

**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACININ**  
**TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK**  
**ÇALIŞMASI**

**Başak SARI**  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

**2023-İZMİR**



**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACININ**  
**TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK**  
**ÇALIŞMASI**

**Başak SARI**  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

**2023-İZMİR**

## **KABUL VE ONAY SAYFASI**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- **Tezimin/Raporumun 03/02/2024 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

03/02/2023

Başak SARI

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Deniz şANLI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

03/02/2023

Başak SARI

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyen, beni destekleyen, donanımlı bilgileri ile bu zorlu ve keyifli yolculukta bana yol gösteren, geceli gündüzlü, gerek uzaktan gerek yakından yanımda olan değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI'ya katkıları ve desteği için teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin katkı ve önerileri doğrultusunda şekillenmesini sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Özlem BİLİK ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Simge EVRENOL ÖÇAL'a saygılarımı sunarım.

Uzun soluklu ve zorlu süreç içerisinde emeği geçen ve destek veren Ege Üniversitesi Hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşireleri ve beni destekleyen tüm klinik çalışma arkadaşlarıma,

En çok kahrımı çeken, benimle sabahlayan, benimle üzülp benimle sevinen, beni hiçbir zaman ve hiçbir zorlukta yalnız bırakmayan, daha da ileriye gitmem için beni maddi ve manevi destekleyen, şu anda bulunduğum noktada olmamda en büyük katkısı olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim özverili annem Seyhan SARI, babam Talat SARI, anneannem Emine ÖZCAN ve dedem Hüseyin ÖZCAN'a,

Sizler için bu hikâyenin görünmez kahramanları olan ancak benim için değerli olan, tez çalışmalarım boyunca beni cesaretlendiren, motive eden ve sevgileri ile hayatıma iyi ki girmiş dediğim arkadaşlarım Büşra ÖZKAN, Şeyma KÖMÜRCÜ, Ülken DEMİR, Nur BAŞAK, Selin DEMİRTAŞ, Nacican İRİKAŞ, Ege KESEBİR, Şevval Deniz FİDANCI'ya ve tüm negatif enerjimi alan kedim Duman'a,

Belki buraya yazmaya devam etsem sayfalar sürecektir olan, hayatıma dokunan diğer tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve aile bireylerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Başak SARI

## ÖZET

### SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACININ TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

**Amaç:** Bu araştırmada, Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracını Türkçeye uyarlamak üzere geçerlik ve güvenirliğini test etmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Metodolojik türde olan bu araştırma, bir üniversite hastanesinin yetişkin yoğun bakım ünitelerinde Temmuz 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan 290 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, Hemşire Bilgi Formu, Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı ve Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Aracın uyarlanması; psikolinguistik özelliklerin incelenmesi, pilot uygulama yapılması, psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik ve güvenirlik çalışması) aşamalarında yürütülmüştür. Veriler, kapsam geçerlik indeksi, korelasyon katsayısı, doğrulayıcı faktör analizi, uyum iyiliği istatistikleri, Hotelling T<sup>2</sup> testi ve Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Kapsam geçerliği için uzman görüşü alınmış ve tüm maddelerin kapsam geçerlik indeksinin 0.80 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kendall W uyum katsayısı dil/ifade uygunluğu için 0.038 (p=0.660), içerik/kapsam uygunluğu için 0.053 (p=0.429) olarak bulunmuş ve uzman görüşleri arasında uyum olduğu gösterilmiştir. Eş zaman geçerliğinde iki ölçek toplam puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0.544, p=0.000). Doğrulayıcı faktör analizine göre, aracın yapısal denklem model sonucunun 15 madde ve 6 faktörlü yapısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Test-tekrar test, aracın zamana karşı değişmez olduğunu göstermiştir. Yarıya bölme yöntemi ile aracın iç tutarlılığının olduğu saptanmıştır. Cronbach alfa değerlerinin, aracın alt boyutlarında 0.515-0.704 arasında, tüm araçta 0.842 olduğu belirlenmiştir. Madde-toplam test korelasyon değerleri, 0.307-0.566 arasında bulunmuştur.



**Sonuç:** Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracının Türkiye'deki yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmede, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Çalışma ortamı, geçerlik, güvenilirlik, sağlıklı çalışma ortamı, yoğun bakım ünitesi, yoğun bakım hemşiresi

## ABSTRACT

### ADAPTATION OF HEALTHY WORK ENVIRONMENT ASSESSMENT TOOL INTO TURKISH: A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

**Objective:** In this study, it was aimed to adapt the Healthy Work Environment Assessment Tool to Turkish and then to test its validity and reliability.

**Materials and Methods:** This methodological study was conducted in the adult intensive care units of a university hospital between July 2022 and February 2023. The sample of the study consisted of 290 nurses who worked in the adult intensive care units and met the inclusion criteria. To collect the study data, the Nurse Information Form, Healthy Work Environment Assessment Tool and Practice Environment Scale of the Nursing Work Index were used. The stages of the adaptation of the tool were as follows: analyzing psycholinguistic features, making a pilot application, and investigating psychometric features (validity and reliability study). Data were analyzed with content validity index, correlation coefficient, confirmatory factor analysis, goodness-of-fit index, Hotelling's  $T^2$  test and Cronbach alpha coefficient.

**Results:** Expert opinion was taken for content validity and it was determined that the content validity index of all the items was 0.80 and above. Kendall's coefficient of concordance was determined as 0.038 ( $p=0.660$ ) for language/expression suitability, and 0.053 ( $p=0.429$ ) for content/scope suitability. There was agreement between expert opinions. In concurrent validity, there was a positive and significant relationship between the total scores of the two scales ( $r=0.544$ ,  $p=0.000$ ). According to the confirmatory factor analysis, the structural equation model result of the tool was related to its 15-item and 6-factor structure. Test-retest results indicated that the scale's stability did not change over time. It was determined that the instrument had internal consistency with the split half method. The Cronbach's alpha value was 0.842 for the overall instrument and ranged between 0.515 and 0.704 for its sub-dimensions. Item-total test correlation values ranged between 0.307 and 0.566.

**Conclusion:** We concluded that the Healthy Work Environment Assessment Tool was a valid and reliable tool for the assessment of the work environment of nurses working in adult intensive care units in Turkey.

**Keywords:** Working environment, validity, reliability, healthy working environment, intensive care unit, critical care nurse

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
TABLolar DİZİNİ .....	xv
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Amaç .....	4
1.3. Araştırmanın Soruları .....	4
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi .....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	6
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Sağlıklı Çalışma Ortamı .....	7
2.1.1. Sağlıklı Çalışma Ortamının Tanımı ve Özellikleri .....	7
2.1.2. Sağlıklı Çalışma Ortamının Önemi.....	11
2.1.3. Yoğun Bakım Hemşireliği Açısından Sağlıklı Çalışma Ortamı .....	13
2.1.4. Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartları .....	15
2.1.5. Sağlıklı Çalışma Ortamı Oluşturma Stratejileri .....	26
2.1.6. Sağlıklı Çalışma Ortamının Değerlendirilmesi.....	31
2.2. Ölçme Aracı Uyarlama.....	38
2.2.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması.....	38
2.2.2. Pilot Uygulama .....	39
2.2.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	39
2.2.3.1. Geçerlik Çalışması.....	40
2.2.3.2. Güvenirlik Çalışması .....	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	50
3.1. Araştırmanın Türü .....	50

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	50
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	50
3.3.1. Örneklem Alınma ve Dışlanma Ölçütleri .....	50
3.3.2. Örneklem Büyüklüğü.....	50
3.4. Veri Toplama Araçları.....	51
3.4.1. Hemşire Bilgi Formu .....	51
3.4.2. Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı.....	51
3.4.3. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği .....	55
3.5. Araştırmanın Planı ve Takvimi .....	56
3.6. Verilerin Toplanması.....	58
3.7. Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracının Türkçeye Uyarlanması Aşamaları.....	58
3.7.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması.....	58
3.7.2. Pilot Uygulama .....	58
3.7.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	58
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	60
3.9. Araştırmanın Bütçesi .....	62
3.10. Araştırma Etiği .....	62
4. BULGULAR.....	63
4.1. Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlamasına İlişkin Bulgular .....	63
4.1.1. Orijinal Ölçme Aracının Kullanım İzninin Alınmasına İlişkin Bulgular ..	63
4.1.2. Çevirinin Yapılmasına İlişkin Bulgular .....	63
4.1.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	63
4.2. Pilot Uygulamaya İlişkin Bulgular .....	63
4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular .....	65
4.4. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	67
4.4.1. Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular .....	67
4.4.2. Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular .....	75
4.4.3. Diğer Çalışmalara İlişkin Bulgular .....	79
5. TARTIŞMA .....	84
5.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlamasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
5.1.1. Orijinal Ölçme Aracının Kullanım İzninin Alınmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	84

5.1.2. Çevirinin Yapılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
5.1.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	84
5.2. Pilot Uygulamaya İlişkin Bulguların Tartışılması.....	85
5.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	85
5.3.1. Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	85
5.3.2. Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	89
5.3.3. Diğer Çalışmalara İlişkin Bulguların Tartışılması .....	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	95
6.1. Sonuçlar.....	95
6.2. Öneriler.....	96
KAYNAKLAR .....	97
EKLER.....	106
EK-1. HEMŞİRE BİLGİ FORMU .....	106
EK-2. AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES HEALTHY WORK ENVIRONMENT ASSESSMENT TOOL .....	108
EK-3. SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACININ TÜRKÇEYE UYARLANMA İZİNİ.....	110
EK-4. HEMŞİRELİK İŞ İNDEKSİ-HEMŞİRELİK ÇALIŞMA ORTAMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ .....	111
EK-5. HEMŞİRELİK İŞ İNDEKSİ-HEMŞİRELİK ÇALIŞMA ORTAMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ.....	114
EK-6. AMERİKAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACI (AACN HWEAT) UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU .....	115
EK-7. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMAN LİSTESİ .....	120
EK-8. ETİK KURUL ONAYI .....	121
EK-9. KURUM İZİNİ .....	122
EK-10. SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACI.....	123
ÖZGEÇMİŞ .....	126

## KISALTMALAR DİZİNİ

**AACN:** American Association of Critical-Care Nurses (Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği)

**CFA:** Confirmatory Factor Analysis (Doğrulayıcı Faktör Analizi)

**CFI:** Comperative Fit İndex (Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İndeksi)

**CVI:** Content Validity Index (Kapsam Geçerlik İndeksi)

**GFI:** Goodnessof Fit İndex (Uyum İyiliği İndeksi)

**Hİİ-HÇODÖ:** Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index)

**HWEAT:** Healthy Work Environment Assessment Tool (Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı)

**ICN:** International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)

**IOM:** Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

**KDU:** Kanıta Dayalı Uygulama

**N2N WE:** Nurses to Nurses Work Environment Instrument (Hemşirelerden Hemşirelere Çalışma Ortamı Ölçeği)

**NNFI:** Non-Normed Fit İndex (Normlandırılmamış Uyum İndeksi)

**OECD:** Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü)

**PES-NWI:** Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği)

**REAL:** Relative Environment Assessment Lens Indicator (Göreceli Ortam Değerlendirme Lensi İndikatörü)

**RMSEA:** Root Mean Square Error of Approximatin (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)

**RNAO:** Registered Nurses' Association of Ontario (Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği)

**SÇO:** Sağlıklı Çalışma Ortamı

**SÇODA:** Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı

**SRMR:** Standardized Root Meansquare Residual (Standardize Ortalama Hataların Karekökü)

**WES:** Work Environment Scale (Çalışma Ortamı Ölçeği)

**YBÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi

**YHÇOO:** Yönetici Hemşire Çalışma Ortamı Ölçeği



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı kavramsal modeli-bileşenler, faktörler ve sonuç.....	9
<b>Şekil 2.</b> Araştırma planı ve takvimi .....	57
<b>Şekil 3.</b> SÇODA'ya ilişkin birinci düzey çok faktörlü model CFA (standardize edilmiş).....	72
<b>Şekil 4.</b> SÇODA'ya ilişkin birinci düzey çok faktörlü model CFA (standardize edilmemiş).....	73

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Sağlıklı çalışma ortamını değerlendirme araçları.....	32
<b>Tablo 2.</b> Verilerin değerlendirilmesinde kullanılacak istatistiksel yöntemler. ....	61
<b>Tablo 3.</b> Pilot çalışmaya katılan katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler.....	64
<b>Tablo 4.</b> Pilot çalışma yapılan SÇODA ilişkin güvenilirlik analizi.....	65
<b>Tablo 5.</b> Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler .....	66
<b>Tablo 6.</b> SÇODA'ya ilişkin kapsam geçerliliği.....	68
<b>Tablo 7.</b> SÇODA'ya ilişkin ölçüt bağımlı geçerlik.....	69
<b>Tablo 8.</b> SÇODA'ya ilişkin CFA.....	70
<b>Tablo 9.</b> SÇODA'ya ilişkin CFA faktör yükleri (birinci düzey).....	74
<b>Tablo 10.</b> SÇODA'ya ilişkin tepki yanlılığı.....	75
<b>Tablo 11.</b> SÇODA'ya ilişkin test-tekrar test sonuçları.....	76
<b>Tablo 12.</b> SÇODA'ya ilişkin yarıya bölme yöntemi .....	77
<b>Tablo 13.</b> SÇODA'ya ilişkin güvenilirlik analizi.....	77
<b>Tablo 14.</b> SÇODA'ya ilişkin madde-toplam puan korelasyonları.....	78
<b>Tablo 15.</b> SÇODA'ya ilişkin madde analizi sonuçları.....	79
<b>Tablo 16.</b> SÇODA'ya ilişkin alt boyutlar arası ilişki.....	80
<b>Tablo 17.</b> SÇODA alt boyutları ve alt boyutlarda yer alan maddeler .....	81
<b>Tablo 18.</b> SÇODA'ya ilişkin araç maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	82
<b>Tablo 19.</b> SÇODA'ya ilişkin alt boyutların tanımlayıcı istatistikleri.....	83



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlıklı çalışma ortamı (SÇO), hemşirenin ve hastanın gereksinimlerinin ve bunun yanı sıra birim ve kurumun hedeflerinin karşılanabileceği, tümüyle insan olmayı destekleyen hasta odaklı bir ortamdır (Samoya, 2019). SÇO'nun, hasta sonuçları, hemşirelerin performansı ve sağlık hizmeti sunumu üzerinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Uluslararası Hemşireler Birliği [International Council of Nurses-ICN], 2007a). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (American Association of Critical-Care Nurses-AACN) tarafından, SÇO oluşturulmasının, hasta güvenliğini ve en iyi hasta sonuçlarını sağlamak, personelin elde tutulmasını artırmak ve sağlık kurumunun mali kaynaklarını korumak için bir zorunluluk olduğu belirtilmektedir (AACN, 2016).

Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneğinin (Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO) SÇO İyi Uygulamalar Kılavuzuna (2008) göre hemşireler için SÇO'nun belirleyicileri olan, bireysel, kurumsal ve dış faktörler olmak üzere her üç düzeydeki faktör; kaliteli hasta sonuçlarını, hemşirelerin sağlığını ve refahını, kurumsal ve sistem performansını, bireysel olarak veya etkileşimlerle toplumsal sonuçları etkilemektedir (RNAO, 2008).

Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) Hemşire Çalışma Ortamı ve Hasta Güvenliği Komitesi (Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety), hemşirelerin çalışma ortamının son yirmi yılda değiştiğini ve bu değişimin

hasta güvenliği üzerinde etkileri olduğunu belirtmiştir (Page, 2004). SÇO; hasta güvenliğinde artma, mortalitede azalma, hastanede yatma süresinde azalma ve hasta memnuniyetinde artma ile ilişkilendirmektedir (Samoya, 2015). Wei ve arkadaşları

(2018) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, hastaların bakım kalitesini sağlamanın anahtarının, sağlıklı bir hemşire çalışma ortamı olduğu, daha SÇO'nun, daha yüksek hasta bakım kalitesi ile sonuçlanacağı ifade edilmiştir (Wei ve ark., 2018).

Sağlıklı olmayan çalışma ortamı, aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, iş yerindeki zor ilişkiler, düşük mesleki statü, profesyonel rol tanımı sorunları ve çeşitli iş yeri tehlikeleri nedeniyle hemşirenin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkilemektedir (ICN, 2007a). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, çalışma ortamı algısının iş doyumunu ile pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Saygılı ve Çelik, 2011; Tambağ ve ark., 2015).

SÇO, personel alımını ve elde tutulmasını artırmak, kurumun mali uygulanabilirliğini korumak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak için koşuldur (AACN, 2005) ve düşük oranda işe devamsızlık, hastalık ve yaralanma ile karakterizedir (Pearson ve ark., 2007). Yapılan bir sistematik derlemeye göre daha SÇO, daha iyi iş performansı sağlamaktadır (Wei ve ark., 2018). Sağlıklı olmayan çalışma ortamında iş hacminde artma ve iş veriminde azalma görülmektedir (ICN, 2007a).

Sağlık Bakanlığı güncel verilerine göre Türkiye’de yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatak sayısı 47.700 (erişkin 32.663) ve bunların tüm yatalara oranı %16.8’dir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2022). Sağlık Bakanlığı (2016) resmi olmayan rakamlarına göre yoğun bakım doluluk oranı %77’dir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Sağlık sisteminin ve hastanelerin COVID-19 pandemisine karşı gerekli yanıtı verebilmesinde YBÜ’lerin önemli bir yeri olmuştur (Türkmen, 2020). Pandemi ile mücadele sürecinde yoğun bakım hemşireleri çok önemli sorumluluklar almışlar, sağlık bakım sisteminde çok büyük bir yükü üstlenerek güçlü bir duruş sergilemişlerdir (Kıraner ve ark., 2020).

YBÜ’nün katı sınırları ve bürokratik yapısı, hemşireler için stresli olabilmektedir (Tappen ve ark., 2015). YBÜ’deki fiziksel yapı, karmaşık teknoloji kullanımı ve komplike hastaların bakım ve tedavisi hemşireler açısından stres faktörüdür (Çınar ve Karadakovan, 2016). Tanı ve tedaviye yönelik teknolojik olarak gelişmiş, hızlı tempolu YBÜ ortamı tükenmişlik gibi sorunların yoğunluğunu artırabilir (Maiden, 2010). Ören ve Dağcı (2020) tarafından yapılan çalışmada YBÜ’de çalışan hemşirelerin karşılaştığı en önemli sorunlar, çalışan sayısının yetersiz (%66.3), işin yoğun (%65.9) ve görev tanımlarında sorunlar (%56.1) olması olarak belirtilmiştir (Ören ve Dağcı, 2020). Yapılan bir çalışmada YBÜ’de çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre iş yaşam kalitesi ölçeği iş algısı alt boyutundaki puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur (Erenoğlu ve ark., 2019). Bitek ve Akyol (2017) tarafından yapılan çalışmada, cerrahi YBÜ’de görev yapan hemşirelerin iş doyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir (Bitek ve Akyol, 2017).

AACN tarafından Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı (Healthy Work Environment Assessment Tool-HWEAT) kullanılarak yapılan çalışmada, genel puan 2.97 (iyileştirme gerekiyor) olarak bulunmuştur (AACN, 2018). Amerika'da 73.253 hemşire olmak üzere 78.907 sağlık profesyonelinin yanıtlarından oluşan karşılaştırma raporuna göre genel puan 3.44 (iyi) olarak saptanmıştır (AACN, 2022). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Hİİ-HÇODÖ) kullanılmış ve yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamına ilişkin orta düzeyde olumlu tutum gösterdikleri bulunmuştur (Bitek ve Akyol, 2017; Doğu Kökcü ve Terzi, 2018).

Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamının sağlığı ile iş doyumunu ve iş memnuniyeti arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ulrich ve ark., 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır (Bitek ve Akyol, 2017).

AACN tarafından SÇO standartları; nitelikli iletişim, gerçek iş birliği, etkili karar verme, uygun istihdam, anlamlı tanıma ve otantik liderlik olarak belirlenmiştir (AACN, 2016). AACN SÇO standartları, mesleğin değerleriyle tutarlı, kaliteli bakım sağlamaya ve şefkatli ve özenli ilişkileri sürdürmeye elverişli sağlık hizmeti ortamı ve istihdam koşulları oluşturmak, sürdürmek ve iyileştirmek için hemşireleri güçlendiren bir ortam oluşturur (Vollers ve ark., 2009). Ülkemizde Kocaman ve arkadaşları (2018) tarafından belirlenen ulusal standartlar; hemşire iş yükü, geliştirme ve kariyer planlama, sosyal haklar, iş sağlığı ve güvenliği, uygun fiziksel koşullar ve yeterli araç-gereç, ekip iş birliği, iletişim, takdir ve tanınma, etkili yönetim ve liderliktir (Kocaman ve ark., 2018).

Hemşireler, mevcut yasal koşullar, iş ve kurum koşulları altında kaliteli bakım sağlama hedefini sürdürmektedir. Ancak daha iyi bakım sağlamak için bu koşulları değiştirme gücü, yalnızca hemşirelere değil öncelikle hükümetlere, işletmelere, sağlık kurumlarına ve meslek kuruluşlarına aittir. Bu gruplar birlikte, erişilebilir, hasta merkezli ve kanıta dayalı bakım ile iyileştirilmiş sağlık sonuçları sağlayan kesintisiz, kaliteli ve uygun maliyetli bakım sağlamak için sağlık sistemini dönüştürme gücüne sahiptir (IOM, 2011).

Hastane yöneticileri ve liderler hemşireler, hem hasta sonuçlarını hem de hemşireliği etkileyen çok boyutlu yapı olarak gösterilen çalışma ortamını

değerlendirmek, zayıf ve olumsuz yönlerini tanımak, güvenli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu sağlamak ve sürdürmek istiyorlarsa iyileştirme çabalarını merkeze almak zorundadır (Vollers ve ark., 2009). SÇO'nun aktif olarak değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir (Connor ve ark., 2018).

Literatürdeki değerlendirme araçlarından; Çalışma Ortamı Ölçeği (Work Environment Scale-WES) (Özalkuş, 1995), Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index-PES-NWI) (Türkmen ve ark., 2011) ve Yönetici Hemşire Çalışma Ortamı Ölçeği (The Nurse Manager Practice Environment Scale) (Tosun ve Yıldırım, 2021) Türkçeye uyarlanmıştır. Bu araçlardan Yönetici Hemşire Çalışma Ortamı Ölçeği yönetici hemşirelere yöneliktir (Tosun ve Yıldırım, 2021). Çalışma Ortamı Ölçeği 90 maddeden oluşmakta olup madde sayısı oldukça fazladır (Özalkuş, 1995). HWEAT ise yoğun bakım bakış açısıyla geliştirilen 18 soruluk kısa bir araçtır. Bu araç çalışma ortamını SÇO standartlarına göre değerlendirmektedir (AACN, 2022).

## **1.2. Amaç**

Bu araştırmanın amacı, AACN tarafından geliştirilen HWEAT'yi Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı (SÇODA) olarak Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

**Soru 1.** Türkçeye uyarlanan Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı psikolinguistik özellikler açısından uygun mudur?

**Soru 2.** Türkçeye uyarlanan Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı geçerli bir araç mıdır?

**Soru 3.** Türkçeye uyarlanan Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı güvenilir bir araç mıdır?

## **1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi**

Birçok ülkede hemşireler çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sorunların nedenleri farklı ve karmaşık olmakla birlikte anahtar konu, sağlıklı olmayan çalışma ortamıdır. Sağlık sektöründe yatırım, istihdam koşulları ve politikalarının yeterli olmaması çalışma koşullarının bozulmasına yol açmaktadır. Küresel olarak bunun hemşirelerin işe alınması ve elde tutulması, sağlık kurumlarının verimi ve

performansı ve hasta sonuçları üzerinde ciddi olumsuz etkileri olduğuna dair açık kanıtlar bulunmaktadır (ICN, 2007a; RNAO, 2017).

RNAO'ya (2008) göre hemşireler için SÇO; kaliteli hasta sonuçlarını, hemşirenin sağlığını ve refahını, kurumsal performansı ve toplumsal sonuçları en üst düzeye ulaştıran uygulama ortamıdır (RNAO, 2008). SÇO, hizmette mükemmelliği ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesini destekler (ICN, 2007b). SÇO'da hemşire tarafından en üst düzeyde hasta bakımı sağlanmaktadır (Vollers ve ark., 2009). Yapılan bir sistematik derlemede, SÇO'nun, iş yükünün az olması, istenmeden yazılan fazla mesai oranlarının düşük olması, iş ve rolünden memnuniyet, düşük tükenmişlik düzeyi, personeller arası olumlu ilişkiler, çözümlenmemiş şikayetlerin az olması, karar alma sürecine katılım, özerk uygulama ve iş rolü üzerinde kontrol sağlanması, güçlü klinik liderliğin kanıtlanması, kanıtlanmış yetkinlik, mesleki gelişim fırsatları ve iş-yaşam dengesi algıları da dahil olmak üzere çalışma ortamına ilişkin olumlu algılar ile karakterize olduğu açıklanmıştır (Pearson ve ark., 2007). SÇO, kurumsal performansı en üst düzeye çıkaran bir uygulama ortamıdır (ICN, 2007a; ICN, 2007b).

Yoğun bakım hemşireleri; personel sorunları, yüksek iş yükü, işin düzenlenmesine yönelik sorunlar, akreditasyon kurumları tarafından talep edilen değişiklikleri kapsayan, bakım verdiği hastaların durumunu etkileyecek birçok istenmeyen durumla karşılaşmaktadır (Maiden, 2010). Çalışma ortamı ile ilgili çeşitli riskler (vardiyalı çalışma sistemi, uzun süre ayakta kalma, kritik durumdaki hastalarla çalışma, ortamdaki fiziksel, kimyasal ve ergonomik riskler), yoğun bakım hemşirelerinin sağlığına karşı bir tehdit oluşturur (Esin, Sezgin, 2013).

SÇO sürekli gözetim ve odaklanmış stratejiler gerektirmektedir. SÇO'nun oluşturulması ve sürdürülmesi için AACN tarafından oluşturulan standartlar, hem birim hem de kurum düzeyinde iş yerinde sürekli iyileştirmeye yardımcı olabilecek kanıta dayalı standartlar ve temel unsurların bir çerçevesini sunmaktadır (AACN, 2018).

Psikolojik, fiziksel ve davranışsal olarak etkili olan SÇO, son dönemlerde daha çok önem kazandığı için bu süreci etkileyen unsurlar objektif şekilde belirlenmeli ve değerlendirilmelidir (Tengilimoğlu ve ark., 2017). Türkçeye uyarlanan değerlendirme araçları (Özalkuş, 1995; Tosun ve Yıldırım, 2021; Türkmen ve ark., 2011) bulunmakla birlikte HWEAT'nin (AACN, 2022) yoğun bakım bakış açısıyla geliştirilmiş olması,



Çalışma ortamını standartlara göre değerlendirmesi ve az sayıda madde içermesi gibi avantajları dikkati çekmektedir.

Uluslararası literatür SO'nun etkilediği unsurların geniş kapsamlı olduğunu, tüm sağlık sisteminin daha iyi hizmet verebilmesi ve sağlık hizmetinin geliştirilebilmesi için SO'nun değerlendirilmesi gerektiğini vurgulanmaktadır. Ulusal düzeyde bakıldığında SO standartlarının geliştirildiği ancak bu konuyla ilgili değerlendirme araçlarının sınırlı olduğu ve yoğun bakım ortamını sınırlı düzeyde yansıttığı görülmektedir. Bu alışma ile bir değerlendirme aracının klinik kullanıma kazandırılacağı ve sağlık hizmetine ve hemşireliğe katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu tür araştırmaların bir sınırlılığı olan, katılımcıların beklenen yanıtı verme eğiliminde olmaları, bu araştırma için de bir sınırlılıktır. Araştırma bir niversitesi hastanesinde görev yapan hemşirelerle yürütülmüştür. Bu nedenle bulgular tüm hastanelere genellenemeyebilir. Yalnızca yetişkin YBÜ'de çalışan hemşireler örneklem grubunu oluşturmaktadır. Örneklem zellikleri araştırmanın sınırlılığıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlıklı Çalışma Ortamı

#### 2.1.1. Sağlıklı Çalışma Ortamının Tanımı ve Özellikleri

Hemşireler, sağlık, eğitim ve toplumun kesiştiği noktada profesyonel düzeylerde, çok çeşitli uygulama ortamlarında çalışmaktadır (National Academy of Medicine, 2021). Çalışılan ortamın sağlıklı olması hemşireler açısından önemlidir. Hemşireler için SÇO, hemşirenin sağlığını/refahını, hasta sonuçlarını, kurumsal performansı ve toplumsal sonuçları en üst düzeye ulaştırarak bir uygulama ortamı şeklinde tanımlanmaktadır (RNAO, 2008).

