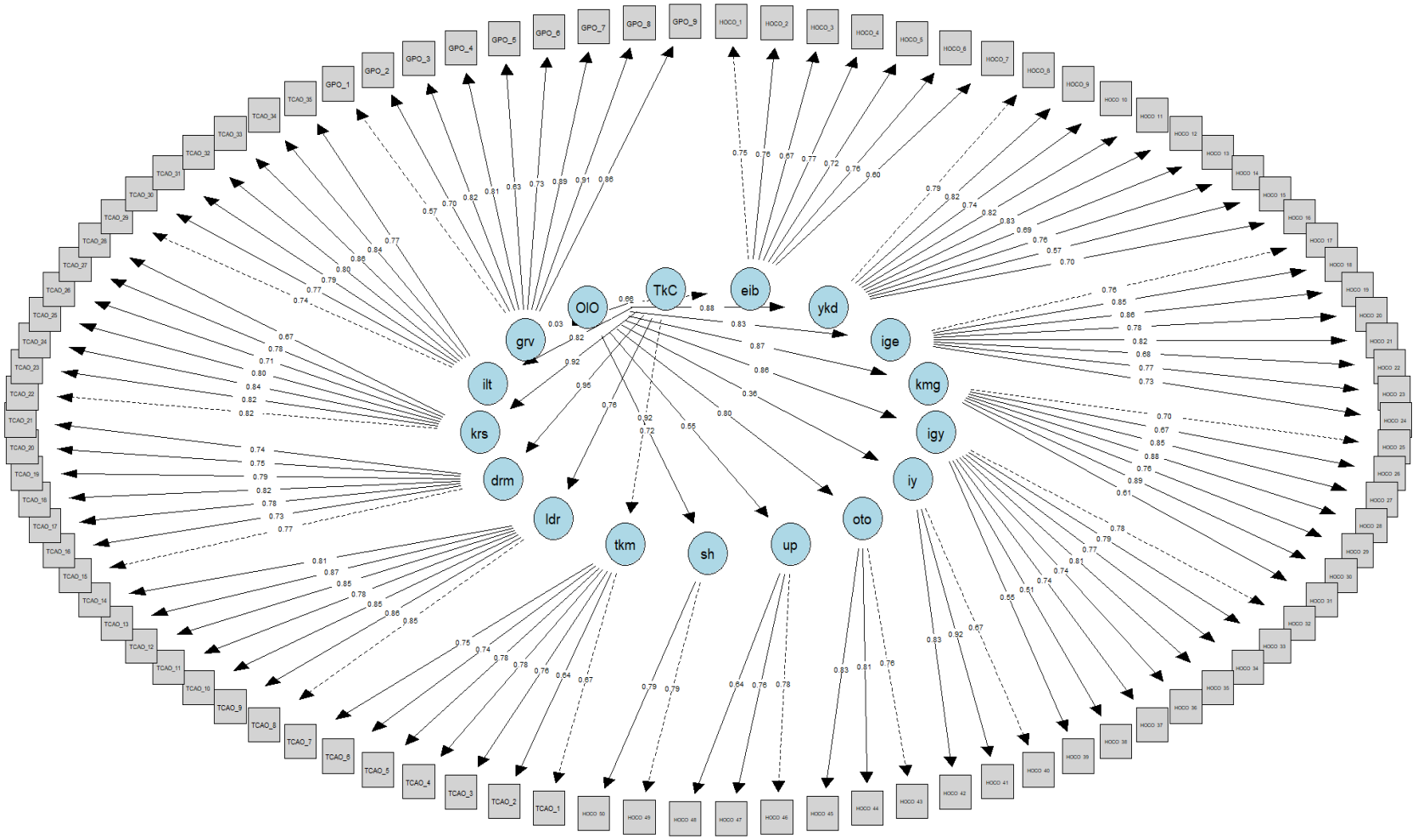
	EİİB	YKD	İGEE	KMG	İGY	İY	OTO	SH	ÜP	HOÇOÖ	TY	Lİ	Dİ	KD	İL	TÇAÖ	GPÖ
EİİB	**1**																
YKD	,661*	**1**															
İGEE	,496*	,677*	**1**														
KMG	,537*	,710*	,663*	**1**													
İGY	,526*	,677*	,690*	,675*	**1**												
İY	,165*	,292*	,274*	,226*	,364*	**1**											
OTO	,544*	,663*	,556*	,639*	,565*	,159*	**1**										
SH	,317*	,474*	,633*	,530*	,528*	,221*	,400*	**1**									
ÜP	,265*	,325*	,237*	,374*	,437*	,170*	,363*	,359*	**1**								
HOÇOÖ	,648*	,824*	,810*	,818*	,843*	,416*	,736*	,724*	,545*	**1**							
TY	,498*	,523*	,484*	,502*	,455*	,152*	,459*	,398*	,254*	,553*	**1**						
Lİ	,442*	,561*	,418*	,517*	,478*	,175*	,476*	,258*	,306*	,531*	,610*	**1**					
Dİ	,542*	,487*	,408*	,465*	,430*	,131*	,456*	,314*	,269*	,515*	,697*	,589*	**1**				
KD	,472*	,409*	,325*	,377*	,374*	,108*	,359*	,265*	,251*	,423*	,648*	,562*	,739*	**1**			
İL	,446*	,414*	,413*	,389*	,318*	,098*	,383*	,274*	,096*	,406*	,613*	,500*	,608*	,681*	**1**		
TÇAÖ	,562*	,585*	,499*	,539*	,504*	,156*	,499*	,362*	,279*	,590*	,831*	,795*	,837*	,834*	,790*	**1**	
GPÖ	,304*	,342*	,358*	,325*	,309*	,104*	,267*	,277*	,095*	,344*	,442*	,403*	,387*	,415*	,450*	,478*	**1**

EİİB: Etkili İletişim ve İş Birliği, YKD: Yönetsel ve Kurumsal Destek, İGEE: İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi, KMG: Kariyer ve Mesleki Gelişim, İGY: İnsan Gücü Yeterliliği, İY: İş Yükü, OTO: Otonomi, SH: Sosyal Haklar, ÜP: Ücret Politikası, HOÇOÖ: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği, TY: Takım Yapısı, Lİ: Liderlik, Dİ: Durum İzleme, KD: Karşılıklı Destek, İL: İletişim, TÇAÖ: Takım Çalışması Algıları Ölçeği, GPÖ: Görev Performansı Ölçeği, Pearson Korelasyon Analizi *p<0,05

Ölçek toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, HOÇOÖ ve TÇAÖ puanları arasında (r=0,590, p<0,05) ve HOÇOÖ ile GPÖ (r=0,344, p<0,05) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki belirlendi. GPÖ ile TÇAÖ arasında da (r=0,478, p<0,05) pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Ölçek alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, HOÇOÖ alt boyutları ile TÇAÖ alt boyutları arasındaki en güçlü ilişki "yönetsel ve kurumsal destek" ile "liderlik" boyutları arasında (r=0,561, p<0,05), en zayıf anlamlı ilişki ise "iletişim" ile "iş yükü" boyutları arasında (r=0,098, p<0,05) bulundu. Son olarak, HOÇOÖ'nün alt boyutları ile GPÖ arasındaki ilişki 0,095 ile 0,358 arasında, GPÖ ile TÇAÖ alt boyutları arasındaki ilişki ise 0,387 ile 0,451 arasında değişmektedir. Bu bağlamda, tüm ölçekler ve alt boyutlar arasında pozitif yönlü zayıf, orta ve yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulundu (Tablo 4.38).

4.2.4. Yapısal Eşitlik Modeline (YEM) İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasında, hemşirelerin hastanelerdeki olumlu çalışma ortamı, takım çalışması algıları ve görev performansları arasındaki ilişkiyi içeren hipotez modeli YEM ile test edildi. Oluşturulan yapısal modele ilişkin yol diyagramı Şekil 4.3'te sunuldu.



eib: Etkili İletişim ve İş Birliği, ykd: Yönetsel ve Kurumsal Destek, ige: İş Güvenliği ve Ekipman Erişimi, kmg: Kariyer ve Mesleki Gelişim, igy: İnsan Gücü Yeterliliği, iy: İş Yükü, oto: Otonomi, sh: Sosyal Haklar, up: Ücret Politikası, OlO: Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı, tkm: Takım Yapısı, ldr: Liderlik, drm: Durum İzleme, krs: Karşılıklı Destek, ilt: İletişim, TkC: Takım Çalışması Algıları, grv: Görev Performansı

Şekil 4.3: Yapısal eşitlik modeline (YEM) ilişkin yol diyagramı.

Yapısal eşitlik modeline (YEM) ilişkin uyum indeskleri ve uyum değerleri Tablo 4.39'da sunuldu.

Tablo 4.39: Yapısal eşitlik modeline (YEM) ilişkin uyum indeksi ve uyum değerleri (N=550).

Uyum İndeksi	Uyum Değeri	Sonuç
χ^2/df	2,872	İyi derece uygunluk
CFI	0,910	İyi derece uygunluk
GFI	0,905	İyi derece uygunluk
TLI/NNFI	0,930	İyi derece uygunluk
NFI	0,870	Kabul edilebilir uygunluk
IFI	0,910	İyi derece uygunluk
RMSEA	0,060	Kabul edilebilir uygunluk
SRMR	0,080	Kabul edilebilir uygunluk

χ2/sd: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index), GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index), TLI: Tucker Lewis İndeks (Tucker Lewis Index), NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi (Normed Fit Index), IFI: Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index), RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation), SRMR: Kök Artık Kareler Ortalaması (Root Mean Square Residual)

Tablo 4.39'da yer alan uyum değerlerinden χ^2/df=2,872, CFI=0,910, GFI=0,905, TLI=0,930, NFI=0,870, IFI=0,910, RMSEA=0,060 ve SRMR=0,080 bulundu. Elde edilen sonuca göre model yapısının kabul edilebilir ve iyi uyuma sahip olduğu saptandı (Byrne, 2016; Yaşlıoğlu, 2017). YEM'e ilişkin regresyon değerleri Tablo 4.40'ta sunuldu.

Tablo 4.40: Yapısal eşitlik modeline (YEM) ilişkin regresyon tahmin değerleri (N=550).

	Tahmin (β)	Güven Aralığı (β)	Std Hata	χ^2	p	r
TÇAÖ ← HOÇOÖ	0,60	0,55 – 0,66	0,07	74,65	<0,001**	0,615
GPÖ ← HOÇOÖ	0,04	-0,08 – 0,14	0,09	0,2	0,653	0,045
GPÖ ← TÇAÖ	0,80	0,70 – 0,80	0,18	20,25	<0,001**	0,410

β: Standardize Beta Katsayısı, Std: Standart, χ_2: Ki-Kare, r: Korelasyon, **p<0,01

Tablo 4.40'ta yer alan tahmin değerlerinde HOÇOÖ'nün TÇAÖ üzerindeki etkisi incelendiğinde (β=0,60, p=0,000, p<0,05) pozitif ve anlamlı etki saptandı. Bu ilişkinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu (p<0,001, χ^2=74,65) ve korelasyon katsayısının r=0,615 olduğu bulundu. Bu bulgular, olumlu çalışma ortamının takım performansını olumlu ve güçlü bir şekilde etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda, *H1a hipotezi* kabul edildi. Ancak, HOÇOÖ'nün GPÖ üzerindeki etkisinin ise (β=0,04, p=0,653, p>0,05) çok düşük

düzeyde olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu. Bu bulgu, olumlu çalışma ortamının bireysel performansı üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, *H1b hipotezi* kabul edilmedi. Bir diğer incelemede ise TÇAÖ'nün GPÖ üzerinde doğrudan (β=0,80, p<0,001, p<0,05) pozitif ve anlamlı etkisi olduğu saptandı. Bu ilişkinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu (p<0,001, χ^2 =20,25) ve korelasyon katsayısının r=0,410 olduğu bulundu. Bu bulgular, takım performansındaki artışın bireysel performansı olumlu ve güçlü bir şekilde etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda, *H2 hipotezi* kabul edildi (Tablo 4.40).

Oluşturulan modelde, hastanelerde olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansı üzerindeki etkisinde takım performansının aracılık etkisinin incelenmesine ilişkin bulgular Tablo 4.41'de sunuldu.

Tablo 4.41: Hastanelerde olumlu çalışma ortamının bireysel performans üzerindeki etkisinde takım performansının aracılık etkisi sonuçları (N=550).

Aracı Etkiler	Dolaylı Etki	Dolaylı p	Direkt Etki	Direkt p	Toplam Etki	Toplam p	Aracılık Oranı
HOÇOÖ → TÇAÖ → GPÖ	0,48	<0,001**	0,04	0,653	0,52	<0,001**	0,92

**p<0,01

Hastanelerde olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansı üzerindeki etkisinde takım performansının aracılık etkisi analiz sonuçları incelendiğinde, HOÇOÖ'nün TÇAÖ aracılığıyla GPÖ üzerindeki dolaylı etkisi β=0,48 bulundu ve bu etkinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu (p<0,001, p<0,05) bulundu. HOÇOÖ'nün GPÖ üzerindeki doğrudan etkisi β=0,04 olarak bulundu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p=0,653, p>0,05) bulundu. Ayrıca, HOÇOÖ'nün GPÖ üzerindeki toplam etkisi ise β=0,52 olarak saptandı ve bu etkinin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu (p=0,000, p<0,05) saptandı. Bu etkideki aracılık oranı da 0,92 olarak bulundu. Bu oran, toplam etkinin %92'sinin takım performansı aracılığıyla gerçekleştiğini göstermektedir. Bu bağlamda, hastanelerde olumlu çalışma ortamı ile hemşirelerin bireysel performansı arasındaki ilişkide takım performansının *tam aracılık rolü* olduğu belirlendi. Bu nedenle, *H3 hipotezi* kabul edildi (Tablo 4.41).

5. TARTIŞMA

Bu bölüm iki alt başlıkta incelendi. İlkinde HOÇOÖ'nün geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapıldığı metodolojik tasarımdaki araştırmanın birinci aşamasında elde edilen bulgular tartışıldı. İkinci alt başlıkta ise hemşirelikte olumlu çalışma ortamı, bireysel ve takım performansı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla oluşturulan hipotez modelinden elde edilen bulgular tartışıldı.

5.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMA BULGULARININ TARTIŞILMASI

5.1.1. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri Bulgularının Tartışılması

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, hemşireler tarafından çalışma ortamını değerlendirmeye yönelik geliştirilen ölçekler bulunmasına rağmen olumlu çalışma ortamını tüm bileşenleri ile kapsamlı olarak değerlendiren aynı zamanda tüm sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, ebe vb.) tarafından kullanılacak herhangi bir ölçeğe rastlanılmadı. Bu bağlamda, literatürdeki bu boşluğu doldurmak için araştırmanın birinci aşaması sağlık profesyonellerinin hastanelerdeki olumlu çalışma ortamı algılarını belirlemede kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmesi ve psikometrik analizlerini yapmak amacıyla metodolojik tasarımda gerçekleştirildi.

Bu bölümde kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, pilot uygulama, yapı geçerliği (AFA, DFA, eşzaman geçerliği, yakınsak ve ıraksak geçerlik) ve güvenirlik analizlerine (madde-toplam puan korelasyonu, Cronbach alpha katsayısı, yarıya bölme (split-half) yöntemi, test-tekrar test yöntemi ve paralel form güvenirliği) yönelik elde edilen bulgular tartışıldı.

5.1.1.1. Kapsam (İçerik) Geçerliği

Literatüre dayalı olarak oluşturulan maddelerin kalitesini belirlemek için kapsam geçerliğinin yapılması gerekmektedir (Carpenter, 2018). Kapsam geçerliği, taslak ölçekteki her bir maddenin ve ölçeğin tamamının belirlenen kavramı ölçüp ölçmediğini belirtmektedir. Kapsam geçerliğini belirlemede Davis veya Lawshe teknikleri kullanılmaktadır (Kline, 2019). Bu araştırmada, taslak ölçekte oluşturulan 59 maddenin kapsam geçerliği analizinde Davis tekniği kullanıldı. Oluşturulan maddelerin sağlık profesyonellerinin hastanelerdeki olumlu

çalışma ortamı algısını ölçmeye uygun olup olmadığı, klinik hemşireler ve hemşirelikte yönetim alanından akademisyenlerden oluşan 7 uzman (altı akademisyen ve bir hemşire yönetici) tarafından değerlendirildi. Ölçüm aracında yer alan maddelerin değerlendirmeleri, KGİ kullanılarak yapıldı. Bu değerin en az 0,80 olması kapsam geçerliği için kabul edilebilir bir düzey olarak belirtilmektedir (Boateng ve diğ., 2018). Bu aşamada KGİ<0,80 olan 6 madde taslak ölçekten çıkartıldı. Taslak ölçekte yer alan 53 maddenin KGİ değerleri 0,80-1,00 arasında ve toplam taslak ölçek KGİ değeri ise 0,92 olarak hesaplandı. Bu bağlamda, taslak ölçeğin kapsam geçerliği sağlandı.

5.1.1.2. Yüzey Geçerliği

Yüzey geçerliği, ölçüm aracındaki maddeler hakkında geri bildirim verilmesi açısından önemli bir aşamadır. Bu aşama, ölçüm aracında belirsiz, kafa karıştırıcı, atlanan veya eksik sorular olup olmadığını belirleme olanağı sağlar (Boateng ve diğ., 2018). Uzman görüşleriyle düzenlenen taslak ölçek, hedef kitleyi temsil edecek özelliklere sahip örneklem grubuna uygulanması gerekmektedir (Kline, 2019). Carpanter (2018), bir ölçeğin geliştirilmesinde yapılacak yüzey geçerliği aşamasında katılımcı sayısının 5-100 kişi arasında olmasını önermektedir. Bu doğrultuda, taslak ölçeğin dil özellikleri ve anlaşılırlık açısından örneklem grubuyla benzer özellikte olan fakat örneklemde yer almayacak farklı hastanelerde çalışan 30 sağlık profesyoneline uygulandı. Bu aşamada çalışanlardan gelen öneriler doğrultusunda ‘‘Çalışma listeleri, çalışanların iş-yaşam dengesi esas alınarak hazırlanır’’ maddesi, ‘‘Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam dengesi göz önünde bulundurulur.’’ olarak düzenlendi. Yüzey geçerliğine katılan sağlık profesyonellerinden taslak ölçeğin sade, anlaşılır ve net olduğu geri bildirimi alındı. Bu aşamada, taslak ölçeğin yüzey geçerliği sağlandı.

