

Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi*

Arzu Kader HARMANCI**

Aytolan YILDIRIM***

Özgün Araştırma

** Arş. Gör. Dr., İ.Ü. Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelikte Yönetim Anabilim
Dalı, İstanbul
e-posta: arzukader@gmail.com
*** Prof. Dr., İ.Ü. Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelikte Yönetim Anabilim
Dalı, İstanbul

Geliş Tarihi: 10/12/2011
Kabul Tarihi: 16/05/2012

Özet

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarına ilişkin algılarını belirlemek üzere bir ölçek geliştirmek amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem: Metodolojik bir çalışmadır. Meslek örgütüne üye, İstanbul'da, kamuda çalışan hemşirelerin oluşturduğu örneklem grubundan uygun şekilde doldurulup geri toplanan 460 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde kapsam geçerliği, yapı geçerliği, iç tutarlık analizi ve algı puan ortalamaları kullanılmıştır.

Bulgular: Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi, genel özelleştirme, sağlıkta özelleştirme ve özelleştirmelerin hemşireliğe etkisi alt boyutlarında sırasıyla 0,88; 0,84 ve 0,96 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0,41-0,75 arasında ve Cronbach _ güvenirlik katsayısı 0,95, alt boyutlarda ise sırasıyla 0,82, 0,89, 0,92 olarak 0,70'den yüksek ve güvenilir bulunmuştur. Yapı geçerliği başlığında doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, üç faktörlü ölçek yapısı doğrulanmış ve faktör yükü 0,40'ın altında olan maddeler çıkarılmıştır. Uyum iyiliği istatistiklerinde, ölçeğin uyumunun iyi olduğu bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması $2,16 \pm 0,57$ 'dir. Alt ölçeklerin ortalaması sırasıyla; genel özelleştirme, $2,20 \pm 0,66$; sağlıkta özelleştirme, $2,10 \pm 0,59$ ve özelleştirmelerin hemşireliğe etkisi $2,21 \pm 0,65$ 'tir.

Sonuç: Bu çalışmaya göre hemşireler özelleştirme uygulamalarını, genel özelleştirmeleri, sağlıkta özelleştirmeleri ve özelleştirmelerin hemşireliğe etkisini olumsuz algulamaktadırlar. Bu çalışmada geliştirilen ölçek geçerli ve güvenilir. Sağlık hizmetlerinde farklı örneklem gruplarında kullanılması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Özelleştirme, Sağlık Hizmetleri, Hemşirelik, Ölçek geliştirme, Algı, Güvenirlik ve geçerlilik.

* Bu çalışma 15-16 Nisan 2011 tarihlerinde, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği ve Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü işbirliğinde Ankara'da düzenlenen, V. Hemşirelik Araştırma Sempozyumu'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Developing the Scale on Nurses Perceptions About Privatizations

Abstract

Objective: The present study was carried out to develop a scale for defining the perceptions of nurses of privatization practices in health services.

Method: This is a methodological study. Four hundred and sixty questionnaires completed and returned by the sample group consisting of nurses who were members of the same occupational organization and worked at public hospitals in Istanbul, were analyzed. Content validity, construct validity, internal consistency and perception score means were used in the evaluation of the scale.

Results: Content validity index of scale was found as 0.88, 0.84, and 0.96 in “general privatization”, “privatization in health”, and “effects of privatizations on nursing” subscales, respectively. Mean total score correlations of the scale were between 0.41-0.75; Cronbach’s α coefficient of the scale was 0.95; Cronbach’s α coefficients of the subscales were 0.82, 0.89, 0.92, respectively, and were over 0.70 and significant. Explanatory factor analysis was done in construct validity, three-factor scale structure was confirmed and the items with factor load less than 0.40 were removed. Goodness of fit statistics showed that the goodness of fit indexes of the scale were suitable. Mean total score of the scale was 2.16 ± 0.57 and the means of the subscales were 2.20 ± 0.66 in general privatization, 2.10 ± 0.59 in privatization in health, and 2.21 ± 0.65 in the effects of privatization on nursing.

Conclusion: The present study confirmed that the nurses perceived privatization practices, general privatizations, privatizations in health, and the effect of privatizations on nursing negatively. The scale developed in this study is reliable and valid, and the scale is recommended to be used in different sample groups in health services.