SÇO, mükemmelliği ve düzgün çalışmayı destekleyen bir ortamdır. Özellikle, personelin sağlık, güvenlik ve bireysel refahını sağlamak, kaliteli hasta bakımını desteklemek ve bireyin ve kurumun verimliliğini ve performansını iyileştirmek için çaba göstermektedir (ICN, 2007a; ICN, 2007b). Hemşirenin, hastanın ve ailenin gereksinimlerinin ve bunun yanı sıra birim ve kurumun hedeflerinin karşılanabileceği, tümüyle insan olmayı destekleyen ve hasta odaklı bir ortamdır (Samoya, 2019). Hemşirelerin sağlık, güvenlik ve bireysel refahını sağlayan, kaliteli hasta bakımını destekleyen ve bireylerin ve kurumların motivasyonunu, üretkenliğini ve performansını artıran bir ortamdır (ICN,2007b). Kristensen'e göre, en yüksek düzeyde sosyal ve psikolojik refah için; meslektaşlardan ve yöneticilerden sosyal destek, eğitim ve mesleki gelişim fırsatlarına erişim (ekip çalışması, çalışma izni), bireye uygun olan talepler (iş baskısının olmaması), anlamlı çalışma (profesyonel kimlik), yüksek düzeyde etki (liderlik, özerklik, zamanlama üzerinde kontrol), çaba ile ödül arasında denge (ücret, ödüller), yüksek düzeyde öngörülebilirlik (iş güvenliği ve iş yeri güvenliği) gereklidir (ICN, 2007b).

SÇO, hemşirenin gizlilik ve güvenliği dahil çalıştığı çevreyi kapsamaktadır. Ayrıca kurum kültürünü veya bir hemşirelik bölümünü karakterize eden norm ve davranışları da kapsamaktadır. Sık etkileşim, açık iletişim ve esnekliğe odaklanmaktadır. Bedenin, zihnin ve ruhun hasta bakımı için en iyi durumda olduğundan emin olmak, genellikle kaynaklara bağlı liderin rolüdür. Bununla birlikte, SÇO düzenli izin dönemleri, mevcut ve sağlıklı yiyecek seçenekleri, dinlenme için sessiz yerler ve sürekli eğitimi aktif tutmayı içermektedir (Duffy, 2009).

SÇO kavramının nasıl tanımlanacağına dair uluslararası bir anlaşma olmadığı veya bu kavramın farklı tanımları ve yönleri olduğu görülmektedir. Fiziksel, psikososyal ve kurumsal koşullar buna dahil edilmekte ve odak noktası çalışanların sağlığı olmaktadır. Böylece SÇO, hem kısa hem de uzun vadede işe bağlı morbiditeye neden olmayan ve bireyin refahına katkıda bulunan çalışma ortamı olarak tanımlanmaktadır. Son zamanlarda SÇO'nun ekonomik yararlarını bütünleştirmek için politik bir yaklaşım da mevcuttur. Uluslararası bağlamda “sağlıklı çalışma”, “sağlıklı iş yeri” veya “sağlıklı kurum” gibi kavramlar daha sık tartışılmaktadır. Bu kavramlar, sağlıklı kurumların iş ve kurumsal özelliklerini tanımlamanın mümkün olduğu ve bu tür kurumların daha sağlıklı ve daha verimli çalışanlara sahip olması gerektiği fikrine dayanmaktadır. Ayrıca, SÇO'yu, sağlıklı olmayan çalışma ortamından ayırt etmenin mümkün olması gerektiği de savunulmaktadır (Lindberg ve Vingard, 2012).

Hemşireler için SÇO, çok sayıda bileşen ve bileşenler arasındaki ilişkilerden oluşan karmaşık ve çok boyutlu bir yapıdır. Hemşirelerin çalışma ortamını iyileştirmek için sistematik bir yaklaşımın geliştirilmesine, uygulanmasına ve değerlendirilmesine rehberlik edecek kapsamlı bir modele gereksinim vardır. Bu amaçla RNAO tarafından Hemşireler için Sağlıklı Çalışma Ortamı Kavramsal Modeli geliştirilmiştir (Şekil 1). Bu model sağlıklı iş yerini, aşağıdaki üç dış çemberde gösterildiği gibi, bireysel (küçük düzey), kurumsal (orta düzey) ve dış (büyük düzey) sistem belirleyicileri arasındaki karşılıklı bağımlılığın bir ürünü olarak sunmaktadır. Dairelerin merkezinde hemşireler, hastalar, kurumlar ve sistemler ve daha sağlıklı topluluklar da dahil olmak üzere bir bütün olarak toplum için SÇO'dan yararlanması beklenenler yer almaktadır (RNAO, 2008).

Kavramsal modelin temelini oluşturan varsayımlar aşağıdaki gibidir:

- SÇO kaliteli, güvenli hasta bakımı için gereklidir.
- Model, tüm uygulama ortamlarına ve hemşireliğin tüm alanlarına uygulanabilir. Bireysel, kurumsal ve dış sistem düzeyindeki faktörler, SÇO'nun belirleyicileridir.
- Hemşireler için her üç düzeydeki faktörler hemşirelerin sağlığını/refahını, hasta sonuçlarını, kurum ve sistem performansını ve bireysel olarak veya etkileşimlerle toplumsal sonuçları etkilemektedir.

- Her düzeyde fiziksel-yapısal politika bileşenleri, bilişsel-psiko-sosyal-kültürel bileşenler ve mesleki bileşenler vardır.
- Mesleki faktörler her mesleğe özgü iken geri kalan faktörler tüm meslekler için geneldir (RNAO, 2008).

**Şekil 1.** Hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı kavramsal modeli-bileşenler, faktörler ve sonuç (RNAO, 2008).

Gikopoulou ve arkadaşları (2014) tarafından Hİİ-HÇODÖ kullanılarak yapılan çalışmada, hastane genelindeki hemşirelerin çalışma ortamının olumlu bir yönü olarak değerlendirdikleri tek alt ölçeğin hemşire-hekim iş birliği ilişkileri olduğu belirlenmiştir (Gikopoulou ve ark., 2014). Ülkemizde hastanede genelindeki hemşirelerde yapılan bir çalışmada, Çalışma Ortamı Ölçeği ile bu ölçeğin alt ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiş; kalite yönetimi alt ölçek puanları arasında güçlü pozitif ilişki, mesleki ilişkiler, çalışan korkuları ve iş doyumu alt ölçek puanları arasında orta pozitif ilişki ve fiziksel kaynaklar alt ölçek puanları arasında da zayıf pozitif ilişki bulunmuştur (Tambağ ve ark., 2015).

Huddleston ve Gray (2016) tarafından akut bakım ortamında lider hemşireler ve doğrudan bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, çalışma ortamında lider hemşireler, otantik liderliği en sağlıklı (%79.69), uygun istihdamı ise en az sağlıklı (%60.71); doğrudan bakım hemşireleri ise etkili karar vermeyi en sağlıklı (%65.97), uygun

istihdamı en az sağlıklı (%41.67) olarak algılamışlardır. Genel ortalama puan 3.89 olarak bulunmuş olup çalışma ortamının iyi olduğunu göstermiştir (Huddleston ve Gray, 2016).

Connor ve arkadaşları (2018) tarafından HWEAT'nin profesyoneller arası kullanımını doğrulamak için yapılan çalışmada kurum genelindeki ortalama HWEAT puanı 3.58 olarak bulunmuştur. Altı standardın her biri "iyi" aralıkta puan almıştır. Anlamli tanıma en düşük puana (3.34) ve etkili karar verme en yüksek puana (3.82) sahiptir. Hemşire ve hekimler karşılaştırıldığında, hekimlerin hemşirelere göre genel olarak anlamlı derecede yüksek puanları olduğu görülmüştür (3.87'ye 3.54,  $p=0.02$ ). Altı standarttan; nitelikli iletişim ( $p=0.001$ ), gerçek iş birliği ( $p=0.001$ ), uygun istihdam ( $p=0.008$ ) ve anlamlı tanıma ( $p=0.001$ ) olmak üzere dördünde hekimlerin hemşirelere göre puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. En büyük fark anlamlı tanıma için bulunmuştur (3.77'ye 3.29,  $p=0.001$ ) (Connor ve ark., 2018).

Hastane genelindeki hemşirelerde Çalışma Ortamı Ölçeği alt grupları ile bazı değişkenler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, kurumdaki kalite yönetimi, fiziksel ortam, mesleki ilişkiler, personel korkuları, iş doyumunu alt boyutlarının yaş, kurum, kurumda çalışma süresi ve mesleği isteyerek seçme durumu ve görev gibi değişkenlerden etkilendiği, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Mollaoğlu ve ark., 2010). Bir çalışmada hemşirelerin sürekli eğitim programlarına katılımı, çalışma ortamı ile ilişkili demografik özellik olarak bulunmuştur (Gikopoulou ve ark., 2014). Bir diğer çalışmada, hemşirelerin görevleri, yaşları ve kurumda çalışma sürelerine göre Çalışma Ortamı Ölçeği toplam puan ortalamasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Tan ve ark., 2012). Tengilimoğlu ve arkadaşları (2017) tarafından araştırmacıların geliştirdiği ölçek kullanılarak yapılan çalışmada, SÇO'ya ilişkin görüşlerin öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. İdari birimlerde görev yapan sağlık personelinin SÇO'ya ilişkin görüşlerine ait puanların, cerrahi birimler, dahili birimler ve polikliniklerde görev yapanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

### **2.1.2. Sağlıklı Çalışma Ortamının Önemi**

Yaşamın bir insan hakkı olduğu gibi ve güvenli ve aynı zamanda sağlıklı bir ortamda çalışmanın da hem sosyal hem de fiziksel yönleri ile bireyin çalışma şeklini etkilediği için bir insan hakkı olduğu bir gerçektir (Parlar, 2008; Tappen ve ark., 2015).

Günümüzde önemli küresel bir sağlık iş gücü krizi mevcuttur. Birçok ülke hemşirelerin çeşitli sorunlar yaşamasıyla karşı karşıyadır. Krizin nedenleri çeşitli ve karmaşıktır ancak aralarında anahtar konu olan sağlıklı olmayan çalışma ortamı ve olumsuz kurum kültürüdür. Sağlık sektöründe devam eden yetersiz yatırım, kötü istihdam koşulları ve politikaları (mesleki tehlikelere maruz kalma, ayrımcılık ve fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma, yetersiz ücret, olumsuz iş-yaşam dengesi, makul olmayan iş yükü, sınırlı kariyer geliştirme fırsatları gibi) birçok ülkede çalışma koşullarının bozulmasına neden olmuştur (ICN, 2007a).

SÇO'nun hasta sonuçları, sağlık personelinin performansı ve sağlık hizmeti sunumunu olumlu olarak etkilediği raporlanmıştır (ICN, 2007a). AACN, SÇO oluşturulmasının, hasta güvenliği ve en iyi hasta sonuçların sağlanması için önem taşıdığını belirtmektedir (AACN, 2016).

#### **2.1.2.1. Sağlıklı/Hasta Birey Açısından Önemi**

SÇO'da hemşire tarafından en üst düzeyde hasta bakımı sağlanmaktadır. Hemşire çalışma ortamı kalitesi, mükemmel hemşirelik uygulaması ve hasta bakımı sonuçları arasında ayrılmaz bağlantılar bulunmaktadır (Vollers ve ark., 2009). Sağlıklı olmayan çalışma ortamında çalışan hemşirede daha yavaş reaksiyon süresi, hastanın durumundaki değişikliklere karşı dikkatsizlik gelişebilir ve bu durum ilaç hatalarına neden olabilmektedir. Bu da hasta için olumsuz durumlara dönüşerek hastayı riske atmaktadır (ICN, 2007a). Kanıtlar, hemşirelerin SÇO ile hasta güvenliğinin artması, mortalitenin azalması, kalış süresinin azalması ve hasta memnuniyetinin artmasını ilişkilendirmektedir (Samoya, 2015). Yapılan bir sistematik derlemede, çalışma ortamının hasta bakım kalitesi ile önemli derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir (Wei ve ark., 2018).

#### **2.1.2.2. Hemşire Açısından Önemi**

SÇO, hemşireler arasında gözlemlenebilir olumlu sağlık ve iyilik halinin kanıtlanması ile fiziksel ve zihinsel sağlığın artırılması, iş yükünün az olması, istenmeden yazılan fazla mesai oranlarının düşük olması, iş ve rolünden memnuniyet,

düşük tükenmişlik düzeyi, personeller arası olumlu ilişkiler (hemşire-hemşire, hemşire-hekim, hemşire-ekip ve hemşire-yönetim dahil), çözümlenmemiş şikayetlerin az olması, karar verme sürecine katılım, özerk uygulama ve iş rolü üzerinde kontrol sağlanması, güçlü klinik liderliğin kanıtlanması, kanıtlanmış yetkinlik, mesleki gelişim fırsatları ve iş-yaşam dengesi algıları da dahil olmak üzere çalışma ortamına ilişkin olumlu algılar ile karakterize edilen bir iş yeri ortamı olarak tanımlanmaktadır (Pearson ve ark., 2007).

Çalışma ortamı ile çalışan sağlığı arasındaki etkileşim iki yönlüdür. Çalışma yaşamı sağlığı etkilediği gibi sağlık da çalışma yaşamını etkilemektedir. Bugün sağlık tanımlanırken değinilen sosyal kavramı, bireyin öncelikle işsiz olmamasını, sonrasında işine uyumunu ve SÇO'ya sahip olmasını kapsamaktadır (Parlar, 2008).

Sağlıklı olmayan çalışma ortamı, ağır iş yükleri, uzun saatler, düşük mesleki statü, iş yerindeki zor ilişkiler, profesyonel rol tanımı sorunları ve çeşitli iş yeri tehlikeleri nedeniyle hemşirenin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkilemektedir. Hemşirenin kurumun talep ettiği iş ile makul olarak sağlayabildiği iş arasındaki uyumsuzluk sağlığını tehdit etmektedir. Kanıtlar, uzun süreli iş yükünün kişisel ilişkileri etkilediğini ve hastalık süresini, çatışmayı, iş memnuniyetsizliğini artırdığını belirtmektedir (ICN, 2007a).

Yapılan bir çalışmada Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği alt boyutlarından; meslektaş, birim ve yönetim desteği, çalışma ortamı iş yükü algısı, mevcut işini sürdürme niyeti ve toplam çalışma ortamı algısı ile toplam iş doyumunu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Saygılı ve Çelik, 2011).

Bir diğer çalışmada Çalışma Ortamı Ölçeği toplam, kalite yönetimi, fiziksel kaynaklar ve iş doyumunu alt ölçek puanları ile Minnesota İş Doyumu Ölçeği arasında zayıf pozitif ilişki ve mesleki ilişkiler alt ölçek puanları arasında da çok zayıf pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (Tambağ ve ark., 2015).

Sağlıklı çalışma ortamı iş yerinde genel iş memnuniyetini sağlamaktadır (ICN, 2007a). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalışma koşullarından memnuniyetleri değerlendirilmiş, %35.3'ünün hemşire sayısını yeterli bulduğu, %68'inin çalışma saatleri ve düzenini uygun bulduğu, %54.7'sinin çalışma için motivasyonunun yeterli olmadığı saptanmıştır (Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

### **2.1.2.3. Kurum Açısından Önemi**

SÇO, personel alımını ve elde tutulmasını artırmak, kurumun mali uygulanabilirliğini korumak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak için koşuldur (AACN, 2005; ICN, 2007a; ICN, 2007b). Düşük oranda işe devamsızlık, hastalık ve yaralanma ile karakterizedir (Pearson ve ark., 2007). Sağlıklı olmayan çalışma ortamında iş hacminde artma ve iş veriminde azalma görülmektedir. Yüksek iş hacmi, sağlıklı olmayan bir çalışma ortamının belirtisi olup, yeni personelin işe alınması ve eğitilmesi, fazla mesai artışı, boşlukları doldurmak için geçici personelin kullanılması gibi daha yüksek maliyetlere yol açacaktır. İş hacmi maliyeti aynı zamanda yeni personelin ve grup verimliliğinin azalmasını da içermektedir (ICN, 2007a). Kanıtlar, İngiltere’de iş yerindeki olumsuz deneyimlerin yeni mezunları mesleğinden uzaklaştırdığını göstermektedir (ICN, 2007a). Yapılan bir sistematik derlemeye göre daha SÇO, daha iyi iş performansı sağlamaktadır (Wei ve ark., 2018).

### **2.1.3. Yoğun Bakım Hemşireliği Açısından Sağlıklı Çalışma Ortamı**

Yoğun bakım hemşireliği bilgi, beceri ve teknolojik donanım gerektiren zorlu bir alandır (Çınar ve Aslan, 2017). Yoğun bakım hemşireleri, sürekli olarak kritik durumdaki hastalar, ileri teknoloji, karmaşık işlemler ve etik ikilemler ile karşılaşmaktadırlar (Boz ve Kol, 2020).

Sağlık Bakanlığı güncel verilerine göre 10.000 kişi başına düşen yoğun bakım yatağı sayısı 2.9’dur. 100.000 kişi başına düşen yoğun bakım yatak sayısı, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development-OECD) ülkelerinde ortalama 14.1 iken Türkiye’de 39.1’dir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Farklı çalışma ortamlarında hemşirelere yüklenen streslerin farklı olduğu bilinmektedir. Örneğin, çok fazla zorluk çeken personel açısından akut bakım ve YBÜ’nün katı sınırları ve bürokratik yapısı stresli bir ortam olarak algılanabilmektedir (Tappen ve ark., 2015). YBÜ’de fiziksel yapının farklı olması, karmaşık teknolojilerin kullanılması ve komplike olan hastaların bakım ve tedavisinin yapılması sağlık personeli açısından stres faktörüdür. Literatürde YBÜ, ameliyathaneler ve acil servislerin yüksek hata oranına sahip birimler olduğu ve ciddi sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (Çınar ve Karadakovan, 2016). Çalışma ortamına yönelik, vardiyalı çalışma programı, uzun süre ayakta kalma, kritik durumdaki hastalarla çalışma gibi



riskler yoğun bakım hemşirelerinin sağlığına karşı önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Çalışma koşulları, kazalar, çevresel, enfeksiyöz, kimyasal, ergonomik, psikolojik ve sosyal etkenler, YBÜ'lerde çalışan sağlığını etkileyen tehlikeler olarak sınıflandırılabilir (Esin ve Sezgin, 2012). Tanı ve tedaviye yönelik teknolojik olarak gelişmiş, hızlı tempolu YBÜ ortamının oluşturulması, tükenmişlik ve ahlaki sıkıntı gibi sorunların (doğru eylemi bilmek, ancak gerçek veya algılanan kurumsal engeller nedeniyle gerçekleştirilememek) yoğunluğunu artırabilir (Maiden, 2010).

Ören ve Dağcı (2020) tarafından yapılan çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin YBÜ'nün yapısı ve YBÜ'de yapılan düzenlemeler ile ilgili birçok sorun yaşadığı, bu sorunların YBÜ'nün tipine ve düzeyine göre farklılık gösterdiği ifade edilmiştir (Ören ve Dağcı, 2020).

AACN SÇO Oluşturma ve Sürdürme Standartlarının yayımlanmasının ardından ilk olarak Ulrich ve arkadaşları tarafından 2006'da Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamı: Başlangıç Durum Raporu yayınlanmıştır (Ulrich ve ark., 2006). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamı 2008: Bir İzlem Raporu, küçük değişikliklerle yeniden yürütülmüştür (Ulrich ve ark., 2009). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamı 2013: Bir Durum Raporu, 2014 yılında yayınlanmıştır (Ulrich ve ark., 2014). 2019 yılında yayınlanan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamı 2018: Bulgular ve Çıkarımlar çalışmasında, önceki çalışmalarla karşılaştırmalar ve sürekli iyileştirme önerileri yer almıştır. Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamının 2013'te yapılan çalışmadan bu yana iyileştiğini göstermiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamının sağlığı ile iş doyumunu ve iş memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ulrich ve ark., 2019).

AACN HWEAT kullanılarak AACN SÇO Değerlendirmesi Ekip Değerlendirme Sonuçları elde edilmiştir. Anketin ortalama puanları şu şekilde değerlendirilmektedir: İyileştirme gerekiyor (1.00-2.99), iyi (3.00-3.99), mükemmel (4.00-5.00). Altı standart da dahil olmak üzere tüm araç için yanıt oranları %43 katılıyorum/kesinlikle katılıyorum, %12 kararsızım ve %45 katılmıyorum/kesinlikle katılmıyorum şeklinde ve genel puan 2.97 olarak bulunmuştur (AACN, 2018).

AACN SÇO Değerlendirmesi Karşılaştırma Raporu, ülke çapında 73.253 hemşire olmak üzere 78.907 sağlık profesyonelinin yanıtlarından oluşmuştur. Tüm standartlar dahil olmak üzere tüm araç için yanıt oranlarına bakıldığında, %58

kesinlikle katılıyorum/katılıyorum (%13.31 kesinlikle katılıyorum, % 44.85 katılıyorum), %21 kararsızım, %21 katılmıyorum/kesinlikle katılmıyorum (%15.13 katılmıyorum, %6.21 kesinlikle katılmıyorum) olarak dağıldığı görülmüştür. Genel puan 3.44 (iyi) olarak saptanmıştır. Her bir standart için puanlar şu şekilde bulunmuştur: nitelikli iletişim 3.44 (iyi), gerçek iş birliği 3.32 (iyi), etkili karar verme 3.64 (iyi), uygun istihdam 3.34 (iyi), anlamlı tanıma 3.30 (iyi) ve otantik liderlik 3.60 (iyi) (AACN, 2021).

Bitek ve Akyol'un (2017) çalışmasında, yoğun bakım hemşirelerinin Hİİ-HÇODÖ puan ortalaması  $2.15 \pm 0.35$  (1-4 puan arasında) ve tutum orta düzeyde olarak belirlenmiştir (Bitek ve Akyol, 2017). Hİİ-HÇODÖ kullanılan bir diğer çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin genel olarak ünitenin ortamına yönelik orta düzeyde olumlu tutum gösterdikleri bulunmuştur (Doğu Kökcü ve Terzi, 2018).

Bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin eğitim düzeyi yüksek, meslekle ilgili seminer/kongreye katılma oranı yüksek, görev süresi az (0-3 yıl) olduğunda ölçek puanının yükseldiği bulunmuştur (Bitek ve Akyol, 2017). Erenoğlu ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği toplam ve iş/çalışma ortamı dışındaki tüm alt boyutlarda, çalıştıkları birimlere göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Erenoğlu, 2019).

Hİİ-HÇODÖ kullanılan bir çalışmanın sonuçları, yoğun bakım hemşirelerinin toplam çalışma ortamı algısı ve ölçek alt boyutları ile toplam iş doyumu düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir (Bitek ve Akyol, 2017). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir başka çalışmada Hİİ-HÇODÖ ile değerlendirilen iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamının hemşirenin tükenmişlik düzeyi üzerine etkili olmadığı belirlenmiştir (Doğu Kökcü ve Terzi, 2018).

#### **2.1.4. Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartları**

AACN tarafından belirlenen standartlar şunlardır:

- Nitelikli iletişim
- Gerçek iş birliği
- Etkili karar verme
- Uygun istihdam
- Anlamlı tanıma
- Otantik liderlik (AACN, 2016)

Benzer şekilde ICN tarafından da bazı standartlar belirlenmiştir. Bu standartlar şunlardır:

- İşyeri tehlikeleri, ayrımcılık, fiziksel ve psikolojik şiddet ve bireysel güvenlikle ilgili konuları ele alan iş sağlığı, güvenliği ve zindelik politikaları
- Adil ve yönetilebilir iş yükü ve iş talepleri/stres
- Etkin yönetim ve liderlik uygulamalarını yansıtan kurumsal iklim, iyi meslektaş desteği, çalışanların karar verme sürecine katılımı, paylaşılan değerler
- Sağlıklı iş-yaşam dengesi
- Fırsat eşitliği ve eşit davranma
- Mesleki gelişim ve kariyer gelişimi için fırsatlar
- Profesyonel kimlik, özerklik ve uygulamada kontrol
- İş güvenliği
- Uygun ücret ve kazanç
- Güvenli personel düzeyi
- Destek ve denetim
- Açık iletişim ve şeffaflık
- Tanıma programları
- Yeterli ekipman, malzeme ve destek personeline erişim (ICN, 2007a)

Ülkemizde Kocaman ve arkadaşları (2018) tarafından ulusal standartlar belirlenmiştir. Bu standartlar şunlardır:

- Hemşire iş yükü
- Geliştirme ve kariyer planlama
- Sosyal haklar, iş sağlığı ve güvenliği
- Uygun fiziksel koşullar ve yeterli araç-gereç
- Ekip iş birliği, iletişim, takdir ve tanınma
- Etkili yönetim ve liderlik (Kocaman ve ark., 2018)

Schalk ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan sistematik derlemeye göre SÇO'nun özellikleri; ekip çalışması, liderlik, özerklik, iş yükü, netlik, tanıma, fiziksel konfor, esnek zamanlama, kurumsal politikalar, mesleki gelişim fırsatları, maaş, karar vermeye katılım, yenilik ve iş yeri güvenliğidir (Schalk ve ark., 2010).

Lindberga ve Vingard (2012) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, SÇO için en önemli etmenlerin; iş birliği, çalışanların katılımı, olumlu, ulaşılabilir ve adil bir lider, saygı, pozitif ve sosyal çevre, kişisel değerleri doğrultusunda çalışmak, tanıma, özerklik, nitelikli iletişim, güvenli fiziksel çalışma ve uygun personel olduğu belirlenmiştir (Lindberg ve Vingard, 2012).

#### **2.1.4.1. Nitelikli İletişim**

Yöneticiler ve meslektaşlar ile günlük etkileşimler, çalışma ortamının kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Tappen ve ark., 2015). İsteklerin, gereksinimlerin ve motivasyonun anlaşılması ancak sürekli iletişim ve fikir alışverişi yoluyla sağlanabilmektedir (Page, 2004). Çalışma ortamında iletişimi geliştirmek, hemşirelerin ve çalışanların iş memnuniyetinin artmasına ve güvenli bir ortam oluşmasına yardımcı olur (ICN, 2007a).

Wei ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan sistematik derlemede, sağlıklı olmayan çalışma ortamı ilişkilerinin, hemşirelerin işten ayrılma niyetini artırabileceği, yalnızca çalıştıkları birimlerinden ayrılmalarına değil aynı zamanda bir meslek olarak hemşirelikten de ayrılmalarına neden olabileceği belirtilmiştir. SÇO oluşturulması ve sürdürülmesinde çalışma ortamı ilişkilerinin yaşamsal önem taşıdığı belirtilmiştir. Hemşire çalışma ortamı ilişkileri, iş performansı ve SÇO birbirini tamamlayıcı niteliktedir (Wei ve ark., 2018).

Ekip çalışmalarının en önemli unsurlarından biri iletişimin geliştirilmesidir. İletişim yeterliliğinin geliştirilmesi ve iletişimin en üst düzeye çıkarılması düşünme, dinleme, okuma, yazma, düşüncelerin sözel ve yazılı olarak açıkça ifade edilebilmesi gibi alanlarda yetenek kazanılması ile mümkündür. Bunlara ek olarak iletişimde geri bildirim önemli bir yeri vardır (Uyer ve Abaan, 2016).

Hemşireler hem klinik becerilerde hem de iletişim becerilerinde yetkin olmalıdırlar. Sağlık kurumu, ekip üyelerine iletişim becerilerini geliştirebilmeleri için meslek içi eğitim desteği sağlamalıdır. Hemşire ve diğer tüm ekip üyeleri, iletişim becerileri ile ilgili kişisel ve mesleki gelişimleri için gereksinimlerini belirlemelidir (AACN, 2016).

Nitelikli iletişim kuran bireyler, çözümler bulmaya ve istenilen sonuçları elde etmeye odaklanarak meslektaşları arasında iş birliğine dayalı ilişkileri korumaya ve ilerletmeye çalışmalıdır. Fikir birliği oluşturmak ve ortak noktaya ulaşmak için iyi

niyet ve karşılıklı saygı çerçevesinde bulunulmalıdır. Uygun iletişim teknolojilerini kullanan nitelikli iletişimciler, iletişim tarzları üzerinde girdi aramalı ve sürekli gelişme için çaba göstermelidir (AACN, 2016).

Hemşireler ve sağlık ekipleri, çatışmanın normal olduğunu kabul etmelidir. Değerlerin, inançların, felsefelerin, algıların başkalarıyla olan ilişkileri nasıl etkilediğini ve başkalarının davranışlarının çatışmaya nasıl yol açtığını anlamak için bazı yollar vardır. Bu yollar; çatışmaya katkıda bulunmuş olabilecek kişisel davranışları ve/veya tutumları belirlemek ve bu davranışı değiştirmeye çalışmak, kişisel çatışma yönetimi tarzlarını kabul etmek ve anlamak, sunulan eğitimden yararlanarak çatışma çözme becerileri geliştirmektir (RNAO, 2011).

Sağlık kurumu, sıfır tolerans politikasıyla çalışma ortamındaki olumsuz davranışları ele alarak ortadan kaldırmalıdır. Hasta, aile ve sağlık ekibi arasında etkili ve saygılı bilgi paylaşımını sağlayan süreçler oluşturmalıdır. İletişimin klinik ve çalışma ortamı üzerindeki etkisini resmi olarak değerlendirmesini gerektiren sistemler kurulmalıdır. İletişimi, resmi performans değerlendirme sisteminde bir kriter olarak ele almalıdır. Ekip üyeleri, mesleki gelişim için nitelikli olmak amacıyla etkili iletişim sergilemelidir (AACN, 2016).