5.1.1.3. Pilot Uygulama

Pilot uygulama taslak ölçeğin belirlenen örneklem grubuna uygulama aşaması olup gerçek saha koşullarındaki araştırmanın provasıdır (Carpenter, 2018). Pilot uygulamanın örneklem sayısını belirlerken, ‘‘örneklem sayısı 50 (çok zayıf), 100 (zayıf), 200 (orta), 300 (iyi), 500 (çok iyi) ve 1000 (mükemmel)’’ olarak ele alınmaktadır (Boateng ve diğ., 2018; Kline, 2019). Diğer yandan taslak ölçek madde başına en az 10 kişinin alınması da literatürde yaygın olarak görülmektedir (Alpar, 2022). Bu doğrultuda taslak ölçek, toplam madde sayısının en az 10 katı sağlık profesyoneline ulaşacak şekilde belirlenen örnekleme uygulandı (N_{AFA}=530, N_{DFA}=532, N_{Toplam}=1062). AFA ve DFA örneklemlerinde madde başına 10

katılımcıya ulaşılması ölçeğin yapı geçerliğinin çok iyi bir örneklem büyüklüğünde değerlendirildiğini göstermektedir.

5.1.1.4. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı kavramı veya yapıyı gerçekte ne kadar iyi ölçtüğünü açıklamada kullanılmaktadır (Alpar, 2022). Bir ölçüm aracındaki yapı geçerliğini belirlemede faktör analizi yapılmaktadır. Faktör analizi, taslak ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik analizlerinde kullanılan temel analizlerdendir (Kline, 2019). Ölçeğin bütünlüğüyle ilgilenen faktör analizi, ölçülecek yapıyla ilişkisi olmayan değişkenlerin çıkartılmasını ve birbirleriyle ilişkili olan değişkenlerin aynı faktör altında toplanmasını sağlar. Faktör analizi AFA ve DFA olmak üzere iki aşamada yapılmaktadır (Alpar, 2020).

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) kullanımında araştırmacı genel olarak yapıların boyutu ve maddelerin hangi faktörlere ait olduğu konusunda önceden bilgiye sahip değildir (Morgado ve diğ., 2017). AFA, taslak ölçekteki maddelerin farklı faktör altında toplanıp toplanmayacağını belirlemek için yapılmaktadır (Alpar, 2022). Bu araştırmada, diğer ölçek geliştirme çalışmalarında olduğu gibi taslak ölçeğin yapı geçerliği analizlerine ilk olarak AFA ile başlanıldı. AFA'nın temel aşamalarından olan KMO testi, Bartlett's testi, faktörlerin belirlenmesi (faktör yükleri, özdeğer, açıklanan varyans, yamaç-birikinti grafiği), faktörlerin döndürülmesi ve faktörlerin isimlendirilmesi sırasıyla çalışmada uygulandı (Carpenter, 2018; Kline, 2019).

AFA ve DFA'nın ölçek geliştirme çalışmalarında ayrı örneklemlerde yapılması önerilmektedir (Kline, 2019). Comrey ve Lee (1992) madde başına beş veya 10 katılımcının alınması gerektiğine ilişkin görüş bildirmektedir. Bu bağlamda, AFA örneklemini madde sayısının 10 katı sağlık profesyoneli oluşturdu (N_{AFA}=530). Verilerin AFA'ya uygunluğu KMO ve Bartlett's testi ile değerlendirildi (Boateng ve diğ., 2018). Bu doğrultuda araştırmada KMO katsayısı 0,959 bulundu. KMO katsayısının ''0,50'den küçük olduğu durumda kabul edilemeyeceği, (0,50-0,60) kötü, (0,61-0,70) zayıf, (0,71-0,80) orta, (0,81-0,90) iyi ve (>0,90) bulunması mükemmel'' olduğu belirtilmektedir (Şencan, 2005). Bu sonuç örneklem büyüklüğünün faktörleşmeye uygun olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için Bartlett's testi yapıldı. Elde edilen $\chi 2$ değerinin ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptandı ($\chi 2$=18861,311; p=0,000, p<0,001) (Alpar, 2022). Bu sonuçlar, araştırma verilerinin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini ve Bartlett's testinin ileri derecede anlamlı olması, değişkenler arasındaki

korelasyonun yüksek olduğunu göstermektedir. Bu aşamada, HOÇOÖ taslağı faktör analizine uygun bulundu.

AFA'da faktör sayısının belirlenmesi ve faktörlerin açıkladığı varyansı ölçen özdeğer ve açıklanan varyans oranı yöntemi ile faktör sayısını tahmin etmeye yarayan yamaç-birikinti grafiği kullanıldı (Carpanter, 2018). Analizler sonucunda, taslak ölçeğin özdeğeri 1'in üzerinde 9 boyutunun olduğu ve bu boyutların toplam varyansa yaptığı katkı oranının da %65,09 (>%40) olduğu belirlendi (Alpar, 2022). Yamaç-birikinti grafiğinde de faktör sayısını belirlemeye ilişkin kesme çizgisindeki kırılım, düz noktalı bir çizgiden ayrıldığı zaman belirlenmektedir (Boateng ve diğ., 2018). Bu grafikte kırılımın dokuzuncu faktörden sonra olduğu saptandı ve taslak ölçeğin 9 boyuttan oluştuğu bulundu.

Taslak ölçeğin faktör yüklerini belirlemek ve faktörlerin daha iyi yorumlanabilir hale gelmesi için referans eksenlerine göre döndürülmesi gerekmektedir. Bu işlem, faktör döndürme olarak adlandırılır ve AFA'da yaygın olarak kullanılan teknikler arasında Varimax, Quartimax ve Equimax bulunmaktadır (Alpar, 2020). Bu çalışmada, faktör yükleri Varimax döndürme tekniği kullanılarak değerlendirildi. 53 maddeli taslak ölçeğin faktör yüklerinin 0,339-0,855 arasında değiştiği saptandı. Faktör yükünün kabul edilebilir düzeyi, örneklem büyüklüğüne bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bir araştırmada örneklem sayısı en az 350 olduğunda, 0,30 ve üzeri faktör yükleri kabul edilebilir düzeydedir (Hair ve diğ., 2019; Alpar, 2022). Bu araştırmada örneklem büyüklüğü 530 (N_{AFA}=530) olduğundan, kabul edilebilir faktör yükü 0,35 olarak belirlendi. Bu nedenle referans değerin (<0,35) altında kalan bir madde (29. madde) (0,339) taslak ölçekten çıkarıldı.

DFA, ölçek geliştirme sürecindeki ölçme aracının belirlenen faktör yapısını değerlendirmek için kullanılmaktadır (Dash ve Paul, 2021). DFA'da, AFA'da oluşturulan yapının uyumu, uyum iyiliği indeks değerlerine göre belirlenmektedir. Literatürde çok sayıda uyum iyiliği indeksleri olmakla birlikte bu çalışmada kullanılan indeksler $\chi 2$/sd, GFI, CFI, TLI/NNFI, NFI, IFI, RMSEA ve RMR'dir. Taslak ölçeğin uyum iyiliği değerlerinin belirlenmesi için yapılan analizde $\chi 2$/sd (<5) (iyi derece uygunluk) (Dash ve Paul, 2021), CFI (>0,90) (iyi derece uygunluk) (Hair ve diğ., 2019), GFI (>0,90) (iyi derece uygunluk) (Alpar, 2022), TLI/NNFI (>0,80) (iyi derece uygunluk) (Yaşlıoğlu, 2017; Dash ve Paul, 2021), NFI (>0,80) (iyi derece uygunluk) (Boateng ve diğ., 2018; Dash ve Paul, 2021), IFI (>0,80) (iyi derece uygunluk) (Doğan ve Özdamar, 2017; Carpenter, 2018), RMSEA (<0,07) (iyi derece uygunluk) (Byrne, 2016; Boateng ve diğ., 2018) ve RMR (<0,07) (iyi derece uygunluk) (Byrne,

2016; Yaşlıoğlu, 2017) bulundu. Bu değerler ile birlikte taslak ölçeğin uyum iyiliği indekslerinin 'iyi derece uygun' değer aralığında oldukları saptandı.

DFA, AFA'da belirlenen kavramsal yapının ve boyutların doğrulanmasını amaçlamaktadır (Hair ve diğ., 2019). AFA'da önerilen yapıyı doğrulamak için farklı bir örneklem üzerinde DFA'nın yapılması önerilmektedir (Carpenter, 2018). Comrey ve Lee (1992) madde başına beş veya 10 katılımcının alınması gerektiğine ilişkin görüş bildirmektedir. Bu bağlamda, DFA örneklemini madde sayısının 10 katı kadar sağlık profesyoneli oluşturdu (N_{DFA}=532). Bu aşamada HOÇOÖ taslağına ilişkin faktör yüklerinin 0,506-0,887 arasında olduğu bulundu. Hair ve diğ. (2019), DFA'da faktör yüklerinin >0,50 (anlamlı) ve >0,60 (yüksek anlamlı) olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle referans değerin (<0,50) altında kalan bir madde (5. madde) (0,453) taslak ölçekten çıkarıldı.

Taslak ölçeğin AFA'da oluşan yapısının uygunluğunu değerlendirmede ölçüm aracı maddelerinin standardize faktör yüklerinin ve maddelerin faktör üzerinde oluşturduğu açıklayıcılık değerlerinin (R^2) yüksek olması beklenmektedir (Kline, 2019). Hair ve diğ. (2019), R^2 değerlerinin 0,75, 0,50 ve 0,25 olmasının sırasıyla anlamlı, orta ve düşük düzey olduğunu ifade etmektedir. HOÇOÖ'ye ilişkin madde anlamlılıkları incelendiğinde tüm maddelerin istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerinin olduğu ($p<0,05$), maddelere ilişkin standardize beta (ß) katsayılarının 0,542-0,916, R^2 değerlerinin ise 0,294-0,838 olduğu belirlendi. Sadece taslak ölçekteki 5. maddeye ilişkin R^2 değeri 0,239 olarak saptandı ve ölçekten çıkartılması gerektiği bir kez daha belirlendi. Bu bağlamda, 5. madde ölçekten çıkartıldıktan sonra maddelerin faktör üzerindeki açıklayıcılığının iyi düzeyde olduğu görülmektedir.

Geliştirilme aşamasında olan ölçüm aracının yapı geçerliğinin tamamen sağlanabilmesi için eşzaman geçerliği, yakınsak ve ıraksak geçerlik analizlerinin yapılması gerekmektedir (Morgado ve diğ., 2017). Eşzaman geçerliği, taslak ölçeğin yapısal ölçüsü ile eşzamanlı toplanan ve benzer kavramı ölçen diğer ölçüm aracındaki ilişkiler tarafından sağlanır (Boateng ve diğ., 2018). Eşzaman geçerliği için taslak ölçekle birlikte eşzamanlı uygulanan Roller tarafından (1999) tarafından geliştirilen ve Öztürk (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Güçlendirme Algısı Ölçeği (GAÖ) kullanıldı. HOÇOÖ ile GAÖ aynı gruba uygulandı ve puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayısı hem AFA hem de DFA örneklem grupları için hesaplandı. AFA örnekleminde yapılan analizde taslak ölçek ile GAÖ arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=0,519$, $p<0,05$). DFA örnekleminde yapılan analizde taslak ölçek ile GAÖ arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu ($r=0,627$, $p<0,05$). Ayrıca, hem AFA hem de DFA örneklem

gruplarında ölçeklerin alt boyutlarının çoğu arasında zayıf ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu ($p<0,05$). Bu analizler sonucunda elde edilen ilişki, eşzaman geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

Geliştirilme aşamasındaki bir ölçüm aracının geçerlik analizlerinde ölçülmek istenilen kavramın başka bir kavramla ilişkisi olup olmadığının belirlenmesinde yakınsak ve ıraksak geçerliğin yapılması gerekmektedir (Alpar, 2022). Hair ve diğ. (2021)'ne göre, ''yakınsak (benzeşim) geçerlik aynı yapının bağımsız ölçümlerinin ne ölçüde yakınlaştığı veya yüksek derecede ilişkili olduğunu tanımlarken; ıraksak (ayrışım) geçerlik ise ölçüm aracının diğer kavramlardan ne ölçüde farklılaştığıdır''. DFA örnekleminde yapılan analizde, taslak ölçekte bulunan boyutlara ilişkin ortalama açıklanan varyans (AVE) değerleri 0,531 ile 0,716 arasında, birleşik güvenirlik (CR) değerlerinin ise 0,749 ile 0,954 arasında değiştiği belirlendi. Bu bağlamda, tüm boyutların CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olduğu (CR>AVE) belirlenerek yakınsak ve ıraksak geçerlik sağlandı (AVE>0,5; CR>0,7) (Fornell ve Larcker, 1981). Bu sonuçlar, geliştirilen HOÇOÖ'nün yapı geçerliğinin sağlandığını ve geçerli bir ölçüm aracı olduğunu gösterdi.

5.1.1.5. Güvenirlik Analizleri

Kline (2019) güvenirliği, bir ölçme aracının ölçtüğü yapıyı hatalardan arınmış biçimde, tutarlı ve kararlı olarak ölçebilme derecesi olarak tanımlamıştır. HOÇOÖ'nün güvenirlik analizlerinde madde-toplam puan korelasyonu, ölçek ve boyutlara ilişkin Cronbach Alpha katsayısı, yarıya bölme (split-half) yöntemi, test-tekrar test yöntemi ve paralel form güvenirliği yöntemi kullanıldı (Boateng ve diğ, 2018; Hair ve diğ., 2021). AFA ve DFA örneklemleri, aynı evrenden seçilen homojen iki farklı örneklemler oldukları için birleştirilerek tek bir örneklem elde edildi ve güvenirlik analizleri bu örneklemde gerçekleştirildi (N=1062).

Madde Toplam Puan Korelasyonu: Güvenirlik analizleri için 53 maddeden oluşan taslak ölçekten yapı geçerliği aşamasında iki madde çıkarıldıktan sonra elde edilen 51 maddeli taslak ölçeğin toplam örneklem grubunda (N=1062) madde-toplam puan korelasyon katsayıları incelendi. Örneklemde, madde-toplam korelasyonları 0,506-0,736 (>0,50) bulundu. Sadece bir maddenin (31.madde), madde toplam puan korelasyon katsayısı 0,50'den küçük olduğu (<0,50) tespit edilerek taslak ölçekten çıkartıldı (Boateng ve diğ., 2018). Madde-toplam korelasyonunun taslak ölçekte pozitif ve yüksek oluşu maddelerin benzer kavramları örneklediğini ve ölçek iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir (Alpar, 2020).

Cronbach Alpha Katsayısı: Ölçekteki maddelerin iç tutarlığının belirlenmesinde Cronbach alpha katsayısı hesaplandı (Boateng ve diğ., 2018). Cronbach alpha katsayısı, bir yapıyı ölçmek için tasarlanan maddeler arasındaki karşılıklı ilişkinin seviyesi ile ilgilidir (Şencan, 2005). Ölçek maddelerinde ne kadar yüksek ilişki varsa ölçeğin iç tutarlığı bir o kadar yüksektir (Hair ve diğ., 2021). Bu araştırmada Cronbach alpha katsayısı, ölçek toplamında 0,967 ve ölçek boyutlarında ise sırasıyla "etkili iletişim ve iş birliği" 0,902, "yönetsel ve kurumsal destek" 0,925, "iş güvenliği ve ekipman erişimi" boyutu 0,896, "kariyer ve mesleki gelişim" 0,908, "insan gücü yeterliliği" 0,865, "iş yükü" boyutu 0,828, "otonomi" 0,805 ve son olarak "ücret politikaları" boyutunda 0,740 olarak bulundu. Psikometrik analizlerde, Cronbach alpha katsayısının genellikle en düşük 0,70 olarak tercih edildiği belirtilmektedir (Boateng ve diğ., 2018). Kline (2019), ''güvenirliğin 'iyi' olarak değerlendirilebilmesi için katsayıların ne kadar yüksek olması gerektiğine dair bir standart olmamasına rağmen 0,90 civarında 'mükemmel', 0,80 civarında 'çok iyi', 0,70 civarında ise 'yeterli' olarak'' belirtmiştir. Bir diğer çalışmada ise, Cronbach alpha katsayısı 0,80 ile 1,00 arasında ise ölçek "yüksek güvenirlik" taşırken, 0,60 ile 0,79 arasındaki değerler "oldukça güvenilir" olarak kabul edilmektedir (Alpar, 2020). Elde edilen sonuçlara göre ölçeğin sosyal haklar ve ücret politikaları alt boyutlarında kabul edilebilir, diğer alt boyutlarda ve toplam ölçekte ise yüksek güvenirlikte veya mükemmel güvenirlikte iç tutarlılığı olduğu bulundu.

Yarıya Bölme (Split-half) Yöntemi: Güvenirlik analizleri kapsamında yarıya bölme (split-half) yöntemi, ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için sıklıkla kullanılmaktadır (Şencan, 2005). Yarıya bölme yönteminde, Guttman split-half ve Spearman-Brown güvenirlik katsayıları değerlendirilmekte ve iki yarı arasındaki Cronbach alpha katsayıları hesaplanmaktadır. Guttman split-half ve Spearman-Brown analizinde amaç taslak ölçek maddelerinin ilk yarısı ile ikinci yarısını kıyaslamaktır (DeVellis, 2014). Yarıya bölmede elde edilen güvenirlik katsayısının 0,70 üzerinde olması önerilmektedir (Şencan, 2005). Bu araştırmada, ilk yarıya ilişkin Cronbach alpha katsayısı 0,938, ikinci yarıya ilişkin Cronbach alpha katsayısı 0,948, iki yarı arasındaki korelasyon değeri 0,813 ve iki yarının güvenirliğini gösteren Spearman Brown güvenirlik katsayısı 0,897 ve Guttman split-half güvenirlik katsayısı 0,896 bulunarak taslak ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptandı (Hair ve diğ., 2021).