Keywords: Privatization, Health Services, Nursing, Scale developing, Perception, Reliability and validity

Giriş

Özelleştirmenin birden fazla bilim dalının ilgi alanına girmesi, yapılan bilimsel tanımlamalar arasında da farklılıklar oluşmasına yol açmaktadır.^{1,2} Genel olarak “kamu kuruluşlarının ve kamu işletmelerindeki yönetim ve hisselerin kısmen, tamamen veya geçici olarak özel kesime devredilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır.³ Dar anlamda özelleştirme ve geniş anlamda özelleştirme olarak tanımlanacak olursa, dar anlamda özelleştirme; Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) mülkiyet ve yönetimlerinin özel sektöre devredilmesi ve burada mülkiyet devrinin en az %51 oranında gerçekleşmesidir.^{1,3,4} Geniş anlamda özelleştirme ise kamunun ekonomik faaliyet ve işlevlerinin sınırlandırılması, kısıtlanması, en aza indirilmesi veya ortadan kaldırılması olarak tarif edilmektedir.¹⁻³

Özelleştirmeler, bugüne dek kamunun yatırım yapmasına alışık olduğumuz pek çok alanda gerçekleştirilmektedir.⁵ Yetmişli yıllarda kapitalizmin içine girdiği kriz ve bu krize yanıt olarak ortaya çıkan neoliberal akımın ülkelerin iktisat politikalarında ağırlık kazanması sonucu, kamu açıklarını azaltmayı ve para hacmini daraltmayı hedefleyen monetarist politikaların benimsendiği ve özelleştirmelerin de bu bağlamda gündeme getirildiği belirtilmektedir.⁵⁻⁷ Gelişmekte olan ülkelerde, özellikle ülke ekonomisinin sürdürülebilirliği ve istikrarı adına başvurulmuş Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB) gibi kurumların talepleri, hükümetleri bu başlıkta hızlıca hareket etmeye zorlamaktadır. Bu noktada özelleştirmelere dönük adımlar atılırken ortaya çıkan tabloda “çalışan” unsurunun ihmal edildiği göze çarpmaktadır.⁸

Türkiye’de bugün tartıştığımız içeriği ile özelleştirmelerin, 24 Ocak 1980 tarihinde alınan ve ekonomik alanda 24 Ocak kararları olarak anılan liberalizasyon süreci ile birlikte başladığı belirtil-

mektedir. Aynı yıl gerçekleştirilen askeri darbe sonrası sendikalar kapatılmış ve sürecin sonunda ülkede varolan kamusal kaynakların, sermaye sahiplerine devrine uygun koşullar sağlanmıştır.⁹

Sağlık hizmetleri tabloda daha farklı bir yere oturmaktadır.^{5,10} Milyonlarca insanın hizmet aldığı ve on binlerce insanın çalıştığı sağlık hizmetleri, ülkemizde 1980'lere kadar mahallelerdeki doktor muayenehaneleri, bir kaç özel hastane ve bir kaç azınlık hastanesi dışında, kamu tarafından verilmekteyken, bugün mevcut durumda önemli değişimler yaşanmaktadır.⁴ Sağlık hizmetlerinin, tüm dünyada yetmişli yıllardan itibaren krizi aşmak adına geliştirilen politikalar paralelinde adım adım piyasanın müdahalelerine açıldığı, öncelikle hizmetin ticarileştirildiği, hizmet finansmanı ve sunumunun özelleştirildiği vurgulanmaktadır.^{11,12} Bazı örneklerde kamusal finansmanla özel hizmet satın alma yoluna gidildiği, bazılarında ise kamu kurumlarında özel sağlık hizmeti sunan birimler açıldığı belirtilmektedir.^{11,13} Son yirmi beş yılda özel hastanelerin artışı ve giderek yaygınlaşması göze çarpmaktadır.^{11,14} Özel hastane sayısının artışının yanı sıra; kamu hastanelerinde de yemek, temizlik, ulaşım, güvenlik ve hatta sağlık hizmetleri dahi taşeron şirketlerden satın alınmaktadır.¹⁴

Sağlık hizmetlerinin taşeron şirketler tarafından verilmesi dışında önemli bir başlık da, hastaların sağlık hizmeti almak için ceplerinden yaptıkları ödemelerdir.¹⁵ Hükümetlerin bütçede sağlığa ayırdığı paydan kendilerine ayrılan ödeneklerle finansmanlarını sürdüremeyen hastaneler, bazı masraflarını döner sermaye gelirleri ile karşılamaktadırlar. Döner sermaye gelirleri ise hastaların ceplerinden veya sosyal güvenlik kurumlarından hastaneye yapılan ödemelerden elde edilen gelirlerdir.^{16,17}

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi başlığında mevzuat bağlamında da yol alın-

dığı, yakın zamanda Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile bu başlıkta önemli bir adım atıldığı belirtilmektedir.¹⁷ Ülkemizde sağlık hizmetlerinde çalışmakta olanları daha çok ve derinden etkileyeceği ifade edilen 2 Kasım 2011 tarihli 28103 mükerrer sayılı resmi gazetede yayınlanan 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" yürürlüğe girmiştir.¹⁸ İthal hekim ve hemşire tartışmalarını gündeme getiren, kamunun tüm hastanelerinin özelleştirilmesinin önünü açan bu kararname ile sağlık alanının özelleştirilmesi anlamında bugüne kadar olan en somut adım atılmıştır. Tüm bu süreçler, bu hizmetlerde çalışan doktor, hemşire ve personellerle tartışılmadan, yeterince şeffaf davranılmadan hızlıca ilerletilmektedir.^{19,20}