#### **2.1.4.2. Gerçek İş Birliği**

Gerçek iş birliğini sürdürme ve geliştirme konusunda hemşirelerin kuralcı olması gerekmektedir. Her ekip üyesi gerçek iş birliğini devam eden bir süreç olarak benimsemeli ve sürekli olarak iş birliği kültürünü oluşturmak için çaba göstermelidir. Her bir bireye saygı göstererek, bireysel farklılıkları bütünleştirerek, problemleri çözerek ortak hedeflerin gerçekleştirilmesine katkı sağlanmalıdır. Yüksek düzeyde bireysel dürüstlikle hareket eden her bir ekip üyesi diğer bireylerin de aynı şekilde hareket etmesi gerektiğinin sorumluluğunda olmalıdır (AACN, 2016).

Ekip üyeleri arasında güçlü bir iş birliği sağlanmalıdır. Hemşireler arasında meslektaş dayanışması güçlendirilerek çalışma ortamında karşılıklı saygı, güven ve iş birliği kurulmalıdır (Kocaman ve ark., 2018).

Gerçek iş birliği, hemşireden hasta ve aileye, hemşireden hemşireye, hemşireden hekime, hemşireden liderlere ve yöneticilere kadar sağlık kurumunun her düzeyinde vardır. Gerçek bir iş birliği ortamındaki ekip, ortak hedeflere ulaşmak için her kişinin sesine güç vermeli, saygı duymalı, bireysel farklılıklar ile bütünleşerek

çatışmaları çözmeli ve her bir birey en iyi sonuçlara ulaşmak için gerekenleri uygulamalıdır (Vollers ve ark., 2009).

Hemşireler, etkili iletişim ile hasta bakımı ve meslek ile ilgili diğer faaliyetleri sağlamak için; objektif hedefler belirleyerek hasta bakımı sağlamalı, çatışmaların çözümü için süreçleri kullanmalı, açık ve şeffaf bir karar verme sürecine katılmalı, çalışma ortamının ekibin her bir üyesi tarafından oluşturulduğunu anlayarak saygı ve profesyonellik sergilerken sağlık hizmetleri ekibinin aktif ve bağlı bir üyesi olmalı ve her bir ekip üyesini destekleyerek saygı ve güveni artıracak şekilde ekip üyeleriyle çalışmalıdır (RNAO, 2012).

RNAO'nun (2016) hemşireler arasında meslek içi iş birliğine dayalı uygulama kılavuzuna göre aşağıdaki maddeler önerilmiştir:

- Hemşireler, ekip çalışmasının özelliklerini, kişilerarası etmenlerin ekip üzerindeki etkisini öğrenerek, ekip oluşturma faaliyetleri geliştirerek, ekibe bağlılıklarını göstererek kavrayabilir. Kendi rollerinin ve diğer ekip üyelerinin rollerinin net bir şekilde anlaşılmasına dayalı, etkili ve açık bir iletişim kurulmalıdır.
- Hemşireler, hasta/danışanı iyileştirmek için iş birliği süreçleri başlatmalıdır.
- Yönetici hemşireler, etkili ekip davranış modeli oluşturmalıdır.
- Hemşireler, profesyonel iş birliğini teşvik etmek için çeşitli durumlarda ortak karar verme süreçlerini birlikte oluşturup yapıları geliştirerek çalışma ortamlarının kalitesini artırmalı ve hastalar için sonuçları iyileştirmelidir.
- Hemşireler açık, dürüst ve şeffaf iletişimi teşvik ederek etkili iletişim kültürü oluşturmalı ve sözlü, yazılı, elektronik iletişim için süreçler geliştirmelidir.
- Hemşireler, destekleyici öğrenme ortamları yaratarak ve öğrencileri rehber olarak destekleyerek profesyonel iş birliğine dayalı uygulamaları teşvik etmelidir (RNAO, 2016).

#### **2.1.4.3. Etkili Karar Verme**

Hemşirelerin politika oluşturma, klinik bakımı yönetme ve değerlendirme gibi konularda kararlı iş birlikçiler olmaları gerekmektedir. Ekip üyeleri, gerekli becerileri edinerek, ilgili içeriğe hakim olma, durumları doğru bir şekilde değerlendirme, gerçeğe dayalı bilgileri paylaşma, fikirleri açıkça iletme ve aktif olarak sorgulama yoluyla etkin karar vermelidir. Sağlık kurumu, kurumsal değerleri açıkça ifade ederek

ekip üyeleri karar verirken bu değerleri sürece dahil etmelidir. Pozisyon ayrımı yapmadan hemşirenin her türlü karar verme sürecine katılması sağlanmalıdır. Ekip üyelerinin iş birlikçi karar vermesini sağlayan, stratejilere odaklanmasını destekleyen, devam eden meslek içi eğitim ve gelişim programlarına destek ve erişim sağlanmalıdır. Programın içeriği karşılıklı hedef belirleme, müzakere, kolaylaştırma, çatışma yönetimi, sistem düşüncesi ve performans iyileştirmeyi içermelidir (AACN, 2016).

Hasta ve ailenin bakış açısının hasta bakımını etkileyen kararlara dahil edilmesini sağlayan yapılar mevcut olmalıdır. Veri odaklı kararları kolaylaştırmak için uygun bölümleri ve sağlık mesleklerini içeren yapılandırılmış sistemler kurulmalıdır. Her bireyin haklarına saygı gösterilmesini sağlayan, tüm kilit perspektifleri içeren ve bilinçli karar verme süreçlerini belirleyerek gecikmiş kararlar ve kararsızlıklar dahil olmak üzere kararların sonuçlarını objektif olarak değerlendirmek için her düzeyde adil ve etkili süreçler içerisinde hareket edilmelidir (AACN, 2016).

#### **2.1.4.4. Otantik Liderlik**

SÇO sağlanması, hemşire iş doyumunu ve hasta sonuçlarına bağlı olabilecek en önemli liderlik rollerinden biridir (Duffy, 2009). Pearson ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir sistematik derlemede nitel çalışmalar incelenmiş, belirli nitelikleri ve davranışları sergileyen liderlerin, motive edici, destekleyici, bilgi sağlayıcı olduğu, bir kurum içindeki destekleyici liderin personele destek olduğu ve farklı liderlik özelliklerinin bir kombinasyonu ile personel ve hastalar için olumlu sonuçlar sağladığı ve yüksek oranda SÇO oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pearson ve ark., 2008).

Dönüştürülmüş bir sağlık sistemi vizyonu için otantik liderlik kritik bir öneme sahiptir. Bu vizyonu gerçekleştirmede aktif bir rol oynamak için hemşirelik mesleği, yatak başından toplantı odasına kadar sistem genelinde lider hemşireler üretmelidir. Bu liderler, hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri ile ortak olarak hareket etmeli ve diğer sağlık mesleklerinden liderlerle iş birliği içinde çalışmalıdır. Kaliteyi, erişimi ve değeri artırmak ve hasta merkezli bakım sağlamak için gerekli değişiklikleri tasarlamak ve uygulamak için hemşireler, hekimler ve diğerlerinin etkili liderliği gerekmektedir (IOM, 2011).

Lider hemşireler, SÇO'nun zorunluluğunu tam olarak benimsemeli, etkili bir şekilde yaşamalı ve başkalarının başarısına katılmalıdır. Bakım noktasındaki

gereksinimleri ve dinamikleri anladığını ve bu bağlamda SÇO vizyonunu başarıyla dönüştürdüğünü göstermelidir (AACN, 2016).

Lider hemşireler, SÇO yaratmak ve sürdürmek için dönüşümcü liderlik uygulamalarını kullanmalıdır. Bunlar; lider hemşirelerin ilişkiler ve güven oluşturması, güçlendirici bir çalışma ortamı yaratması veya bu ortama katkıda bulunması, bilginin bütünleştirilmesini sağlayan bir ortam yaratması veya bu ortama katkıda bulunması, değişimi yönetmesi, desteklemesi ve sürdürmesi olarak sıralanmaktadır. Lider hemşireler, çatışan değerleri ve öncelikleri belirleyip yöneterek sistemin karmaşıklıklarını dengelemelidir (RNAO, 2012).

Lider hemşireler, SÇO yaratan ve sürdüren standartlara ulaşmak için görünür bir fark yaratmada öncü olmalıdır. SÇO için standartları etkin bir şekilde uygulamak ve sürdürmek için gerekli sistemlerin tasarımını sağlamalıdır. Rol model olarak standartları uygulayarak göstermelidir (AACN, 2016).

Lider hemşireler, mesleki gelişim sağlamak için SÇO yaratma ve sürdürmede liderlik göstermelidir. SÇO yaratma ve sürdürme yönünde ilerlemeyi sağlamalı, bu amaç için tasarlanan araçları kullanarak düzenli aralıklarla değerlendirmelidir (AACN, 2016).

İşe alım ve hemşireyi elde tutma açısından bakıldığında, liderlerin hemşirelik uygulamalarını takdir etmeleri ve hemşireler için çalışma ortamlarının kalitesini olumlu yönde etkileyen konuları teşvik etmeleri çok önemlidir (Nowrouzi, 2015).

Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği (American Association of Colleges of Nursing) tarafından klinik lider hemşirenin rolü tanımlanırken kaliteli hasta sonuçları elde etmek ve bir hasta grubu için bütüncül bakım sağlamak için etkili bir şekilde iletişim kurmanın önemi vurgulanmaktadır. Lider hemşire, güvenliği, etkinliği, güncelliği, verimliliği, kaliteyi ve hasta merkezli yaklaşımı geliştiren klinik ve maliyet sonuçlarını tanımlayabilmelidir. Hastaların ve diğer sağlık profesyonellerinin öğrenmesini kolaylaştırmak için uygun öğretme/öğrenme ilke ve stratejilerinin yanı sıra güncel bilgi, materyal ve teknolojileri kullanmalıdır (Sherman ve ark., 2009).

RNAO'nun (2013) gelişen ve sürdürülen lider hemşirelik en iyi uygulama kılavuzuna göre liderlik önerileri aşağıdaki gibidir:

- Lider hemşireler, SÇO yaratmak ve sürdürmek için dönüşümsel liderlik uygulamalarını kullanmalıdır.



- Lider hemşireler ilişkiler ve güven oluşturmalıdır.
- Lider hemşireler, güçlendirici bir çalışma ortamı yaratmalı veya katkıda bulunmalıdır.
- Lider hemşireler bilginin bütünleştirilmesini sağlayan bir ortam yaratmalı veya katkıda bulunmalıdır.
- Lider hemşireler değişimi yönetmeli, desteklemeli ve sürdürmelidir.
- Lider hemşireler, öncelikleri belirleyip yöneterek sistemin karmaşıklıklarını dengelemelidir.
- Lider hemşireler, etkili liderlik için sürekli olarak kişisel kaynaklarını geliştirmelidir.
- Lider hemşireler, kendi liderlik uzmanlıklarının büyümesi ve gelişmesi için düşünmeli ve sorumluluk almalıdır.
- Lider hemşireler profesyonel ve kişisel sosyal destekleri geliştirmelidir.
- Lider hemşireler güçlü bir profesyonel hemşirelik kimliği sergilemelidir.
- Lider hemşireler, kendi liderlik uzmanlıklarının büyümesi ve gelişmesi için sorumluluk almalıdır (RNAO, 2013).

Hemşirelikte liderliğin geliştirilmesi SÇO'nun sürdürülmesi için yaşamsal öneme sahiptir. Lider hemşireler, personel, sağlık hizmeti verenler, aileler ve yöneticilerle çalışma konusunda gerekli becerileri geliştirmek için eğitime gereksinim duymaktadır. Lider hemşireler, hemşirelik uygulamalarında değişime öncülük etmekte ve değişimi uygulama konusunda hemşireleri güçlendirmektedir. Hemşirelikte liderlik eğitimi, personelin elde tutulması için önemli bir yatırımdır. Geleneksel olarak hemşirelere çok az liderlik eğitimi verilmiştir. Çünkü en nitelikli liderlerin klinik deneyime en fazla sahip olduğu varsayılmıştır. Bu bazı durumlarda doğru olmakla birlikte literatür bu liderlik seçimi yöntemini desteklememektedir (Maiden, 2010).

#### **2.1.4.5. Uygun İstihdam**

Uygun personel alımı, SÇO'da anahtar etmendir ve hasta için olumlu sonuçlar elde edilmesine katkı sağlamaktadır (Samoya, 2019). Daha fazla sayıda ve daha nitelikli hemşire olması, mortalite, solunum, yara ve idrar yolu enfeksiyonu, hasta düşmesi ve basınç yaralanmalarında azalmayla sonuçlanmaktadır. Ek olarak hasta bakımında sürekliliği ve sonuç olarak hasta sonuçlarında iyileşmeyi sağlamaktadır (ICN, 2007a). Wei ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan sistematik derlemede,

hemşire çalışma ortamlarının kalitesi ve hemşire kadrosunun hemşire tükenmişliği ile olumsuz bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Wei ve ark., 2018).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 verilerine göre 156.205 hemşire görev yapmaktadır. 100.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı ise 253’tür (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Kadro oluşturma, hasta gereksinimleri ve hemşire yeterlilikleri arasında etkin bir eşleşme sağlamalıdır. Sağlık kurumu, etik ilkelere dayanan ve hemşirenin yüksek kalitede bakım sağlama konusundaki profesyonel yükümlülüklerini destekleyen personel politikalarına sahip olmalıdır (AACN, 2016).

Hemşireler, personel sürecinin tüm kurumsal aşamalarında eğitim ve planlamalara katılmalıdır. Buna hemşirelerin yetkinliklerinin hastanın gereksinimleri ile eşleştirilmesi de dahildir. Hastanın ve ailenin gereksinimleri ile etkin bir uyum göstermek için gereken bilgi ve becerileri edinme fırsatları aramalıdır (AACN, 2016).

Sağlık kurumları, personel kararlarının hasta ve sistem sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmek için resmi süreçlere sahip olmalıdır. Bu değerlendirme, hasta gereksinimleri ve hemşire yeterliliklerinin uyuşmadığı ve acil durum planlarının ne sıklıkta uygulandığı ile ilgili bir analizi içermelidir. Ekip üyelerinin daha etkili personel modelleri geliştirmek için personel kullanımını ve sonuç verilerini kullanmasını kolaylaştıran bir sisteme sahip olmalıdır. Hemşirenin hasta/aile bakımında önceliklere ve gereksinimlere en iyi şekilde odaklanmasını sağlamak için her etkinlik düzeyinde destek hizmeti sunarak hemşirelik bakımı sunumunun etkinliğini artıran teknolojileri benimsemelidir. Hemşireler bu teknolojilerin seçimi, uyumlandırılması ve değerlendirilmesinde görev almalıdır (AACN, 2016).

#### **2.1.4.6. İş Yüğü**

Hemşire iş yüğü tanımlanırken hemşire iş gücü planlamasının hasta ve hemşire gereksinimlerinin karşılanacağı şekilde yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Her vardiyada hemşire-hasta oranlarının güvenli bakımı sağlayacak sayı ve nitelikte olması sağlanmalıdır. Hemşire iş gücü planlamasında hemşirenin mesleki yeterlilikleri dikkate alınmalıdır. Her vardiyada yeterli destek elaman sağlanmalı ve bu elemanların görevleri açıkça tanımlanmış olmalıdır. Çalışma süreleri planlanırken, hasta ve

hemşire güvenliği yönünden kabul edilebilir sınırlarda olmasına dikkat edilmelidir. İş-yaşam dengesini sağlayacak çalışma planları hazırlanmalıdır (Kocaman ve ark., 2018).

#### **2.1.4.7. Anlamlı Tanıma**

Hemşire, kurumun çalışmalarına getirdiği değer için tanınmalı ve başkalarını tanımalıdır. Tüm ekip üyelerinin tanıma sistemini, meslektaşlarının katkılarını ve kuruma kazandırdıkları değeri tanımaları için sistematik bir süreç oluşturulmalıdır. Sağlık kurumunun tanıma sistemi her kıdemi kapsamalı ve bireylerin mesleki kariyerlerinin her aşamasındaki bireysel anlam, yerine getirme, gelişme ve ilerleme tanımları ile tutarlı olmalıdır. Tanınmayı onaylayanlar için tanıma işlemini doğrulayan süreçleri içermelidir. Ekip üyelerini yerel, bölgesel ve ulusal alanlarda tanınmaya aday gösterecek süreçleri kapsamalıdır. Ekip üyelerinin kurumun tanıma programında aktif bir rol oynadığını ve katkıları anlamlı bir şekilde tanımaktan herkesin sorumlu olduğunu anlatmalıdır. Sağlık kurumu, tanıma sistemini düzenli ve ayrıca kapsamlı bir şekilde incelemeli ve kurumu anlamlı tanımaya değer veren, sürdürülebilir bir mükemmellik kültürüne doğru yönlendirmeye yardımcı olan etkili programlar sunmalıdır (AACN, 2016).

#### **2.1.4.8. Mesleki Gelişim ve Kariyer Gelişimi**

Geliştirme ve kariyer planlama tanımlanırken hemşirenin sürekli mesleki gelişiminin sağlanacağı fırsatların gerekliliği vurgulanmaktadır. Hizmet içi eğitim programları hemşirenin gelişimini desteklemektedir. Hemşirelere gereksinimleri doğrultusunda eğitim ve geliştirme programlarına katılma olanağı sağlanmalıdır. İşe yeni başlayan hemşirelerin uyumunu kolaylaştıran bir oryantasyon programı planlanmalıdır. Araştırmalar ve yenilikçi projeler desteklenerek hemşireler için kariyer planlama olanakları sağlanmalıdır. Hemşirelerin meslek örgütlerine katılımları ve buralarda faaliyetler yürütmeleri desteklenmelidir. Atama ve yükseltmelerde liyakate uyulmalıdır. Eğitim programlarının kanıta dayalı bakıma temellendirilmiş olması sağlanmalıdır (Kocaman ve ark., 2018).

Araştırmalar, adil bir şekilde terfi edilebilen ortamda, hemşirenin profesyonel olarak ilerlemesine, özerklik kazanmasına ve karar verme süreçlerine katılmasına olanak tanıyan fırsatlar olduğunu, hemşirenin bundan etkilendiğini ve iş yerinde kaldığını göstermektedir (ICN, 2007a).

#### **2.1.4.9. Mali ve Sosyal Haklar**

Ücret politikalarında vardiya sistemi, iş yükü, risk faktörleri ve eğitim düzeyi gibi etmenler göz önüne bulundurulmalıdır. Adaletli bir ücret politikası uygulanmalıdır. Çalışanların sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolay olması sağlanmalıdır. Kreş, otopark ve ulaşım gibi sosyal hakları verilmelidir (Kocaman ve ark., 2018).

#### **2.1.4.10. İş Sağlığı ve Güvenliği**

İş ve çalışma sürecinde pek çok sağlık sorunu ve iş kazası görülmektedir. Çalışma ortamından kaynaklanan çeşitli tehlikelerin sağlık üzerine doğrudan etkileri olmaktadır. Bu durum SÇO'nun önemini çok daha açık göstermektedir (Parlar, 2008).

Hemşirenin çalışma ortamında herhangi bir zarara uğramadan çalışması hedeflenmelidir. Meslek hastalıklarına ve iş kazalarına ilişkin gerekli önlemler alınmalı ve sağlık kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır. Biyolojik, fiziksel ve kimyasal zararlara (enfekte atıklar, radyasyon, gürültü, ilaç) karşı gerekli önlemler alınmış olmalıdır. Yasal mevzuata uygun şekilde, riskli alanlara yönelik, uygun koruyucu ekipman kullanımı, dozimetre kullanımı, radyasyon izni gibi önlemler alınmalıdır. İş yerinde her tür şiddete karşı sıfır tolerans politikası izlenmelidir (Kocaman ve ark., 2018).

#### **2.1.4.11. Yeterli Ekipman ve Malzeme**

Birimlerde sarf malzemelerin ve araç gereçlerin yeterli miktarda olması sağlanmalıdır. Hemşirelerin çalışmalarını kolaylaştıracak teknolojiler kullanmaları desteklenmelidir (Kocaman ve ark., 2018).

#### **2.1.4.12. Uygun Fiziksel Koşullar**

Çalışma ortamı içinde fiziksel ve ruhsal bozukluğu olan birey sayısının azaltılması, iş sağlığı içinde hastalıkları tedavi ederek ve tanımlanmış risk faktörlerini ortadan kaldırarak veya azaltarak gerçekleştirilir. Bu, sürdürülebilir bir çalışma yaşamı elde etmek için ilk tercih olmaktadır. Bununla birlikte çalışma ortamı konusundaki hem ulusal hem de uluslararası mevzuata, iş sağlığı personellerinin çabalarına karşın kazalar dışında işle ilgili hastalık oranının yüksek olduğu bildirilmektedir. Dünyadaki birçok ülkede yaşam beklentisi artmakta ve nüfus yaşlanmaktadır. Bu demografik değişimin ekonomik sonuçlarından biri, çalışanların daha uzun süre çalışıp emekli olabileceğidir. İşin, kariyer süreçleri boyunca çalışanlar için olumlu bir deneyim

olmaya devam etmesini ve sağlığına zarar vermemesini sağlamak için çok şey yapılması gerekmektedir (Lindberg ve Vingård, 2012).

Hemşirenin kaliteli bakım verebilmesi için uygun fiziksel koşullar gereklidir. Çalışma ortamı, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını korumalıdır (Kocaman ve ark., 2018).

Çalışma ortamının ergonomik tasarımı ve düzenlenmesi, verimlilik üzerinde etkili olmasının yanında sağlık personelinin performansı üzerinde de etkilidir (Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015; Tan ve ark., 2012). İşe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları önemli bir sağlık sorunudur. Fiziksel ergonominin hem sağlık hem de verimlilik açısından önemli bir rol oynayabileceği göz önüne alınmalıdır (Lindberg ve Vingård, 2012).

Yapılan bir çalışmada hemşireler, çalışma ortamında %80 oranında temizliğin, %66 oranında aydınlatmanın ve %52.7 oranında havalandırmanın yeterli olduğunu belirtmişlerdir (Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

#### **2.1.5. Sağlıklı Çalışma Ortamı Oluşturma Stratejileri**

SÇO'nun geliştirilmesi, teşvik edilmesi ve sürdürülmesi çok yönlüdür, kurumun birçok düzeyinde gerçekleşir ve bir dizi oyuncuyu (hükümetler, işverenler, hemşirelik kurumları, düzenleyici kurumlar, dernekler, hemşirelik okulları gibi) içermektedir (ICN, 2007a). SÇO yaratmak yapılacak işten daha fazlasıdır. Tüm ekibin gücüne dayanmaktadır. Ekibin herhangi bir bölümü bir standardı desteklemediğinde kültür tehlikeye girmektedir (AACN, 2022)

Bir sistematik derlemede, incelenen çalışmalarda hemşirelik çalışma ortamını iyileştirmeyi hedefleyen girişimlerin; primer hemşirelik, paylaşılan yönetim, sosyal destek eğitimi ve stres aşılama eğitimi, kısa süreli katılımcı girişimler, hemşirelik uygulama kalite çemberi, eğitimsel araç kutusu, bireyselleştirilmiş bakım ve düzenli sistematik klinik gözetim, danışmanın pozitif geri bildirim eğitimi ve şiddeti önleme girişimi olduğu belirlenmiştir. Genel olarak, her girişimin sonuç ölçüsü sayısı kombinasyonuna ve anlamlı ilerleme miktarına bakıldığında, primer hemşirelik (%56), eğitimsel araç kutusu (%71), bireyselleştirilmiş bakım ve klinik gözetim (%100) ve şiddeti önleme girişimi (%86) hemşire çalışma ortamının iyileştirilmesinde en etkilidir. Geri kalan girişimler %50'den daha az etkinlik göstermiştir (Schalk ve ark., 2010).

Schalk ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan sistematik derlemeye göre, çalışma saatlerinin esnek planlaması zordur. Hemşire sayısındaki sıkıntı, sağlık kurumlarının çalışma saatleri içinde esnek olmamasına neden olur. Ayrıca hemşirelik iş gücü ile ilgili konular çok karmaşık ve dinamiktir. Hükümetler, işverenler, meslek örgütleri, sendikalar ve eğitimciler de dahil olmak üzere birden fazla paydaşı içermektedir. Bu nedenle maaş ve kurumsal politikalar gibi hemşire çalışma ortamı özellikleri kolayca değiştirilememektedir. Buna karşılık ekip çalışması, liderlik, özerklik ve açıklık, değiştirilmesi mümkün olması nedeniyle en sık ele alınan özelliklerdir. Bu hemşire çalışma ortamı özelliklerindeki iyileşmeler küçük girişimlerle daha kolay elde edilebilmektedir. Örneğin, rutinleri/sorumlulukları değiştirerek özerklikte artış sağlanabilir. Ekip toplantıları düzenlenerek ekip çalışması geliştirilebilir (Schalk ve ark., 2010).

Hemşirelerin iş birliği iyileştirme çabalarına öncülük etmeleri ve yaygınlaştırmaları için fırsatlar genişletilmelidir. Kamu, özel sağlık kurumları, hemşirelik eğitim programları ve hemşirelik dernekleri, hemşirelerin liderlik etmesi, araştırma yapması ve yeniden tasarlama yapması için uygulama ortamları ve sağlık sistemleri geliştirmelidir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri ile iş birliği çabalarını yönetmek için fırsatlar genişletilmelidir. Bu kurumlar ayrıca hemşirelere başarılı uygulamaları yaygınlaştırmaları için fırsatlar sağlamalıdır (IOM, 2011).

Hemşirelerin sağlığı geliştirmek için değişime öncülük etmeleri desteklenmelidir. Hemşireler, hemşirelik iş gücünü hemşirelik eğitim programları ve hemşirelik dernekleri gibi alanlarda ve her düzeyde liderlik pozisyonu için düzenlerken, kamu, özel ve devlet sağlık hizmetleri karar vericileri, liderlik pozisyonlarının hemşireler tarafından ulaşılabilir olmasını sağlamalıdır (IOM, 2011).

#### **2.1.5.1. Hemşire Düzeyinde**

SÇO, umut ve vaatle değil, hem hasta hem de hemşire için bakım ortamını değiştirmeyi sağlayarak, hemşirelik ilkelerine bağlılık ile yaratılır. SÇO'nun sürdürülmesi, klinik hemşireler, lider hemşireler ve tüm disiplinlerle en iyi hasta sonuçlarını elde etmek için iş birliği ve kısmi ortaklık yoluyla sürekli değişime uyum sağlamak anlamına gelmektedir. Meslek örgütlerine katılım ve bilgi paylaşımı sağlıklı ve güvenli uygulama ortamı oluşturulmasına yardımcı olabilmektedir (Maiden, 2010; Sanders ve ark., 2013).

### **2.1.5.2. Yönetici Düzeyinde**

Klinik hemşire çalışma ortamının iyileştirilmesi bugün yönetici hemşirelerin karşılaştığı büyük bir sorundur. Bu zorluğu aşmak için lider hemşireler doğru yapıları ve en iyi liderlik uygulamalarını gerçekleştirmelidir. Böylece kaliteli hasta sonuçlarıyla doğrudan bağlantılı olan iş süreçleri yürütülebilir (Kramer ve ark., 2010).

Hastane yönetimi ve lider hemşireler, hemşirenin çalışma ortamını değerlendirmek, zayıf yönlerini ve olumlu olmayan yönlerini tanımak ve güvenli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunumu kurmak ve sürdürmek istiyorlarsa, iyileştirme çabalarını merkeze almalıdırlar (Vollers ve ark., 2009).

### **2.1.5.3. Kurum Düzeyinde**

Hastalara bakacak daha fazla hemşire olduğunda diğer yönler daha az sorun olmaktadır (ICN, 2007b). Klinik personeli için sürekli eğitim ve sertifikalandırma önemlidir. Tanıma ve mali destek, hemşirelerin mesleki standartlarının ortaya çıkması ve daha geniş hemşirelik topluluğuna dahil olması ile birlikte SÇO'yu teşvik edebilmektedir (Maiden, 2010).

YBÜ'de çalışan hemşireler için, enfeksiyondan korunma, psikolojik destek sağlama, çalışma sürelerini azaltma ve koşullarını düzeltme gibi önemli konuların ele alınarak SÇO sağlanması önerilmektedir (Huang ve ark, 2020).

SÇO için gerekli olan kurumsal yapıları ve en iyi liderlik uygulamalarını, kaliteli bakım sonuçları için gerekli iş süreçlerini ve ilişkileri sağlayan yapılar şunlardır: kurumun her düzeyinde kalite liderliği, eğitim, yetkinlik gelişimi, kariyer ve performans için kullanılabilirlik ve destek, otonom ve iş birlikçi uygulama için yönetim tarafından uygulanan yaptırım, kanıta dayalı uygulama (KDU) eğitimi ve işlevsel destek, disiplinler arası iş birliğini öğrenme kültürü, pratiği ve fırsatı, hemşirelik uygulamaları bağlamının kontrolü için güçlendirilmiş ortak karar verme yapıları, hasta merkezli kültür oluşturulması ve geliştirilmesi, hemşire yeterliliği, hasta keskinliği ve ekip çalışmasını dikkate alan personel yapıları, disiplinler arası ekip çalışmasının geliştirilmesi ve desteklenmesi (Kramer ve ark., 2010).