Test-Tekrar Test Yöntemi: Güvenirlik analizlerinde ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için test-tekrar test analizi kullanılmaktadır (Alpar, 2022). Test-tekrar test analizi, taslak ölçekteki verilerin zamana göre tutarlılığı ile ilgilidir (DeVellis, 2014).

Bu yöntemde veri toplama aracı iki hafta arayla katılımcılara uygulanmaktadır. Farklı zamanlarda toplanan ölçüm araçları arasında korelasyon ne kadar yüksek olursa güvenirlikte o kadar yüksek olmaktadır (Boateng ve diğ., 2018). Test-tekrar test analizleri için ‘‘örneklem sayısında 30’un altı zayıf, 30-49 orta, 50-99 iyi, 100 ve üzeri mükemmel’’ olarak değerlendirilmektedir (Kline, 2019). Taslak ölçek, 15 gün ara ile 133 sağlık profesyoneline iki kez uygulandı. Sonuçlar bağımlı gruplarda ICC ve t testi ile değerlendirildi. Test ve tekrar-test puanları arasında ölçek toplamı ve boyutlar için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ($p>0,05$), ICC katsayısının ise 0,988 olduğu saptandı. ICC katsayısı, 0,90’nın üzerinde ise ‘mükemmel’ güvenirlik göstermektedir (Koo ve Lii, 2016). Bu sonuç doğrultusunda taslak ölçeğin zamana karşı tutarlı ölçüm yaptığı bulundu.

Paralel Form Güvenirliği: Güvenirlik analizlerinde taslak ölçeğe paralel form güvenirliği analizlerinin de yapılması önerilmektedir (Kline, 2019). Paralel form güvenirliği, aynı ya da benzer değişkeni ölçmeye yarayan iki farklı ölçeğin aynı örnekleme aynı zamanda uygulanması olarak tanımlanmaktadır. İki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olması gerekir (DeVellis, 2014). Taslak ölçeğin paralel form güvenirliği için eşzaman geçerliği için de uygulanan Güçlendirme Algısı Ölçeği (GAÖ) kullanıldı. HOÇOÖ ile GAÖ aynı örneklem grubuna uygulanarak elde edilen puanlar arasındaki Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Yapılan analizlerde taslak ölçek toplam ($r=0,574$, $p<0,05$) ve boyutları ($r=0,289$-$0,570$, $p<0,05$) ile GAÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Bu ilişki, paralel form güvenirliğinin sağlandığını göstermektedir.

Bu sonuçlar, geliştirilen *HOÇOÖ*’nün *güvenilir* bir ölçüm aracı olduğunu gösterdi.

5.1.1.6. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği

Birinci aşamanın toplam örneklem grubundan (N=1062) elde edilen HOÇOÖ puan ortalaması orta düzeydedir. Yapılan çalışmalarda, olumlu çalışma ortamı algısı bu çalışmaya benzer şekilde orta düzeyde bulunmuştur (Clark ve diğ., 2016; Erickson ve diğ., 2017; Connor ve diğ., 2018; Shin ve Lee, 2024). Ulusal literatürde ise, sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı algılarını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Türkiye’de sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin mevcut çalışma ortamını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde puan ortalamaları benzer şekilde orta düzeydedir (Bitek ve Akyol, 2017; Kökçü ve Terzi, 2018; Emiralioğlu ve Sönmez, 2021; Sarıköse ve Göktepe, 2022; Karaarslan ve diğ., 2023). Bu çalışmada, sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı

algılarının orta düzeyde bulunması, örneklemde kamu hastanelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin daha fazla sayıda olmasından kaynaklanabilir. Kamu hastanelerindeki kaynak ve malzeme yetersizlikleri, fiziki altyapı yetersizlikleri, çalışan güvenliği ve sağlığına yönelik yetersiz yatırımlar ve iş yükü gibi olumsuzluklar sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı algılarını düşük düzeyde değerlendirmelerine neden olmaktadır (Kester ve diğ., 2021; Ulrich ve diğ., 2022). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, en yüksek puan ortalaması "etkili iletişim ve iş birliği", en düşük puan ortalamaları ise "iş yükü", "sosyal haklar" ve "ücret politikaları"dır. "İş yükü" alt boyutu olumsuz maddeler içerdiğinden düşük puan ortalamasına sahip olması, sağlık profesyonellerinin çalışma ortamlarında mevcut iş yüküyle başa çıkabildikleri ve iş yükü bakımından çalışma ortamlarını yoğun algıladıklarını göstermektedir. Literatürdeki mevcut hemşire çalışma ortamı ölçekleri aralarında en sık kullanılan ölçeğin ''Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (PES-NWI)'' olduğu görülmektedir (Maassen ve diğ., 2021; Lake ve diğ., 2024). Yapılan araştırmalarda, ölçeğin alt boyutları arasında genel olarak en yüksek puanı 'hekim-hemşire-meslektaş iletişimi' alırken en düşük puanı ise 'insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği' almaktadır (Moisoglou ve diğ., 2020; Maassen ve diğ., 2021; Lake ve diğ., 2024). Bu çalışmada da benzer şekilde, örneklemdeki sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin ekip iletişimi ve iş birliğini tatminkâr buldukları, ancak ücret politikaları ve sosyal haklarındaki yetersizlikleri daha büyük sorun olarak gördükleri değerlendirilebilir.

Ölçek ve alt boyutları arasında gerçekleştirilen korelasyon analizinde, HOÇOÖ ve alt boyutları arasında güçlü, orta ve zayıf düzeyde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$**)** ilişkiler saptandı. Bu bulgu, ölçek puanı arttıkça alt boyut puanlarının da arttığını, özellikle olumlu çalışma ortamı algılarının tüm boyutlarda güçlendiğini göstermektedir. En güçlü ilişki, ölçek toplam puanı ile "yönetsel ve kurumsal destek" alt boyutu arasında bulundu. Bu ilişki, çalışanların olumlu çalışma ortamı algısının özellikle yöneticilerden ve kurumdan alınan destek ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Alt boyutlar arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, "yönetsel ve kurumsal destek" ile "kariyer ve mesleki gelişim" arasında güçlü ve pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu. Yönetsel ve kurumsal destek arttıkça çalışanların, kariyer ve mesleki gelişim olanaklarını daha olumlu algıladıkları anlaşılmaktadır. Yapılan araştırmalar, bu bulguları desteklemektedir (Kim ve diğ., 2020; Raso ve diğ., 2020; Sönmez ve diğ., 2021). Bu doğrultuda, ölçek alt boyutlarının ortak bir kavramsal yapı olan olumlu çalışma ortamı algısını ölçtüğünü göstermektedir.

Kurum türüne göre HOÇOÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında, vakıf üniversitesi hastanelerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin ‘‘etkili iletişim ve iş birliği’’**,** ‘‘yönetsel ve kurumsal destek’’**,** ‘‘iş güvenliği ve ekipman erişimi’’**,** ‘‘kariyer ve mesleki gelişim’’ ile ‘‘insan gücü yeterliliği’’ alt boyutlarında kamu üniversitesi ve kamu eğitim araştırma hastanelerinde çalışan sağlık profesyonellerine göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu belirlendi. Bu bulgu, bu kurumda yönetsel ve kurumsal destek mekanizmalarının, örgütsel iletişim kanallarının, çalışanların kariyer gelişimini teşvik eden politikaların, işe alma ve işte tutma stratejilerinin daha etkili olduğunu göstermektedir (Maassen ve diğ., 2021; Pereira ve diğ., 2024). Yönetsel süreçlerin daha esnek, kaynak ve malzeme kullanımının daha kontrollü, karar alma süreçlerinin ve kararlara katılımın fazla olduğu kurumlarda çalışanların olumlu çalışma ortamına ilişkin algılarının güçlenmesi beklenen bir durumdur. Ayıca bu bulgu, kurum kültürünün çalışanı güçlendiren ve destekleyen bir yapıda olmasının olumlu çalışma ortamı açısından önemini de vurgulamaktadır (Al Yahyaei ve diğ., 2022; Mabona ve diğ., 2022; Ulrich ve diğ., 2022). Benzer şekilde, ‘‘otonomi’’ ve ‘‘sosyal haklar’’ alt boyutlarında da vakıf üniversitesi hastanesinin kamu kurumlarına göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olması, bu kurumlarda çalışan sağlık profesyonellerinin karar alma süreçlerine katılımlarının ve kurumlarındaki hizmetlerden faydalanmalarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Donley, 2021; Havaei ve diğ., 2021; Morvati ve diğ., 2025). Buna karşın, ‘‘iş yükü’’ alt boyutunda kamu üniversitesi hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerinin puan ortalamalarının daha yüksek olması, daha yoğun hasta bakımı sorumluluğu üstlenmelerinden ve iş gücü dengesizliğinden kaynaklanabilir. Bu bulgu, kadro planlamalarında iş yükü dağılımının, çalışan sayısının ve hasta/sağlık profesyoneli oranının kurum türüne göre değişiklik gösterebileceğini düşündürmektedir (Kester ve diğ., 2020). Diğer alt boyutların aksine, sadece ‘‘ücret politikaları’’ alt boyutunda kurum türüne göre anlamlı bir farkın bulunmaması, sağlık profesyonellerinin çalıştıkları kurumdan bağımsız olarak bu alt boyuta ilişkin algılarının genel olarak düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, tüm kurumlardaki çalışanların ücretlendirme sistemlerini yeterli, adil veya motive edici bulmadıklarını göstermektedir. Son olarak, HOÇOÖ toplam puan ortalaması, vakıf üniversitesi hastanesinde diğer kurumlara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bulundu. Emiralioğlu ve Sönmez (2021) tarafından yapılan araştırmada da benzer şekilde vakıf üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamı algısı kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, sağlık profesyonellerinin çalıştıkları kurum türüne göre HOÇOÖ ve alt boyut puanlarının anlamlı

farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, hastanelerde olumlu çalışma ortamına ilişkin sağlık profesyonellerinin algıları, çalıştıkları kurumların yapısal, yönetsel ve kültürel özelliklerinden etkilenmektedir.

5.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMA BULGULARININ TARTIŞILMASI

Araştırmanın ikinci aşamasında hemşirelerde olumlu çalışma ortamının bireysel ve takım performansı ile ilişkisini ve takım performansının aracı rolünü belirlemek amacıyla oluşturulan hipotez modelinin YEM analizine yönelik sonuçlar tartışıldı.

5.2.1. Ölçeklere Yönelik Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmanın ikinci aşamasında hemşirelerin olumlu çalışma ortamı puan ortalaması orta düzeyde bulundu. Literatürdeki olumlu çalışma ortamı ölçeklerinin toplam puan ortalaması, bu çalışmaya benzer şekilde orta düzeyde bulunmuştur (Clark ve diğ., 2016; Erickson ve diğ., 2017; Connor ve diğ., 2018; Shin ve Lee, 2024). Aynı zamanda, Türkiye'de farklı hemşirelerin çalışma ortamı algılarının ölçekler kullanılarak incelendiği çalışmalarda da orta düzeyde saptanmıştır (Bitek ve Akyol, 2017; Kökçü ve Terzi, 2018; Emiralioğlu ve Sönmez, 2021; Sarıköse ve Göktepe, 2022; Karaarslan ve diğ., 2023). HOÇOÖ'nün alt boyutları incelendiğinde, ‘‘iş yükü’’ ve ‘‘ücret politikaları’’ alt boyut puan ortalamalarının düşük düzeyde bulunduğu, en yüksek puan ortalamasının ‘‘etkili iletişim ve iş birliği’’ alt boyutunda olduğu diğer alt boyutların puan ortalamasının ise orta düzeyde olduğu saptandı. Bu bulgu, araştırmanın ilk aşamasında belirlenen sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı algıları ile benzerdir. Araştırmadan elde edilen sonuç, hemşirelerin çalışma ortamında iletişim ve iş birliği güçlü olduğunda iş yükü tolere edilebilir. Ancak, ücret politikalarındaki yetersizliklerin hemşirelerin çalışma ortamı algılarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin takım performansını değerlendiren TÇAÖ'nün toplam puan ortalaması yüksek düzeyde bulundu. Ulusal ve uluslararası literatürde de benzer şekilde ölçek toplam puan ortalaması yüksek düzeyde bulunmuştur (Gad ve diğ., 2021; Kakemam ve diğ., 2021; Skoogh ve diğ., 2022; Farghaly Abdelaliem ve diğ., 2023; Yerköy Ateş ve Yıldırım, 2024). TÇAÖ'nün alt boyutları incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının ‘‘iletişim’’, en düşük puan ortalamasının ise ‘‘liderlik’’ alt boyutu olduğu saptandı. Benzer şekilde, Yerköy Ateş ve Yıldırım (2024) tarafından hemşirelere yapılan araştırmada da en düşük puan ortalaması ‘‘liderlik’’ alt boyutu iken ‘‘iletişim’’ en yüksek puan ortalamasına sahip ikinci alt

boyut olarak bulunmuştur. Araştırmanın sonucu literatür ile benzerlik göstermekte olup en yüksek puan ortalamasının ‘‘iletişim’’ alt boyutunda çıkması, takım üyeleri arasındaki dayanışmanın güçlü olduğunu, çalışma ortamında ise iş birliği kültürünün benimsendiğini göstermektedir. En düşük puan ortalamasının ‘‘liderlik’’ alt boyutunda çıkması ise, hemşire liderlerin deneyimleri, eğitimleri, yönetim tarzları arasındaki farklılıktan ve lider desteğinin yetersizliğinden kaynaklanabileceğini düşündürürken, takım performansını artırmak için destekleyen ve güçlendiren bir hemşire liderin olması gerektiği gerçeğini de ortaya koymaktadır.

Son olarak araştırmada hemşirelerin bireysel performansını değerlendiren GPÖ’nün toplam puan ortalaması da yüksek düzeyde bulundu. Bu bulguya göre, hemşirelerin büyük çoğunluğu bireysel performansını yüksek düzeyde değerlendirmektedir. Bu bulgu, hemşirelerin hasta bakım sürecinde aktif rol aldıklarını, kendi mesleki rollerini, görev ve sorumluluklarını etkili biçimde yerine getirdiklerini düşündüklerini göstermektedir. Benzer şekilde, İstanbul’daki kamu hastanelerinde (Kül ve Sönmez, 2021) ve özel üniversite hastanelerinde (Sarıköse ve Göktepe, 2022) çalışan hemşirelere yapılan çalışmalarda, hemşirelerin bireysel performansı yüksek düzeyde bulunmuştur. Yakın tarihli uluslararası çalışmaların bulgularına göre de hemşirelerin bireysel performansı yüksek düzeydedir (Ma ve diğ., 2023; Jiang ve diğ., 2024; Huang ve diğ., 2025). Yeşilyurt Sevim ve diğ. (2025), özel hastanelerde çalışan hemşire liderlerle yaptığı çalışmada, bireysel performanslarının yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Karar verme becerilerinin gelişmiş olması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin sorumluluk bilinci taşımaları, bireysel performans düzeylerinin yüksek algılanmasına neden olabilir.

5.2.2. Ölçeklerin Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyona Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada HOÇOÖ, TÇAÖ ve GPÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, HOÇOÖ ile alt boyutları arasında en güçlü ilişki "yönetsel ve kurumsal destek" alt boyutunda, en zayıf ilişki ise "iş yükü" alt boyutunda bulundu. Alt boyutların kendi aralarındaki ilişkileri incelendiğinde en güçlü ilişki "yönetsel ve kurumsal destek" ile "kariyer ve mesleki gelişim" alt boyutları arasında, en zayıf ilişki ise "etkili iletişim ve iş birliği" ile "iş yükü" alt boyutları arasında saptandı. Bu bulgu, araştırmanın ilk aşamasında gerçekleştirilen HOÇOÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizi sonuçları ile benzerdir. Aynı zamanda hemşirelerin çalışma ortamlarını değerlendirmelerinde yönetsel ve kurumsal desteğin önemli bir unsur olduğunu

göstermektedir. TÇAÖ ile alt boyutları arasındaki en güçlü ilişkinin ‘‘durum izleme’’ ile ‘‘karşılıklı destek’’ arasında bulundu. Bu bulgu, takım üyelerinin klinik durumları düzenli takip etme ve birbirlerini destekleme davranışlarının takım performansının önemli bileşenleri olduğunu göstermektedir. Yapılan çoğu araştırma bu bulguları destekler niteliktedir (Cho ve Han, 2018; Rashkovits, 2019; Wei ve diğ., 2024).

Ölçek toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, HOÇOÖ ile TÇAÖ ve GPÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu belirledi. Bu bulgu, olumlu çalışma ortamının hemşirelerin takım ve bireysel performansını desteklediğini göstermektedir. Alt boyutlar arasında incelendiğinde ise, HOÇOÖ alt boyutları ile TÇAÖ alt boyutları arasındaki en güçlü ilişkinin ‘‘yönetsel ve kurumsal destek’’ ile ‘‘liderlik’’ alt boyutları arasında olduğu saptandı. Çalışma ortamındaki yönetsel desteğin varlığı, takım liderliğini güçlendirmekte ve takım süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Yerköy Ateş, 2022; Wei ve diğ., 2024). En zayıf anlamlı ilişkinin ise ‘‘iletişim’’ ile ‘‘iş yükü’’ boyutları arasında olması, iş yükünün arttıkça takımdaki iletişimin zorlaşabileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, ölçekler ve alt boyutları arasındaki pozitif yönlü zayıf, orta ve yüksek düzeylerde anlamlı ilişkilerin bulunması olumlu çalışma ortamı, takım performansı ve bireysel performansın birbirini güçlendiren değişkenler olduğunu göstermektedir.

5.2.3. Hipotez Modeline Yönelik Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin olumlu çalışma ortamı, bireysel ve takım performansı ile ilişkisi Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile test edildi. Modelde kullanılan ölçüm modellerinin geçerlikleri sağlandıktan sonra üç değişkenli yapısal model test edildi.

Bu çalışmada, HOÇOÖ’nün TÇAÖ üzerindeki etkisinin pozitif ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı. Bu bulgu, hemşirelerin olumlu çalışma ortamına sahip olduklarında takım performanslarının arttığını, bu sayede olumlu çalışma ortamı bileşenlerinin takım performansını güçlü biçimde etkilediğini göstermektedir. Hemşirelikte otonomi, destekleyici liderlik, etkili iletişim, iş birliği ve güven kültürünün takım performansının temel belirleyicileri olduğunu vurgulayan güncel çalışmalarla örtüşmektedir (Majeed ve diğ., 2023; Wang ve diğ., 2023; Wei ve diğ., 2024). Literatürde, olumlu çalışma ortamlarının ekip içi koordinasyonu artırdığı, meslektaşlar arası iş birliğini güçlendirdiği ve hasta bakım süreçlerinde hata oranlarını azalttığı bildirilmektedir (Wei ve diğ., 2018; Lake ve diğ., 2024). Özellikle

magnet hastane özelliklerine sahip kurumlarda takım performansının daha yüksek olduğu ve bunun doğrudan hasta sonuçlarına yansıdığı belirtilmektedir. Hemşire örneklemi üzerinde yapılan bir araştırmada (Farghaly Abdelaliem ve diğ., 2023), olumlu çalışma ortamı bileşenlerinden olan destekleyici liderliğin, hemşirelerin takım performansını güçlendirdiği saptanmıştır. Hemşire ve sorumlu hemşirelerin olduğu örneklem üzerinde yapılan bir başka çalışmada (Rashkovits, 2019), proaktif liderlerin çalışma ortamında hemşirelerin takım performansını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Diğer bir çalışmada (Cho ve Han, 2018) ise olumlu çalışma ortamı bileşenlerinden olan yeterli personel ve kaynaklara sahip ortamlarda çalışan hemşirelerin, takım performansları yüksek düzeyde bulunmuştur. Türkiye'deki hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada (Yerköy Ateş, 2022), olumlu çalışma ortamı bileşenlerinden olan etkili iletişim ve iş birliği ile hemşirelerin takım performansları arasında olumlu yönde ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bağlamda elde edilen bulgular, *H1a* hipotezini desteklemekte ve olumlu çalışma ortamının hemşirelerin takım performansında önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

HOÇOÖ'nün GPÖ üzerindeki etkisi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansını doğrudan etkilememesi beklenmeyen bir bulgudur. Diğer yandan, bireysel performansın yalnızca çalışma ortamı koşullarıyla değil; ekip dinamikleri, kolektif sorumluluk ve rol paylaşımı algısıyla şekillendiğini düşündürmektedir. Literatürde bireysel performansın çoğunlukla takım temelli süreçlerin bir çıktısı olduğu vurgulanmaktadır (Ma ve diğ., 2023). Hemşirelerin tek başına değil, ekip içinde ürettikleri bakım hizmetinin bireysel performans algısını belirlediği ifade edilmektedir (Schmutz ve diğ., 2019). Özellikle hasta bakımının karmaşık ve multidisipliner yapısı, hemşirelerin bireysel performanslarını takım etkileşimlerinden bağımsız düşünmeyi zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, başka bir açıdan olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansına doğrudan etkisinin olmaması, hemşirelik uygulamalarının doğasıyla uyumlu bir bulgu olarak da değerlendirilebilir. Bu durum, araştırmada *H1b* hipotezinin reddedilmesini açıklamaktadır.

Araştırmanın ikinci hipotezinde, TÇAÖ'nün GPÖ üzerindeki etkisinin pozitif ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı. Yukarıda da belirtildiği gibi, takım performansı, çalışma ortamında bilgi paylaşımı, etkili iletişim, liderlik ve karşılıklı destek mekanizmalarını güçlendirerek hemşirelerin bireysel performansını artırmaktadır (Chiu ve diğ., 2023). Literatürde, yüksek performanslı ekiplerde çalışan hemşirelerin mesleki yetkinlik algılarının, iş doyumlarının ve klinik karar verme becerilerinin daha yüksek olduğu

belirtilmektedir (Salas ve diğ., 2020). Takım performansının güçlü olduğu çalışma ortamlarında, hemşirelerin karar verme süreçlerinin kolaylaştığı, hata oranlarının azaldığı ve bakım sunum kalitesinin yükseldiği bildirilmektedir (Rosen ve diğ., 2018). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, takım performansının bireysel performansın en önemli belirleyicilerinden biri olduğunu ortaya koyan diğer araştırmalarla (Chiu ve diğ., 2023; Larsman ve diğ., 2024) uyumludur. Bu bulgu, *H2* hipotezini desteklemekte ve bireysel performansın takım performansından bağımsız düşünülemeyeceğini ortaya koymaktadır.

Son olarak, araştırmada hemşirelerin takım performansının olumlu çalışma ortamı ve hemşirelerin bireysel performansı üzerindeki aracılık etkisi incelendi. Ulusal ve uluslararası literatürde bu ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmadı. Olumlu çalışma ortamı bileşenlerinin (liderlik, yapısal güçlendirme, iletişim ve iş birliği) ayrı ayrı hemşirelerin bireysel performansları ile incelendiği araştırmalarda (Wafa'a ve diğ., 2020; Kül ve Sönmez, 2021; Alsaadan ve diğ., 2023; Huang ve diğ., 2025; Yeşilyurt Sevim ve diğ., 2025) anlamlı ve pozitif ilişkileri olsa da bu çalışmada olumlu çalışma ortamı bir bütün olarak değerlendirildiğinde, hemşirelerin bireysel performansları üzerinde doğrudan etkisi bulunmadı. Ancak, olumlu çalışma ortamının hemşirelerin takım performansı aracılığıyla hemşirelerin bireysel performansı üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı ve pozitif belirlendi. Bu bağlamda, hastanelerde olumlu çalışma ortamı ile hemşirelerin bireysel performansı arasındaki ilişkide takım performansının *tam aracılık rolü* olduğu bulundu. Bu sonuç, sosyal-bilişsel kuram ve örgütsel davranış modelleriyle uyumludur. Sosyal-bilişsel kurama göre bireysel performans, yalnızca çevresel koşulların doğrudan etkisiyle değil, bireyin sosyal etkileşimler ve kolektif yeterlilik algısı yoluyla şekillenmektedir. Benzer şekilde, örgütsel davranış yaklaşımları da destekleyici ve güçlendirici çalışma ortamlarının, bireysel çıktılardan önce takım performansını geliştirdiğini, bunun da dolaylı olarak bireysel performansa yansıdığını vurgulamaktadır (Bandura, 1997). Güncel çalışmalar, çalışma ortamının bireysel çıktılara etkisinin çoğunlukla takım süreçleri üzerinden gerçekleştiğini ortaya koymaktadır (Specchia ve diğ., 2021). Hemşirelik uygulamalarında bakımın takım temelli yürütülmesi, olumlu çevresel koşulların bireysel performansa yansımasını takım performansı üzerinden mümkün kılmaktadır. Hemşirelerin bireysel performansını artırmada olumlu çalışma ortamının tek başına yeterli olmadığı, bu etkinin hemşirelerin takım performansının da artmasıyla birlikte ortaya çıkabileceği görülmektedir. Hemşirelerin çalışma ortamı ne kadar destekleyici ve güçlendirici olursa, takım performansı da o kadar artmaktadır. Gelişen takım performansı ise hemşirelerin

bireysel performansını artırmaktadır. Bu araştırma sonucu, hemşirelerin bireysel performansının artırılmasında olumlu çalışma ortamı kadar hemşirelerin takım performansının da önemini ortaya koymaktadır. Böylece, *H3* hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırma bulguları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, hastanelerde olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansını doğrudan değil, takım performansını güçlendirerek dolaylı biçimde artırdığı belirlendi. Bu durum, yönetsel ve kurumsal uygulamaların birey odaklı yaklaşımlar yerine takım temelli stratejilere yönelmesi gerektiğini göstermektedir. Hemşire liderlerin, ekipteki iş birliğini destekleyen, iletişimi güçlendiren ve ortak hedef bilinci oluşturan olumlu çalışma ortamları tasarlamaları hem bireysel hem de takım performansı açısından önem taşımaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın birinci aşaması, Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'ni geliştirmek ve psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla metodolojik tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmanın kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilen ikinci aşamasında ise hemşirelerin olumlu çalışma ortamı, bireysel ve takım performansı ile ilişkisini belirlemek için oluşturulan hipotez modelini test etmek amacıyla gerçekleştirildi.

6.1. SONUÇLAR

Bu bölümde araştırma aşamalarının birinci ve ikinci aşamalarının sonuçları iki başlık altında sunuldu.

6.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Sonuçları

Bu bölümde, geliştirilen HOÇOÖ'nün geçerlik ve güvenirlik analizlerinde elde edilen sonuçlara iki başlık altında yer verildi.

6.1.1.1. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin Geçerlik Analizlerine Yönelik Sonuçlar

- İlk olarak araştırmacı ve danışman tarafından 67 madde olarak geliştirilen HOÇOÖ taslağı tez izleme jürisinin görüşleri sonrasında 59 madde olarak kapsam geçerliğine sunuldu.

- Davis tekniği yöntemi ile yedi uzmanın değerlendirmesine sunulan taslak ölçeğin kapsam geçerliği sonucunda altı maddenin KGİ değerlerinin <0,80, 53 maddenin KGİ değerlerinin 0,80-1,00 arasında olduğu ve taslak ölçeğin toplam KGİ değerinin 0,92 olduğu belirlendi. KGİ <0,80 olan 6 madde taslak ölçekten çıkartıldı ve kapsam geçerliği sağlandı.

- Yüzey geçerliği için 30 sağlık profesyoneline uygulanan taslak ölçek için alınan geribildirimler doğrultusunda, ‘‘Çalışma listeleri, çalışanların iş-yaşam dengesi esas alınarak hazırlanır’’ maddesi, ‘‘Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam

dengesi göz önünde bulundurulur.'' olarak düzenlendi. Ayrıca, sağlık profesyonelleri taslak ölçekteki diğer maddeleri anlaşılır olarak değerlendirdi.

- Yapı geçerliği aşamasında, verilerin faktör analizine uygun olduğu değerlendirildi ve analizlerde KMO katsayısı 0,959 (>0,90) olarak ve Bartlett küresellik testi (χ2=18861,311; p=0,000, p<0,001) bulundu.

- 53 maddeden oluşan taslak ölçeğin özdeğerinin 1'in üzerinde 9 boyutlu yapısının ve toplam varyans oranının %65,09 (>%40), faktör yüklerinin ise 0,377-0,855 (>0,35) arasında olduğu belirlendi.

- Taslak ölçekteki 29. maddenin faktör yükü tüm boyutlarda 0,35'ten küçük (<0,35) olduğu için ölçekten çıkartıldı ve AFA sonucunda HOÇOÖ taslağı 9 alt boyut ve 52 maddeden oluştu.

- AFA'da belirlenen kavramsal yapının ve boyutların doğrulanması için farklı bir örneklemde yapılan DFA sonucunda faktör yüklerinin 0,506-0,887 (>0,50) aralığında bulunarak ölçek yapısının yorumlanması için anlamlı düzeyi karşıladığı görüldü.

- Taslak ölçeğin madde anlamlılığı incelendiğinde; maddelerin istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu (p<0,05) ve ölçekle olan ilişkilerinin (R^2=0,294-0,838) yeterli düzeyde olduğu bulundu.

- DFA'da sadece 5. maddenin faktör yükü referans değerin altında kaldığı (0,453<0,50) ve madde anlamlılığında R^2 değeri 0,239 (<0,25) olduğu için taslak ölçekten çıkarıldı.

- Ölçeğin eşzaman geçerliğinde GAÖ ile HOÇOÖ arasında AFA (r=0,519, p<0,05) ve DFA örnekleminde (r=0,627, p<0,05) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ve eşzaman geçerliği sağlandı.

- Ölçeğin DFA örnekleminde yapılan yakınsak (benzeşim) ve ıraksak (ayrışım) geçerliği analizlerinde, AVE (>0,5), CR (>0,7) ve CR>AVE olduğu saptanarak yakınsak ve ıraksak geçerlik sağlandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda HOÇOÖ'nün yapı geçerliği sağlandı.

6.1.1.2. Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin Güvenirlik Analizlerine Yönelik Sonuçlar

- HOÇOÖ'nün güvenirliğini belirlemek için yapılan analizlerde; 31. maddenin, madde toplam puan korelasyon katsayısı 0,50'den küçük olduğu (0,464) tespit edilip taslak ölçekten çıkartıldı. Diğer maddelerin madde-toplam puan korelasyonları 0,506-0,751 (>0,50) arasında bulunarak iç tutarlığının yüksek olduğu,

- Taslak ölçeğin iç tutarlığını belirlemek için yapılan analizlerde ölçek toplam Cronbach alpha katsayısı 0,967, ölçek alt boyutlarının Cronbach alpha katsayıları ise *0,740-0,925* arasında bulundu ve yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirildi.

- Yarıya bölme (split-half) analizinde; ölçeğin ilk yarıya ilişkin Cronbach alpha katsayısı 0,938, ikinci yarıya ilişkin Cronbach alpha katsayısı 0,948, iki yarı arasındaki korelasyon değeri 0,813 ve iki yarının güvenirliği olan Spearman Brown güvenirlik katsayısı 0,897 ve Guttman split-half güvenirlik katsayısı 0,896 bulunarak taslak ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir (>0,70) olduğu ve iç tutarlığın sağlandığı belirlendi.

- Test-tekrar test analizinde, ICC katsayısı 0,988 ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunarak taslak ölçeğin zamana karşı tutarlı ölçümler yaptığı ve mükemmel derecede güvenilir (>0,90) olduğu değerlendirildi.

- Paralel form güvenirliğinde, taslak ölçek toplam ($r=0,574$, $p<0,05$) ve alt boyutları ($r=0,289$-$0,570$, $p<0,05$) ile GAÖ arasında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda HOÇOÖ'nün güvenilir olduğu belirlendi.

Sonuç olarak, araştırmanın birinci aşamasında sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamı algısını belirlemek için geliştirilen *9 alt boyut* ve toplamda *50 maddeden* oluşan *HOÇOÖ*'nün, *geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı* olduğu belirlendi.

6.1.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Sonuçları

Bu bölümde, araştırmanın ikinci aşamasındaki ölçeklere ilişkin geçerlik ve güvenirlik analizi sonuçları, ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulguların sonuçları ve oluşturulan hipotez modeline yönelik sonuçlar sunuldu.

6.1.2.1. Ölçeklere İlişkin Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçları

- HOÇOÖ'nün geçerlik analizleri için yapılan DFA'da ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,503-0,934 *(orta-yüksek)* bulundu. HOÇOÖ'ye yönelik uyum değerleri incelendiğinde ($\chi 2/df$=3,670, CFI=0,944, GFI=0,948, TLI/NNFI=0,932, NFI=0,908, IFI=0,945, RMSEA=0,069, SRMR=0,063) ölçek *iyi derece uygunluk* göstererek 9 alt boyutlu ve 50 maddeden oluşan orijinal yapısı doğrulandı. HOÇOÖ'nün yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan analizde, AVE değerinin (>0,5) ve CR değerinin (>0,8) referans aralıklarda olduğu (CR>AVE), MSV<AVE bulundu. Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,475-0,846 (>0,40) arasında bulundu. Ölçeğin toplam Cronbach alpha katsayısı 0,961, alt boyutlarda ise 0,818-0,925 aralığında bulunarak ölçeğin yapısal geçerliği ve güvenirliği *çok iyi düzeyde* bulundu.
- TÇAÖ'nün geçerlik analizleri için yapılan DFA'da ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,641-0,871 *(orta-yüksek)* bulundu. TÇAÖ'ye yönelik uyum değerleri incelendiğinde ($\chi 2/df$=4,550, CFI=0,937, GFI=0,921, TLI/NNFI=0,927, NFI=0,918, IFI=0,937, RMSEA=0,078, SRMR=0,043) ölçek *iyi derece uygunluk* göstererek orijinal yapısı doğrulandı. TÇAÖ'nün yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan analizde, AVE değerinin (>0,5) ve CR değerinin (>0,8) referans aralıklarda olduğu (CR>AVE), MSV<AVE bulundu. Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,601-0,844 (>0,40) arasında bulundu. Ölçeğin toplam Cronbach alpha katsayısı 0,971, alt boyutlarda ise 0,886-0,942 aralığında bulunarak ölçeğin yapısal geçerliği ve güvenirliği *çok iyi düzeyde* bulundu.
- GPÖ'nün geçerlik analizleri için yapılan DFA'da ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,562-0,912 *(orta-yüksek)* bulundu. GPÖ'ye yönelik uyum değerleri incelendiğinde (CFI=0,945, GFI=0,920, TLI/NNFI=0,926, NFI=0,939, IFI=0,945, RMSEA=0,063, SRMR=0,066) ölçek *iyi derece uygunluk* göstererek orijinal yapısı doğrulandı. GPÖ'nün yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan analizde, AVE değerinin (>0,5) ve CR değerinin (>0,8) referans aralıklarda olduğu (CR>AVE), MSV<AVE bulundu. Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,570-0,840 (>0,40) arasında bulundu. Ölçeğin toplam Cronbach alpha katsayısı 0,924 bulunarak ölçeğin yapısal geçerliği ve güvenirliği *çok iyi düzeyde* bulundu.