Sağlık kurumu, her lider hemşirenin performans değerlendirmesinde ölçüt olarak SÇO yaratma ve sürdürme üzerindeki etkisini göz önünde bulundurmalıdır. Sağlık kurumu, lider hemşirelerin SÇO standartları konusunda bilgi ve yeteneklerini geliştirmelerini sağlamak için eğitime ve rehberliğe destek ve erişim sağlamalıdır.

Lider hemşireler SÇO yaratma ve sürdürme konusundaki temel rollerine uygun şekilde konumlandırılmalıdır. Bu rol kilit karar verme forumlarına katılım, temel bilgilere erişim ve gerekli kararları verme yetkisini içermelidir. Hemşirelere gerekli zamanı, mali ve insan kaynaklarını sağlayarak onların SÇO yaratma ve sürdürme çabalarını kolaylaştırmalıdır. Tüm lider hemşireler için resmi bir rehberlik programı hazırlanmalıdır. Lider hemşireler, hemşirenin her rol ve deneyim düzeyindeki rehberliklerine aktif olarak katılmalıdır (AACN, 2016).

Sağlık kurumu, ekip üyelerini, meslek içi eğitim ve iş birliği becerilerini geliştiren rehberlik için desteklemeli ve ekip üyelerinin bunlara erişimini sağlamalıdır. Her ekibin iş birliğine ilişkin sorumluluğunu, iş birliğine isteksizliğin nasıl ele alınacağını tanımlayan süreçleri ve hemşirenin karar verme otoritesinin norm olarak kabul edilmesini sağlayan yapıları değerlendirmelidir. Hasta, aile ve sağlık ekibi dahil tüm kritik katılımcılar arasındaki anlaşmazlıkları çözmek için gereken zamanı ve kaynakları sağlamalıdır (AACN, 2016).

RNAO'nun (2016) bu konudaki önerileri şunlardır:

- İş birlikçi kurumlar etkili ekip çalışmasını teşvik etmek ve mümkün kılmak için stratejiler geliştirmelidir.
- Kurumlar, açık politikalar sağlayan ve etkili ekip çalışmasını destekleyen dönüşümsel bir liderlik kültürü oluşturmalıdır.
- Kurumlar, tüm hemşirelik personelini destekleyerek, personeli her düzeyde güçlendiren modelleri uygulayarak hasta bakımında iş birliğini ve sürekliliği teşvik eden sistemler ve süreçler geliştirmelidir.
- Kurumlar, profesyonel öğrenme fırsatları geliştirip sağlayarak etkinliği değerlendirmeli, meslek içi uygulamalara katılan hemşireleri desteklemek için sistemler ve süreçler geliştirmeli ve profesyonel olarak uygulama hakkında geri bildirim için fırsatlar sağlamalıdır.
- İş birlikçi kurumlar, profesyonel iş birliği uygulamalarının uygulama etkinliğini değerlendirmek için hasta ve aile deneyimi ve memnuniyeti, hemşirelik devir oranları, fazla mesai, işe devamsızlık, katılım ve memnuniyet sonuç ölçütleri, enfeksiyon oranları, düşme oranları, yeniden kabul oranları, karşılanamayan hemşirelik bakımı, beceri düzeyleri, değerlendirme süreçlerinin önündeki engellerin ortadan kaldırılması (örneğin kırık veya



arızalı ekipman) gibi konuları ele alarak değerlendirme yapmalı ve sonuçları geliştirmelidir.

- Kurumlar, profesyonel iş birliği ortamını öğrenciler ve yeni personel için daha iyi hale getirmek amacıyla öğrencilerle veya ekibe katılan yeni personelle çalışmak üzere istekli öğretim elemanlarını seçmeli, öğrencilerin öğrenme hedeflerinin öğretim elemanları ile iş birliği yaparak düzenlemeli, akademik ve klinik ortamlar arasında öğrenci hemşirelerin öğrenme hedeflerini karşılamaları için yeterli zaman sağlamalıdır.
- Kurumlar, profesyonel ilişkilerin zorluklarını ele almak için yöneticileri ve meslektaşları öğretmek ve destekleyerek çatışma yönetimi politikaları, uygulamaları ve girişimleri geliştirmelidir (RNAO, 2016).

Shirey'in (2009) yaptığı çalışmada, yönetici hemşirelerin %57'si olumlu bir kurum kültüründe, %43'ü ise olumsuz bir kurum kültüründe çalıştıklarını bildirmiştir. Bu sonuç kültürün ele alınması gerektiğini göstermektedir (Shirey, 2009).

Schmalenberg ve Kramer (2007) tarafından yapılan çalışmada, SÇO bildiren birimlerde bulunan yapıların ve süreçlerin sistematik olarak incelenebileceği, diğer birimlerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesinde yardımcı olmak için kullanılabileceği belirtilmiştir (Schmalenberg ve Kramer, 2007).

Lindberg ve Vingard (2012) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, stres yönetimi programları sunan kurumların, çalışan güvenliği, sağlık, refah ve becerilerin gelişimini kolaylaştırmak için başka programlar da sunduğu, bu bakımdan da bir stres yönetimi programının düzenlenmesinin çalışmak için daha iyi bir yer olduğunun göstergesi olduğu belirlenmiştir (Lindberg ve Vingard, 2012).

#### **2.1.5.4. Meslek Örgütü Düzeyinde**

SÇO'yu geliştirmek amacıyla, meslek örgütleri; çalışma koşullarına odaklanan mevcut yerel ve ulusal politikaları tanımlamalı, politika yapıcılar için hasta güvenliği ve olumlu uygulama ortamı arasındaki bağlantıyı kurmalı, uluslararası düzeyde var olan tüm ilgili bilgi formlarını ve pozisyon bildirimlerini toplayıp hemşirelerin istihdamlarının sağlanmasını teşvik ederek öncelikli eylem konularını belirlemek için araştırmalı, belirli çalışma koşulu sorunlarını ele alan yönergeler geliştirerek en iyi uygulama ile ilgili kanıtları yaymalı, çalışma ortamındaki konulara odaklanan iletişim planları hazırlamalı, kurum düzeyinde çalışma ortamı konularına odaklanan komiteler

oluşturmalı, talepleri ve/veya konum bildirimlerini desteklemek üzere arka plan verilerini sağlamak için araç kitini kullanmalı, sağlık kurumlarında güvenli ekipman ve imha mekanizmalarının satın alınması ve bakımı için etkili argümanlar sunmalı, sorunları ele almak için çalışma konularını ve inisiyatif etkin stratejilerini inceleyen kurum komitelerine dahil olmalı, SÇO sağlamak ve elde tutmayı iyileştirmek için işverenleri ve kurumlarıyla iş birliği yapmalı, sorunlu uygulamaların ve bunları ortadan kaldıracak eylemlerin belirlenmesi için suçlayıcı olmayan raporlamayı savunmalı, SÇO'daki iyileştirmeyi mevcut insan kaynakları planları ve kurumun vizyonu ile bütünleştirmelidir (ICN, 2007b).

Meslek örgütleri; hemşirenin işe alımını ve elde tutulmasını iyileştirerek, hemşirelik rolünü geliştirmeye devam ederek, yasal çerçevede mesleğin kamuoyunun farkındalığını artırmak için hemşirelik uygulamalarının kapsamını tanımlayarak, hemşirelerin sesinin duyulmasını sağlayarak, eğitim kurumlarına iş birliği için fırsatlar sağlayarak, ekip çalışmasını geliştirmeyi teşvik ederek, SÇO için politikaların geliştirilmesinde diğer disiplinlerin de yer almasını sağlayarak, SÇO'nun tüm olumlu etkileri konusunda tüm ilgili paydaşların farkındalığını, anlayışını ve desteğini artırarak hemşireler için SÇO'nun gelişmesini sağlamalıdır (ICN, 2007a).

#### **2.1.6. Sağlıklı Çalışma Ortamının Değerlendirilmesi**

SÇO'nun aktif olarak değerlendirilmesi, kritik öneme sahiptir (Connor ve ark., 2018). Psikolojik, fiziksel ve davranışsal olarak etkili olan SÇO son dönemlerde daha çok önem kazandığı için bu süreci etkileyen unsurlar objektif şekilde belirlenmeli ve değerlendirilmelidir (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

Tablo 1'te literatürde yer alan SÇO'yu değerlendirme araçları sunulmuştur.

**Tablo 1.** Sağlıklı alışma ortamını değerlendirme araçları.

#### **2.1.6.1. Çalışma Ortamı leği**

Çalışma Ortamı leği (Work Environment Scale-WES) ile ilgili ilk alışmalar Moos ve Insel (1974) tarafından yapılmıştır. Sonrasında Moos (1981) tarafından ölçek geliştirilmiştir. Ölçek, hastanelerde ve diğer sağlık hizmeti ortamlarında kullanılması

oldukça önerilen bir araçtır. Bu ölçekten önce, sağlık hizmeti çalışma ortamları görmezden gelinmiş ya da standart olmayan araçlarla ve/veya danışmanlar ve program değerlendiricileri tarafından öznel izlenimlerle değerlendirilmiştir. Ölçek hastanelere ve diğer sağlık hizmetleri ortamlarına, sağlıklı program değerlendirmesine ve çalışma ortamı değerlendirmelerine izin veren bir yöntemi sunar. Bireyin çalışma ortamınının 10 yönüne ilişkin algılarını ölçer. Ölçekteki 10 alt ölçek, çeşitli ortamlarda yaygın olarak tanımlanan üç alanı değerlendirir: ilişki boyutu (katılım, meslektaş uyumu, süpervizör desteği), kişisel gelişim veya hedef oryantasyonu boyutu (özerklik, görev oryantasyonu, iş baskısı) ve sistemi sürdürme ve değişim boyutu (açıklık, kontrol, yenilik ve fiziksel konfor). Ölçek 90 doğru ve yanlış ifadeden oluşur. Ölçeğin geliştirilmesinde 44 çalışma grubundan 624 çalışan ve yöneticiye 138 maddelik bir ön form uygulanmıştır. Ölçeğin çeşitli ortamlarda uygulanabilmesini sağlamak için veriler, yönetsel, mali, sağlık hizmeti, üretim ve satış alanlarında çalışanlardan toplanmıştır. Son şekli için maddeleri seçmek amacıyla verilere beş psikometrik kriter uygulanmıştır. (1) Yalnızca olağandışı çalışma ortamlarına özgü maddelerden kaçınmak için genel madde dağılımı 50-50 olmalıdır. (2) Maddeler kendi alt ölçekleriyle diğer alt ölçeklerden daha fazla korelasyona sahip olmalıdır (Son 90 maddenin tamamı bu kriteri karşılamıştır.). (3) Her alt ölçek kabul yanıt setini kontrol etmek için yaklaşık eşit sayıda doğru ve yanlış olarak puanlanan maddelere sahip olmalıdır. (4) Son alt ölçekler, düşük ila orta düzeyde karşılıklı ilişkilere sahip olmalıdır. (5) Her madde (ve her alt ölçek) çalışma ortamları arasında ayırım yapmalıdır. Genel olarak bu psikometrik kriterlerin her biri karşılanmıştır. Ölçeğin son 90 maddelik şekli temsili bir genel çalışma grubunda 1442 çalışan üzerinde standartlaştırılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği bir dizi çalışma tarafından desteklenmiştir. 10 alt ölçeğin iç tutarlılıkları Cronbach alfa katsayısı (Cronbach's alpha coefficient) ile değerlendirilmiş ve 0.69-0.86 arasında bulunmuştur. Bir aylık test-tekrar test güvenilirliği (dört çalışma ortamında 75 çalışan için 0.69-0.83) kabul edilebilir düzeydedir ve düşük ila orta korelasyon gösterir (ortalama mutlak korelasyon=0.25; aralık=0.03 ila 0.54) (Moos, 1981).

Ölçek Özalkuş (1995) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Çalışma, dört ayrı bölümde ele alınmıştır. İç tutarlılığın saptanması amacıyla ölçek dört farklı sigorta firmasındaki 272 çalışana uygulanmıştır. Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak,

madde-alt ölçek ve alt ölçekler arası korelasyonlar hesaplanmıştır. Madde-alt ölçek ortalamalarının korelasyonları, en düşük denetim alt ölçeğinde (0.215), en yüksek yenilik alt ölçeğinde (0.457) bulunmuştur. Alt ölçekler arası korelasyonlar 0.04 ile 0.67 arasında olup denetim alt ölçeğindeki pozitif korelasyonlar hariç, orijinal ölçekteki alt ölçekler arası korelasyonlara benzerdir. Tutarlılık için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 272 çalışandan 132'sine 10 gün aralıkla uygulanmıştır. Korelasyonlar, yenilik alt ölçeği için 0.624, fiziksel rahatlık alt ölçeğinde 0.815 olarak belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis-CFA) uyarlanan ölçeğin çok boyutlu yapısını desteklememiştir. Ayrıca orijinal ölçeğin teorik açıdan üç boyut ve 10 alt ölçek şeklinde yapılan düzenlemesine de uymamıştır. Sonuç olarak ölçek uyarlama çalışmasında 10 alt ölçeğin tutarlılığında bulguların yeterli olduğu ancak ölçeğin çok boyutlu olma özelliğini desteklemediği bulunmuştur (Özalkuş, 1995).

#### **2.1.6.2. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği**

Ölçekle ilgili bilgiler “Yöntem” bölümünde sunulmuştur.

#### **2.1.6.3. AACN Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı**

Araçla ilgili bilgiler “Yöntem” bölümünde sunulmuştur.

#### **2.1.6.4. Hemşirelerden Hemşirelere Çalışma Ortamı Ölçeği**

Hemşirelerden Hemşirelere Çalışma Ortamı Ölçeği olan “Nurses to Nurses (N2N) Work Environment (WE) Instrument” Mays ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir. 2006 yılında Arizona Eyalet Üniversitesi Hemşirelik ve Sağlık İnovasyonu Koleji, N2N projesini oluşturmak için Abrazo Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi ile ortaklık kurmuştur. N2N proje araştırmacıları çalışma ortamını değerlendirmek için bir araç arayışlarının sonunda AACN standartlarını kapsayan bir araç geliştirmişlerdir. N2N WE ölçeği hastane ortamında çalışan doğrudan bakım hemşirelerinin çalışma ortamlarını değerlendirmelerini sağlar. Ölçekte hemşireler kendilerinin ve meslektaşlarının altı standardın her birini uygulamalarına dahil etme düzeylerini derecelendirir. Ölçek maddeleri, SÇO için doğrudan AACN standartlarına dayanmaktadır. İlk alt ölçek bireyin kendisinin çalışma ortamına katkısını ölçen 6 maddeden (madde 1-6), diğer alt ölçek iş arkadaşlarının çalışma ortamına katkısını ölçen 6 maddeden (madde 7-12) oluşur. Her

maddeyi yanıtlama A'dan F'ye kadar olan bir derecelendirme ölçeği kullanılır. A=ortalamanın oldukça üzerinde, B=ortalamanın üzerinde, C=ortalama, D=ortalamanın altında ve F=başarısız olma anlamına gelir. Ölçeği puanlamada maddelere verilen yanıtlar geleneksel dörtlü sistem kullanılarak yapılır. A=4 puan; B=3 puan, C=2 puan, D=1 puan ve F=0 puan olarak kodlanır. Ölçeğin 1-6. maddelerindeki puanların ortalaması alınarak bireyin kendi puanı, 7-12. maddelerindeki puanların ortalaması alınarak iş arkadaşlarının puanı hesaplanır. Ölçek 210 doğrudan bakım hemşiresine uygulanmıştır. 25 yönetici hemşire ve 32 yönetici karşılaştırma grubu olarak kullanılmıştır. Ölçek, demografik özellikler, KDU hakkındaki inançlar, KDU yapılması, hastanenin KDU'ya yönelik algılanan bağlılığı ve hemşirelik mesleğinde çalışmaya devam etme niyetini ölçen bir anket paketine eklenmiştir. Cronbach alfa, kendini değerlendirme alt ölçeği için 0.75 ve iş arkadaşlarını değerlendirme alt ölçeği için 0.89 olarak saptanmıştır. Yöneticiler, iş arkadaşlarını, doğrudan bakım hemşirelerinin puanlarından önemli ölçüde daha yüksek olarak değerlendirmiştir (p=0.03). Hemşirelikte kalmayı düşünen doğrudan bakım hemşireleri, kalmayı düşünmeyenlere göre iş arkadaşlarını anlamlı derecede daha yüksek olarak değerlendirmiştir (p=0.01). Ölçeğin çalışma ortamını değerlendirmek için uygulanabilir, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ölçeğin hastanelerde çalışma ortamının hemşire elde tutma ile ilişkisini değerlendirmede kullanılabileceği belirlenmiştir (Mays ve ark., 2011).

#### **2.1.6.5. Yönetici Hemşire Çalışma Ortamı Ölçeği**

Yönetici Hemşire Çalışma Ortamı Ölçeği (The Nurse Manager Practice Environment Scale) Warshawsky ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiştir. Yönetici hemşirelerin uygulama ortamlarını tanımlamak ve değerlendirmek için tasarlanmıştır. Ölçek 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 8 alt boyut şunlardır: hasta güvenliği alt boyutu (15 madde), kurum kültürü alt boyutu (4 madde), üretkenlik alt boyutu (6 madde), mali kaynaklar alt boyutu (4 madde), iş yükü alt boyutu (3 madde), yönetici hemşire-yönetici ilişkileri alt boyutu (6 madde), yönetici hemşire-hekim ilişkileri alt boyutu (3 madde), yönetici hemşire-birim personeli ilişkileri alt boyutu (3 madde). Ölçek, altılı Likert tipte olup her bir madde 1-6 puan arasında 1=kesinlikle katılmıyorum ve 6=kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Tüm maddeler olumlu olarak belirtilmiştir. Kesin bir orta nokta

(tarafsız seçim) olmayacak şekilde, 1-3 puan maddeye katılmama durumunu, 4-6 puan maddeye katılma durumunu gösterir. Birim liderliği deneyimine sahip üç lider hemşireden oluşan bir ekip tarafından 61 madde geliştirilmiştir. Alan tanımları ve öğeleri geliştirildikten sonra yedi içerik uzmanından oluşan panel, alanları, alan tanımlarını ve her bir öğeyi gözden geçirmiştir. Panel, her bir maddeyi dört puanlık bir ölçekte derecelendirmiştir. Tüm panel üyeleri tarafından 4 puan alamayan tüm maddeler, birincil araştırmacı tarafından düzeltilmiştir. Düzeltme yapılan maddeler tekrar incelenmek ve onaylanmak üzere panele gönderilmiştir. İkinci gözden geçirmeye dayanarak iki madde silinmiş ve diğer tüm gözden geçirilmiş maddeler onaylanmıştır. Nihai ölçek 11 alan ve 59 maddeden oluşmuştur. Açıklayıcı faktör analizi (exploratory factor analysis-EFA) sonucunda sekiz alt ölçek ve faktörlerin bir ila ikisine yüklenen 44 madde elde edilmiştir. Katılımcılar çalışma ortamlarını 6 üzerinden 3.92 ile 4.99 arasında değişen puanlarla nispeten olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Alt ölçeklerin ve ölçeğin her biri için ortalama puan (belirli bir alt ölçekteki bir maddenin iş performanslarını etkilediğini belirten katılımcıların ortalama yüzdesi), 82.5 (yetersiz bütçeli kaynaklar için) ile 95.3 (etkili yönetici hemşire-birim personeli ilişkileri için) arasında değişmiştir. Cronbach alfa değeri 0.72 (yönetici hemşire-hekim ilişkileri için) ile 0.97 (her iki tüm ölçek için) arasındadır (Warshawsky ve ark, 2013).

Ölçek Tosun (2021) tarafından uyarlanmıştır. 44 maddelik ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri için ölçek 243 yönetici hemşireye uygulanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksinin (content validity index-CVI) 0.935 olduğu saptanmıştır. Kendall W katsayısı hesaplanmış ve uzman görüşleri arasında uyum olduğu bulunmuştur (Kendall's W=0.137, p=0.138). Yapı geçerliği, Kaiser-Meyer-Olkin Measure testi ile değerlendirilmiştir (0.947>0.05). Verilerin homojen ve CFA için uygun, Bartlett küresellik testine göre maddeler arasındaki korelasyonun yeterli olduğu belirlenmiştir ( $X^2=6784.629$ ;  $p<0.000$ ). Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için CFA yapılmış, maddelerin olduğu gibi ölçekte kalmasının uygun olduğu bulunmuş ve ölçeğin sekiz faktörlü yapısı iyi uyum sağlamıştır. Zamana göre değişmezliği değerlendirmek için ölçek örneklem grubuna dahil edilen katılımcılardan farklı 30 katılımcıya üç hafta aralıklarla iki kez uygulanmış ve test-tekrar test puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $t=1.019$ ,  $p>0.05$ ). Test-tekrar test puanları arasında

güçlü, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir ( $r=0.97$ ,  $p<0.01$ ). Cronbach alfa değerinin alt boyutlarda, iş yükü alt boyutunda en düşük ve hasta güvenliği alt boyutunda en yüksek olmak üzere 0.512-0.913 arasında, ölçek genelinde ise 0.961 olduğu belirlenmiştir. Madde-toplam puan korelasyonunun 0.49-0.80 arasında olduğu ve maddeler arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir ( $p<0.001$ ). Ölçekte hesaplanan toplam madde puan ortalaması  $4.88\pm 0.59$  olarak saptanmıştır (Tosun ve Yıldırım, 2021).

#### **2.1.6.6. Göreceli Ortam Değerlendirme Lensi İndikatörü**

Göreceli Ortam Değerlendirme Lensi İndikatörünün orijinali olan “Relative Environment Assessment Lens (REAL) Indicator” Hinsley ve arkadaşları (2016) tarafından AACN’nin SÇO standartlarından yararlanılarak geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, çalışma ortamının sağlığını değerlendirmek ve iyileştirme fırsatlarını belirlemektir. Ölçek, çevrenin etkisini anlamak, iyileştirme fırsatlarını belirlemek ve klinik bakım sunumunda mükemmelliği desteklemek için ekip çalışmasının ve disiplinler arası iş birliğinin önemini anlatan değerli bir araçtır. Günlük bir değerlendirme aracı olarak geliştirilmiştir. İlk olarak 2010 ve 2011’de kardiyak kateterizasyon laboratuvarında ve sonrasında 2013’te kardiyovasküler ameliyathanede çalışan personele uygulanmıştır. Çalışmalar 2015 yılında tamamlanmıştır. Ölçek daha sonra diğer hasta bakım alanlarına ve hastane bölümlerine yayılmıştır. Ölçeğin geliştirilmesinde görüş birliğine dayalı yöntem kullanılmıştır. Ölçek, iletişim, profesyonel davranış, düzenleme/programlama, sistem sorunu, iş birliği, saygı, destekleyici ortam, aile/hasta sorunları, uygun personel olmak üzere dokuz alandan oluşmaktadır. Görsel görüntülerle ilişkili altılı likert tipte sayısal bir ölçektir. Her görüntü, çalışma ortamındaki mutluluk, memnuniyet veya hayal kırıklığının bir tanımıyla ilişkilidir. En yüksek puan en olumlu deneyim ve görüntüye karşılık gelmektedir. Puanların anlamı şöyledir: 5=Harika bir gün, işe geldiğim için mutluyum, bir fark yarattığımı hissediyorum, 4=İyi bir gün, hoş etkileşimler, iş başarıyla tamamlandı, 3=Doyum sağlayıcı iş deneyimi, memnuniyet, kabul edilebilir, 2=Tolere edilebilir, işleri yapmak zor, değişen bir şey yok, 1=Hayal kırıklığına uğradım, tatile gereksinimim var, bunun için yataktan çıktığıma inanamıyorum, 0=Yeni bir iş arıyorum, buna katlanmak zorunda değilim, iş birliği yok, desteğim olmadığını hissediyorum. Sayısal değerler, zaman içindeki eğilimi izlemeyi sağlamaktadır. Ayrıca



ölçekte takdir edici sorgulama kavramları kullanılarak oluşturulan, personelin gününü neyin etkilediğine yönelik “Neler iyi gidiyor?” ve “Neler geliştirilebilir?” soruları yer almaktadır. Niteliksel geri bildirim, personelin olumlu bir iş deneyimi için belirli zorlukları ve çözümleri belirlemesine olanak tanıdığı için aracın değerli bir parçasıdır. Hem nicel hem de nitel veriler belirlenen zorluklara göre iyileştirme stratejilerini hedeflemek için çevre ve fırsatlar hakkında fikir verir. Nicel ve nitel her iki alanda da iletişim, ekip çalışması ve karşılıklı saygı olarak üç ortak tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar, AACN'nin altı standardı ile doğrudan uyumludur. Ölçek personele uygulanarak personelden geri bildirim alınmış ve ölçeğin görünüş geçerliliği sağlanmıştır (Hinsley ve ark., 2016).

## **2.2. Ölçme Aracı Uyarlama**

Bir ölçme aracının Türkçeye uyarlanmasında psikolinguistik ve psikometrik özellikler (geçerlik ve güvenilirlik) incelenir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Polit ve Beck, 2016).

### **2.2.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması**

Farklı bir dilde yazılan ölçme araçlarının ilgili dile uyarlanmasında orijinal ölçme aracı için kullanım izni alınması sonrasında çevirinin yapılması ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erdoğan ve ark., 2020).

#### **2.2.1.1. Orijinal Ölçme Aracının Kullanım İzninin Alınması**

Ölçme aracı uyarlama ile ilgili çalışmalarda ilk adım yazılı iletişim kurularak orijinal ölçme aracının kullanım izninin alınmasıdır (Erdoğan ve ark., 2020).

#### **2.2.1.2. Çevirinin Yapılması**

Bir aracın diğer bir dile çevrilmesi, o aracın özelliklerini değiştirir. Bu değişimin nedeni, kavramlaştırma ve anlatımdaki farklılıklardır. Bir ölçme aracı başka bir dile çevrilirken farklılıkların azaltılması için ölçme aracı maddelerinin değerlendirilmesi ve gerekli dönüştürmelerin sağlanması gerekmektedir. Çevirinin başarısı, çevirmenin bilgisine ve deneyimine bağlıdır. Çevirmen, her iki dil ve kültür ile birlikte araştırma metodolojisini de iyi bilmelidir. Ölçme aracı çevirisinde kullanılan yöntemlerden biri geri çeviridir. Bu yöntem en az iki tane bağımsız çevirmen gerektirir. Bu yöntemde birinci çevirmen orijinal ölçme aracını hedef dile çevirir. İkinci çevirmen ise hedef dile çevrilen ölçme aracını tekrar orijinal diline

çevirir. Sonrasında iki çevirmen görüşlerini paylaşmak üzere bir araya gelir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erdoğan ve ark., 2020).

### **2.2.1.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması**

Ölçme aracı uyarlama çalışmalarında kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması da önemlidir. Ölçek çevirisinde iki eş değerlik üzerinde durulur: dilde eşdeğerlik ve kavramda eşdeğerlik. Dilde eşdeğerlik form üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan aynen çeviriyi, kavramda eşdeğerlik ise aynı anlamı verecek kültüre uygun olacak şekilde farklı kelime ve cümlelerle anlatılmasıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erdoğan ve ark., 2020).

### **2.2.2. Pilot Uygulama**

Ölçek geliştirme veya uyarlama çalışmaları yapılırken, ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için örneklem ile benzer özellikleri olan bir gruba pilot uygulama yapılmalıdır (Akgül, 2021; Seçer, 2015). Pilot uygulama ile oluşturulan madde havuzu, gerçek koşullarda ve gerçek örnekleme değerlendirilir. Pilot uygulama, ölçülmesi istenen özelliğin, gerçeğe en yakın olan yapısını sağlamak için gerekli verileri toplamayı ve analiz etmeyi amaçlar (Seçer, 2015). Çalışma için belirlenen hedef kitleye benzer özellikler taşıyan bir gruba uygulanmalıdır (Evcı ve Aylar, 2017). Örneklemin olabildiğince tesadüfi örnekleme yöntemleriyle belirlenmesine ve hedef kitleyi yaş, cinsiyet gibi birçok yönüyle temsil etmesine özen gösterilmelidir (Seçer, 2015). Literatürde pilot uygulamanın kaç katılımcıya uygulanması gerektiği konusunda farklı görüşler vardır. Ölçme aracında yer alan madde sayısı 30'dan az ise 50 denekten oluşan bir örneklem büyüklüğü yeterli olabilir (Seçer, 2015). Hedef kitlenin yaklaşık olarak %5'i kadar olan küçük bir grup üzerinde uygulanabilir (Evcı ve Aylar, 2017). Örneklemin %10'nunu temsil eden sayıda katılımcıya uygulanması da önerilmektedir (Erdoğan ve ark., 2020). Uygulama sonucunda alınan yanıtlar ve geri bildirimler değerlendirilerek anlaşılmayan maddeler tekrar incelenmeli ve aracın son şekli verilmelidir (Erdoğan ve ark., 2020; Evcı ve Aylar, 2017).

### **2.2.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi**

Ölçme aracının psikometrik özellikleri, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını içerir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Polit ve Beck, 2016).

Geçerlik ve güvenirlik bir aracın bağımsız nitelikleri değildir. Güvenilir olmayan bir ölçüm aracı geçerli olamaz. Bir araç, tutarsız ve hatalıysa bir niteliği

geçerli bir şekilde ölçemez. Güvenilir olmayan bir araç, hedef değişkenin geçerli bir göstergesi olamayacak kadar çok hata içerir. Bununla birlikte bir araç geçerli olmadan güvenilir olabilir. Bu nedenle bir aracın yüksek güvenilirliği, geçerliğine dair hiçbir kanıt sağlamazken düşük güvenilirliği, düşük geçerliğinin kanıtıdır (Polit ve Beck, 2016).

### **2.2.3.1. Geçerlik Çalışması**

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği ölçebilme ölçüsü ve diğer özelliklere karıştırmadan ölçebilme derecesini gösterir (Bademci, 2019; Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015). Ölçme aracının, incelenen değişkenle ilgili bileşenleri kapsama ya da yansıtma derecesini belirtir. Geçerliğin yüksek olması için, ölçülmek istenen özelliğin gözlenebilir nitelikte değişkenlerle açıklanabilmesi gerekir. Doğrudan veya olgusal değişkenlerin ölçümünde kullanılan araçlarda geçerlik daha yüksek iken, dolaylı veya yargısal değişkenlerin ölçümünde kullanılan araçlarda geçerlik daha düşüktür (Erefe, 2004).

#### **2.2.3.1.1. Kapsam Geçerliği**

Kapsam geçerliği, ölçme aracını meydana getiren maddelerin ölçülmek istenen özellikleri yeterince temsil edebilmesidir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Seçer, 2015). Tüm olarak aracın ve araçta yer alan maddenin ayrı olarak amaca hizmet etme düzeyini göstermektedir (Ercan ve Kan, 2004). Aracın ölçülen yapının alanını yeterince kapsama ve yapı için uygun bir madde örneğine sahip olma düzeyi ile ilgilidir. Hem duyuşsal hem de bilişsel ölçümler için söz konusudur (Polit ve Beck, 2016). Bireyin ölçülmek istenen özelliğinin tüm farklı yönleri mümkün olduğu kadar ölçülebilmelidir. Ölçme aracını oluşturan maddelerin içeriği ve özelliği, ölçülmek istenen özelliği en az amaçlanan düzeyde temsil edebilmelidir. Bu da ölçme aracının kapsam geçerliğini gösterir (Seçer, 2015).

Kapsam geçerliğin sağlamada, öncelikle uzmanlardan oluşan bir grubun görüşünün alınması önerilir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015). Uzmanlar ilgili bilim dalında uzman olmalı ve ölçme aracı sorusu hazırlama tekniklerini bilmelidir (Erdoğan ve ark., 2020). Uzmanların seçiminde şu gibi kriterler kullanılabilir: klinik veya kişisel deneyim, hakemli dergilerde yayınlanmış makaleler veya konuyla ilgili devam eden bir araştırma programı. Uzmanlar, temel yapı ve hedef kitle hakkında bilgi sahibi olmalıdır. İlk gözden

geçirmeye, ölçek geliştirme konusunda uzmanların da dahil edilmesi istenir. Uzman grubunda roller (örneğin klinisyenler, öğretim elemanları, araştırmacılar) ve disiplinler açısından iyi bir karışım sağlanmalıdır. Araç geniş kullanım için tasarlanmışsa, dilde olası bölgesel farklılıklar nedeniyle, çeşitli bölgelerden uzmanların alınması avantajlı olabilir (Polit ve Beck, 2016). Literatürde uzman grubunun en az 3 (Erefe, 2004), 3-20 (Erdoğan ve ark., 2020) ya da 8-12 (Polit ve Beck, 2016) üyeden oluşması önerilmektedir.

Uzmanlardan oluşan grubun daha sistemli çalışabilmesi için bir form hazırlanarak komisyon üyelerine gönderilmesi önerilir (Seçer, 2015). Uzmanların işi, aracı geliştiren kişi tarafından oluşturulan yönergeleri kullanarak her bir maddeyi ve tüm aracı (ve herhangi bir alt boyutu) değerlendirmektir. Böyle bir değerlendirmede iki temel konu, tek tek maddelerin yapı açısından ilgili ve uygun olup olmadığı ve maddelerin yapının tüm boyutlarını yeterince ölçüp ölçmediğidir. Mümkünse uzmanlar tarafından iki kez gözden geçirme yapılması önerilir. İlki hatalı maddeleri düzeltmek, ayıklamak veya alanı yeterince kapsayacak şekilde yeni maddeler eklemek; ikincisi maddelerin ve aracın kapsam geçerliğini resmi olarak değerlendirmek için yapılmalıdır (Polit ve Beck, 2016). Uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılır (Erdoğan ve ark., 2020).

Uzman görüşlerinin toplanmasında Davis tekniğinin kullanılması önerilmektedir (Yurdugül, 2005). Davis (1992), içerik açısından geçerli ve iyi yapılandırılmış araç olasılığını en üst düzeye çıkarmak için bir uzman panelinin kullanılmasını önermiştir. Uzmanları seçmek ve aracın değerlendirilmesine katılımlarını en üst düzeye çıkarmak için kriterler oluşturmuştur (Davis, 1992). Maddelerin dil ve kültür eşdeğerliğini ile birlikte içerik geçerliğini sağlamak ve uzman görüşlerini uygun şekilde değerlendirmek için **CVI** kullanılır. Uzmanlar tarafından her bir madde 1-4 arasında puanlanarak değerlendirilir. Bu değerlendirmede; 1=uygun değil, 2=madde uygun şekle getirilmeli (majör düzeltme), 3=uygun ancak küçük değişiklik gerekli (minör düzeltme) ve 4=çok uygun anlamındadır. Araştırmacı tarafından her uzmanın her bir madde için verdiği puanlar değerlendirilir; 1 ve 2 puan alan maddeler çıkarılır veya tekrar düzenlenir. Her bir madde için CVI, 3 veya 4 puan veren uzmanların sayısının uzman sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Uzmanların maddelerin %80'nini 3 ile 4 puan olarak değerlendirmesi CVI değerinin 0.80 olduğunu

belirtir. CVI için kriter değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir. Diğer bir ifade ile her madde için en düşük CVI değerinin 0.80 olması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2016; Yurdugül, 2005). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında, CVI değeri 0.80 olarak kabul edildiğinde, uzmanlar arasında %97 oranında görüş birliği olduğu sonucuna varılır (Grant ve Davis, 1997). Bir ölçeğin mükemmel kapsam geçerliğine sahip olduğuna karar verilmesi için madde CVI değerlerinin 0.78 veya daha yüksek olması ve tüm ölçek CVI değerinin 0.90 veya daha yüksek olması önerilir (Polit ve Beck, 2016).

Kapsam geçerliğinde maddelerin uygunluğu hakkında uzman görüşlerinin uyumunun değerlendirilmesi için **Kendall'in uyum katsayısı (Kendall's coefficient of concordance-Kendall's W)** hesaplanır. Bu analizinde p değerinin anlamsız olması ( $p>0.05$ ) uzman görüşleri arasında uyum olduğunu, anlamlı olması ( $p<0.05$ ) ise uyum olmadığını ifade eder (Alpar, 2018).

#### **2.2.3.1.2. Ölçüt Bağımlı Geçerlik**

Ölçüt bağımlı geçerlik ile geçerliği sınanan ölçme aracı puanının, geçerliği sınanmış bir ölçme araçları ile veya ölçülen kavramı ölçen ve bilinen bazı dış ölçütler ile ilişkisi değerlendirilir (Erdoğan ve ark., 2020). Ölçme aracı uygun bir ölçüt ile karşılaştırarak araca ilişkin ek kanıtlar toplanır. Bu durum ölçüt olarak alınacak olan diğer aracın geçerli ve güvenilir olmasını gerektirir. Ölçüt olarak alınan ölçme aracı aynı veya benzer bir özelliği ölçen bir araç olmalıdır. Uyarlanan ölçme aracından elde edilen bulgular ile ölçüt olarak alınan araçtan elde edilen bulgular arasında anlamlı ilişkiler bulunmalıdır (Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015).

##### **2.2.3.1.2.1. Eş Zaman Geçerliği**

Eş zaman geçerliği, ölçüt bağımlı geçerlik yöntemlerinden biri olup aynı kavramın, iki farklı ölçümünün, aynı zaman noktasında karşılaştırılmasını sağlar (Erefe, 2004). Bir aracın mevcut bir kriterde farklılık gösteren bireyleri ayırt etme yeteneğini yansıtır (Polit ve Beck, 2016). Bu yöntemde uyarlanan ölçme aracı ile daha önce aynı amaca yönelik geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı arasındaki uyum incelenir (Erdoğan ve ark., 2020; Seçer, 2015). İki ölçme aracı aynı gruba uygulanarak elde edilen puanların **korelasyon katsayısı** hesaplanır. Korelasyon katsayısının yüksek olması istenir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004).

### 2.2.3.1.2.2. Yordama Kestirim Geçerliği

Bu yöntemde ölçme aracıyla yapılan ölçme ile ölçülmesi hedeflenen kavramın gerçek yaşamdaki yansımaları arasında karşılaştırma yapılır. Araçtan elde edilen puan, yordayıcı puan şeklinde tanımlanır. Bu puan ile aracın ölçtüğü kavrama yönelik gelecekte ortaya çıkabilecek durumlar ile ilgili değerler (dış ölçüt) arasındaki korelasyon katsayısı saptanır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu geçerlik yöntemi, geliştirilmiş olan aracın, bireylerin başarımlarını veya davranışlarını ileriye dönük bir ölçüte göre ayırt edebilme yeterliliğini gösterir (Erefe, 2004).

### 2.2.3.1.3. Yapı Geçerliği

Ölçülmek istenilen kavram, özellik ya da yapının ne derecede doğru ölçülebildiğini gösterir (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015). Soyut özelliklerin doğrudan ölçülememesi ölçme aracının gerçekten ölçmek istediği özelliği ölçüp ölçemedi sorusunu gündeme getirir (Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015). Yapı geçerliği, bir yandan aracın ölçtüğü özellikleri, diğer yandan da bireylerin bu araçtan aldıkları puanların ne anlama geldiğini belirleme sürecidir (Erefe, 2004; Seçer, 2015).

### 2.2.3.1.3.1. Faktör Analizi

Bu analizde, birbiriyle ilişkili olan çok sayıda değişken bir araya getirilerek kavramsal açıdan anlamlı ve daha az sayıda olan yeni değişkenleri bulmak amaçlanır (Seçer, 2015). Faktör analizi, ilgili değişken kümelerini, bir başka ifadeyle geniş bir yapının altında yatan boyutları tanımlamaya yöneliktir. Her boyut veya faktör, nispeten üniter bir niteliği temsil eder. İşlem, altta yatan bir özelliği ölçen farklı öğeleri tanımlamak ve gruplandırmak için kullanılır (Polit ve Beck, 2016). Alınan bilgilerin altında yatan teorik yapıları ve bu yapıların özgün değerleri yansıtmaya derecesini belirler. Ölçme aracının bütünlüğünü test ederken ölçülecek konunun ilişkili olmayan değişkenlerden arındırılmasına katkı verir. Kendi aralarında ilişkili olan maddeler aynı faktör altında toplanır (Erdoğan ve ark., 2020).

**CFA** başka bir dilden Türkçeye ölçme aracı uyarlama çalışmalarında yapılır. Belirlenen faktörler doğrulanır (Erdoğan ve ark., 2020).

Bu analizle sıralanan uyum iyiliği istatistiklerinin istendik düzeyde olması beklenir. Sınanan modele kabul edilebilir denilebilmesi için **ki-kare değerinin** anlamlı çıkmaması beklense de genellikle anlamlı çıkmaktadır. Ki-kare değerinin

değerlendirilmesinde, ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür. Bu değer 2'ye eşit veya 2'den küçük ise modelin iyi bir uyum iyiliğine sahip olduğu, 5'e eşit veya 5'ten küçük ise modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliği olduğu düşünülür. **Yaklaşık hataların ortalama karekökünün (root mean square error of approximation-RMSEA)** 0.08'e eşit veya küçük olması ve p değerinin 0.05'ten küçük olması uyumun iyi olduğunu, buna karşılık 0.10'a eşit veya küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu belirtir. **Standardize ortalama hataların karekökü (standardized root meansquare residual-SRMR)** 0.10'dan küçük ise uyumun olduğu sonucuna varılır. **Karşılaştırmalı uyum iyiliğinin (comperative fit index-CFI)** 0.90'a eşit veya büyük olması uyumun olduğunu gösterir. **Uyum iyiliği indeksinin (goodnessof fit index-GFI)** ve **ayarlanmış uyum iyiliği indeksinin (adjusted googness of fit index-AGFI)** 0.90'a eşit veya büyük olması uyumun olduğunu gösterir. **Normlandırılmamış uyum indeksi (Non-normed fit index-NNFI)** değerinin 0.90'a eşit veya büyük olması uyumun olduğunu ifade eder (Erdoğan ve ark., 2020). Maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için **Kritik oran (critical ration-CR)** istatistikleri uygulanır. Faktör yük değerlerinin 0.30'un üzerinde hesaplanması durumunda maddelerin yapı için uygun olduğu ve yapının doğrulandığı düşünülür (Ural ve Kılıç, 2021).

#### **2.2.3.1.3.2. Zıt veya Bilinen Grup ile Karşılaştırma**

Bu yapı geçerliği yönteminde geliştirilen araç ölçülmek istenen özellik açısından birbirine benzemeyen iki farklı gruba uygulanır. Elde edilen sonuçlar karşılaştırılır. Özelliği bilinen grup ve özelliği bilinmeyen grup arasındaki farklılık, t-testi veya varyans analizi ile değerlendirilerek gösterilebilir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004).

#### **2.2.3.1.3.3. Hipotez Sınaması/Mantıksal Analiz**

Bu yöntemde uygulanan testten alınacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. İlgili kaynaklar veya gözlemlerden yola çıkılarak, önceden ilişkili olacakları varsayılan ilişkilerin yönü ve düzeyi korelasyon analizi kullanılarak test edilir (Erdoğan ve ark., 2020).

#### **2.2.3.1.3.4. Çok Değişkenli-Çok Yöntemli Matris Yaklaşımı**

Bir aracın ölçüm sonuçlarının aynı veya farklı yapılarıdaki diğer araçlarla olan ilişkisini inceleyen yapı geçerliği yöntemidir. Testin, kendine benzeyen değişkenlerle

de ilişki göstermemesi ya da anlamsız ilişki göstermesi beklenir (Erdoğan ve ark., 2020).

Bu yöntemde yakınlaşım, bir yapının değişik yöntemlerle ölçülerek benzer sonuçlar elde edilebilmesidir. Buna karşılık ayrılım, ölçülen yapının ona benzer başka yapılardan ayırt edilebilme yeteneğini ifade eder (Erefe, 2004).

#### **2.2.3.1.4. Ölçek Tepki Yanlılığı**

Ölçek tepki yanlılığı **Hotelling T<sup>2</sup> testi (Hotelling's T-squared test)** ile değerlendirilir. Bu test, madde ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığını belirler. Test sonucundaki farklı anlamlar şunlardır: 1) Madde ortalamaları önemli düzeyde farklı ise ölçekteki maddeler farklı alt boyutlara yönelik eğilim, tutum ve davranışı ölçer. 2) Ölçek iki veya daha fazla alt boyutlu bir fenomeni ölçer. 3) Maddeler denekler tarafından farklı bir yaklaşım ile algılanır; fenomen bireyler arasında heterojen bir eğilime sahiptir; rastgele seçilen örneklem toplumdaki fenomen ile ilgili farklı yargı, eğilim ve tutumları belirten bireylerden meydana gelir. Bu anlamların ileri testler ile doğrulanamaması durumunda, kullanılan dil ve ifadenin uygun olmadığı, maddelerinin katılımcılar tarafından aynı şekilde anlaşılmadığı sonucuna gidilir (Özdamar, 2016).

#### **2.2.3.2. Güvenirlik Çalışması**

Güvenirlik, ölçme aracından elde edilen sonuçların kararlılık göstermesi olarak tanımlanabilir (Erefe, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2015). Ölçme aracının hatalardan arınık olma derecesidir (Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2018; Seçer, 2015). Güvenirlik analizi, araçta bulunan ifadelerin kendi aralarındaki tutarlılığı ve tüm ifadelerin aynı konuyu ölçme durumunu belirlemek amacıyla uygulanır. Testlerin ve bunların sonuçlarının güvenilir olması, ölçümlerin güvenilir olmasına bağlıdır (Ural ve Kılıç, 2021). Değişmezliği, yeterliliği, eşdeğerliliği, tutarlılığı, kararlılığı ve doğruluğu, güvenilirlik sağlamaktadır. Ölçme aracında değişmezlik ve tutarlılık, aracın tekrarlanan ölçümlerinde benzer sonuçlar elde etme yeteneğidir. Doğruluk ise gerçek ölçüm değerini ortaya çıkarma yeteneğidir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2018).

##### **2.2.3.2.1. Değişmezlik**

Ölçme aracının, zamana göre değişiklik göstermeden her uygulamada tutarlı sonuçlar verebilme yeteneğidir (Erdoğan ve ark., 2020).



### 2.2.3.2.1.1. Test-Tekrar Test Yöntemi

Test-tekrar test ölçeğin değişmez/kararlı olup olmadığını göstermektedir. Değişmezlik, test-tekrar test yöntemi ile sağlanabilir (Erdoğan ve ark., 2020; Gözüm ve Aksayan 2003, Polit ve Beck 2018; Ural ve Kılıç, 2021). Bu yöntemde ölçme aracı örneklem grubuna bir kez uygulandıktan sonra bir kez daha uygulanır. Deneklerin iki uygulamada işaretledikleri ölçme aracı formlarının eşleştirilmesi gerekmektedir. Bu yöntem aralıklı veya aralıksız olarak uygulanmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020).

**Aralıklı yöntemde** ölçme aracı aynı gruba, iki kez, iki hafta, iki ay gibi belirli bir aralıkla uygulanır (Erdoğan ve ark., 2020). Literatürde birinci değerlendirme ile ikinci değerlendirme arasında en az iki hafta, en fazla altı hafta olması gerektiği belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003, Polit ve Beck, 2018). Test en az 30 kişiyle yapılmalıdır (Tavşancıl, 2019). İki uygulama puanları arasında **Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi ile korelasyon katsayısı** hesaplanır. Hesaplanan r değeri güvenilirlik derecesini saptar. Bu değer 1'e yaklaşması ve ayrıca en az 0.70'in üzerinde olması istenir (Erdoğan ve ark., 2020). Ayrıca Spearman sıralama (rank) korelasyonu da hesaplanabilir (Erefe, 2004).

Aralıksız yöntemde ölçme aracı bir gruba aralıksız olarak veya kısa bir aradan sonra uygulanır. Ara olmadığı ya da kısa olduğu için ölçme aracının uygulandığı grubun verdiği yanıtı hatırlama olasılığı vardır. Bu nedenle iki uygulamada bulunan korelasyon katsayısı gerçeği yansıtmıyor olabilir. Ancak gruba bir süre sonra tekrar ulaşılma olasılığı bulunmuyorsa bu yöntemin tercih edilmesi gerekebilir (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2018).

### 2.2.3.2.1.2. Paralel Form Güvenirliği

Eşdeğer veya alternatif form güvenirligi şeklinde de adlandırılır. Uygulanabilmesi için aynı ölçeğe ait iki form bulunmalıdır. Aynı bireylere ayrı oturumlarda uygulanması yönünden test-tekrar test yöntemi ile benzerlik gösterir. Farklılığı ise, ikinci oturumda aynı ölçek yerine paralel formun kullanılmasıdır. Pek çok ölçeğin paralel formu olmadığı için araştırmacı tarafından oluşturulur. Kullanılan ölçekler benzer amaçla hazırlanmış olan benzer maddeleri kapsar. Ancak aynı anlama gelen farklı kelimeler kullanılır. Araştırmacının kullandığı testin güçlü olduğunu kanıtlamak istediği durumlarda tercih edilir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2018).

### **2.2.3.2.2. Bağımsız Gözlemciler Arası/İçi Uyum**

Bağımsız ölçümler arasında eşitlik arandığı durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde, veriler gözleme dayalı olarak toplanır. Birden çok gözlemci, önceden eğitim alarak ve birbirinden bağımsız şekilde, aynı durumda, aynı ölçüm aracını kullanarak, aynı zamanda ölçüm yapar (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2018). Bağımsız gözlemciler arası uyumu değerlendirmede, korelasyon, Cronbach alfa katsayısı, t testi, ikiden fazla sayıya gözlemcinin bulunduğu durumlarda özel varyans çözümlerinden yararlanır. Şansa bağlı tutarlılığın etkisini azaltmak amacıyla Kappa istatistiğinden yararlanır (Erdoğan ve ark., 2020). Korelasyon yöntemi olarak Kendall W uyum katsayısı hesaplanır (Erefe, 2004).

Gözlemciler içi uyum güvenilirliği, yalnızca bir gözlemcinin olduğu ve bu gözlemcinin aynı durumu, aynı aracı kullanarak, farklı zamanlarda gözleyip değerlendirdiği yöntemdir. Burada tek gözlemcinin yaptığı gözlemler arasındaki uyum incelenir. Genellikle gözlenecek durum veya davranış videoya kaydedilir. Sonrasında gözlemci bu kaydı izler ve gözlemlerini yazılı hale getirir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2018).

### **2.2.3.2.3. İç Tutarlılık**

İç tutarlılık, aracın bağımsız birimlerden oluştuğunu, bu bağımsız birimlerin bir bütün içinde, birbirine eşit ve bilinen ağırlıklara sahip olduğunu varsayar. Bu nedenle aracın benzeşikliği (homojenliği) olarak da ifade edilir (Erefe, 2004). Ölçme aracının tüm yönlerinin ilgilenilen değişkeni ölçme yeteneğine sahip olma derecesini belirler. Ölçme aracının iç tutarlılığa sahip olması, ölçme aracının tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanmasını gerektirir. Bu yöntem ile aynı özelliği ölçen maddeler ayıklanır (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014; Polit ve Beck 2016; Tavşancıl, 2019).

### **2.2.3.2.3.1. Yarıya Bölme Yöntemi**

Yarıya bölme bir başka deyişle ikiye bölme (split-half) yöntemi ölçme aracının iki yarı parçaya bölünüp bir puan elde edilebildiği durumlarda kullanılan bir yöntemdir (Erefe, 2004; Ural ve Kılıç, 2021). Yöntem eğer ilgili ölçüm aracı güvenilir ise örneklemin her iki yarısından aldığı puanların benzer olmasına dayanmaktadır (Ural ve Kılıç, 2021). Bu yöntemde ölçme aracı örnekleme bir kez uygulanarak puanlama öncesinde iki yarı bölüme ayrılır. Bu ayırma; maddeler, ilk yarı ve ikinci yarı veya tek

numaralılar ve çift numaralılar şeklinde bölünerek yapılır. Ölçme aracının iki yarısı farklı araçlar olarak kabul edilir. Bunların puanları arasındaki **korelasyon** hesaplanır (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004). İki ayrı madde grubu arasındaki korelasyon yüksek ise, aracın tümünün birbiri ile yakından ilişkisi olan maddelerden oluştuğu düşünülür. Bu durumda aracın iç tutarlılığı olduğu sonucuna varılır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu yöntemde hesaplamalar, sistematik (dizgesel) olarak tüm ölçek değerinin altında bir kestirim yapmaya eğilim gösterir. Uzun ölçeklerde, kısa ölçeklere göre güvenilirlik daha yüksektir (Erefe, 2004).

#### **2.2.3.2.3.2. Cronbach Alfa Katsayısı**

**Cronbach alfa katsayısı**, ölçme aracının her bir maddesinin kendi içinde aynı özelliği ölçtüğünü belirler. Bu yöntemin kullanılabilmesi için maddelerin ikiden fazla seçenekle puanlanması ve madde yanıtlarının süreklilik göstermesi gerekir (Erdoğan ve ark., 2020). Güvenirlik analizinde, Cronbach alfa katsayısı 0-1 arasında değişen şekilde değerlendirilir. Ölçeğin, katsayı 0.00-0.40 arasında ise güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük düzeyde güvenilir olduğu, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir olduğu ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek düzeyde güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilir (Tavşancıl, 2019). Aracın güvenilir kabul edilebilmesi için katsayının 0.70'in üzerinde olması önerilmektedir (Bayram, 2017). Katsayının 1.00 olması, araçtaki tüm maddelerin her birinin tek bir özelliği ölçtüğü anlamını taşır. Buna bağlı olarak 1.00'dan daha düşük bulunan bir katsayı (0.80 ya da 0.90) yapı içindeki daha ince ayrımların yansıtıldığını ifade eder (Erefe, 2004).

Tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı çok yüksekse alfaya önemli bir katkı sağlamayan öğeleri silerek fazlalığı ortadan kaldırmak ihtiyatlı olabilir. Bazen hatalı bir ögenin çıkarılması Cronbach alfayı artırır. Güvenirlikte çok az bir azalma, bazen yanıtlayan yükünü azaltmanın yararına değer. Ölçek geliştiriciler, kısalık ve güvenilirlik arasındaki dengeyi düşünmelidir. Akılda tutulması gereken bir nokta, güvenilirliğin bir örnekleme şans faktörlerinden yararlanma eğiliminde olduğu ve yeni bir örnekleme genellikle daha düşük olacaktır. Bu nedenle en düşük düzeyde kabul edilebilir olduğu düşünülen biraz daha yüksek güvenilirlikler hedeflenmelidir. Böylece Cronbach alfa bozulsa da yeterli olur. Bu, özellikle örneklem küçükse uygulanmalıdır (Polit ve Beck, 2016).

### 2.2.3.2.3.3. Madde-Toplam Puan Ölçek Güvenirliği

Madde-toplam puan ölçek güvenirliği, bir başka ifade ile **madde-toplam korelasyonu (item total correlation)** veya Cohen kappa katsayısı (Cohen's kappa coefficient) ile aracın tümünün ölçüm değeri ile maddelerin her biri veya araçtaki her bir madde ile diğer maddeler arasında ilişki kurulur ve aracın rastlantısal olarak gösterdiği uyum oranını saptamak amaçlanır (Erefe, 2004). Ölçme aracının her maddesinin güvenirliği konusunda bilgi sağlar. Hangi maddenin uygun olduğunu ya da değiştirilmesi gerektiğini gösterir. Her maddenin varyansı ve toplam puan varyansı arasındaki ilişki incelenir. Her maddenin r değeri hesaplanır. Bir madde eşit ağırlıkta ve bağımsız madde şeklinde ise, o maddenin ölçüm aracındaki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğü düşünülür. Madde-toplam korelasyon katsayısının 0.50'den büyük veya 0.30'dan büyük olması gerekir (Çapık ve ark., 2018; Erdoğan ve ark., 2020; Tavşancıl, 2019). Madde-toplam test korelasyonunun yeterli olduğunun söylenebilmesi için gerekli en düşük değeri 0.30'dur. Madde korelasyonları incelenmeli ve ölçek maddelerinden 0.30'un altında kalan maddeler analiz dışında bırakılmalıdır (Ural ve Kılıç, 2021). Bu yöntem daha fazla yeni bir araç geliştirmede kullanılır. Aracın güvenirliğinin artırılması için düşük ilişki katsayısı olan maddeler ayıklanır (Erefe, 2004).

### 2.2.3.2.3.4. Kuder-Richardson (KR) 20 Güvenirlik Katsayısı

Bu güvenirlik yönteminin uygulanabilmesi için değişkenlerin iki seçenekli olması gerekir. Ölçüm maddelerinin yalnızca tek bir yapıyı ölçüyor olması varsayımına dayanır. Maddelerin içeriklerinin benzer olması gerekir. Az sayıda (10-15) maddeden oluşan bilgi testleri için uygundur. Testteki madde sayısı artıkça güvenirlik de arttığı için bilgi testlerinde, konu veya bölüm ile ilgili en az 10 sorunun sorulması istenir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck 2016).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, metodolojik türde bir araştırmadır (Erdoğan ve ark., 2020).

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Hastanesinde (Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi) yapılmıştır. Araştırma, hastanenin yetişkin YBÜ'leri olan; anestezi ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahi, gastroenteroloji, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, kalp ve damar cerrahisi, kardiyoloji ve üroloji anabilim dalı YBÜ'lerinde yürütülmüştür.

Araştırma, Temmuz 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Hastanesinde belirtilen anabilim dallarının yetişkin YBÜ'lerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme, Ege Üniversitesi Hastanesinde belirtilen anabilim dallarının yetişkin YBÜ'lerinde çalışan ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hemşirelerden oluşmuştur.