6.1.2.2. Tanımlayıcı Bulgulara Yönelik Sonuçlar

- Hemşirelerin HOÇOÖ toplam puan ortalaması (3,06±0,61) *orta düzeyde*, HOÇOÖ'nün alt boyutları incelendiğinde ise ''İş Yükü'' (2,40±0,86) ve ''Ücret Politikaları'' (2,48±0,88) alt boyut puan ortalamalarının düşük düzeyde, en yüksek puan ortalamasının ''Etkili İletişim ve İş birliği'' (3,62±0,68) alt boyutunda olduğu diğer alt boyutların puan ortalamasının ise orta düzeyde olduğu saptandı. TÇAÖ toplam puan ortalaması (3,83±0,56) *yüksek düzeyde*, TÇAÖ'nün alt boyutları incelendiğinde ise en yüksek puan ortalamasının ''İletişim'' (3,90±0,63), en düşük puan ortalamasının ise ''Liderlik'' (3,78±0,75) alt boyutu olduğu saptandı. Hemşirelerin bireysel performansını değerlendiren GPÖ'nün toplam puan ortalaması (5,88±0,81) da *yüksek düzeyde* bulundu.

- HOÇOÖ, TÇAÖ ve GPÖ toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, tüm ölçekler ve alt boyutlar arasında pozitif yönlü zayıf, orta ve yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulundu.

6.1.2.3. Hipotez Modeline Yönelik Sonuçlar

- Hemşirelerin olumlu çalışma ortamı algısı, takım performansları ve bireysel performansları arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla oluşturulan YEM sonuçlarına göre ($\chi 2/df$=2,872, CFI=0,910, GFI=0,905, TLI/NNFI=0,930, NFI=0,870, IFI=0,910, RMSEA=0,060, SRMR=0,080) modelin *iyi derece uygunluk* gösterdiği,

- Hemşirelerin olumlu çalışma ortamı algısının takım performansları üzerindeki doğrudan etkisinin (β=0,60, $p<0,05$) *pozitif ve anlamlı* olduğu, ancak hemşirelerin olumlu çalışma ortamı algısının bireysel performansları üzerindeki doğrudan etkisinin (β=0,04, $p>0,05$) *anlamlı olmadığı* belirlendi.
- Hemşirelerin takım performansının bireysel performansları üzerindeki doğrudan etkisi ise (β=0,80, $p<0,05$) *pozitif ve anlamlı* bulundu.
- Olumlu çalışma ortamının takım performansı aracılığıyla hemşirelerin bireysel performansı üzerindeki dolaylı etkisi (β=0,48, $p<0,05$) *pozitif ve anlamlı* bulundu. Ayrıca, olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansı üzerindeki toplam etkisi ise (β=0,52, $p<0,05$) *pozitif ve anlamlı* saptandı. Bu etkideki aracılık oranı da 0,92 olarak bulundu. Bu oran, toplam etkinin %92'sinin takım performansı aracılığıyla gerçekleştiğini göstermektedir. Bu bağlamda, hastanelerde olumlu çalışma ortamının

hemşirelerin bireysel performansları üzerindeki etkisinde takım performansının *tam aracılık rolü* olduğu belirlendi.

Araştırmanın ikinci aşaması hemşirelerin olumlu çalışma ortamı algıları ile bireysel ve takım performansları arasındaki ilişkiyi ele alan ilk çalışma olması nedeniyle literatüre katkısı değerlidir. Olumlu çalışma ortamları, hemşire liderlerin ve kurumların mevcut çalışma ortamlarını değerlendirmeleri ve geliştirmeleri ile ortaya çıkmaktadır. Hastanelerde olumlu çalışma ortamının sağlanması ile hemşirelerin bireysel ve takım performansları olumlu yönde artacaktır.

6.2. ÖNERİLER

6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşaması için Öneriler

- Geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak HOÇOÖ, sağlık profesyonellerinin (hemşire, hekim, ebe, diyetisyen, fizyoterapist vb.) öz bildirimlerine dayalı olarak çalıştıkları kurumlardaki olumlu çalışma ortamı algısını belirlemede kullanılabilir. Sağlık profesyonellerinin olumlu çalıma ortamlarının değerlendirildiği, disiplinler arası, kurumlar arası ve uluslararası karşılaştırmalarda kullanılabilir.

- Geliştirilen ölçek farklı kültürlere uyarlanabilir, farklı örneklemlerde geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılabilir.

- Geliştirilen ölçek, mevcut çalışma ortamının değerlendirilmesinde ve olumlu çalışma ortamının geliştirilmesinde kurumlara ve yöneticilere veri sağlayabilir. Hemşire liderler, en çok zorlandıkları konulardan biri olan hemşireleri işte tutma stratejilerini belirlemek için geliştirilen ölçekteki madde ve alt boyutlardan yararlanabilir.

- Bu ölçek ile mevcut çalışma ortamındaki eksikler ve ihtiyaçlar belirlenerek elde edilen veriler üst kademe yöneticiler ile paylaşılabilir. Böylece, hemşirelerin çalışma ortamını iyileştirmek için nasıl ve nereden başlayacakları konusunda yöneticilere yol gösterebilir.
- Geliştirilen ölçek, olumlu çalışma ortamının çalışan (iş doyumu, tükenmişlik, işe bağlılık, mesleki bağlılık vb.) ve örgütsel sonuçları (takım uyumu, iş sağlığı ve güvenliği, hasta güvenliği ve kalite göstergeleri vb.) ile ilişkisinin incelendiği araştırmalarda kullanılabilir.

6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşaması için Öneriler

- Araştırmanın ikinci aşamasında elde edilen sonuçlar, hemşirelerin çalışma ortamında en çok zorlandıkları alanların iş yükü, yeterli insan gücü sağlama, ekonomik koşullar ve yan haklar olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşirelerin mevcut çalışma ortamlarını iyileştirmede öncelikli olarak iş yükünün azaltılması, ücret ve yan haklarının iyileştirilmesi ve hemşire insan gücü planlamasının güçlendirilmesi gereklidir. Kurumların ve politika yapıcıların bu konuda hemşire liderleri desteklemeleri gerekmektedir.

- Hastanelerde olumlu çalışma ortamının, hemşirelerin takım performansı üzerindeki anlamlı ve pozitif etkisi, olumlu çalışma ortamının önemini ortaya koymaktadır. Hemşireleri destekleyecek ve güçlendirecek kaynaklara sahip bir çalışma ortamı oluşturmak hemşirelerin takım yapısında, karşılıklı desteklerinde ve etkili iletişimlerinde olumlu yönde gelişmelere yol açarak takım performansının artmasını sağlayabilir. Bu sonuçlar, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini ve performansını artırmak isteyen yöneticiler için önemli bir bulgudur.
- Olumlu çalışma ortamının hemşirelerin bireysel performansı üzerindeki etkisinde takım performansının tam aracılık rolünde olması, hemşire liderlerin takım performansını destekleyen olumlu çalışma ortamı yaratmaları gerektiğini göstermektedir. Kurumsal ve yönetsel destek, yeterli personel ve kaynak sağlama, çalışanların karar alma süreçlerine katılımını sağlama, ekip içinde iş birliğini arttırma, iş doyumunu ve kaynaklara ve gelişim fırsatlarına erişimi sağlama gibi olumlu çalışma ortamı bileşenleri, takım performansını güçlendirerek hemşirelerin bireysel performansını dolaylı biçimde artırabilir**.**
- Gelecekteki araştırmalar, bu araştırmadaki değişkenler dışında, hemşirelerin olumlu çalışma ortamından etkilenebilecek farklı bireysel ve örgütsel değişkenlerin etkisini inceleyerek daha güçlü kanıtlar sağlayabilir. Ayrıca, hemşirelerin olumlu çalışma ortamı algıları, bireysel ve takım performansları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde öz bildirimin yanı sıra farklı ve objektif değerlendirme yöntemleri de kullanılarak bu ilişkinin yeniden incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abraham, C. M., Zheng, K., Norful, A. A., Ghaffari, A., Liu, J., Poghosyan, L., 2021, Primary care practice environment and burnout among nurse practitioners, *The journal for nurse practitioners*, 17 (2), 157-162.

Adynski, G. I., Sherwood, G., Ikharo, E., Tran, A., Jones, C. B., 2022, Outpatient nurse staffing relationship with organizational, nurse and patient outcomes: A scoping review, *International journal of nursing studies advances*, 4, 1-14.

Ahlstedt, C., Lindvall, C. E., Holmström, I. K., Athlin, A. M., 2019, What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study, *International journal of nursing studies*, 89, 32-38.

Aiken, L. H. & Fagin, C. M., 2018, Evidence-based nurse staffing: ICN's new position statement, *International nursing review*, 65 (4), 469-471. https://doi.org/10.1111/inr.12499

Aiken, L. H. & Patrician, P. A., 2000, Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index, *Nursing research*, 49 (3), 146-153.

Al Yahyaei, A., Hewison, A., Efstathiou, N., Carrick-Sen, D., 2022, Nurses' intention to stay in the work environment in acute healthcare: A systematic review, *Journal of research in nursing*, 27 (4), 374-397.

Alpar, R., 2022, *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik*, 7. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.

Alpar, R., 2020, *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler,* 6. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.

Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F. A. A. E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Awad Ali, S. A., ... & Jones, L. K., 2023, Impact of nurse leaders behaviors on nursing staff performance: A systematic review of literatüre, *INQUIRY: The journal of health care organization, provision and financing*, 60, 00469580231178528.

Aslan, M., Doğan, S., 2020, Dişsal motivasyon, içsel motivasyon ve performans etkileşimine kuramsal bir bakış. *Süleyman demirel üniversitesi vizyoner dergisi*, 11 (26), 291-301.

American Association of Critical-Care Nurses (AACN), 2005, AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence, *American journal of critical care: an official publication, American association of critical-care nurses*, 14 (3), 187–197.

Baljoon, R. A., Banjar, H. E., Banakhar, M. A., 2018, Nurses' work motivation and the factors affecting it: A scoping review, *International journal of nursing & clinical practices*, 5 (1), 277.

Bandura, A, 1997, *Self-efficacy: The exercise of control*, W. H. Freeman and Company, ABD.

Battles, J. K. H. B., King, H. B., 2010, *Teamstepps Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) manual,* American institute for research, Washington.

Bitek, D.E. ve Akyol, A.D., 2017, Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamına ilişkin algıları ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 21 (1), 1-6.

Boamah, S. and Laschinger, H., 2015, Engaging new nurses: The role of psychological capital and workplace empowerment, *Journal of research in nursing,* 20 (4), 265-277.

Boateng, G.O., Neilands, T.B., Frongillo, E.A., Melgar-Quiñonez, H.R. and Young, S.L., 2018, Best practices for developing and validating scales for health, social and behavioral research: A primer, *Frontiers in public health,* 11 (6), 1-18.

Borman, W. C. and S. M. Motowidlo, 1993, *Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance*, Jossey-Bass Business & Management Series, San Francisco.

Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., Lamprell, G., 2017, Association between organisational and workplace cultures and patient outcomes: Systematic review, *BMJ open*, 7 (11).

Byrne, B. M., 2016, *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications and programming, third edition*, Routledge, New York.

Campbell, J. P., 1990, *Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Campbell, C. M. and Patrician, P. A., 2020, Generational preferences in the nursing work environment: A dimensional concept analysis, Journal of nursing management, 28(4), 927-937.

Carpenter, S., 2018, Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers, *Communication methods and measures,* 12 (1), 25-44.

Chang, Y. C., Chang, H. Y., Feng, J. Y., 2022, Appraisal and evaluation of the instruments measuring the nursing work environment: A systematic review, *Journal of nursing management*, 30 (3), 670-683.

Chiu, C. K., Lin, C. P., Lung, T. Y., 2023, Exploring emotional regulation and team politics in teams: Team learning and educational practices, *Total quality management & business excellence*, 34 (9-10), 1108-1125.

Cho, H., Han, K., 2018, Associations among nursing work environment and health-promoting behaviors of nurses and nursing performance quality: A multilevel modeling approach, *Journal of nursing scholarship*, 50 (4), 403-410.

Cho, H., Sagherian, K., Scott, L. D., Steege, L. M., 2022, Occupational fatigue, workload and nursing teamwork in hospital nurses, *Journal of advanced nursing*, 78 (8), 2313-2326.

Cicolini, G., Comparcini, D., Simonetti, V., 2014, Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review, *Journal of nursing management*, 22 (7), 855-871.

Clark, C. M., Sattler, V. P., Barbosa-Leiker, C., 2016, Development and testing of the healthy work environment inventory: A reliable tool for assessing work environment health and satisfaction, *Journal of nursing education*, 55 (10), 555-562.

Comrey, A.L. and Lee, H.B, 1992, *A first course in factor analysis*, Inc. Publishers, New Jersey.

Connor, J. A., Ziniel, S. I., Porter, C., Doherty, D., Moonan, M., Dwyer, P., Wood, L., Hickey, P. A., 2018, Interprofessional use and validation of the AACN healthy work environment assessment tool, *American journal of critical care*, 27 (5), 363-371.

Curran, P. J., West, S. G., Finch, J. F., 1996, The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis, *Psychological methods,* 1 (1), 16–29.

Curry, L. A., Brault, M. A., Linnander, E. L., McNatt, Z., Brewster, A. L., Cherlin, E., Flieger, P., Ting, H. H., Bradley, E. H., 2018, Influencing organisational culture to improve hospital performance in care of patients with acute myocardial infarction: a mixed-methods intervention study, *BMJ quality & safety*, 27 (3), 207-217.

Dash, G., Paul, J., 2021, CB-SEM vs PLS-SEM methods for research in social sciences and technology forecasting, *Technological forecasting and social change,* 173 (3), 121092.

Dener, H., Elçin, M., 2025, Use of the measurement tools of TeamSTEPPS®: A scoping review, *BMC medical education*, 25 (1), 172.

DeVellis, R.F., 2014, *Ölçek geliştirme: Kuram ve uygulamalar*, Totan, T. Çeviri Ed.,3. Baskıdan çeviri, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, ISBN: 978-605-133-937-5.

DeVellis, R. F., 2017, *Scale development: Theory and applications (4th ed.),* Sage Publications.

Doğan, İ. ve Özdamar, K., 2017, The effect of different data structures, sample sizes on model fit measures, *Communications in statistics-simulation and computation,* 46 (9), 7525-7533.

Dombaycı, A. ve Madenoğlu Kıvanç M., 2020, Hemşirelik hizmetlerinde Y kuşağını işe alma ve işte tutma stratejileri, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi,* 7 (1), 160-8.

Donley, J., 2021, The impact of work environment on job satisfaction: pre-COVID research to inform the future, *Nurse leader*, 19 (6), 585-589.

Emiralioğlu, R. and Sönmez, B., 2021, The relationship of nursing work environment and innovation support with nurses' innovative behaviours and outputs, *Journal of nursing management*, 29 (7), 2132-2141.

Er, F., 2013, *Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin çalışma koşullarının hemşire dostu hastane kriterlerine göre incelenmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Erickson, I. J., Duffy, M. E., Ditomassi, M., Jones, D. A., 2017, Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Work Environment Inventory, *Journal of nursing administration,* 47 (5), 259–265.

Farghaly Abdelaliem, S. M., Abou Zeid, M. A. G., 2023, The relationship between toxic leadership and organizational performance: The mediating effect of nurses' silence, *BMC nursing*, 22 (1), 4.

Fornell, C., Larcker, D.F., 1981, Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error, *Journal of marketing research,* 18 (1), 39-50.

Furunes, T., Kaltveit, A., Akerjordet, K., 2018, Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective, *Journal of clinical nursing*, 27 (23-24), 4290-4301.

Gad, S. A., Safan, S. M., Gaballah, A. R., 2021, Staff nurses' perception about teamwork and its effect on their job performance at menoufia university hospitals, *Menoufia nursing journal*, 6 (1), 131-145.

Gensimore, M. M., Maduro, R. S., Morgan, M. K., McGee, G. W., Zimbro, K. S., 2020, The effect of nurse practice environment on retention and quality of care via burnout, work characteristics and resilience: A moderated mediation model, *Journal of nursing administration*, 50, 546–553.

Ghasemi, R., Ghafourifard, M., Hassankhani, H., Dehghannezhad, J., 2021, The association of work environments and nurse-nurse collaboration: a multicenter cross-sectional study, *Nurse media journal of nursing*, 11, 370-379.

Goodman, S. A., Svyantek, D. J., 1999, Person–organization fit and contextual performance: Do shared values matter, *Journal of vocational behavior*, 55 (2), 254-275.

Grandfield, E. M., Schlotzhauer, A. E., Cramer, E., Warshawsky, N. E., 2023, Relationships among nurse managers' job design, work environment, and nurse and patient outcomes, *Research in nursing & health*, 46 (3), 348-359.

Graystone, R., 2018, Creating the framework for a healthy practice environment, *JONA: The journal of nursing administration*, 48 (10), 469-470.

Gunawan, N. P. I. N., Hariyati, R. T. S., Gayatri, D., 2019, Motivation as a factor affecting nurse performance in Regional General Hospitals: A factors analysis, *Enfermeria clinica*, 29, 515-520.

Guo, Y. F., Lam, L., Plummer, V., Cross, W., Zhang, J. P., 2020, A WeChat-based "Three Good Things" positive psychotherapy for the improvement of job performance and self-efficacy in nurses with burnout symptoms: A randomized controlled trial, *Journal of nursing management*, 28 (3), 480-487.

Hackman, J. R., 1983, *A normative model of work team effectiveness,* Technical Report No. 2, Research Program on Group Effectiveness, Yale School of Organizational Organization and Management.

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E., 2019, *Multivariate data analysis*, 8th ed., Cengage Learning EMEA, Hampshire, United Kingtom.

Hair Jr, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., Ray, S., 2021, *Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook*, 3rd ed., Springer Nature, Switzerland, ISBN: 978-3-030-80518-0.