##### 3.3.1. Örneklem Alınma ve Dışlanma Ölçütleri

Örneklem alınma ölçütleri şunlardır:

- Araştırmaya gönüllü olarak katılması
- YBÜ'de en az 3 aydır çalışıyor olması

Örneklemden dışlanma ölçütleri şunlardır:

- Yönetici hemşire (sorumlusu hemşire, süpervizör hemşire) olması
- YBÜ'de geçici süre destek hemşire olarak çalışıyor olması

##### 3.3.2. Örneklem Büyüklüğü

Literatürde geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının örneklem büyüklüğünün ölçme aracındaki madde sayısının 5-10 katı (Karaçam, 2019) veya 200-300 aralığında (Boateng ve ark., 2018) olması gerektiği belirtilmektedir. Psikometrik yapıyı ortaya çıkarmak için örneklemin 200'den az olmasının yeterli olmayabileceği, 500 ve üzeri kişiden oluşmasının ideal olduğu belirtilmektedir (Çapık ve ark., 2018).

Mevcut hemşire sayıları YBÜ'ye göre; anestezi ve reanimasyon 67, beyin ve sinir cerrahi 45, gastroenteroloji 32, genel cerrahi 30, göğüs cerrahisi 29, göğüs hastalıkları 35, iç hastalıkları 18, kadın hastalıkları ve doğum 13, kalp ve damar

cerrahisi 38, kardiyoloji 26 ve üroloji 27 olmak üzere toplam 360'dır. Araştırmada toplam 290 hemşireye (%80.55) ulaşılmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri toplanırken üç farklı form kullanılmıştır. Bunlar, Hemşire Bilgi Formu, HWEAT ve Hİİ-HÇODÖ'dür.

#### **3.4.1. Hemşire Bilgi Formu**

Hemşire Bilgi Formu, hemşirelere ait sosyodemografik ve mesleki özellikleri ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır (Ek-1). Form araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilmiştir. Formda; yaş (Bayrakçı ve Türkmen, 2020; Page, 2004), cinsiyet (RNAO, 2011), eğitim durumu (Ma ve ark., 2015; Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015; Tambağ ve ark., 2015), meslekte çalışma süresi (Bitek ve Akyol, 2017; Boz ve Kol, 2020; Galley ve O'Riordan, 2003), kurumda çalışma süresi (Bitek ve Akyol, 2017; Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015), YBÜ'de çalışma süresi (Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015), çalıştığı YBÜ (Bitek ve Akyol, 2017), çalışma şekli (Tan ve ark., 2012) ve ortalama haftalık çalışma süresi (Boz ve Kol, 2020; Yılmaz ve Duygulu, 2019) ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Form toplam sekiz sorudan meydana gelmiştir.

#### **3.4.2. Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracı**

Bu araç, Türkçeye uyarlanan ve bu kapsamda geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan araçtır.

AACN 2009'da Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracını (Healthy Work Environment Assessment Tool-HWEAT) (Ek-2) geliştirmek için bir uzman paneli oluşturmuştur (AACN, 2022). HWEAT, herhangi bir kurumda veya bölümde kullanım için genelleştirilebilir bir araçtır. Belirli sorunları değil alanlarda yapılacak iyileştirmeleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Çalışma ortamını ekip içindeki ayrı ayrı gruplara göre değil standartlara göre değerlendirir. Belirli etmenleri sorumlu tutmak veya soyutlamak için tasarlanmamıştır. Araç puanı, sorunların temel nedenini belirlemeye ve çözmeye yardımcı olacak adımlar ve kaynaklar önerir (AACN, 2022). Araçta, nitelikli iletişim, gerçek iş birliği, etkili karar verme, uygun istihdam, anlamlı tanıma ve otantik liderlikten oluşan altı SÇO standardı, altı alt boyut olarak değerlendirilir (Huddleston ve Gray, 2016). Bunların tanımları şu şekildedir:

- Nitelikli iletişim: Hemşireler, klinik becerilerde olduğu kadar iletişim becerilerinde de yeterli olmalıdır.

- Gerçek iş birliği: Hemşireler, gerçek iş birliğini sürdürme ve geliştirme konusunda kararlı olmalıdır.
- Etkili karar verme: Hemşireler, klinik bakımı yönetme ve değerlendirme, kurumsal süreçlere liderlik etme ve politika oluşturmada değerli ve kararlı ortaklar olmalıdır.
- Uygun istihdam: İstihdam, hasta gereksinimleri ve hemşire yetkinlikleri arasında etkin bir eşleşme sağlamalıdır.
- Anlamlı tanıma: Hemşireler tanınmalı ve kurumun çalışmalarına getirdiği değer açısından diğerlerini de tanınmalıdır.
- Otantik liderlik: Lider hemşireler, SÇO'nun gerekliliğini tam olarak benimsemeli, SÇO'yu otantik bir şekilde yaşamalı ve SÇO'nun başarısına başkalarını da dahil etmelidir (AACN, 2005; AACN, 2016).

HWEAT 18 maddeden oluşur ve her alt boyut üç madde ile değerlendirilir. Nitelikli iletişim madde 1, 6, 14; gerçek iş birliği madde 2, 10, 16; etkili karar verme madde 7, 11, 16; uygun istihdam madde 3, 8, 12; anlamlı tanıma madde 4, 9, 17 ve otantik liderlik madde 5, 13, 18 ile değerlendirilir (Huddleston ve Gray, 2016).

Yanıtlayıcılardan beşli Likert tipindeki aracı (1=kesinlikle katılmıyorum ve 5=kesinlikle katılıyorum) kullanarak her bir ifadeye katılma veya katılmama düzeylerini belirtmeleri istenir. Ortalama puan, tüm aracın yanı sıra altı standardın her biri için hesaplanır. Genel puan şu şekilde yorumlanır: 4.00-5.00 “mükemmel”; 3.00-3.99 “iyi”; 1.00-2.99 “iyileştirme gerekiyor” (Connor ve ark., 2018). Aracın doldurulması 10 dakika sürmektedir (AACN, 2022).

HWEAT, klinik ortamlarda sınırlı geçerlik ve güvenilirlik testinden geçmiştir. Araç geliştirildikten sonra sorular ve alt boyutlar görünüm geçerliği açısından değerlendirilmiş ve 250 hemşireden oluşan iki gruba uygulanmıştır. Her iki örnekleme de güvenilirlik açısından test edilmiştir ve özdeş faktör yapıları ve 0.80 veya daha iyi Cronbach alfa değerleri ile iç tutarlılık göstermiştir (AACN, 2022).

Huddleston ve Gray (2016) tarafından akut bakım ortamında 28 lider hemşire ve 203 doğrudan bakım hemşiresi ile HWEAT'nin psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Öncelikle AACN ve Vital Smarts Şirketinden izin alınmıştır. Sonranda pilot çalışma yapılmıştır (Huddleston ve Gray, 2016).

Aracın görünüm geçerliği değerlendirilmiştir. Lider hemşireler, her bir alt boyuta maddeleri atamışlardır. Lider hemşireler 18 maddeden 13'ünü uygun kategorilere doğru bir şekilde yerleştirmişlerdir. Ancak 6, 13, 14, 15 ve 18. maddeler görünüm geçerliği göstermemiştir. Lider hemşireler uzman olarak görev yapmıştır. Kapsam geçerliğinde lider hemşirelerden oluşan uzmanlar her bir maddeye 1-4 arasında puan vererek değerlendirmişlerdir. Aracın CVI değeri 96.63 olarak bulunmuştur. Bu değer, aracın güçlü bir kapsam geçerliği olduğunu göstermiştir. Ölçüt bağımlı geçerlik incelenmiştir. Araştırmacılar, HWEAT'nin PES-NWI ile ilişkisine bakarak eş zaman geçerliğini değerlendirmişlerdir. Korelasyon katsayısı 0.57 (0.42-0.69) olarak bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Maddeler arasında güçlü ilişkili olduğu gösterilmiştir. Parametrik olmayan Spearman testi sonucu 0.39 ila 0.87 arasında bulunmuştur ( $p<0.05$ ). HWEAT, PES-NWI ile karşılaştırıldığında her iki puan da aşağı doğru bir yön izlediği için eş zaman geçerliğinin olduğu sonucuna varılmıştır. Temel bileşenler analizinde (principal component analysis-PCA) varimaks döndürme (varimax rotation) yöntemi kullanılmış ve oldukça basit bir yapı ortaya çıkarılmıştır. %61.12'lik kümülatif ortak varyansa sahip iki bileşen belirlenmiştir (Huddleston ve Gray, 2016).

Güvenirlilik çalışmasında, değişmezlik değerlendirilmiştir. Aracın zaman içinde kararlı olup olmadığını belirlemek için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Bir ay ara ile yapılan iki ölçüm arasındaki test-tekrar test değerlendirmesi, puanlarda anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuş ve aracın kararlı olduğunu göstermiştir. AACN ve Vital Smarts geliştiricileri tarafından yapılan ön testleri temel alan araştırmacılar HWEAT'nin yüksek iç tutarlılığını göstermiştir (Cronbach alfa=0.97). Pearson momentler çarpımı korelasyonu, değişkenler arasında pozitif bir korelasyon olduğunu, bu da maddeler arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir ( $r=0.583-0.789$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda aracın güçlü psikometrik özellikler gösterdiği belirlenmiştir (Huddleston ve Gray, 2016).

Connor ve arkadaşları (2018) tarafından HWEAT'nin bir çocuk hastanesinde profesyoneller arası kullanımını doğrulamak amaçlanarak bu araç uygulanmıştır. Proje, hastanenin kurumsal inceleme kurulu tarafından devam eden bir araştırmanın kalite değerlendirmesi olarak gözden geçirilmiş ve onaylanmıştır. Araç, hasta bakım birimi tarafından anket yazılımı kullanılarak web araştırması şeklinde uygulanmıştır.



Ankete katılanlar, ankete katılmaları için e-posta kullanılarak davet edilmiştir. Anket tüm sağlık ekibi üyelerine (hekimler, hemşireler ve ek üyeler) uygulanmıştır. Ek ekip üyeleri arasında sosyal hizmet uzmanları, terapistler, çocuk yaşamı uzmanları, klinik asistanlar, hasta servis ortakları ve yöneticiler yer almıştır. Orijinal davet gönderildikten üç hafta sonra anket, pozisyona göre (hekim, hemşire ve diğerleri) tabakalanmış ve 200 katılımcıdan oluşan rastgele bir örnekleme tekrar gönderilmiştir. İlk ankete 2.621 çalışanın 1.030'u yanıt vermiştir (yanıt oranı %39.3). Dokuz çalışan pozisyonu kategorisinden katılımcıların en büyük oranı hemşireler olmuştur (n=779; %75.6). Dokuz çalışma yerinden, tıbbi yataklı tedavi üniteleri, YBÜ'ler, cerrahi yataklı tedavi üniteleri ve kalp merkezi en yüksek katılımcı oranına sahiptir. İkinci uygulama araştırması için yanıt oranı %83.5'tir. İki anket arasında yanıt verenlerin özelliklerin hiçbirinde anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Connor ve ark., 2018).

Geçerlik çalışmasında, ölçüt bağımlı geçerlik değerlendirilmiştir. Eş zaman geçerliği yöntemi uygulanmıştır. HWEAT ile Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture-H-SOPS) arasındaki korelasyon hesaplanmıştır. Ölçeklerin alt boyutları ve maddeleri arasındaki orta ila güçlü korelasyonlar, ölçüt bağımlı geçerlik için kanıt sağlamıştır. Yapı geçerliğini değerlendirmek için CFA uygulanmıştır. Nitelikli iletişim (0.74, 0.82, 0.65), gerçek iş birliği (0.78, 0.73, 0.79), etkili karar verme (0.77, 0.78, 0.63), uygun istihdam (0.77, 0.82, 0.73), anlamlı tanıma (0.75, 0.78, 0.75), otantik liderlik (0.75, 0.79, 0.66) alt boyutlarında CFA değerlerinin istenilen düzeyde olduğu belirlenmiştir (Connor ve ark., 2018).

Aracın güvenilirlik çalışmasında, değişmezlik test-tekrar test yöntemi ile değerlendirilmiştir. Her bir alt boyuttaki sorular için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bunlar; nitelikli iletişimde 0.53-0.68, gerçek iş birliğinde 0.57-0.64, etkili karar vermede 0.57-0.67, uygun istihdamda 0.50-0.64, anlamlı tanımada 0.50-0.68, otantik liderlikte 0.60-0.62 olarak bulunmuştur. İç tutarlılık, Cronbach alfa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Alt boyutlardaki Cronbach alfa katsayısının; nitelikli iletişim için 0.77, gerçek iş birliği için 0.81, etkili karar vermede 0.77, uygun istihdam için 0.81, anlamlı tanıma için 0.80, otantik liderlik için 0.78 ve tüm araç için 0.77 olduğu saptanmıştır (Connor ve ark., 2018).

Aracın alt boyutları arasında Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Korelasyon katsayılarının 0.62 veya daha yüksek olduğu ve alt boyutların birbirleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Connor ve ark., 2018).

HWEAT'nin Türkçeye uyarlanma çalışması için aracı geliştiren AACN'den e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-3).

### **3.4.3. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği Hİİ-HÇODÖ (Ek-4) eş zaman geçerliğinde kullanılmıştır.**

Ölçeğin orijinali olan “Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)” Lake (2002) tarafından, daha önce iki grup araştırmacının geliştirdiği ölçekten türetilmiştir (Lake, 2002). İlk kez “Hemşirelik İş İndeksi (Nursing Work Index-NWI)” Kramer ve Hafner (1989) tarafından oluşturulmuştur. Bu indekste 65 madde yer almıştır (Kramer ve Hafner, 1989). Daha sonra “Revize Hemşirelik İş İndeksi (Revised Nursing Work Index- NWI-R) Aiken ve Patrician (2000) tarafından 57 madde olarak yenilenmiştir (Aiken ve Patrician, 2000). Son olarak Lake (2002) tarafından türetilen şekli 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 1) hastane işlerine hemşire katılımı, 2) bakım kalitesi için hemşirelik temelleri, 3) hemşire yönetici yeteneği, liderliği ve hemşirelerin desteği, 4) personel ve kaynak yeterliliği ve 5) hemşire-hekim ilişkileri olmak üzere beş alt boyut bulunmaktadır. Ölçek dörtlü Likert tipinde olup 4=kesinlikle katılmıyorum ve 1=kesinlikle katılıyorum şeklinde değerlendirilir. Ölçek puanlarını değerlendirmede kodlanan sayılar 5'ten çıkarılır ve dönüştürme işlemi yapılır. Böylece maddeler tersine puanlanır. Alt boyut puanlarının hesaplanmasında, alt boyutlarda bulunan tüm maddelerin puanları toplanır. Bulunan toplam puan, madde sayısına bölünür ve her bir alt boyutun puan ortalaması 1-4 arasında hesaplanır. Tüm ölçek puanının hesaplanması için ise beş alt boyutun ortalama puanları toplanarak 5'e bölünür. Ölçek ortalama puanı 1-4 arasında hesaplanır. Ölçekten alınan puanın artması iş ortamına ilişkin tutumun olumlu yönde arttığını gösterir. Cronbach alfa katsayısı alt boyutlar için sırası ile 0.83, 0.80, 0.84, 0.80 ve 0.71 ve tüm ölçek için 0.82 olarak bulunmuştur (Lake, 2002).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkmen ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek 31 maddeden ve beş alt boyuttan meydana gelmektedir. Bu alt boyutlar; hemşirelerin yönetime katılımı ve temsil gücü (madde 5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 28); kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları (madde 4, 14, 18,

19, 22, 25, 26, 29, 30, 31); yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri (madde 3, 7, 10, 13, 20); insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği (madde 1, 8, 9, 12); hekim-hemşire-meslektaş iletişimi (madde 2,16, 24) şeklindedir. Dörtlü likert tipinde olan ölçeğin maddeleri 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=katılıyorum, 4=kesinlikle katılıyorum şeklinde değerlendirilir. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça iş ortamını olumlu algulamaları artar. Ölçek maddelerinin kapsam geçerliği için altı hemşire öğretim üyesinden görüş alınarak CVI hesaplanmıştır. Tüm ölçek maddeleri için ortalama 0.82 olduğu bulunmuştur. Yapı geçerliği için CFA uygulanmıştır. İlk yapılan CFA’da, uyum iyiliği indeksi (goodness of fit index-GFI) istenilen düzeyde bulunmamıştır (GFI=0.83). Maddelerin hata varyansları arasında istatistik programında düzeltmelerden sonra GFI uyum değerinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır (GFI=0.85). Tüm maddelerin kendi boyutlarıyla olan faktör yüklerine denk düşen yol katsayılarının 0.50-0.90 olduğu saptanmıştır. Yapılan test-tekrar test puanları arasında fark olmadığı bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.78 olarak hesaplanmıştır. İç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı alt boyutlarda 0.80 ile 0.87 arasında, tüm ölçekte 0.94 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki 31 maddenin madde-toplam puan korelasyon güvenilirlik katsayısının 0.33 ile 0.69 arasında olduğu bulunmuştur. Maddeler aralarındaki ilişkinin pozitif yönde ve ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Türkmen ve ark., 2011).

Ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği Türkçeye uyarlayan Türkmen ve arkadaşlarından (2011) izin alınmıştır (Ek-5).

Ölçeğin bu araştırma için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve şöyle bulunmuştur: hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü alt boyutunda 0.647, kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları alt boyutunda 0.665, yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri alt boyutunda 0.694, insan gücü ve diğer kaynakların yeterliliği alt boyutunda 0.629, hekim-hemşire-meslektaş iletişimi alt boyutunda 0.632 ve tüm ölçekte 0.883.

### **3.5. Araştırmanın Planı ve Takvimi**

Araştırmanın kavramsal hazırlık aşaması Şubat 2020’de başlamıştır. Uygulama aşaması Temmuz 2022’de başlamıştır. Araştırma Şubat 2023 tarihinde sonuçları raporlama ile sonlanmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarını içeren araştırma planı ve takvimi Şekil 2’de gösterilmiştir.

Kavramsal Hazırlık: Şubat 2020-Şubat 2021

- Problemi tanımlama/araştırma konusunu belirleme
- Araştırma amacını ve sorularını belirleme
- Literatür tarama

Tasarım ve Planlama: Mart 2021- Nisan 2022

- Araştırma tasarımını seçme
- Evreni ve örnekleme tanımlama
- Veri toplama araçlarını belirleme
- Analiz yöntemlerini belirleme

Tez Önerisi: Mayıs 2022

- Tez önerisi alma

Etik Kurul Onayı: Mayıs 2022

- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alma

Kurum İzni: Haziran 2022

- Ege Üniversitesi Hastanesinden kurum izni alma

Uygulama: Temmuz-Ekim 2022

- Veri toplama
- Verileri analiz için hazırlama

Analiz: Kasım 2022

- Verileri analiz etme
- Sonuçları yorumlama

Sonuçları Raporlandırma: Aralık 2022-Şubat 2023

- Araştırma metnini yazma

**Şekil 2.** Araştırma planı ve takvimi.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmacı tarafından veri toplama araçları örnekleme alınan hemşirelere elden verilmiş ve hemşireler araçları doldurduktan hemen sonra geri toplanmıştır. Araştırmacı, örnekleme alınan tüm hemşirelere ulaşılabilme amacıyla farklı çalışma gün ve saatlerinde YBÜ'lere gitmiştir. Veri toplama araçlarının yaklaşık olarak 15 dakikada doldurulduğu görülmüştür.

### **3.7. Sağlıklı Çalışma Ortamı Değerlendirme Aracının Türkçeye UyarlanmasıAşamaları**

Aracın Türkçeye uyarlanması birkaç aşamada yapılmıştır. İlk aşama, psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlamasıdır. Daha sonra pilot uygulama yapılmıştır. Sonrasında psikometrik özelliklerin incelenmesi kapsamında geçerlik çalışması, güvenilirlik çalışması ve bunlar dışında kalan diğer çalışmalar yürütülmüştür.

#### **3.7.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması**

##### **3.7.1.1. Orijinal Ölçme Aracının Kullanım İzininin Alınması**

Bu araştırmada ilk olarak AACN'den aracın Türkçeye uyarlanabilmesi için izin alınmıştır (Ek-3). Ayrıca aracın kullanımı ve değerlendirilmesine yönelik bilgiler istenmiştir.

##### **3.7.1.2. Çevirinin Yapılması**

Geri çeviri yöntemi kullanılarak, her iki dili ve aynı zamanda kültürü ayrıca araştırma metodolojisini iyi bilen iki çevirmen tarafından, İngilizce araç Türkçeye, Türkçeye çevrilen araç tekrar İngilizceye çevrilmiştir.

##### **3.7.1.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması**

Aracın uyarlanmasında kültürlerarası özellikler değerlendirilmiştir.

#### **3.7.2. Pilot Uygulama**

Bu araştırmada araç, örneklem grubuna uygulanmadan önce, aynı kurumda çalışan ancak örnekleme dahil edilmeyen küçük bir gruba uygulanarak pilot uygulama yapılmıştır. Alınan yanıtlar doğrultusunda maddeler yeniden değerlendirilmiştir.

#### **3.7.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi**

##### **3.7.3.1. Geçerlik Çalışması**

Geçerlik çalışmasında; kapsam geçerliği, ölçüt bağımlı geçerlik ve yapı geçerliği değerlendirilmiştir. Ayrıca ölçek tepki yanlılığı incelenmiştir.

### **3.7.3.1.1. Kapsam Geçerliği**

Bu araştırmada ‘‘Uzman Görüşü Formu’’ oluşturulmuştur (Ek-6). Bu form, araçtaki maddelerin dil/ifade uygunluğu ve içerik/kapsam uygunluğunun değerlendirilmesini sağlamıştır. Görüş bildirmeyi onaylayan uzmanlara bu form, elektronik posta yoluyla iletilmiştir. Hemşirelik alanında uzman olan ve soru hazırlama tekniklerini bilen sekiz uzmandan görüş alınmıştır. Görüşü alınan uzmanların isimlerinin yer aldığı liste Ek-7’de sunulmuştur. Uzman görüşlerine göre araç yapılandırılmıştır. Uzman görüşlerinin toplanmasında Davis tekniği kullanılmıştır. Bu yönteme göre 1-4 arasında puanlama uygulanmıştır. Elde edilen görüşler sonucunda ölçüm aracının tüm maddelerine ilişkin CVI hesaplanmıştır. Uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesinde Kendall W uyum katsayısından yararlanılmıştır.

### **3.7.3.1.2. Ölçüt Bağımlı Geçerlik**

Ölçüt bağımlı geçerlik eş zaman geçerliği yöntemi ile incelenmiştir.

#### **3.7.3.1.2.1. Eş Zaman Geçerliği**

Bu araştırmada daha önce çalışma ortamını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Hİİ-HÇODÖ kullanılmıştır. İki lme aracı arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

### **3.7.3.1.3. Yapı Geçerliği**

Yapı geçerliği, faktör analizi ile değerlendirilmiştir.

#### **3.7.3.1.3.1. Faktör Analizi**

CFA ve uyum iyiliği istatistikleri yapılmıştır. Ayrıca kritik oran istatistikleri uygulanmıştır.

#### **3.7.3.1.4. Ölçek Tepki Yanlılığı**

Aracın tepki yanlılığı Hotelling T<sup>2</sup> testi ile analiz edilmiştir. Aracın tepki yanlılığında, her bir maddeye verilen yanıtların homojen olup olmadığı değerlendirilmiştir.

### **3.7.3.2. Güvenirlik alışması**

Güvenirlik alışması kapsamında, değişmezlik ve iç tutarlılık test edilmiştir.

#### **3.7.3.2.1. Değişmezlik**

Değişmezlikte test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

### **3.7.3.2.1.1. Test-Tekrar Test Yöntemi**

Literatürde önerildiği gibi bu araştırmada da güvenilirlik test-tekrar test yöntemi ile analiz edilmiştir. Araç örneklem grubuna iki hafta ara ile uygulanmıştır.

### **3.7.3.2.2. İç Tutarlılık**

#### **3.7.3.2.2.1. Yarıya Bölme Yöntemi**

İç tutarlılığı belirleme yöntemlerinden biri olan yarıya bölme yöntemi uygulanmıştır.

#### **3.7.3.2.2.2. Cronbach Alfa Katsayısı**

Bu araştırmada SÇODA'nın toplamı ve alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

#### **3.7.3.2.2.3. Madde-Toplam Puan Ölçek Güvenirliği**

Madde-toplam puan ölçek güvenliğinde SÇODA maddelerinin madde-toplam puan korelasyonları değerlendirilmiştir.

### **3.7.3.3. Diğer Çalışmalar**

#### **3.7.3.3.1. Madde Ayırıcılık Gücü İndeksi**

Bu araştırmada, madde ayırıcılık gücü indeksi hesaplanmıştır.

#### **3.7.3.3.2. Alt Boyutlar Arasındaki İlişki**

SÇODA'nın alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

#### **3.7.3.3.3. Madde Tanımlayıcı İstatistikleri**

Madde tanımlayıcı istatistikleri olarak aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve AMOS 21 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımında; numerik veriler ortalama ve standart sapma ile, kategorik veriler ise sayı ve yüzde ile açıklanmıştır. Veriler %95 güven aralığında,  $p<0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılacak istatistiksel yöntemler literatür doğrultusunda seçilmiştir (Akgül, 2021; Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Özdamar, 2016; Polit ve Beck, 2016; Polit ve Beck, 2018; Seçer, 2015; Tavşancıl, 2019; Ural ve Kılıç, 2021). Bu yöntemler Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Verilerin değerlendirilmesinde kullanılacak istatistiksel yontemler.



### **3.9. Araştırmanın Bütçesi**

Araştırmanın bütçesi bulunmamaktadır. Araştırma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir. Araştırmada herhangi bir hizmet alımı yapılmamıştır. Araştırmada herhangi bir ödeme yapılmamıştır.

### **3.10. Araştırma Etiği**

Araştırmada Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinde yer alan ilkelere uyulmuştur.

Araştırmanın uygulanmadan önce Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır (Ek-8). Yine araştırma uygulanmadan önce Ege Üniversitesi Hastanesinden kurum izni alınmıştır (Ek-9).

Aracın Türkçeye uyarlanabilmesi için aracı geliştiren AACN'den e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-3). Hİİ-HÇODÖ'nün kullanılabilmesi için ölçeği Türkçeye uyarlayan Türkmen ve arkadaşlarından e-posta ile izin alınmıştır (Ek-5).

Araştırmaya katılacak olan hemşirelerden Bilgilendirilmiş Olur Formu ile olur alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, Türkçeye uyarlanan SÇODA'nın psikolinguistik özellikler açısından uygunluğu (araştırma sorusu 1), geçerliği (araştırma sorusu 2) ve güvenilirliği (araştırma sorusu 3) değerlendirilmiştir. SÇODA'nın 6 faktör ve 15 maddeden oluştuğu, psikolinguistik özellikler açısından uygun, geçerli ve güvenilir bir araç olduğuna yönelik bulgular sunulmuştur (Ek-11).

### 4.1. Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlamasına İlişkin Bulgular

Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması aşamasında; orijinal ölçme aracının kullanım izninin alınmış, çeviri yapılmış ve kültürlerarası özellikler karşılaştırılmıştır.

#### 4.1.1. Orijinal Ölçme Aracının Kullanım İzninin Alınmasına İlişkin Bulgular

AACN'den aracın Türkçeye uyarlanabilmesi için izin alınmış ve kullanımını ve değerlendirilmesine yönelik bilgiler istenmiştir.

#### 4.1.2. Çevirinin Yapılmasına İlişkin Bulgular

İngilizce aracın Türkçeye çevrilmesi ve Türkçe aracın tekrar İngilizceye çevrilmesi iki çevirmen tarafından, geri çeviri yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

#### 4.1.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

SÇODA'nın Türkçeye uyarlanmasında kültürlerarası özellikler karşılaştırılmıştır.

### 4.2. Pilot Uygulamaya İlişkin Bulgular

Pilot uygulama; dil/ifade uygunluğu ve içerik/kapsam uygunluğu Davis tekniği ile uzman görüş birliği sağlandıktan sonra, örneklem grubuna uygulanmadan önce yapılmıştır. Aynı kurumda çalışan ancak örnekleme dahil edilmeyen 20 katılımcıya uygulanmıştır.

**Tablo 3.** Pilot çalışmaya katılan katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler.

*n*=20

Katılımcıların yaş ortalaması  $33.10 \pm 4.66$ , %65'i kadın, %80'i lisans mezunu, meslekte çalışma süresi ortalaması  $8.81 \pm 4.55$  yıl, kurumda çalışma süresi ortalaması  $7.82 \pm 4.34$  yıl, YBÜ'de çalışma süresi ortalaması  $7.50 \pm 3.78$  yıl olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %30'u anestezi ve reanimasyon YBÜ'de görev yapmaktadır ve

%80'i gündüz ve gece çalışmaktadır. Haftalık çalışma süresi ortalaması  $45.55 \pm 2.37$  saat olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 4.** Pilot çalışma yapılan SÇODA ilişkin güvenilirlik analizi.

$n=20$

Katılımcılardan alınan geri bildirimler doğrultusunda aracın son hali oluşturulmuştur. Cronbach alfa katsayısının maddeler için 0.910-0.923 arasında, tüm ölçek için 0.921 olduğu bulunmuştur. Pilot çalışma sonrasında maddelerin anlaşılır olduğu ve iç tutarlılığın devam etmeye uygun olduğu görülmüştür (Tablo 4).