Haruna, J., Unoki, T., Ishikawa, K., Okamura, H., Kamada, Y., Hashimoto, N., 2022, Influence of mutual support on burnout among intensive care unit healthcare professionals, *SAGE open nursing*, 8, 23779608221084977.

Hassan, A. E., Mohammed, F. A., Zakaria, A. M., Ibrahim, I. A., 2024, Evaluating the effect of TeamSTEPPS on teamwork perceptions and patient safety culture among newly graduated nurses, *BMC nursing*, 23 (1), 170.

Havaei, F., Ma, A., Staempfli, S., MacPhee, M., 2021, Nurses' work place conditions impacting their mental health during COVID-19: A cross-sectional survey study, *Healthcare*, 9 (1), 84.

Herzberg, F., 1968, One more time: how do you motivate employees?, *Harvard business review,* 46 (1), 53–62.

Huang, H., Zhang, X., Tu, L., Peng, W., Wang, D., Chong, H., Wang, Z., Du, H., Chen, H., 2025, Inclusive leadership, self-efficacy, organization-based self-esteem, and intensive care nurses' job performance: A cross-sectional study using structural equation modeling, *Intensive and critical care nursing*, 87, 103880.

Hult, M., Terkamo-Moisio, A., Kaakinen, P., Karki, S., Nurmeksela, A., Palonen, M., Peltonen, L.M., Häggman-Laitila, A., 2023, Relationships between nursing leadership and organizational, staff and patient outcomes: A systematic review of reviews, *Nursing open*, 10 (9), 5920-5936.

International Council of Nurses, 2007, *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Information and action tool kit developed by andrea baumann for ICN.* http://www.icn.ch/indkit2007.pdf, [Ziyaret tarihi: 4 Mayıs 2025].

Jiang, Z., Su, Y., Meng, R., Lu, G., Liu, J., Chen, C., 2024, The effects of work readiness, organizational justice and professional identity on the work performance of new nurses: A cross-sectional survey, *BMC nursing*, 23 (1), 759.

Johansen, M. L., de Cordova, P. B., Weaver, S. H., 2021, Exploration of the meaning of healthy work environment for nurses, *Nurse leader,* 19 (4), 383-389.

Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M., Roh, Y. S., 2021, Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals, *Journal of nursing management*, 29 (5), 1189-1198.

Karaarslan, D., Sevinç, H. Y., Ergin, D., Balcı, Ö., 2023, Pediatri hemşirelerinin çalışma ortamı ve iş yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Fenerbahçe üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 3 (2), 237-253.

Karlsson, A. C., Gunningberg, L., Bäckström, J., Pöder, U., 2019, Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay–A double-edged sword, *Journal of nursing management,* 27 (7), 1359-1365.

Kester, K. M., Lindsay, M., Granger, B., 2020, Development and evaluation of a prospective staffing model to improve retention, *Journal of nursing management*, 28 (2), 425–432.

Kester, K., Pena, H., Shuford, C., Hansen, C., Stokes, J., Brooks, K., ... & Granger, B., 2021, Implementing AACN's healthy work environment framework in an intensive care unit, *American journal of critical care*, 30 (6), 426-433.

Kim, L. Y., Rose, D. E., Ganz, D. A., Giannitrapani, K. F., Yano, E. M., Rubenstein, L. V., Stockdale, S. E., 2020, Elements of the healthy work environment associated with lower primary care nurse burnout, *Nursing outlook*, 68 (1), 14-25.

Kitayama, M., Unoki, T., Matsuda, Y., Matsuishi, Y., Kawai, Y., Iida, Y., Teramoto, M., Tatsuno, J., Hamamoto, M., 2022, Development and initial validation of the Japanese healthy work environment assessment tool for critical care settings, *Plos one*, 17 (5).

Kline, R.B., 2019, *Yapısal eşitlik modellemesinin ilkeleri ve uygulaması*, Şen, S. Çeviri Ed., 4.Baskıdan Çeviri, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, ISBN: 978-605-7895-39-4.

Kocaman, G., Yürümezoğlu, H. A., Uncu, S., Türkmen, E., Göktepe, N., İntepeler, Ş. S., 2018, Türkiye'de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarının geliştirmesi, *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 15 (1), 30-38.

Koçel, T., 2005, *İşletme yöneticiliği*, Arıkan yayınları (10. Baskı), İstanbul.

Koo, T.K. and Lii, M.Y., 2016, A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research, *Journal of chiropractic medicine,* 15 (2), 155-163.

Koopmans, L., Bernaards, C., Hildebrandt, V., Van Buuren, S., Van der Beek, A. J., De Vet, H. C., 2012, Development of an individual work performance questionnaire, *International journal of productivity and performance management*, 62 (1), 6-28.

Kökcü, Ö.D. ve Terzi, B., 2018, Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş indeksi-çalışma ortamı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi, *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 22 (2), 66-72.

Kuşçu Karatepe, H., Türkmen, E., 2023, Nurse performance: A path model of clinical leadership, creative team climate and structural empowerment, *Journal of clinical nursing*, 32 (3-4), 584-596.

Kül, S., Sönmez, B., 2021, The effect of nurse managers' servant leadership on nurses' innovative behaviors and job performances, *Leadership & organization development journal*, 42 (8), 1168-1184.

Labrague, L. J., Lorica, J., Nwafor, C. E., Van Bogaert, P., Cummings, G. G., 2020, Development and psychometric testing of the toxic leadership behaviors of nurse managers (ToxBH-NM) scale, *Journal of nursing management*, 28 (4), 840-850.

Ladikli, M. F. ve Arslan, H., 2023, Kavramsal ve kuramsal olarak iş doyumu, *İbn haldun çalışmaları dergisi*, 8 (2), 139–173.

Lake, E. T., 2002, Development of the practice environment scale of the nursing work ındex, *Research in nursing & health*, 25 (3), 176-188.

Lake, E. T., 2007, The nursing practice environment, *Medical care research and review*, 64 (2), 104S-122S.

Lake, E. T., Gil, J., Moronski, L., Mchugh, M. D., Aiken, L. H., Lasater, K. B., 2024, Validation of a short form of the practice environment scale of the nursing work index: The PES-5, *Research in nursing & health*.

Lake, E. T., Zhang, B., Tong, J., Mpundu, G., Gross, K. N., Correa, M. H., Wethman, L. B., Moronski, L., Villani, D., Chen, Y., 2024, International benchmarks for the practice environment scale of the nursing work index: A meta-analysis, *Nursing &health sciences*, 26(4)

Larsman, P., Pousette, A., Törner, M., 2024, The impact of a climate of perceived organizational support on nurses' well-being and healthcare-unit performance: A longitudinal questionnaire study. *Journal of advanced nursing*, 80 (12), 4921-4932.

Lasater, K. B. & Mchugh, M. D., 2016, Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement, *International journal for quality in health care*, 28 (2), 253-258.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L., 1996, The person–environment–occupation model: A transactive approach to occupational performance, *Canadian journal of occupational therapy,* 63 (1), 9–23.

Lee, E. J., Kim, H. S., Kim, H. Y., 2014, Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance, *Journal of clinical nursing*, 23 (23-24), 3513-3524.

Lee, Y. S., Stone, P. W., Pogorzelska-Maziarz, M., Nembhard, I. M., 2018, Differences in work environment for staff as an explanation for variation in central line bundle compliance in intensive care units, *Health care management review*, 43 (2), 138-147.

Ma, X., Wu, D., Hou, X., 2023, Positive affect and job performance in psychiatric nurses: A moderated mediation analysis. *Nursing open*, 10 (5), 3064-3074.

Maassen, S. M., Van Oostveen, C., Vermeulen, H., Weggelaar, A. M., 2021, Defining a positive work environment for hospital healthcare professionals: A delphi study, *PloS one*, 16 (2).

Mabona, J. F., van Rooyen, D. R., ten Ham-Baloyi, W., 2022, Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 27 (1).

Majeed, M., Irshad, M., Khan, I., Saeed, I., 2023, The impact of team mindfulness on project team performance: The moderating role of effective team leadership, *Project management journal*, 54 (2), 162–178.

Maslow, A.H., 1943, A theory of human motivation, *Psychological review,* 50 (4), 370-396.

Maslow, A. H., 1987, *Motivation and personality*, Pearson education, India.

Massoudi, A.H. and Hamdi, S.S.A., 2017, The consequence of work environment on employees productivity, *Journal of business and management*, 19 (1), 35–42. https://doi.org/10.9790/487X-1901033542.

Malinowska-Lipie ´ n, I., Micek, A., Gabry´s, T., Kózka, M., Gajda, K., Gniadek, A., Brzostek, T., Fletcher, J., Squires, A., 2021, Impact of the work environment on patients' safety as perceived by nurses in Poland-A cross-sectional study, *International journal of environmental research and public health*, 18 (22), 12057.

Manning, J., Jones, N., 2021, Improving healthy work environments through specialty nursing professional development, *Journal of radiology nursing*, 40 (3), 241-245.

McClain, A. R., Palokas, M., Christian, R., Arnold, A., 2022, Retention strategies and barriers for millennial nurses: A scoping review, *JBI evidence synthesis*, 20 (1), 121-157.

McGregor, D., 1960, *The human side of enterprise,* McGraw-hill book company, New York.

Meraviglia, M., Grobe, S. J., Tabone, S., Wainwright, M., Shelton, S., Miner, H., Jordan, C., 2009, Creating a positive work environment: implementation of the nurse-friendly hospital criteria, *JONA: The journal of nursing administration*, 39 (2), 64-70.

Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S., Afaneh, T., 2020, The influence of nursing work environment on patient safety, *Workplace health & safety*, 68 (8), 384-390.

Moisoglou, I., Yfantis, A., Galanis, P., Pispirigou, A., Chatzimargaritis, E., Theoxari, A., Prezerakos, P., 2020, Nurses work environment and patients' quality of care, *International Journal of Caring Sciences*, 13 (1), 108-116.

Monroe, M., Morse, E., Price, J. M., 2020, The relationship between critical care work environment and professional quality of life, *American journal of critical care*, 29 (2), 145-149.

Morgado, F.F.R., Meireles, F.F.J., Neves, C.M., Amaral, A.C.S. and Ferreira, M.E.C., 2017, Scale development: Ten main limitations and recommendations to improve future research practices, *Psicologia: Reflexão e crítica,* 30 (3), 1-20.

Morvati, D., Solbakken, R., Vaag, J., Hilli, Y., 2025, Nurses' and nurse leaders' perspectives on a health-promoting work environment: A meta-ethnographic study, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 20 (1), 2460255.

Nursing Solutions, 2025, NSI national health care retention & RN staffing report, https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf, [Ziyaret tarihi: 13 Mayıs 2025].

Olender, L., Capitulo, K., Nelson, J., 2020, The impact of interprofessional shared governance and a caring professional practice model on staff's self-report of caring, workplace engagement and workplace empowerment over time, *The journal of nursing administration*, 50 (1), 52-58.

Oneal, G., Graves, J. M., Diede, T., Postma, J., Barbosa-Leiker, C., Butterfield, P., 2019, Balance, health and workplace safety: experiences of new nurses in the context of total worker health, *Workplace health & safety*, 67 (10), 520-528.

Öztürk, H., 2010, *Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin güçlendirme algısı ve ortamı güçlendirme açısından değerlendirmeleri*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Paganin, G., De Angelis, M., Pische, E., Violante, F. S., Guglielmi, D., Pietrantoni, L., 2023, The impact of mental health leadership on teamwork in healthcare organizations: A serial mediation study, *Sustainability*, 15 (9), 7337.

Page, A., 2004, *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*, National academies press, Washington.

Paguio, J. T., Yu, D. S. F., Su, J. J., 2020, Systematic review of interventions to improve nurses' work environments, *Journal of advanced nursing*, 76 (10), 2471-2493.

Pereira, S., Ribeiro, M., Mendes, M., Ferreira, R., Santos, E., Fassarella, C., Ribeiro, O., 2024, Positive nursing practice environment: a concept analysis, *Nursing reports*, 14 (4), 3052-3068.

Perry, S. J., Richter, J. P., Beauvais, B., 2018, The effects of nursing satisfaction and turnover cognitions on patient attitudes and outcomes: A three-level multisource study, *Health services research*, 53 (6), 4943-4969.

Poghosyan, L., Liu, J., Perloff, J., D'Aunno, T., Cato, K. D., Friedberg, M. W., Martsolf, G., 2022, Primary care nurse practitioner work environments and hospitalizations and ED use among chronically ill Medicare beneficiaries, *Medical care*, 60 (7), 496-503.

Potrebny, T., Igland, J., Espehaug, B., Ciliska, D., Graverholt, B., 2022, Individual and organizational features of a favorable work environment in nursing homes: A cross-sectional study, *BMC health services research*, 22 (1), 1244.

Purdy, N., Spence Laschınger, H. K., Finegan, J., Kerr, M., Olivera, F., 2010, Effects of work environments on nurse and patient outcomes, *Journal of nursing management*, 18 (8), 901-913.

Rashkovits, S., 2019, The importance of the nurse leader's proactivity and intellectual stimulation in the nursing team workload–learning relationship: A cross-sectional study, *Journal of advanced nursing*, 75 (11), 2647-2658.

Raso, R., Fitzpatrick, J.J., Masick, K., 2020, Clinical nurses' perceptions of authentic nurse leadership and healthy work environment, *The journal of nursing administration*, 50 (9), 489-494.

Reinhardt, A. C., León, T. G., Amatya, A., 2020, Why nurses stay: Analysis of the registered nurse workforce and the relationship to work environments, *Applied nursing research,* 55.

Roller, W. K., 1999, The perception of empowerment instrument (PEI), *Annual-san diego-pfeiffer and company,* 1, 107-118.

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., Weaver, S. J., 2018, Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care, *American psychologist,* 73 (4), 433–450.

Rosengren, K., Friberg, M., 2024, Organisational and leadership skills towards healthy workplaces: An interview study with registered nurses in Sweden. *BMC nursing*, 23 (1), 56.

Rugulies, R., 2019, What is a psychosocial work environment?, *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45 (1), 1-6.

Salas, E., Bisbey, T. M., Traylor, A. M., Rosen, M. A., 2020, Can teamwork promote safety in organizations?, *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, 7 (1), 283-313.

Salas, E., Cooke, N. J., Rosen, M. A., 2008, On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments, *Human factors*, 50 (3), 540-547.

Sarıköse, S., Göktepe, N., 2022, Effects of nurses' individual, professional and work environment characteristics on job performance, *Journal of clinical nursing*, 31 (5-6), 633-641.

Schalk, D. M., Bijl, M. L., Halfens, R. J., Hollands, L., Cummings, G. G., 2010, Interventions aimed at improving the nursing work environment: A systematic review, *Implementation science*, 5, 34-45.

Schmutz, J. B., Meier, L. L., Manser, T., 2019, How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: A systematic review and meta-analysis, *BMJ open*, 9 (9), e028280.

Schwirian, P. M., 1978, Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach, *Nursing research*, 27 (6), 347–351.

Shaheen, A. M., Al-Hniti, M., Bani Salameh, A., Alkaid-Albqoor, M., Ahmad, M., 2021, Predictors of job satisfaction of registered nurses providing care for older adults, *Journal of nursing management*, 29 (2), 250-257.

Shin, S.H., & Lee, E.H., 2024, Development and validation of a quality of healthy work environment instrument for shift nurses, *BMC nursing,* 23 (1).

Siedlecki, S. L., Hixson, E. D., 2011, Relationships between nurses' perceptions of work environment and nurse-sensitive patient outcomes in acute care hospitals, *Journal of nursing care quality,* 26 (4), 320–327.

Skoogh, A., Bååth, C., Hall-Lord, M. L., 2022, Healthcare professionals' perceptions of patient safety culture and teamwork in intrapartum care: A cross-sectional study, *BMC health services research*, 22 (1), 820.

Sonoda, Y., Onozuka, D., Hagihara, A., 2018, Factors related to teamwork performance and stress of operating room nurses, *Journal of nursing management*, 26 (1), 66-73.

Sönmez, B., Gül, D., İspir Demir, Ö., Emiralioğlu, R., Erkmen, T. & Yıldırım, A., 2021, Antecedents and outcomes of nurses' subjective career success: a path analysis, *Journal of nursing scholarship*, 53 (5), 604-614.

Sönmez, B., Yıldız Keskin, A., İspir Demir, Ö., Emiralioğlu, R. & Güngör, S., 2023, Decent work in nursing: Relationship between nursing work environment, job satisfaction, and physical and mental health, *International nursing review*, 70 (1), 78-88.

Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., Damiani, G., 2021, Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review, *International journal of environmental research and public health*, 18 (4), 1552.

Sürücü, L., Maslakçı, A., 2020, Validity and reliability in quantitative research, *Business & management studies: An international journal*, 8 (3), 2694-2726.

Swiger, P. A., Loan, L. A., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S. T., Miltner, R. S., Patrician, P. A., 2018, Relationships between Army nursing practice environments and patient outcomes*, Research in nursing & health*, 41 (2),131-144.

Şencan, H., 2005, *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Taskiran Eskici, G., Baykal, Ü., 2021, The Turkish version of the Nursing Teamwork Survey: A validity and reliability study. *International journal of nursing practice,* 27 (3).

Tekin, G. ve Görgülü, B., 2018, Clayton Alderfer'in Erg teorisi ve çalışanların iş tatmini, *Social sciences studies journal*, 4 (17), 1559-1566.

Teixeira, G., Lucas, P., Gaspar, F., 2022, International portuguese nurse leaders' insights for multicultural nursing, *International journal of environmental research and public health*, 19.

Teixeira, A. C., Nogueira, A., Barbieri-Figueiredo, M. D. C., 2023, Professional empowerment and evidence-based nursing: A mixed-method systematic review, *Journal of clinical nursing*, 32 (13-14), 3046-3057.

Thomas, L., White, J., Scanlon, K., 2020, Nurses' perceptions of their practice following a redesign initiative, *Nursing administration quarterly*, 44 (4), E12-E24.

Tosun, A., Yildirim, A., 2021, Evaluation of nurse manager practice environment, *International journal of caring sciences*, 14 (2), 1437.

Türkmen, E., Badır, A., Balcı, S. ve Akkuş Topçu, S., 2011, ''Hemşirelik İş Indeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği''nin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, 2, 5-20.

Ulrich, B., Cassidy, L., Barden, C., Varn-Davis, N., Delgado, S. A., 2022, National nurse work environments-October 2021: A status report, *Critical care nurse*, 42 (5), 58-70.

Wafa'a, F., Alhurani, J., Alhalal, E., Al-Dwaikat, T. N., Al-Faouri, I., 2020, Nursing empowerment: How job performance is affected by a structurally empowered work environment, *JONA: The journal of nursing administration*, 50 (12), 635-641.

Wang, Z., Liang, Q., Yan, Z., Liu, J., Liu, M., Wang, X., Wang, J., Huang, J., Luan, X., 2023, The association between team resilience and team performance in nurses during COVID-19 pandemic: A network analysis, *BMC nursing*, 22 (1), 54.

Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., Rose, M. A., 2018, The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review, *International journal of nursing sciences*, 5 (3), 287–300.

Wei, H., Zhang, S., Qu, W., Liu, M., Yan, Z., Luan, X., 2024, The association between team cohesion and performance: A network analysis of nurses, *Nursing & health sciences*, 26 (1).

Welsch, L. A., Hoch, J., Poston, R. D., Parodi, V. A., Akpinar-Elci, M., 2018, Interprofessional education involving didactic TeamSTEPPS® and interactive healthcare simulation: A systematic review, *Journal of interprofessional care*, 32 (6), 657-665.

Williams, K. M., Campbell, C. M., House, S., Hodson, P., Swiger, P.A., Orina, J., Javed, M., Pierce, T., Patrician, P. A., 2024, Healthy work environment: A systematic review informing a nursing professional practice model in the US military health system, *Journal of advanced nursing*.

Wu, J., Wang, C., Gao, Y., Xiang, Y. R., Tong, X. L., Wang, X. H., Huang, X., 2021, The impact of medical staff's work resources and calling on work performance in tertiary hospitals of Hangzhou, *Chinese hospital management*, 41, 71-74.

Xyrichis, A., Ream, E., 2008, Teamwork: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61 (2), 232-241.

Yaşlıoğlu, M. M., 2017, Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması, *İstanbul üniversitesi işletme fakültesi dergisi*, 46, 74-85.

Yelkikalan, N., Dalboy, Z., Doğan, S., Oflaz, A., 2020, COVID-19'un Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramına etkisi: Durumsallık yaklaşımı bağlamında bir araştırma, *Girişimcilik ve kalkınma dergisi*, 15 (2), 139-165.

Yerköy Ateş, A., Yıldırım., A., 2024, Adaptation of the TeamSTEPPS® Teamwork Perceptions Questionnaire into Turkish for a nurse sample: A methodological study, *Journal of education and research in nursing,* 21 (2), 99-106.

Yerköy Ateş, A., 2022, *Takım Çalışması Algıları Ölçeğinin Türk diline uyarlanması, hemşirelerde takım çalışması algılarının mesleki işbirliği ve iletişim ile ilişkisi,* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Yeşilyurt Sevim, T., Türkmen, E., Göktepe, N., Çakmak, N. E., Ünal, E. Ö., Adigüzel, E., İşçi, R., 2025, The effect of work environment and work-related characteristics on perceived individual work performance of front-line nurse managers: A cross-sectional study, *Research in nursing & health*, 1-13.

Yu, J. F., Ding, Y. M., Jia, R. Y., Liang, D. D., Wu, Z., Lu, G. L., Chen, C. R., 2022, Professional identity and emotional labour affect the relationship between perceived organisational justice and job performance among Chinese hospital nurses, *Journal of nursing management*, 30 (5), 1252-1262.

Yuan, L., Yumeng, C., Chunfen, Z., Jinbo, F., 2020, Analyzing the impact of practice environment on nurse burnout using conventional and multilevel logistic regression models, *Workplace health & safety*, 68 (7), 325-336.

EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (1. Aşama)

Ek-2 Veri Toplama Araçları (1. Aşama)

Ek-3 Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği (HOÇOÖ)

Ek-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (2. Aşama)

Ek-5 Veri Toplama Araçları (2. Aşama)

Ek-6 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İzinleri

Ek-7 Etik Kurul Kararı (1. Aşama)

Ek-8 Etik Kurul Kararı (2. Aşama)

Ek-9 Kurum İzinleri (1. Aşama)

Ek-10 Kurum İzinleri (2. Aşama)

Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (1. Aşama)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Uzm. Hem. Ramazan EMİRALİOĞLU ve Danışman Doç. Dr. Betül SÖNMEZ tarafından yürütülen **"Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Hemşirelikte Olumlu Çalışma Ortamının Bireysel ve Örgütsel Performans ile İlişkisi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. İki aşamalı bu araştırmanın **amacı,** hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere "Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği''nin geliştirilmesi ve hemşirelikte olumlu çalışma ortamının bireysel ve örgütsel performans ile ilişkisinin belirlenmesidir. Bu araştırmayla, psikometrik analizleri yapılan bir ölçek ile hemşirelikte olumlu çalışma ortamı, bireysel ve örgütsel performans arasında belirlenecek olan ilişki hemşirelik literatürüne kazandırılacaktır. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği ve Güçlendirme Algısı Ölçeği'ni içeren anket formu ile toplanacaktır. Araştırmada sizden **15 dakika** ayırmanız istenmektedir. Sizden yalnızca anketi doğru ve tam olarak doldurmanız beklenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen **minimum 529-maksimum 1199 kişi** katılacaktır. Araştırmaya katılımda herhangi bir risk ve rahatsızlık öngörülmemekte olup günlük hayatta karşılaşılan risklerden daha fazla bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [ ] e-posta adresi ve [ ] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

İmzası: Tarih:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;

☐ Kabul ediyorum ☐ Kabul etmiyorum

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ramazan EMİRALİOĞLU

İmzası: Tarih:

Ek-2 Veri Toplama Araçları (1. Aşama)

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Değerli meslektaşlarım,

Bu çalışma, doktora tez çalışmasının ilk aşaması olup 'Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik ve güvenirlik analizlerinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmama katkı verdiğiniz, soruları samimiyetle ve eksiksiz doldurduğunuz için teşekkür ederim.

Uzm. Hem. Ramazan EMİRALİOĞLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi

I. TANITICI BİLGİ FORMU

Çalıştığınız Birim: ☐ Servis ☐ Yoğun Bakım ☐ Poliklinik ☐ Ameliyathane ☐ Diğer……

Yaşınız: …….

Cinsiyetiniz: ☐ K ☐ E

Eğitim Durumunuz: ☐ SML ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar

Göreviniz: ☐ Hemşire ☐ Hekim ☐ Ebe ☐ Fizyoterapist ☐ Diyetisyen ☐ Diğer ……

Meslekte Toplam Çalışma Yılınız: ……..

Kurumda Çalışma Yılınız: ……

Çalışma Şekliniz: ☐ Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)

Haftalık ortalama çalışma saatiniz: ……..

Bir vardiyada/günde tedavi ettiğiniz/bakım verdiğiniz hasta sayısı: En az …..… En fazla ……..

II. HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİ (53 Madde-TASLAK) **Şu an çalıştığınız kurumdaki çalışma ortamını düşünerek aşağıda yer alan her bir maddeyi değerlendiriniz ve size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.**	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Her vardiyada yeterli sayıda sağlık profesyoneli görevlendirilir.					
2. Her vardiyada yeterli sayıda destek personel bulunur.					
3. Hastanedeki destek hizmetler, sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştıracak şekilde yürütülür.					
4. İnsan gücü planlamasında kurumun çalışan gereksinimi dikkate alınır.					
5. Kurumda çalışanların işten ayrılma oranları düşüktür.					
6. Çalışanlar, görev tanımlarına uygun çalıştırılır.					
7. Çalışanlar, her vardiyada güvenli hizmet verecek düzeyde iş yüküne sahiptir.					
8. Bir vardiyada yapılması gereken işlerin tümü eksiksiz olarak tamamlanır.					
9. Çalışanlar işleri yaparken zaman baskısı hisseder.					
10. Çalışanlar iş yaparken zihinsel olarak zorlanır.					
11. Çalışanlar iş yaparken fiziksel olarak zorlanır.					
12. Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam dengesi göz önünde bulundurulur.					
13. Çalışma ortamında iş için gerekli ekipman ve malzemelere kolayca erişilir.					
14. Çalışma ortamında kullanılan malzemeler kalitelidir.					
15. Kurumda işleri kolaylaştıracak teknoloji kullanılır.					
16. Çalışma ortamında arızalı ekipman ve malzemelerin yerine hızlıca yenileri sağlanır.					
17. Çalışanlar, görev ve sorumlulukları yerine getirmede kendini özgür hisseder.					
18. Çalışanlar, işiyle ilgili konularda alınacak kararlara katılır.					
19. Ekip üyelerinin uzmanlık alanları ile ilgili kararlarına saygı gösterilir.					
20. Kurumdaki kariyer ilerleme sistemi açık bir şekilde tanımlıdır.					
21. Kurum içinde atamalar adil olarak yapılır.					

22. Kurumda çalışanların mesleki gelişimine yönelik olanaklar sağlanır.					
23. Çalışanlar performanslarını geliştirmeleri için desteklenir.					
24. Kurumda eğitim programları çalışanların gereksinimlerine göre belirlenir.					
25. Çalışanlar kariyer gelişimi için desteklenir.					
26. İşe/birime yeni başlayanlar için etkili bir mentorluk programı uygulanır.					
27. Çalışanlar kurum içinde kendini fiziksel olarak güvende hisseder.					
28. Çalışanlar kurum içinde kendini zihinsel olarak güvende hisseder.					
29. Kurumda güvenli çalışma ortamına yönelik kararlara tüm çalışanların katılımı sağlanır.					
30. Kurumda iş sağlığı ve güvenliği risklerine karşı yasal mevzuata uygun gerekli önlemler alınır.					
31. Kurumda çalışanların sağlığı düzenli olarak izlenir.					
32. Kurumda çalışanlar kişisel koruyucu ekipmanlara kolaylıkla ulaşır.					
33. Ücret politikası, iş tanımı ve çalışanların özelliklerine (eğitim, deneyim vb.) göre belirlenir.					
34. Çalışanlar, yaptığı işin karşılığında hak ettiği ücreti alır.					
35. Çalışanlara yol yardımı, gıda yardımı ve kreş gibi sosyal haklar sağlanır.					
36. Çalışanların kurumdaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için kolaylıklar sağlanır.					
37. Kurumda aynı pozisyonda çalışanlar adil ücretlendirilir.					
38. Sağlık ekibi üyeleri birbirine güvenir.					
39. Ekip üyeleri arasında fikir ayrılıklarına saygı gösterilir					
40. Sağlık ekibi üyelerinin rolleri iyi tanımlanmıştır.					
41. Ekip üyeleri arasındaki anlaşmazlıklar, tarafların iş birliği içinde çözülür.					
42. Ekipte yer alan her üyenin deneyim ve uzmanlıklarından yararlanılır.					
43. Çalışanlar arasında açık iletişim ve bilgi paylaşımı vardır.					
44. Çalışanların bir araya gelip görüş ve sorunlarını paylaştığı düzenli toplantılar yapılır.					
45. Yöneticiler, çalışanların görüşlerini dikkate alır.					

46. Yöneticiler, çalışanlara karşı hoşgörülü davranır.					
47. Yöneticiler, çalışanların olumlu davranışlarını ödüllendirir.					
48. Yöneticiler, çalışan haklarının savunulmasında etkin rol alır.					
49. Yöneticiler, katılımcı yönetim yaklaşımını benimser.					
50. Çalışanlar bu kurumda çalışmaktan memnundur.					
51. Kurumda etik ilkelerin benimsendiği bir çalışma ortamı vardır.					
52. Kurumda her türlü ayrımcılığa (din, ırk, cinsiyet, cinsel yönelim vb.) karşı sıfır tolerans gösterilir.					
53. Çalışma ortamı sürekli geliştirme faaliyetleri ile iyileştirilir.					

III. GÜÇLENDİRME ALGISI ÖLÇEĞİ **Aşağıda yer alan her bir maddeyi değerlendiriniz ve size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.**	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. İşimi nasıl yapacağıma karar verme konusunda özgürüm.					
2. Değişimlerin planlanması sürecine sıklıkla dahil edilirim.					
3. Kurumsal hedeflerin belirlenmesinde yer alırım.					
4. Verdiğim kararların sorumluluğunu taşırım.					
5. Yaptıklarımın sorumluluğunu alırım.					
6. Eylemlerimin sonuçlarının sorumluluğunu taşırım.					
7. İşimde çok fazla özerkliğe/otonomiye sahibim.					
8. Yaptığım işten bireysel olarak sorumluyum.					
9. İşimle ilgili beni etkileyecek kararların alınmasında yer alırım.					
10. İşimin nasıl yapılacağına ilişkin kararları ben veririm.					
11. Çoğu zaman kendi kendimin patronuyumdur.					
12. Geleceğe ilişkin vizyonumuzun yaratılmasında rol alırım.					
13. İşimde, fikirlerime ve katkılarıma değer verilir.					

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ek-3 Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği (HOÇOÖ)

HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİ **Şu an çalıştığınız kurumdaki çalışma ortamını düşünerek aşağıda yer alan her bir maddeyi değerlendiriniz.**	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Her vardiyada yeterli sayıda sağlık profesyoneli görevlendirilir.					
2. Her vardiyada yeterli sayıda destek personel bulunur.					
3. Hastanedeki destek hizmetler, sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştıracak şekilde yürütülür.					
4. İnsan gücü planlamasında kurumun çalışan gereksinimi dikkate alınır.					
5. Çalışanlar, görev tanımlarına uygun çalıştırılır.					
6. Çalışanlar, her vardiyada güvenli hizmet verecek düzeyde iş yüküne sahiptir.					
7. Bir vardiyada yapılması gereken işlerin tümü eksiksiz olarak tamamlanır.					
8. Çalışanlar işleri yaparken zaman baskısı hisseder.					
9. Çalışanlar iş yaparken zihinsel olarak zorlanır.					
10. Çalışanlar iş yaparken fiziksel olarak zorlanır.					
11. Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam dengesi göz önünde bulundurulur.					
12. Çalışma ortamında iş için gerekli ekipman ve malzemelere kolayca erişilir.					
13. Çalışma ortamında kullanılan malzemeler kalitelidir.					
14. Kurumda işleri kolaylaştıracak teknoloji kullanılır.					
15. Çalışma ortamında arızalı ekipman ve malzemelerin yerine hızlıca yenileri sağlanır.					
16. Çalışanlar, görev ve sorumlulukları yerine getirmede kendini özgür hisseder.					
17. Çalışanlar, işiyle ilgili konularda alınacak kararlara katılır.					
18. Ekip üyelerinin uzmanlık alanları ile ilgili kararlarına saygı gösterilir.					
19. Kurumdaki kariyer ilerleme sistemi açık bir şekilde tanımlıdır.					
20. Kurum içinde atamalar adil olarak yapılır.					
21. Kurumda çalışanların mesleki gelişimine yönelik olanaklar sağlanır.					
22. Çalışanlar performanslarını geliştirmeleri için desteklenir.					
23. Kurumda eğitim programları çalışanların gereksinimlerine göre belirlenir.					

24. Çalışanlar kariyer gelişimi için desteklenir.					
25. İşe/birime yeni başlayanlar için etkili bir mentorluk programı uygulanır.					
26. Çalışanlar kurum içinde kendini fiziksel olarak güvende hisseder.					
27. Çalışanlar kurum içinde kendini zihinsel olarak güvende hisseder.					
28. Kurumda iş sağlığı ve güvenliği risklerine karşı yasal mevzuata uygun gerekli önlemler alınır.					
29. Kurumda çalışanlar kişisel koruyucu ekipmanlara kolaylıkla ulaşır.					
30. Ücret politikası, iş tanımı ve çalışanların özelliklerine (eğitim, deneyim vb.) göre belirlenir.					
31. Çalışanlar, yaptığı işin karşılığında hak ettiği ücreti alır.					
32. Çalışanlara yol yardımı, gıda yardımı ve kreş gibi sosyal haklar sağlanır.					
33. Çalışanların kurumdaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için kolaylıklar sağlanır.					
34. Kurumda aynı pozisyonda çalışanlar adil ücretlendirilir.					
35. Sağlık ekibi üyeleri birbirine güvenir.					
36. Ekip üyeleri arasında fikir ayrılıklarına saygı gösterilir.					
37. Sağlık ekibi üyelerinin rolleri iyi tanımlanmıştır.					
38. Ekip üyeleri arasındaki anlaşmazlıklar, tarafların iş birliği içinde çözülür.					
39. Ekipte yer alan her üyenin deneyim ve uzmanlıklarından yararlanılır.					
40. Çalışanlar arasında açık iletişim ve bilgi paylaşımı vardır.					
41. Çalışanların bir araya gelip görüş ve sorunlarını paylaştığı düzenli toplantılar yapılır.					
42. Yöneticiler, çalışanların görüşlerini dikkate alır.					
43. Yöneticiler, çalışanlara karşı hoşgörülü davranır.					
44. Yöneticiler, çalışanların olumlu davranışlarını ödüllendirir.					
45. Yöneticiler, çalışan haklarının savunulmasında etkin rol alır.					
46. Yöneticiler, katılımcı yönetim yaklaşımını benimser.					
47. Çalışanlar bu kurumda çalışmaktan memnundur.					
48. Kurumda etik ilkelerin benimsendiği bir çalışma ortamı vardır.					
49. Kurumda her türlü ayrımcılığa (din, ırk, cinsiyet, cinsel yönelim vb.) karşı sıfır tolerans gösterilir.					
50. Çalışma ortamı sürekli geliştirme faaliyetleri ile iyileştirilir.					