#### **4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular**

Çalışma 290 katılımcı ile yürütülmüştür.

**Tablo 5.** Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler.

*n*=290

Katılımcıların yaş ortalaması  $32.63 \pm 5.62$ , %81.4'ü kadın, %83.4'ü lisans mezunu, meslekte çalışma süresi ortalaması  $8.18 \pm 5.25$  yıl, kurumda çalışma süresi  $7.57 \pm 5.00$  yıl, YBÜ'de çalışma süresi ortalaması  $7.41 \pm 4.83$  yıl olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %20.7'si anestezi ve reanimasyon YBÜ, %14.5'i beyin ve sinir cerrahisi YBÜ, %9.7'si kalp ve damar cerrahisi YBÜ, %9.7'si gastroenteroloji YBÜ'de görev yapmaktadır. Katılımcıların %74.8'inin gündüz ve gece çalıştığı belirlenmiştir. Haftalık çalışma süresi ortalamasının  $46.71 \pm 2.2$  saat olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

#### **4.4. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesine İlişkin Bulgular**

##### **4.4.1. Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular**

Geçerlik çalışmasında; kapsam geçerliği, ölçüt bağımlı geçerlik, yapı geçerliği ve ölçek tepki yanlılığı değerlendirilmiştir.

##### **4.4.1.1. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulgular**

Kapsam geçerlik çalışmasında, maddelerin dil/ifade uygunluğunu ve içerik/kapsam uygunluğunu değerlendirmek amacıyla, "Uzman Görüşü Formu" kullanılarak, sekiz uzmandan, Davis tekniği ile uzman görüşü alınmıştır. Uzmanların maddeleri 1-4 puan arasında puanlamaları sonrasında maddelerin CVI değeri hesaplanmıştır.

**Tablo 6.** SÇODA'ya ilişkin kapsam geçerliliği.

Tüm maddelerin CVI değerinin 0.80 ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Sonuçlara göre tüm maddelerin dil/ifade uygunluğu ve içerik/kapsam uygunluğu Davis yöntemine göre sağlanmıştır (Tablo 6).

Uzman görüşleri arasındaki uyum incelendiğinde, dil/ifade uygunluğu için Kendall W uyum katsayısı 0.038 ( $p=0.660$ ), içerik/kapsam uygunluğu için Kendall W uyum katsayısı 0.053 ( $p=0.429$ ) olarak hesaplanmıştır. Her iki p değerinin anlamsız olması uzman görüşleri arasında uyum olduğunu göstermektedir.

#### **4.4.1.2. Ölçüt Bağımlı Geçerliğe İlişkin Bulgular**

##### **4.4.1.2.1. Eşzaman Geçerliğine İlişkin Bulgular**

Eş zaman geçerliği, Hİİ-HÇODÖ kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 7.** SÇODA'ya ilişkin ölçüt bağımlı geçerlik.

$n=290$

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$



SÇODA ve Hİİ-HÇODÖ'nin tüm alt boyutları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ayrıca araçların toplam puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0.544$ ,  $p=0.000$ ) (Tablo 7).

#### **4.4.1.3. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular**

Yapı geçerliği, faktör analizi ile değerlendirilmiştir.

##### **4.4.1.3.1. Faktör Analizine İlişkin Bulgular**

CFA uygulanmış ve uyum iyiliği istatistikleri yapılmıştır.

#### **Tablo 8. SÇODA'ya ilişkin CFA.**

$n=290$

CFA'ya göre, aracın yapısal denklem model sonucunun (structural equation modeling results)  $p=0.000$  düzeyinde anlamlı olduğu, aracı oluşturan 15 madde ve 6 faktörlü araç yapısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde iyileştirmeye

gidilmemiştir. İlk yapılan CFA'da, RMSEA ve Cmin/d uyum değerlerinin istenilen düzeyde olduğu görülmüştür. Birinci düzey çok faktörlü model CFA sonuçlarında, ilgili aracın uyum iyiliği indekslerinde; RMSEA değerinin 0.076 ile kabul edilebilir uyum gösterdiği,  $\chi^2$  (Cmin/df) değerinin 2.678 ile mükemmel bir uyum gösterdiği belirlenmiştir. Sonuç olarak aracın yapı geçerliliğinin sağlandığı bulunmuştur (Tablo 8).

**Şekil 3.** SÇODA'ya ilişkin birinci düzey çok faktörlü model CFA (standardize edilmiş).

**Şekil 4.** SÇODA'ya ilişkin birinci düzey çok faktörlü model CFA (standardize edilmemiş).

Standardize edilmiş ve standardize edilmemiş SÇODA'ya ilişkin birinci düzey çok faktörlü model CFA sonuçları sırasıyla Şekil 3'te ve Şekil 4'te gösterilmiştir.

CFA analizinde, nitelikli iletişim alt boyutundan madde 6 (Yöneticiler, yönetici hemşireler, hekimler, hemşireler ve diğer personel, eylemlerinin sözleriyle uyum içinde olduğundan emin olurlar, “söyledikleriyle yaptıkları aynıdır”), anlamlı tanıma alt boyutundan madde 9 (Yöneticiler, yönetici hemşireler, hekimler, hemşireler ve diğer personel, ne düşündüklerini açıkça söylerler ve iyi bir iş yaptıklarında bundan diğer çalışma arkadaşlarını haberdar ederler) ve otantik liderlik alt boyutundan madde 13’ün (Hemşire liderler/yöneticiler, bakım açısından gereksinimleri ve dinamikleri anlarlar ve bu bilgiyi sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmak için kullanırlar.) model uyumunu bozduğu belirlenmiştir. Bu maddeler çıkarılmıştır. Sonuçta model uyumunun iyileştiği görülmüştür.

**Tablo 9.** SÇODA’ya ilişkin CFA faktör yükleri (birinci düzey).

*n*=290

CR değerlerinin tümünün anlamlı olduğu belirlenmiştir. Tüm maddelerin faktör yük değerinin 0.30 üzerinde olduğu saptanmıştır. Tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.487-0.970 arasında olduğu bulunmuştur. Maddelerin yapı için uygun olduğu ve yapının doğrulandığı görülmüştür (Tablo 9).

#### **4.4.1.4. Ölçek Tepki Yanlılığına İlişkin Bulgular**

Aracın tepki yanlılığını belirlemek için Hotelling T<sup>2</sup> testi uygulanmıştır.

**Tablo 10.** SODA'ya ilişkin tepki yanlılığı.

*n*=290

Tablo 10'da SODA'ya ilişkin tepki yanlılığı sunulmuştur. Bu test sonucunda, bireylerin aracın maddelerini kendi görüşlerine göre yanıtladıkları, araçta tepki yanlılığı olmadığı ortaya çıkarılmıştır (Hotelling T<sup>2</sup>=1277.827; *p*=0.000).

#### **4.4.2. Güvenirlik alışmasına İlişkin Bulgular**

Aracın güvenirlik çalışmasında; değişmezlik ve iç tutarlılık değerlendirilmiştir.

##### **4.4.2.2. Değişmezliğe İlişkin Bulgular**

###### **4.4.2.2.1. Test-Tekrar Test Yöntemine İlişkin Bulgular**

Araç iki hafta ara ile 39 katılımcıya uygulanarak aracın değişmezliği test edilmiştir.

**Tablo 11.** SÇODA'ya ilişkin test-tekrar test sonuçları.

$n=39$

İlgili ölçüm araçları için yapılan test-tekrar test sonuçlarında, en düşük korelasyon katsayısı 0.722 olarak, en yüksek korelasyon katsayısı ise 0.910 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutların tamamının ve tüm araç ölçümlerinde birinci ve ikinci ölçüm arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla aracın zamana karşı değişmez olduğu söylenebilir. Ayrıca aradan geçen zaman boyunca puanların anlamlı bir şekilde artış gösterip göstermediği bağımlı örneklem t testi ile analiz edilmiş ve bu puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farkının olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

### 4.4.2.3. İç Tutarlılığa İlişkin Bulgular

#### 4.4.2.3.1. Yarıya Bölme Yöntemine İlişkin Bulgular

**Tablo 12.** SÇODA'ya ilişkin yarıya bölme yöntemi.

*n*=290

Sonuçlara göre, iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0.774; Spearman Brown katsayısı 0.873; Guttman Split-Half katsayısı 0.858 olarak bulunmuş ve aracın güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 12).

#### 4.4.2.3.2. Cronbach Alfa Katsayısına İlişkin Bulgular

**Tablo 13.** SÇODA'ya ilişkin güvenilirlik analizi.

*n*=290

Sonuçlar incelendiğinde, SÇODA'nın Cronbach alfa değerleri, alt boyutlarda, nitelikli iletişim için 0.515 (düşük düzeyde güvenilir), gerçek iş birliği için 0.704 (güvenilir), etkili karar verme için 0.543 (düşük düzeyde güvenilir), uygun istihdam için 0.609 (güvenilir), anlamlı tanıma için 0.638 (güvenilir), otantik liderlik için 0.535



(düşük düzeyde güvenilir), tüm araçta ise 0.842 (yüksek derecede güvenilir) olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

#### **4.4.2.3.3. Madde-Toplam Puan Ölçek Güvenirliğine İlişkin Bulgular**

**Tablo 14.** SÇODA'ya ilişkin madde-toplam puan korelasyonları.

*n*=290

Tablo 14'te tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonları yer almaktadır. Katılımcıların araçtaki sorulara verdikleri yanıtların madde-toplam test korelasyon değerleri incelenmiştir. Sonuçta 0.30'un altında kalan madde olmadığı bulunmuştur.

Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon katsayıları 0.307-0.566 arasındadır.  
Tüm maddelerin birbirleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

#### **4.4.3. Diğer Çalışmalara İlişkin Bulgular**

Bu başlık altında; madde ayırıcılık gücü indeksi, alt boyutlar arasındaki ilişki ve madde tanımlayıcı istatistikleri ele alınmıştır.

#### **4.4.3.2. Madde Ayırıcılık Gücü İndeksine İlişkin Bulgular**

**Tablo 15.** SÇODA'ya ilişkin madde analizi sonuçları.

$n=290$ , \*\*  $n1= n2=78$

\*\*  $p<0.05$

Tablo 15’te tüm maddeler için madde ayırıcılık gücünü gösteren bağımsız grup t-testi sonuçları görülmektedir. Araçta bulunan maddelerin ayırıcılık gücünün belirlenmesi için araçtan elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. Alt %27 ve üst %27’de bulunan grupların puanları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Alt grup ve üst grup madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Sonuçlara göre aracın, istenen niteliği ölçmesi açısından ayırıcılık gücünün olduğu söylenebilir.

#### 4.4.3.3. Alt Boyutlar Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

**Tablo 16.** SÇODA’ya ilişkin alt boyutlar arası ilişki.

$n=290$

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

Ölçüm aracındaki alt boyutlar arası korelasyon değerleri Tablo 16’da verilmiştir. Alt boyutlar arasındaki ilişki yönüne, düzeyine ve anlamlılığına göre özetlendiğinde; yalnızca nitelikli iletişim ve anlamlı tanıma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $r=-0.045$ ,  $p>0.05$ ), diğer tüm alt boyutların ilişkili olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar arasındaki tüm ilişkilerin pozitif yönde olduğu görülmüştür. Alt boyutlar arasındaki korelasyon katsayılarının  $-0.045$  ile  $0.690$  arasında olduğu belirlenmiştir. Anlamlı tanıma ile uygun istihdam arasında çok zayıf ( $r=0.00-0.25$ ), diğer alt boyutlar arasında zayıf ( $r=0.26-0.49$ ) ya da orta ( $r=0.50-0.69$ ) düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Anlamlı tanıma ile gerçek iş birliği ve otantik liderlik arasında anlamlı ( $p<0.05$ ), diğer alt boyutlar arasında yüksek düzeyde anlamlı ( $p<0.01$ ) ilişki olduğu bulunmuştur.

#### **4.4.3.4. Madde Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulgular**

**Tablo 17.** SÇODA alt boyutları ve alt boyutlarda yer alan maddeler.

SÇODA alt boyutları ve alt boyutlarda yer alan maddeler Tablo 17’de sunulmuştur.

**Tablo 18.** SÇODA'ya ilişkin araç maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri.

$n=290$

Araç maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 18'de verilmiştir. Buna göre puan ortalaması en düşük  $1.67\pm0.84$  ile madde 4 için, en yüksek  $3.96\pm0.85$  ile madde 1 için hesaplanmıştır.

**Tablo 19.** SÇODA'ya ilişkin alt boyutların tanımlayıcı istatistikleri.

$n=290$

SÇODA alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, nitelikli iletişimde  $3.78\pm0.79$  (iyi), gerçek iş birliğinde  $3.43\pm0.65$  (iyi), etkili karar vermede  $3.39\pm0.62$  (iyi), uygun istihdamda  $1.87\pm0.77$  (iyileştirme gerekiyor), anlamlı tanımada  $3.46\pm0.67$  (iyi) ve otantik liderlikte  $3.23\pm0.59$  (iyi) olarak bulunmuştur. En yüksek puanın nitelikli iletişim, en düşük puanın ise uygun istihdam alt boyutunda olduğu görülmüştür. Genel araç puan ortalaması  $3.22\pm0.47$  puan ile iyi olarak değerlendirilmiştir (Tablo 19).

## 5. TARTIŞMA

Bir ölçme aracının uyarlanması, psikolinguistik ve psikometrik özelliklerin incelenmesini içerir (Polit ve Beck, 2016). SÇODA'nın Türkçeye uyarlandığı bu araştırmada, psikolinguistik özellikleri ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Bu bölümde aracın incelenen bu özellikleri tartışılmıştır.

### 5.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçme araçlarının uyarlanmasında, kullanım izni alınması, çeviri yapılması ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması adımları izlenir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erdoğan ve ark., 2020).

#### 5.1.1. Orijinal Ölçme Aracının Kullanım İzninin Alınmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçme aracı uyarlama çalışmalarına, orijinal ölçme aracının kullanılabilmesi için izin alınarak başlanır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu araştırmaya da AACN'den aracın Türkçeye uyarlanabilmesi için izin alınarak başlanmıştır.

#### 5.1.2. Çevirinin Yapılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçme aracının başka bir dile çevrilmesi, kavramlaştırma ve anlatımdaki farklılıklar nedeniyle o aracın genel yapısını değiştirmektedir. Bir ölçme aracı başka bir dile çevrilirken farklılıklar en aza indirilerek gerekli dönüştürme yapılmalıdır. Çevirmenlerde aranan özellik, her iki dil ve kültür ile birlikte araştırma metodolojisini de iyi bilmeleridir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erdoğan ve ark., 2020). Çevirmenlerin seçiminde bu özellikler dikkate alınmıştır. Geri çeviri yönteminde iki bağımsız çevirmenden biri orijinal ölçme aracını hedef dile, diğeri ise hedef dile çevrilen ölçme aracını tekrar orijinal diline çevirir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erdoğan ve ark., 2020). Bu araştırmada adı geçen geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.

#### 5.1.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçme aracı uyarlamasında kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması gerekmektedir. Dil ve kavramsal eşdeğerlik incelenerek kültürlerarası özellikler değerlendirilir. Dilde eşdeğerlik, araçta herhangi bir değişiklik yapılmaksızın çeviri yapılması; kavramsal eşdeğerlik ise aynı anlamı verecek şekilde o kültüre uygun farklı

sözcüklerin kullanılmasdır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Erdoğan ve ark., 2020). SÇODA, Türkçeye uyarlanırken kültürlerarası özellikler karşılaştırılmıştır.

## **5.2. Pilot Uygulamaya İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ölçme aracı uyarlamasında, aracın benzer özellikler taşıyan bir gruba uygulanması önerilir. Böylece maddeler gerçek bir örneklemede gözden geçirilerek maddelerin anlaşılabilirliği değerlendirilir (Akgül, 2021; Seçer, 2015). Literatüre uygun olarak bu araştırmada da pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamanın örneklem grubunun özelliklerine benzer bir gruba yapılması gerekmektedir. Pilot uygulama için belirlenen grup, aynı kurumda çalışan yoğun bakım hemşirelerinden oluşmuştur. Pilot uygulama grubu, örneklemin %7'sini temsil etmiştir. Katılımcıların geri bildirimlerine göre aracın son şekli verilmiştir. Maddeler için 0.910-0.923 arasında, tüm ölçek için 0.921 olan Cronbach alfa katsayısı, maddelerin anlaşılır olduğunu ve iç tutarlılığın devam etmeye uygun olduğu göstermektedir.

## **5.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Geçerlik, güvenirlik ve diğer değerlendirme kriterleri hakkında kanıt toplamak için aracın psikometrik değerlendirmesi yapılır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Polit ve Beck, 2016).

### **5.3.1. Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ölçme aracının ölçmeyi istediği özelliği herhangi başka bir özellikle karıştırmadan ölçebilmesi, bu özellikle ilgili bileşenlerin tümünü yansıtması geçerliktir (Bademci, 2019; Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Seçer, 2015). Bir aracın ölçmesi gereken şeyi ölçtüğüne dair ne kadar çok kanıt toplanabilirse geçerliğine olan inanç o kadar artar (Polit ve Beck, 2016).

Bu çalışmada, kapsam geçerliği, ölçüt bağımlı geçerlik, yapı geçerliği ve ölçek tepki yanlılığı incelenmiştir.

#### **5.3.1.1.1. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Kapsam geçerliği, tüm ölçme aracının ve aracı oluşturan maddelerin, ölçülmek istenen özelliği tüm farklı yönleri ile ölçebilmesidir (Ercan ve Kan, 2004; Erdoğan ve ark., 2020; Seçer, 2015). Kapsam geçerliği olan bir araç, ölçülen yapı için uygun bir madde örneğine sahiptir (Polit ve Beck, 2016).

Kapsam geçerliğini değerlendirmek amacıyla aracın konu ile ilgili bir uzman grubunun görüşüne sunulması önerilir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve



Beck, 2016; Seçer, 2015). Uzmanların temel yapı ve hedef kitle hakkında bilgiye, klinik veya kişisel açıdan deneyime, konu ile ilgili yayınlara sahip olmaları istenir (Polit ve Beck, 2016). Bu araştırmada alanında uzman olan sekiz uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlar tarafından hem her bir maddenin yapı açısından ilgisi ve uygunluğu hem de yapının tüm boyutlarını ölçme derecesi değerlendirilir (Polit ve Beck, 2016). Uzmanların Türkçeye çevrilen SODA'nın maddelerinin dil/ifade uygunluğunu ve içerik/kapsam uygunluğunu değerlendirmeleri sağlanmıştır. Sonrasında uzmanların geri bildirimleri doğrultusunda maddelerde değişiklik yapılmıştır.

Davis (1992) tarafından, uzmanların aracın değerlendirilmesine katılımlarını artırmak amacıyla kriterler geliştirilmiştir (Davis, 1992). Maddelerin dil/ifade uygunluğunu ve içerik/kapsam uygunluğu CVI ile değerlendirilir. Her madde için en düşük CVI değerinin 0.80 olması gerekmektedir (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2016; Yurdugül, 2005). Davis tekniği kullanılarak uzmanların maddeleri 1-4 puan arasında puanlamaları istenmiştir. CVI değeri tüm maddeler için 0.80 ve üzerinde hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre SODA'nın ölçülmek istenen alanı temsil ettiği, bir başa deyişle kapsam geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir.

Aracın orijinali olan HWEAT geliştirildikten sonra görünüm geçerliği açısından değerlendirilmiştir. Örneklemdaki lider hemşireler tarafından araçtaki 18 maddenin 13'ü uygun kategorilere yerleştirmiştir. Bununla birlikte madde 6, 13, 14, 15 ve 18'in görünüş geçerliği göstermediği belirlenmiştir (Huddleston ve Gray, 2016).

Orijinal araç olan HWEAT için lider hemşirelerden uzman görüşü alınmış, lider hemşirelerin araçtaki maddeleri 1-4 arasında değerlendirmeleri istenmiş ve sonuçta aracın CVI değeri 96.63 puan olarak bulunmuştur (Huddleston ve Gray, 2016).

Kapsam geçerliğinde uzman görüşleri arasındaki uyum, Kendall W uyum katsayısı ile değerlendirilir. Analiz sonucunda p değerinin anlamsız olması uzman görüşleri arasında uyum olduğunu gösterir (Alpar, 2018). Bu çalışmada Kendall W uyum katsayısının, dil/ifade uygunluğu için 0.038 ve içerik/kapsam uygunluğu için 0.053 olarak bulunmuştur. Uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile uzmanların ölçüm aracı dil/ifade uygunluğu ve içerik/kapsam uygunluğu için aynı görüşte olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### **5.3.1.2. Ölçüt Bağımlı Geçerliğe İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ölçüt bağımlı geçerlik, geçerli ve güvenilir bir ölçüt olduğunda en uygundur. Araç ve sınanmış diğer araç puanları ilişkilendirilerek geçerlik katsayısı hesaplanır. Katsayının büyüklüğü, bu doğrulama yöntemine göre aracın ne kadar geçerli olduğunun doğrudan bir tahminidir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015).

#### **5.3.1.2.1. Eşzaman Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ölçüt bağımlı geçerlik yöntemlerinden biri eş zaman geçerliği olup aynı kavramın aynı zaman noktasında ayrı araçlar tarafından ölçülmesi ilkesine dayanır (Erefe, 2004). Burada daha önce aynı amaca yönelik olarak geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracından yararlanır. Aracın ölçüm değeri ile diğer değer arasında yüksek korelasyon olması aracın geçerli ölçüm yaptığını gösterir (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Seçer, 2015).

Hİİ-HÇODÖ, hemşirelerin iş ortamına yönelik algılarını ölçen, Türkmen ve arkadaşları (2011) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir ölçektir (Türkmen ve ark., 2011). Çalışmada eş zaman geçerliği Hİİ-HÇODÖ ile değerlendirilmiştir. SÇODA ve Hİİ-HÇODÖ'nin tüm alt boyutları ve toplam puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Bu ilişkiye bakılarak SÇODA'nın geçerli ölçüm yaptığı sonucuna ulaşılabilir.

HWEAT'nin eş zaman geçerliğini değerlendirmede PES-NWI kullanılmıştır. Analiz sonucunda 0.42 ile 0.69 arasında değişen katsayılarla güçlü bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Spearman testi sonucunun 0.39-0.87 arasında olduğu saptanmıştır. Hem HWEAT hem de PES-NWI'nin puanlarının aşağı doğru bir yön izlemesi, eş zaman geçerliğinin olduğu anlamına gelmiştir (Huddleston ve Gray, 2016).

HWEAT için Connor ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan geçerlik çalışmasında, AHRQ H-SOPS kullanılarak eş zaman geçerliği incelenmiştir. Ölçeklerin alt boyutları ve maddeleri arasında orta ila güçlü korelasyon olduğu gösterilmiştir (Connor ve ark., 2018).

#### **5.3.1.3. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yapı geçerliliği, bir çalışmanın kalitesini değerlendirmek için anahtar bir kriterdir. Çalışma ayrıntılarından (değişkenleri işlevsel hale getirmek için kullanılan

ölçümler gibi) daha yüksek düzeyli yapılara yönelik çıkarımlarla ilgilidir (Polit ve Beck, 2016). Ölçmede temel yapı geçerliği sorusu, aracın gerçekten neyi ölçtüğüdür (Erdoğan ve ark., 2020; Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015). Yapı geçerliği, aracın ölçtüğü nitelikleri ve aracın uygulandığı bireylerin aldıkları puanların anlamını açıklamaya çalışır (Erefe, 2004; Seçer, 2015). Kavram ne kadar soyutsa yapı geçerliğini sağlamak o kadar zor olur (Polit ve Beck, 2016; Seçer, 2015).

#### **5.3.1.3.1. Faktör Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yapı geçerliğini değerlendirme yöntemlerinden biri faktör analizidir. Analizde birbirleri ile ilişkili birçok değişken bir araya getirilir ve kavramsal açıdan anlamlı olan daha az sayıda yeni değişken bulunması amaçlanır (Seçer, 2015). Gerçekte faktör analizi, değişkenler arasındaki karşılıklı ilişkiler hakkındaki hipotezleri test etmenin ve geniş bir öge kümesinin yakınsak ve ayırt edici geçerliğine bakmanın başka bir yolunu oluşturur (Polit ve Beck, 2016). Maddelerin farklı alt boyutlar altında toplanma durumunu değerlendirir (Erdoğan ve ark., 2020).

Başka bir dilden Türkçeye uyarlanan ölçme aracı uyarlama çalışmalarında CFA yapılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2020). Bu analizle uyum iyiliği istatistikleri istenilen düzeyde olmalıdır. Ki-kare değerinin 2'ye eşit veya 2'den küçük olması modelin iyi bir uyum iyiliğine sahip olduğu anlamını taşır. RMSEA'nın 0.08'e eşit veya küçük ve p değerinin 0.05'ten küçük olması; SRMR'nin 0.10'dan küçük olması; CFI, GFI ve AGFI'nin 0.90'a eşit veya büyük olması uyumun olduğunu gösterir (Erdoğan ve ark., 2020). Maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı CR istatistikleri ile belirlenir. Faktör yük değerleri 0.30'un üzerinde olduğunda maddelerin yapı için uygun olduğu ve yapının doğrulandığı düşünülür (Ural ve Kılıç, 2021).

Bu araştırma yapı geçerliği CFA ile değerlendirilmiştir. Aracın yapısal denklem model sonucunun anlamlı olduğu, aracı oluşturan 15 madde ve 6 faktörlü araç yapısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde herhangi bir iyileştirmeye gidilmemiştir. İlk yapılan CFA'da, RMSEA ve Cmin/d uyum değerlerinin istenilen düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aracın uyum iyiliği indeksleri incelenmiştir. RMSEA değeri 0.076 olarak bulunmuş ve kabul edilebilir uyum gösterdiği sonucuna varılmıştır.  $\chi^2$  (Cmin/df) değeri 2.678 olarak belirlenmiş ve mükemmel uyum gösterdiği saptanmıştır. Aracın yapı geçerliliği sağlanmıştır.

HWEAT için varimaks döndürme yöntemi ile PCA yapılmıştır. Ortaya çıkarılan yapının oldukça basit olduğu görülmüştür. %61.12'lik kümülatif ortak varyansa sahip iki bileşen bulunmuştur (Huddleston ve Gray, 2016).

HWEAT'ın yapı geçerliği CFA ile değerlendirilmiş ve alt boyutlardaki CFA değerlerinin istenilen düzeyde olduğu bulunmuştur (Connor ve ark., 2018).

#### **5.3.1.4. Ölçek Tepki Yanlılığına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Hotelling  $T^2$  testi ölçek tepki yanlılığını değerlendirir. Bu test ile madde ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığı belirlenir. Test sonucunun üç farklı anlamı vardır. Birinci anlamı, madde ortalamaları önemli düzeyde farklı ise ölçekte bulunan maddeler farklı alt boyutlara yönelik eğilim, tutum ve davranışları ölçer. İkinci anlamı, ölçek iki veya daha fazla alt boyutlu bir fenomeni ölçer. Üçüncü anlamı ise, maddeler denekler tarafından farklı bir yaklaşım ile algılanır; fenomen bireyler arasında heterojen bir eğilime sahiptir; rastgele seçilen örneklem toplumdaki fenomen ile ilgili farklı yargı, eğilim ve tutumları belirten bireylerden oluşur. Eğer bu anlamlar ileri testler ile doğrulanamıyorsa ölçek maddelerinin katılımcılar tarafından eşit olarak anlaşılmadığı, seçilen dil ve ifade şeklinin uygun olmadığı düşünülür (Özdamar, 2016).

Hotelling  $T^2$  testi uygulanarak SÇODA'da tepki yanlılığı olmadığı, bireylerin aracın maddelerini kendi görüşlerine göre yanıtladıkları belirlenmiştir.

#### **5.3.2. Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bir aracı değerlendirmek için iki ana kriterden biri olan güvenirlik, aracın bir niteliği ölçtüğü tutarlılık veya doğruluk derecesidir. Aracın güvenirliliği ne kadar yüksekse, elde edilen puanlardaki hata miktarı o kadar düşüktür (Polit ve Beck, 2016). Güvenirlik, ölçme aracından elde edilen sonuçların uygulamadan uygulamaya belirgin bir değişim göstermemesidir (Erefe, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2015). Maddelerin kendi aralarında gösterdikleri tutarlılık ve ifadelerin tamamının aynı konuyu ölçme durumu güvenirlik analizi ile test edilir (Ural ve Kılıç, 2021). Güvenirlik; değişmezlik, eşdeğerlilik, doğruluk, tutarlılık, kararlılık ve yeterlilik sağlayan unsurdur (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Polit ve Beck, 2018).

SÇODA'nın güvenirlik çalışmasında değerlendirilen unsurlar değişmezlik ve iç tutarlılıktır.

### **5.3.2.1. Değişmezliğe İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ölçme aracı farklı zamanlarda uygulandığında, ölçme aracına verilen yanıtların benzer olması aracın değişmezliğini belirtir (Erdoğan ve ark., 2020).