Ek-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (2. Aşama)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Uzm. Hem. Ramazan EMİRALİOĞLU ve Danışman Doç. Dr. Betül SÖNMEZ tarafından yürütülen **"Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Hemşirelikte Olumlu Çalışma Ortamının Bireysel ve Örgütsel Performans ile İlişkisi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. İki aşamalı bu araştırmanın **amacı,** hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin olumlu çalışma ortamının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere "Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği''nin geliştirilmesi ve hemşirelikte olumlu çalışma ortamının bireysel ve örgütsel performans ile ilişkisinin belirlenmesidir. Bu araştırmayla, psikometrik analizleri yapılan bir ölçek ile hemşirelikte olumlu çalışma ortamı, bireysel ve örgütsel performans arasında belirlenecek olan ilişki hemşirelik literatürüne kazandırılacaktır. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Hastanelerde Olumlu Çalışma Ortamı Ölçeği, TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği ve Görev Performansı Ölçeği'ni içeren anket formu ile toplanacaktır. Araştırmada sizden **15 dakika** ayırmanız istenmektedir. Sizden yalnızca anketi doğru ve tam olarak doldurmanız beklenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen **minimum 383 kişi** katılacaktır. Araştırmaya katılımda herhangi bir risk ve rahatsızlık öngörülmemekte olup günlük hayatta karşılaşılan risklerden daha fazla bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

İmzası: Tarih:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;

☐ Kabul ediyorum ☐ Kabul etmiyorum

Araştırmacının
Adı-Soyadı: Ramazan EMİRALİOĞLU
İmzası: Tarih:

Ek-5 Veri Toplama Araçları (2. Aşama)

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Değerli meslektaşlarım,

Bu çalışma, doktora tez çalışmasının ikinci aşaması olup Hemşirelikte Olumlu Çalışma Ortamının Bireysel ve Örgütsel Performans ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmama katkı verdiğiniz, soruları samimiyetle ve eksiksiz doldurduğunuz için teşekkür ederim.

Uzm. Hem. Ramazan EMİRALİOĞLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Öğrencisi

I. TANITICI BİLGİ FORMU

Çalıştığınız Birim: ☐ Servis ☐ Yoğun Bakım ☐ Poliklinik ☐ Ameliyathane ☐ Diğer……

Yaşınız: …….

Cinsiyetiniz: ☐ K ☐ E

Eğitim Durumunuz: ☐ SML ☐ On Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar

Göreviniz: ☐ Hemşire ☐ Yönetici Hemşire

Meslekte Toplam Çalışma Yılınız: ……..

Kurumda Çalışma Yılınız: ……

Çalışma Şekliniz: ☐ Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Vardiya (gece-gündüz dönüşümlü)

Haftalık ortalama çalışma saatiniz: ……..

Bir vardiyada/günde tedavi ettiğiniz/bakım verdiğiniz hasta sayısı: En az …..… En fazla ……..

II. HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİ **Şu an çalıştığınız kurumdaki çalışma ortamını düşünerek aşağıda yer alan her bir maddeyi değerlendiriniz ve size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.**	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Sağlık ekibi üyeleri birbirine güvenir.					
2. Ekip üyeleri arasında fikir ayrılıklarına saygı gösterilir.					
3. Sağlık ekibi üyelerinin rolleri iyi tanımlanmıştır.					
4. Ekip üyeleri arasındaki anlaşmazlıklar, tarafların iş birliği içinde çözülür.					
5. Ekipte yer alan her üyenin deneyim ve uzmanlıklarından yararlanılır.					
6. Çalışanlar arasında açık iletişim ve bilgi paylaşımı vardır.					
7. Çalışanların bir araya gelip görüş ve sorunlarını paylaştığı düzenli toplantılar yapılır.					
8. Yöneticiler, çalışanların görüşlerini dikkate alır.					
9. Yöneticiler, çalışanlara karşı hoşgörülü davranır.					
10. Yöneticiler, çalışanların olumlu davranışlarını ödüllendirir.					
11. Yöneticiler, çalışan haklarının savunulmasında etkin rol alır.					
12. Yöneticiler, katılımcı yönetim yaklaşımını benimser.					
13. Çalışanlar bu kurumda çalışmaktan memnundur.					
14. Kurumda etik ilkelerin benimsendiği bir çalışma ortamı vardır.					
15. Kurumda her türlü ayrımcılığa (din, ırk, cinsiyet, cinsel yönelim vb.) karşı sıfır tolerans gösterilir.					
16. Çalışma ortamı sürekli geliştirme faaliyetleri ile iyileştirilir.					
17. Çalışma ortamında iş için gerekli ekipman ve malzemelere kolayca erişilir.					
18. Çalışma ortamında kullanılan malzemeler kalitelidir.					
19. Kurumda işleri kolaylaştıracak teknoloji kullanılır.					
20. Çalışma ortamında arızalı ekipman ve malzemelerin yerine hızlıca yenileri sağlanır.					
21. Çalışanlar kurum içinde kendini fiziksel olarak güvende hisseder.					

22. Çalışanlar kurum içinde kendini zihinsel olarak güvende hisseder.					
23. Kurumda iş sağlığı ve güvenliği risklerine karşı yasal mevzuata uygun gerekli önlemler alınır.					
24. Kurumda çalışanlar kişisel koruyucu ekipmanlara kolaylıkla ulaşır.					
25. Kurumdaki kariyer ilerleme sistemi açık bir şekilde tanımlıdır.					
26. Kurum içinde atamalar adil olarak yapılır.					
27. Kurumda çalışanların mesleki gelişimine yönelik olanaklar sağlanır.					
28. Çalışanlar performanslarını geliştirmeleri için desteklenir.					
29. Kurumda eğitim programları çalışanların gereksinimlerine göre belirlenir.					
30. Çalışanlar kariyer gelişimi için desteklenir.					
31. İşe/birime yeni başlayanlar için etkili bir mentorluk programı uygulanır.					
32. Her vardiyada yeterli sayıda sağlık profesyoneli görevlendirilir.					
33. Her vardiyada yeterli sayıda destek personel bulunur.					
34. Hastanedeki destek hizmetler, sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştıracak şekilde yürütülür.					
35. İnsan gücü planlamasında kurumun çalışan gereksinimi dikkate alınır.					
36. Çalışanlar, görev tanımlarına uygun çalıştırılır.					
37. Çalışanlar, her vardiyada güvenli hizmet verecek düzeyde iş yüküne sahiptir.					
38. Bir vardiyada yapılması gereken işlerin tümü eksiksiz olarak tamamlanır.					
39. Çalışma listeleri hazırlanırken çalışanların iş-yaşam dengesi göz önünde bulundurulur.					
40. Çalışanlar işleri yaparken zaman baskısı hisseder.					
41. Çalışanlar iş yaparken zihinsel olarak zorlanır.					
42. Çalışanlar iş yaparken fiziksel olarak zorlanır.					
43. Çalışanlar, görev ve sorumlulukları yerine getirmede kendini özgür hisseder.					
44. Çalışanlar, işiyle ilgili konularda alınacak kararlara katılır.					
45. Ekip üyelerinin uzmanlık alanları ile ilgili kararlarına saygı gösterilir.					

46. Ücret politikası, iş tanımı ve çalışanların özelliklerine (eğitim, deneyim vb.) göre belirlenir.					
47. Çalışanlar, yaptığı işin karşılığında hak ettiği ücreti alır.					
48. Kurumda aynı pozisyonda çalışanlar adil ücretlendirilir.					
49. Çalışanlara yol yardımı, gıda yardımı ve kreş gibi sosyal haklar sağlanır.					
50. Çalışanların kurumdaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için kolaylıklar sağlanır.					

III. TEAMSTEPPS TAKIM ÇALIŞMASI ALGILARI ÖLÇEĞİ Lütfen sorulara **çalıştığınız birimi, çalışma arkadaşlarınızı ve yöneticinizi düşünerek cevap veriniz**.	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Takım üyelerinin becerileri yeterince örtüştüğü için gerektiğinde iş paylaşımı yapılabilir.					
2. Takım üyeleri yaptıkları işlerden sorumlu tutulur.					
3. Birimimde çalışanlar, hasta için zamanında karar almayı sağlayan bilgileri bakım üyeleri ile paylaşır.					
4. Birimimde çalışanlar kaynakları (örn. çalışanların kullanacağı araç, gereç, bilgi vb.) verimli bir şekilde kullanır.					
5. Takım üyeleri rol ve sorumluluklarının farkındadır.					
6. Çalıştığım birimin açıkça belirlenmiş hedefleri vardır.					
7. Birimim yüksek verimlilik düzeyinde çalışır.					
8. Yöneticim, hasta bakımı ile ilgili kararlarda takım üyelerinin katkısını (görüş, öneri, bilgi, beceri, deneyim vs.) dikkate alır.					
9. Yöneticim, yaşanılan bir olay sonrasında verim gücünü ortaklaşa değerlendirebilmek için takım üyelerine fırsat verir.					
10. Yöneticim, hasta bakım planını şekillendirirken takım üyeleri ile görüşmeye zaman ayırır.					
11.Yöneticim, birim için gerekli olan kaynakların (örn. çalışanların kullanacağı araç, gereç, bilgi vb.) yeterli miktarda temin edilmesini sağlar.					
12. Yöneticim, çatışmaları başarılı bir şekilde yönetir.					
13. Yöneticim uygun takım davranış biçimi oluşturur.					
14. Yöneticim hasta bakımını etkileyebilecek herhangi bir durum veya değişiklik halinde ilgili takım üyelerini bilgilendirir.					

15. Takım üyeleri birbirlerinin gereksinimlerini etkin bir şekilde öngörür.					
16. Takım üyeleri birbirlerinin çalışma verim gücünü gözlemler.					
17. Takım üyeleri uygun olduklarında hasta bakımı ve sağaltımı gibi konularda bilgi paylaşımında bulunur.					
18. Takım üyeleri önemli bilgileri elde edebilmek için hasta ve çevresini gözlemler.					
19. Takım üyeleri karışıklıklara neden olabilecek bilgileri (örn. hasta değişiklikleri, yatak kullanılabilirliği vb.) birbirleri ile paylaşır					
20. Takım üyeleri, hasta bakımı ile ilgili herhangi bir durum değişikliğinde hedefleri yeniden değerlendirmek üzere bir araya gelir.					
21. Takım üyeleri, işlemlerin düzgün bir şekilde işleyebilmesi için birbirlerinin hatalarını düzeltir.					
22. Takım üyeleri, çalışma yoğunluğunda birbirlerine destek verir.					
23. Takım üyeleri herhangi bir olay karşısında güçlük yaşadığında birbirlerinden yardım talep eder.					
24. Takım üyeleri olası tehlikeli durumlara karşı birbirlerini uyarır.					
25. Takım üyeleri arasındaki geri bildirim, olumlu etkileşimlere ve gelecekteki değişimlere katkı sağlayacak şekilde yapılır.					
26. Takım üyeleri birimin en kıdemlisi ile fikir çatışması yaşasa dahi hastaların savunuculuğunu yapar					
27. Takım üyeleri hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir endişe duyduğunda, çalışma arkadaşlarını da bilgilendirir.					
28. Takım üyeleri, kişisel hale gelen çatışmaları dahi çözüme kavuşturur.					
29. Hasta bakımı ile ilgili bilgiler hasta ve yakınlarına uygun bir dil kullanılarak anlatılır.					
30. Takım üyeleri gerekli olan bilgileri zamanında iletir.					
31. Takım üyeleri hastalara soru sormaları için yeteri kadar zaman ayırır.					
32. Takım üyeleri birbirleri ile iletişim kurmak için ortak bir dil kullanır					
33. Takım üyeleri birbirlerinden aldıkları bilgileri sözlü olarak teyit eder.					
34. Takım üyeleri hasta teslim sürecinde bilgi paylaşımı yapabilmek için standart bir yöntem kullanır.					
35. Takım üyeleri mevcut tüm kaynaklardan bilgi edinir.					

IV. GÖREV PERFORMANSI ÖLÇEĞİ **Aşağıda yer alan her bir maddeyi değerlendiriniz ve size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.**	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Biraz Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Biraz Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. İşime ilişkin hedeflere ulaşırım.							
2. Performans kriterlerini karşılarım.							
3. İşimle ilgili tüm görevlerde uzmanlığımı gösteririm.							
4. İşimin tüm gerekliliklerini yerine getiririm.							
5. Görevime ilişkin sorumluluklarımdan daha fazlasını üstlenebilirim.							
6. Daha üst düzey bir rol için uygun olduğumu gösteririm.							
7. İşimin her alanında yetkin olup görevleri ustalıkla yerine getiririm.							
8. Görevlerimi beklendiği şekilde yerine getirerek, işimde iyi bir performans gösteririm.							
9. İşe ilişkin hedefleri başarmak ve belirlenen tarihte sonuçlandırmak için planlama ve organizasyon yaparım.							

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ek-6 Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İzinleri



17.12.2024 13:41 Gmail - Ölçek Kullanım İzni Hk.

Gmail Ramazan Emiralioğlu

Ölçek Kullanım İzni Hk.
3 ileti

Ramazan Emiralioğlu 25 Mayıs 2024 22:40
Alıcı:

Merhaba Hülya Hocam,
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Hemşirelikte Yönetim Doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde sizin yüksek lisans tezinizde türkçeye uyarladığınız 'Güçlendirme Algısı Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği tez çalışmamda kullanmak için izin verirseniz ve ölçeğin orijinal formunu benimle paylaşırsanız çok sevinirim.
İyi akşamlar.

hulya ozturk 25 Mayıs 2024 23:27
Alıcı: Ramazan Emiralioğlu
Cc:

Merhaba,

Ekte ilettiğim, Türkiye'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığım "Güçlendirme Algısı Ölçeği"ni çalışmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz. Ayrıca ölçeğin orijinal halini de ekte iletiyorum. mail adresinden Sayın Roller'dan ölçek izni talep etmeniz uygun olur. Çalışmam sırasındaki tecrübelerime dayanarak, Sayın Roller'ın maillere yanıt verme konusunda hızlı olduğunu belirtmek isterim. Bu konuda endişelenmeyin.

Ölçek ile ilgili yardımcı olabileceğim her konuda adresime mail atabilirsiniz. Çalışmanızın sonuçlarını benimle de paylaşırsanız memnun olurum.

Başarılar dilerim.

Hülya Öztürk

[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

Guclendirme Algisi Olcegi.docx
17K

PEI.pdf
61K

Gmail Ramazan Emiralioğlu

Ölçek Kullanım İzni Hk.

3 ileti

Ramazan Emiralioğlu 4 Ocak 2025 14:40
Alıcı:

Merhaba Aysun Hocam,
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Hemşirelikte Yönetim ABD Doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde sizin doktora tezinizde türkçeye uyarladığınız 'Takım Çalışması Algıları Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği tez çalışmamda kullanmak için izin verirseniz ve ölçeğin orijinal formunu benimle paylaşırsanız çok sevinirim.
İyi günler.

Aysun Yerköy Ateş 4 Ocak 2025 15:26
Alıcı: Ramazan Emiralioğlu

Sevgili Ramazan Hocam;
Doktora çalışmanızda TeamSTEPPS Takım Çalışması Algıları Ölçeği Türk Dili Versiyonunu (T-TPQ-TR) kullanabilirsiniz. Ölçek, kullanım kılavuzu ve yayınlanmış makalesi ekte mevcut olup;
Çalışmanızda başarılar dilerim....

Ramazan Emiralioğlu 4 Oca 2025 Cmt, 14:41 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

3 eklenti

Takım Çalışması Algıları Ölçeği.docx
23K

JERN_makale.pdf
1036K

TÇAÖ Kullanım Rehberi.docx
498K

Ramazan Emiralioğlu 4 Ocak 2025 15:46
Alıcı: Aysun Yerköy Ateş

Gmail Ramazan Emiralioğlu

Ölçek Kullanım İzni Hk.

2 ileti

Ramazan Emiralioğlu 13 Ocak 2025 16:00
Alıcı:

Merhaba Seval Hocam,
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Hemşirelikte Yönetim ABD Doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde sizin yüksek lisans tezinizde türkçeye uyarladığınız 'Görev Performansı Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği tez çalışmamda kullanmak için izin verirseniz ve ölçeğin orijinal formunu benimle paylaşırsanız çok sevinirim.
İyi günler.

Seval Kül 23 Ocak 2025 21:41
Alıcı: Ramazan Emiralioğlu

Merhaba Ramazan Bey,
'Görev Performansı Ölçeği' ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Tez çalışmanızda başarılar dilerim.

13 Oca 2025 Pzt 16:00 tarihinde Ramazan Emiralioğlu şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



Ramazan Emiralioğlu

HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTA...

HASTANELERDE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELİKTE OLUMLU ÇALIŞMA ORTAMININ BİREYSEL ve T...

Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa

Belge Ayrıntıları

Gönderi Kimliği
trn:oid:::1:3445244441

Gönderi Tarihi
15 Ara 2025 10:34 GMT+3

İndirme Tarihi
15 Ara 2025 10:45 GMT+3

Dosya Adı
LU_ALI_MA_ORTAMININ_B_REYSEL_ve_TAKIM_PERFORMANSI_ile_L_K_S.pdf

Dosya Boyutu
4.4 MB

181 Sayfa

45.763 Sözcük

278.409 Karakter

17% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çakışan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Rapordan Filtrelenen

Bibliyografya

Ön Sıradaki Kaynaklar

14% İnternet kaynakları

11% Yayınlar

6% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Ramazan EMİRALİOĞLU
(İmza)

Ek-7 Etik Kurul Kararı (1. Aşama)

Ek-8 Etik Kurul Kararı (2. Aşama)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Ramazan EMİRALİOĞLU
(İmza)

Ek-9 Kurum İzinleri (1. Aşama)

Ek-10 Kurum İzinleri (2. Aşama)

ÖZGEÇMİŞ