#### **5.3.2.1.1. Test Tekrar Test Yöntemine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Test-tekrar test yöntemi, ölçme aracının değişmezliğini değerlendirir ve sıklıkla tercih edilen bir güvenilirlik analizidir (Erdoğan ve ark., 2020; Gözüm ve Aksayan 2003, Polit ve Beck 2018; Ural ve Kılıç, 2021). Bir aracın tekrarlanan uygulamalarda ne ölçüde aynı sonuçları verdiğiyle ilgili olan güvenilirliğin kararlılık yönü, test-tekrar test güvenilirliği olarak değerlendirilir (Polit ve Beck 2016). Test-tekrar test yöntemlerinden biri, aralıklı yöntemdir. Bu yöntemde ölçme aracı aynı gruba, iki hafta-iki ay (Erdoğan ve ark., 2020) ya da en az iki, en fazla altı hafta ara ile (Gözüm ve Aksayan 2003, Polit ve Beck 2018) iki kez uygulanır. Literatürde önerildiği gibi, bu araştırmada da SÇODA, aynı yoğun bakım hemşirelerine, iki hafta ara ile uygulanmıştır. Test-tekrar testin en az 30 kişiye uygulanması gerekmektedir (Tavşancıl, 2019). Bu araştırmada araç 39 yoğun bakım hemşiresine uygulanmıştır.

Bir ölçme aracının zamana karşı değişmez olup olmadığını belirlemek saptamak için korelasyon katsayısı hesaplanır. Bu sayı 1'e ne kadar yakınsa güvenilirliğin o kadar yüksek olduğu söylenir. Araçlarda test-tekrar test puanları arasında hesaplanan korelasyon değerinin en az 0.70 olması gerekmektedir (Çapık, 2018; Erdoğan ve ark., 2020; Tavşancıl, 2019).

Bu araştırma, test-tekrar test sonuçlarında, hem alt boyutlarda hem de tüm ölçekte birinci ve ikinci ölçüm arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Korelasyon katsayısı, anlamlı tanıma alt boyutunda 0.722 ile en düşük; uygun istihdam alt boyutunda 0.910 ile en yüksek değerdedir. Ölçeğin zamana karşı tutarlı olduğu söylenebilir. Bu araştırmada ek olarak puanlar arasında aradan geçen zamanda anlamlı bir fark olup olmadığı değerlendirilmiş ve olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

HWEAT'nin değişmezliğini değerlendirmede de test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. İki ölçüm puanı arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. 0.97 Cronbach alfa değeri ile HWEAT'nin yüksek iç tutarlılığı olduğu belirlenmiştir. İki ölçümdeki puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi kullanılarak korelasyon katsayısı hesaplanmış ve 0.583-0.789 arasında olduğu bulunmuştur (Huddleston ve Gray, 2016).

Connor ve arkadaşları (2018) test-tekrar test yöntemi ile HWEAT'nin değişmezliğini incelemişlerdir. Alt boyutlardaki korelasyon katsayıları, 0.50 ile 0.68 arasında bulunmuştur (Connor ve ark., 2018).

### **5.3.2.2. İç Tutarlılığa İlişkin Bulguların Tartışılması**

İç tutarlılık, belirli bir alanda ölçüm yapan maddelerin kendi aralarındaki homojenliklerini, ölçülmek istenen konuyu ölçme durumlarını ve ölçülmek istenen konu ile ilgilerini gösterir. Bir ölçme aracı iç tutarlılığa sahip ise tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğü düşünülür (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004; Karakoç ve Dönmez, 2014; Polit ve Beck 2016; Tavşancıl, 2019).

#### **5.3.2.2.1. Yarıya Bölme Yöntemine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu yöntem ölçüm aracının iki yarı parçaya bölünüp bir puan elde edilebildiği durumlarda kullanılır (Erefe, 2004; Ural ve Kılıç, 2021). Aracın her iki yarısından alınan puanlar benzer ise aracın güvenilir olduğu sonucuna ulaşılır (Ural ve Kılıç, 2021). Aracın iki yarısından elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır (Erdoğan ve ark., 2020; Erefe, 2004). Yüksek korelasyon, aracın birbiri ile yakından ilişkili maddelerden oluştuğu anlamını taşır (Erdoğan ve ark., 2020).

SÇODA'ya ilişkin yarıya bölme yöntemi sonuçları incelendiğinde, iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0.774; Spearman Brown katsayısı 0.873; Guttman Split-Half katsayısı 0.858 olarak bulunmuş ve aracın güvenilir olduğu görülmüştür.

#### **5.3.2.2.2. Cronbach Alfa Katsayısına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Cronbach alfa, gerçek puana atfedilebilen ölçek puanlarındaki varyans oranının bir tahminini sağlar ve bu nedenle ölçme aracının kalitesinin önemli bir göstergesidir (Polit ve Beck, 2016). Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığının belirlenmesi için sıklıkla kullanılır (Tavşancıl, 2019). Aracın her bir maddesinin kendi içinde aynı özelliği ölçüp ölçmediğini gösterir (Erdoğan ve ark., 2020). Bir ölçme aracında Cronbach alfa katsayısı 0-1 arasında değerlendirilir ve olabildiğince 1'e yakın olması istenir. Ölçeğin, katsayı 0.00-0.40 arasında ise güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük düzeyde güvenilir olduğu, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir olduğu ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek düzeyde güvenilir olduğu düşünülür (Tavşancıl, 2019).

SÇODA'nın alt boyutları ve tüm araç için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach alfa katsayısının alt boyutlarda 0.515-0.704 arasında olduğu bulunmuştur. Buna göre nitelikli iletişim ve otantik liderlik alt boyutlarının düşük

düzyeyde güvenilir, gerçek iş birliği, uygun istihdam ve anlamlı tanıma alt boyutlarının ise güvenilir olduğu söylenebilir. Cronbach alfa katsayısının tüm araçta 0.842 olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, tüm aracın yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermiştir.

HWEAT'nin psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmada Cronbach alfa katsayısının 0.97 olduğu ve HWEAT'nin yüksek iç tutarlılık gösterdiği belirlenmiştir (Huddleston ve Gray, 2016).

Bir diğer güvenirlik çalışmasında, HWEAT'nin alt boyutlardaki Cronbach alfa katsayıları 0.77-0.81 arasında hesaplanmıştır (Connor ve ark., 2018).

Bir başka çalışmada HWEAT 250 hemşireden oluşan iki gruba uygulanmıştır. Cronbach alfa katsayıları her iki örneklemede de 0.80 veya daha iyi bulunmuştur. HWEAT'nin iç tutarlılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (AACN, 2022).

### **5.3.2.2.3. Madde-Toplam Puan Ölçek Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Madde-toplam puan ölçek güvenirliği, aracın her bir maddesinin güvenirliği ile ilgili sonucu gösterir. Uygun olan ya da değiştirilmesi gereken maddeleri gösterir. Madde-toplam korelasyon katsayısı hesaplanır. Sonuçta, her madde için hesaplanan korelasyon katsayısı yüksek ise, o maddenin ölçülen teorik yapı ile bağlantısının yüksek olduğu, başka bir ifadeyle ölçmede etkin ve yeterli olduğu düşünülür. Bu korelasyon katsayısının 0.50'den büyük veya 0.30'dan büyük olması önerilir (Çapık ve ark, 2018; Erdoğan ve ark., 2020; Tavşancıl, 2019). 0.30'un altında kalan madde varsa bunların analize dahil edilmemesi önerilir (Ural ve Kılıç, 2021).

Bu araştırmadaki madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, hiçbir maddenin 0.30'un altında kalmadığı görülmektedir. Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon katsayıları 0.307-0.566 arasında değişmektedir. Tüm maddeler birbiri ile ilişkilidir.

### **5.3.3. Diğer Çalışmalara İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde diğer psikometrik çalışmalar kapsamındaki, madde ayırıcılık gücü indeksi, alt boyutlar arasındaki ilişki ve madde tanımlayıcı istatistiklerine yönelik tartışmaya yer verilmiştir.

#### **5.3.3.1. Madde Ayırıcılık Gücü İndeksine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Madde ayırıcılık gücü indeksi (item discrimination index) ( $r_{jx}$ ) her bir maddenin, ölçekle ölçülmek istenen özelliği yansıttığı mantığına dayalıdır. Belirli bir

özelliği ölçmeye yönelik maddelere verilen yanıtların, bu yapıyı temsil eden ölçęin tümünden elde edilen puanlarla ilişkisini gösterir. Bu nedenle yüksek ayırıcılık gücüne sahip maddelerden oluşan bir ölçęin güvenilir olduğu söylenir. İndeksin hesaplanmasında grup farklılıklarına (alt-üst grup) dayalı madde ayırıcılık gücü yöntemi kullanılabilir. Birey sayısı x .27 formülüyle %27'lik gruplar belirlenir. Alt ve üst gruptaki kişilerin her bir madde ve seçeneklerine verdikleri yanıtların frekansı saptanır. Maddeyi üst grupta doğru yanıtlayan kişi sayısı ile alt grupta doğru yanıtlayan kişi sayısı farkının toplam kişi sayısına oranıyla indeks hesaplanır (Güler, 2021; Tekindal, 2020).

SÇODA'daki maddelerin ayırıcılık gücünü belirlemek için araçtan alınan ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralandıktan sonra alt %27 ve üst %27'de bulunan grupların puan ortalamaları hesaplanmıştır. Bağımsız grup t-testi ile bu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bunlar aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu sonucu bakılarak aracın ayırt edici olduğu ifade edilebilir.

### **5.3.3.2. Alt Boyutlar Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması**

SÇODA'nın alt boyutları arası korelasyon katsayısı hesaplanmış ve -0.045 ile 0.690 arasında olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlardan yalnızca nitelikli iletişim ve anlamlı tanıma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ( $r=-0.045$ ,  $p>0.05$ ). Diğer tüm alt boyutlar arasında, pozitif yönde; anlamlı tanıma ile uygun istihdam arasında çok zayıf olmak üzere diğer alt boyutlar arasında zayıf ya da orta düzeyde; anlamlı tanıma ile gerçek iş birliği ve otantik liderlik arasında anlamlı olmak üzere diğer alt boyutlar arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

HWEAT'nin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, Spearman korelasyon katsayılarının 0.62 veya daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alt boyutlar arasında güçlü bir işkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Connor ve ark., 2018).

### **5.3.3.3. Madde Tanımlayıcı İstatistiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Tanımlayıcı istatistiklerin amacı, verilerin basit olarak sınıflandırılması, özelliklerinin açıklanması ve özetlenmesidir. Bu istatistikler, birimlerin yığıldığı değerler hakkında bilgi verir. Bu istatistiklerin merkezi eğilim ölçüleri ve merkezi dağılım ölçüleri olmak üzere iki gruba ayrıldığı görülmektedir. Merkezi eğilim ölçüleri



arasında; aritmetik ortalama (mean), ortanca (median) ve tepe değerden (mod) oluşur. Merkezi dağılım ölçüleri ise; değer aralığı (range), standart sapma (standard deviation), standart hata (standard error), varyans (variance), varyans katsayısı (coefficient of a variance), çeyrekler (quarters) ve yüzdeler (percentages) yer alır (Erdoğan ve ark., 2020).

SÇODA'nın madde tanımlayıcı istatistiklerinde merkezi eğilim ölçütlerinden aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Puan ortalamasının madde 4'te en düşük ( $1.67 \pm 0.84$ ), madde 1'de en yüksek ( $3.96 \pm 0.85$ ) olduğu görülmüştür. SÇODA'nın gerçek iş birliği, etkili karar verme, anlamlı tanıma ve otantik liderlik alt boyutlarında puan ortalamaları iyi olarak değerlendirilmiştir. Uygun istihdam alt boyutunda ise iyileştirme gerektiği görülmektedir. Genel araç puan ortalaması  $3.22 \pm 0.47$  olarak bulunmuştur. Bu sonuç yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamlarının iyi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

HWEAT'nin profesyoneller arası kullanımını doğrulamak amacıyla yapılan çalışmada, ortalama tüm araç puanı tüm profesyonellerde 3.58, hemşirelerde 3.54 olarak bulunmuştur. Altı standardın her birinin iyi aralıkta puan aldığı, anlamlı tanıma alt boyutunun en düşük (3.34), buna karşılık etkili karar verme alt boyutunun en yüksek (3.82) puan aldığı görülmüştür (Connor ve ark., 2018).

Sonuç olarak bu çalışmada SÇODA'nın psikolinguistik özellikler açısından uygun, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir. SÇODA, yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmede kullanılabilir. SÇODA 15 maddeden oluşmaktadır. SÇODA'da nitelikli iletişim (madde 1, 11), gerçek iş birliği (madde 2, 8, 12), etkili karar verme (madde 6, 9, 13), uygun istihdam (madde 3, 7, 10), anlamlı tanıma (madde 4, 14), otantik liderlik (madde 5, 15) olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. SÇODA beşli Likert tipindedir ve 1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıtlanır. Hem alt boyutlar hem de genel araçta, toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Bu puan; 1.00-2.99 "iyileştirme gerekiyor", 3.00-3.99 "iyi" ve 4.00-5.00 "mükemmel" şeklinde yorumlanır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SÇODA'yı Türkçeye uyarlamak üzere geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yürütülen bu çalışmada ulaşılan sonuçlar ve bunlar doğrultusunda verilen öneriler aşağıda sunulmuştur.

### 6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada SÇODA'nın psikolinguistik ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Sonuçta aracın Türkiye'deki yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmede, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

- Aracın kullanım izni alınmış, çevirisi yapılmış ve kültürlerarası özellikleri karşılaştırılmıştır.
- Pilot uygulama sonrasında maddelerin anlaşılır olduğu ve iç tutarlılığın devam ettiği belirlenmiştir.
- Kapsam geçerliğinde uzman görüşü alınmış ve tüm maddelerin CVI değerinin 0.80 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Tüm maddelerin dil/ifade uygunluğu ve içerik/kapsam uygunluğu sağlanmıştır.
- Uzman görüşleri arasındaki uyum incelenmiş, dil/ifade uygunluğu için Kendall W uyum katsayısı 0.038 ( $p=0.660$ ), içerik/kapsam uygunluğu için Kendall W uyum katsayısı 0.053 ( $p=0.429$ ) olarak hesaplanmıştır. Uzman görüşleri arasında uyum olduğu gösterilmiştir.
- Eş zaman geçerliği, Hİİ-HÇODÖ kullanılarak değerlendirilmiş, iki aracın tüm alt boyutları ve toplam puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.
- Yapı geçerliğinde, CFA'ya göre, aracın yapısal denklem model sonucunun aracı oluşturan 15 madde ve 6 faktörlü araç yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. CR değerlerinin tümünün anlamlı olduğu ve tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olduğu saptanmıştır. Maddelerin yapı için uygun olduğu bulunmuş ve yapı doğrulanmıştır.
- Hotelling  $T^2$  testine göre, araçta tepki yanlılığı olmadığı görülmüştür.
- Test-tekrar test sonucunda, hem alt boyutlar arasında hem de tüm araç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve aracın zamana karşı

değişmez olduğu belirlenmiştir. Aradan geçen zaman boyunca puanların farklılaşmadığı gösterilmiştir.

- Yarıya bölme yöntemi ile aracın iç tutarlılığının olduğu saptanmıştır.
- Cronbach alfa değerlerinin aracın alt boyutlarında 0.515-0.704 arasında, tüm araçta 0.842 olduğu belirlenmiştir. Tüm aracın yüksek derecede güvenilir olduğu gösterilmiştir.
- Madde-toplam test korelasyonunda, 0.30 değerinin altında kalan madde olmadığı ve tüm maddelerin birbirleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

## **6.2. Öneriler**

- SÇODA'nın geçerlik ve güvenilirliğini farklı örneklerde inceleyen çalışmaların yapılması önerilir.
- Sağlık kurumları tarafından SÇODA'nın kullanılarak çalışma ortamının tanınması, SÇO oluşturma stratejilerinin geliştirilmesine katkı verebilir.
- SÇO oluşturma stratejilerinin uygulandığı çalışmalarda sonuçların değerlendirilmesi için SÇODA kullanılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. Nurs Res. 2000 May-Jun;49(3):146-53.
2. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları. 4. baskı. İstanbul: Alfa Yayınları; 2021.
3. Aksayan S, Gözüm S. Kùltürler arası ölçek uyarlaması için rehber I: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2002;4(1):9-14.
4. Alpar R. Uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenilirlik. 5. baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2018.
5. American Association of Critical Care Nurses (AACN). AACN healthy work environment assessment, team assessment results. 2018 Jul.
6. American Association of Critical Care Nurses (AACN). AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. 2nd ed. Columbia: AACN; 2016:1-9.
7. American Association of Critical Care Nurses (AACN). AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. Am J Crit Care. 2005;14(3):187-97.
8. American Association of Critical Care Nurses (AACN). Healthy work environment assessment. Benchmark report. 2021 Apr:2-8.
9. American Association of Critical Care Nurses [İnternet]. AACN Healthy work environment assessment tool [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments/aacn-healthy-work-environment-assessment-tool>
10. Bademci V. Geçerlik: nedir? de değildir?. Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi. 2019;6(2):373-85.
11. Bayrakçı G, Türkmen E. McCloskey ve Mueller'in iş doyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakùltesi Elektronik Dergisi. 2020;13(3):131-41.
12. Bayram N. Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi. 6. baskı. Bursa: Ezgi Kitabevi; 2017.

13. Bitek D, Akyol A. Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamına ilişkin algıları ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2017;21(1):1-6.
14. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front. Public Health*. 2018 Jun;6(149):1-18.
15. Boz İ, Kol E. Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2020;24(1):32-8.
16. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2018 Sep; 26(3):199-210.
17. Çınar D, Karadakovan A. Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve çalışan güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016;20(2):116-22.
18. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2017;3(1):37-42.
19. Connor J. A, Ziniel SI, Porter C, Doherty D, Moonan M, Dwyer P, Wood L, Hickey PA. Interprofessional use and validation of the AACN healthy work environment assessment tool. *Am J Crit Care*. 2018 Sep; 27(5):363-71.
20. Davis LL. Instrument review: getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res*. 1992 Nov;5(4):194-97.
21. Doğu Kökcü Ö, Terzi B. Yoğun bakımda çalışan hemşirenin iş indeksi-çalışma ortamı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2018;22(2):66-72.
22. Duffy J R. Leading quality caring. in: quality caring in nursing applying theory to clinical practice, education, and leadership. New York: Springer Publishing Company; 2009: p. 113-133.
23. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-6.
24. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma, süreç, uygulama ve kritik. 4. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020.

25. Erefe İ. Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri. 4. baskı. İstanbul: Odak Ofset; 2012.
26. Erenoğlu R, Tambağ H, Can R, Kabakoğlu H. Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019;9(3):181-7.
27. Esin MN, Sezgin D. Yoğun bakım ortamında çalışan güvenliği: yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamı ve mesleki riskleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2012;16(1):14-20.
28. Evcı N, Aylar F. Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;4(10):389-12.
29. Galley J, O’Riordan B. Guidance for nurse staffing in critical care. London: Royal College of Nursing (RCN). 2003 Oct:1-13.
30. Gikopoulou D, Tsironi M, Lazakidou A, Moisoglou I, Prezerakos P. The assessment of nurses’ work environment: the case of a Greek general hospital. International Journal of Caring Sciences. 2014;7(1):269-75.
31. Gözüm S, Aksayan S. Kültürler arası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003;1:3-14.
32. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Research in Nursing & Health. 1997;20(3):269-74.
33. Güler N. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. 15. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2021.
34. Hinsley KE, Marshall AC, Hurtig MH, Thornton JM, O’Connell CA, Porter CL, Connor JA, Hickey PA. Monitoring the health of the work environment with a daily assessment tool: the REAL-relative environment assessment lens-indicator. Cardiol Young. 2016 Aug; 26(6):1082-9.
35. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses’ protection during the covid-19 epidemic. Crit Care. 2020;24:120.
36. Huddleston P, Gray J. Measuring nurse leaders’ and direct care nurses’ perceptions of a healthy work environment in an acute care setting, part 1: a pilot study. J Nurs Adm. 2016 Jul-Aug;46(7-8):373-8.

37. Institute of Medicine (IOM). The future of nursing: leading change, advancing health. Washington (DC): The National Academies Press; 2011. p. 1-11.
38. International Council of Nurses (ICN). Positive practice environments. Fact sheet. Geneva-Switzerland: International Council of Nurses; 2007b.
39. International Council of Nurses (ICN). Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care information and action tool kit. Geneva-Switzerland: International Council of Nurses; 2007a.
40. Karaçam, Z. Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(1);28-37.
41. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(40):39-49.
42. Kıraner E, Terzi B, Türkmen E, Kebapçı A, Bozkurt G. Türk yoğun bakım hemşirelerinin COVID-19 salgınındaki deneyimleri. Journal of Education and Research in Nursing. 2020;17(3):284-6.
43. Kocaman G, Yürümezoğlu H, Uncu S, Türkmen E, Göktepe N, İntepeler Ş. Türkiye’de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarının geliştirmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2018;15(1):30-8.
44. Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. Nurs Res. 1989 May-Jun;38(3):172-7.
45. Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P. Nine structures and leadership practices essential for a magnetic (healthy) work environment. Nurs Adm Q. 2010 Jan-Mar;34(1):4-17.
46. Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. Research in Nursing & Health. 2002;25:176-88.
47. Lindberg P, Vingård E. Indicators of healthy work environments: a systematic review. Work. 2012;41:3032-38.
48. Ma C, McHugh MD, Aiken LH. Organization of hospital nursing and 30-day readmissions in medicare patients undergoing surgery. Med Care. 2015;53(1):65-70.
49. Maiden JM, Is your work environment healthy?.Nursing Management. 2010;41(11):36-9.

50. Mays MZ, Hrabe DP, Stevens CJ. Reliability and validity of an instrument assessing nurses' attitudes about healthy work environments in hospitals. *J Nurs Manag.* 2011 Jan;19(1):18-26.
51. Mollaoğlu M, Kars FT, Özkan TF. Hastanede çalışan hemşirenin çalışma ortamına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2010;5(15):17-29.
52. Moos RH, Insel P. Work environment scale preliminary manual. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1974.
53. Moos RH. Work environment scale manual. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1981.
54. National Academy of Medicine. The future of nursing 2020–2030 charting a path to achieve health equity. Consensus study report. Washington (DC): National Academies Press (US). 2021 May.
55. Nowrouzi B, Lightfoot N, Larivière M, Carter L, Rukholm E, Schinke R, Belanger-Gardner D. Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments: a literature review. *Workplace Health Saf.* 2015 Jul;63(7):308-15.
56. Ören B, Dağcı S. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2020;24(3):170-83.
57. Özalkuş A. İş ortamı ölçeği (WES)'nin dil eşdeğerliliği tutarlılığı ve geçerliliği [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 1995.
58. Özbek Yazıcı S, Kalaycı I. Hemşirelerin çalışma ortam ve koşullarının değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi.* 2015;3(3):379-83.
59. Özdamar, K. Eğitim sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. 2. baskı: İstanbul: Nisan; 2016.
60. Page A. Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. Washington (DC): National Academy of Sciences; 2004.
61. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Prevanative Medicine Bulletin.* 2008;7(6):547-54.
62. Pearson A, Laschinger H, Porritt K, Jordan Z, Tucker D, Long L. Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining



nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Int J Evid Based Healthc.* 2007;5:208-53.

63. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice.* 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
64. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
65. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Developing and sustaining safe, effective staffing and workload practices.* 2nd ed. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2017 Feb:1-80.
66. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Developing and sustaining nursing leadership best practice guideline.* 2nd ed. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2013 Jul:1- 138.
67. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Healthy work environments best practice guidelines workplace health, safety and well-being of the nurse.* Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2008 Feb:1-97.
68. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Intra-professional collaborative practice among nurses.* 2nd ed. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2016 Jun:2-73.
69. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Managing and mitigating conflict in health-care teams.* Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2012 Sep: 1-90.
70. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Preventing and mitigating nurse fatigue in health care healthy work environments best practice guideline.* Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2011 Aug:1-63.
71. Samoya A, Crutcher TD, Pilon BA. *Maintaining healthy work environments: six standards guide leaders.* *Crit Care Nurse.* 2015 Nov;10(6):1-7.
72. Samoya A. *Creating healthy work environments, an evidence-based toolkit for nurses.* *AACN.* 2015 Jun:2-47.
73. Sanders CL, Krugman M, Schloffman DH. *Leading change to create a healthy and satisfying work environment.* *Nurs Adm Q.* 2013 Oct-Dec;37(4):346-55.

74. Saygılı M, Çelik Y. Hastane çalışanlarının çalışma ortamına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2011;14(1):39-71.
75. Schalk DM, Bijl ML, Halfens RJ, Hollands L, Cummings GG. Interventions aimed at improving the nursing work: a systematic review. Implement Sci. 2010 Apr;27;5:34.
76. Schmalenberg C, Kramer M. Types of intensive care units with the healthiest, most productive work environments. Am J Crit Care. 2007 Sep;16(5):458-68.
77. Seçer İ. Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve lisrel uygulamaları.1. baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015.
78. Sherman RO, Edwards B, Giovengo K, Hilton N. The role of the clinical nurse leader in promoting a healthy work environment at the unit level. Crit Care Nurs Q. 2009;32(4):264-71.
79. Shirey MR. Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments. Crit Care Nurs Q. 2009 Jul-Sep;32(3):189-98.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2022. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1240.
81. T.C. Sağlık Bakanlığı. Genel sağlık istatistikleri özet bilgiler, yatak doluluk oranları. 2016.
82. Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şahpolat M. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumunu üzerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2015;(11):143-9.
83. Tan M, Polat H, Şahin Z. Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012;4(2):67-78.
84. Tappen RM, Weiss SA, Whitehead D. The workplace. In: essentials of nursing leadership and management. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015.
85. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 6. baskı. Ankara: Nobel Basımevi; 2019.
86. Tekindal S. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. 6. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2020.

87. Tengilimoğlu D, Zekioğlu A, Topçu H. Sağlık alışanlarının sağlıklı çalışma ortamına ilişkin algılarının incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;10(3):455-63.
88. Tosun A, Yıldırım A. Yönetici hemşire çalışma ortamı ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi. 2021;8(1):42-53.
89. Türkmen E, Badir A, Balci S, Akkuş TS. Hemşirelik iş indeksi-hemşirelik çalışma ortamını değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik alışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011;2(5):5-20.
90. Türkmen E. COVID-19 Salgınında yoğun bakım ünitelerinin organizasyonu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2020;24(1):39-45.
91. Ulrich BT, Barden C, Cassidy L, Varn-Davis N. Critical Care nurse work environments 2018: findings and implications. Crit Care Nurse. 2019;39(2):67-84.
92. Ulrich BT, Lavandero C, Hart KA, Woods D, Leggett J, Taylor D. Critical care nurses' work environments: a baseline status report. Crit Care Nurse. 2006 Oct;26(5):46-50.
93. Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Friedman D, D'Aurizio P, Edwards SJ. Crit Care Nurse. 2009 Apr;29(2):93-102.
94. Ulrich BT, Lavandero R, Woods D, Early S. Critical care nurse work environments 2013: a status report. Crit Care Nurse. 2014 Aug;34(4):64-79.
95. Ural A, Kılıç İ. Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. 6. baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2021.
96. Uyer G, Abaan S. Hemşirelik hizmetlerinde iletişim. örgütsel iletişim. Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı. 12. baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016. sayfa 327-48.
97. Vollers D, Hill E, Roberts C, Dambaugh L, R. Brenner Z. AACN's healthy work environment standards and an empowering nurse advancement system. Crit Care Nurse. 2009;29(6):20-7.
98. Warshawsky NE, Lake S, Brandford A. Nurse managers describe their practice environments. Nurs Adm Q. 2013 Oct-Dec;37(4):317-25.

- 99.** Wei H, Sewell KA, Woody G, Ann Rose M. The state of the science of nurse work environments in the united states: a systematic review. *Int J Nurs Sci.* 2018 Jul;5(3):287-300.
- 100.** Yılmaz A, Duygulu S. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi.* 2019;3(6):171-85.
- 101.** Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi; 2005 Eylül 28-30; Denizli: Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi; 2005.s. 1-6.

**EKLER**  
**EK-1. HEMŞİRE BİLGİ FORMU**

**EK-2. AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES  
HEALTHY WORK ENVIRONMENT ASSESSMENT TOOL**

**EK-3. SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACININ  
TÜRKÇEYE UYARLANMA İZİNİ**

**EK-4. HEMŞİRELİK İŞ İNDEKSİ-HEMŞİRELİK ÇALIŞMA ORTAMINI  
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**







**EK-5. HEMŞİRELİK İŞ İNDEKSİ-HEMŞİRELİK ÇALIŞMA ORTAMINI  
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ**

**EK-6. AMERİKAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ SAĞLIKLI  
ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACI (AACN HWEAT)  
UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU  
**HEALTHY WORK ENVIRONMENT ASSESSMENT TOOL**  
SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACI**







## **EK-7. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMAN LİSTESİ**



## **EK-8. ETİK KURUL ONAYI**

## **EK-9. KURUM İZİNİ**

## **EK-10. SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI DEĞERLENDİRME ARACI**





## ÖZGEÇMİŞ