Hemşirelerin sağlık hizmetlerinde hayata geçirilen özelleştirme uygulamalarından en olumsuz şekilde etkilenen meslek grubu olduğu belirtilmektedir.^{13,21} Uygulamalar sonrası değişik ülke örneklerinde hemşirelerin çalışma koşullarının olumsuz etkilendiği, çalışma sürelerinin uzadığı, iş yükünün arttığı, iş güvencesinin azaldığı gibi kimi önemli sonuçlar ortaya çıkmaktadır.²¹⁻²⁴

Tüm dünya yeni bir ekonomik krizle boğuşmaktayken, her zamanki gibi kamu kaynaklarının elden çıkarılması yolu ile kaynak sağlanması, birinci seçenek olarak akla gelmektedir.^{9,25} Ancak politik alanda yapılan bu tercihler, özelleştirme uygulamalarının hayata geçirilmesi planlanan birim veya kurumlarda çalışanlarla paylaşılmamaktadır.^{9,12}

"Değişim", "reform" ve benzeri kavramlar seksenli yıllardan itibaren sürekli gündemde tutulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde reform ve değişim adı altında tüm gelişmekte olan ülkelerde hazırlanan benzer programlar, birbiri ardına uygulamaya geçirilmekte ve çalışanların direnci ile karşılaşılmaktadır.^{5,21-24} Oysa bu süreçlere ilişkin

olarak, ilgili alanlarda ve hizmet kollarında çalışanların görüşlerini almak, bu görüşleri bilmek, o alana ve hizmet koluna dönük müdahale etmeden önce bu görüşleri değerlendirmek önemli olmalıdır.^{19,23} Değişim insanlarla yapılır.^{26,27}

Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen özelleştirme uygulamalarına ilişkin olarak da bu alanda önemli bir ağırlık oluşturan ve gerçekleştirilen uygulamalardan olumlu veya olumsuz en fazla etkilenecek gruplardan biri olarak hemşire insan gücünün uygulamalara ilişkin değerlendirmelerinin alınması önemli görülmektedir. İlk etapta bu yapısal değişiklikleri hemşirelerin nasıl algıladıklarını belirlemek, uygulamaların klinik ortamda ve hemşirelik hizmetlerinde nasıl bir etki oluşturacağını anlamada önemli görülmektedir.²⁸ Ayrıca politikaların geliştirilmesinde ve değerlendirilmesinde veri oluşturmak, söz söyleyen ve politika belirleyenleri etkilemek için gerekli bulunmaktadır.¹³

Bu araştırma ile hemşirelerin, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme uygulamalarına ilişkin algılarını belirlemeye yönelik olarak hemşirelerin özelleştirmelere ilişkin algı ölçeğini geliştirmek, geçerlik güvenirlik analizlerini yapmak amaçlanmıştır.

Araştırma hipotezi: Hemşirelerin özelleştirmelere ilişkin algı ölçeği (HÖİAÖ), geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Gereç ve Yöntemler

Katılımcıların Seçimi ve Tanımlanması

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilindeki meslek örgütlerine üye olup, İstanbul ilindeki Sağlık Bakanlığı (SB) ve Üniversite Hastanelerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek için, öncelikle hemşirelik alanında faaliyet yürüten hemşirelik derneklerinin yönetimlerine, üyelerinin araştırmaya katılması yönünde izin almak üzere yazı ile başvurulmuştur. Ka-

bul yanıtı veren altı dernekten ikisi üye listelerini beklenen süre içerisinde hazır edemediği için araştırma dışında bırakılmış, araştırmaya dört derneğe üye toplam 973 kişi dahil edilmiştir.

Araştırma Ekim 2008 Şubat 2009 tarihleri arasında uygulanmıştır. Toplam 973 kişi için anket formları zarflanmış ve üzerlerine alıcıların isimleri ve adresleri yazıldıktan sonra çalıştıkları kurumlara gidilerek araştırmacılar tarafından dağıtılmıştır. Hemşirelerin 267'sine taşınma, hastalık, gebelik, işten ayrılma, tayin, gibi nedenlerle iş yerlerinde ulaşılammıştır. Toplam 706 kişiye zarflanmış ve üzerinde isim ve adres yazılmış anketler elden verilmiştir. Uygun şekilde geri dönen 460 anket değerlendirmeye alınmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %65,2 olarak belirlenmiştir. Literatürde yer alan ve geçerlik, güvenirlik analizleri için ölçek madde sayısının 5-10 kat üzerinde bir örnekleme çalışılması koşulu sağlanmıştır.²⁹

Verileri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak bilgi formu ve Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeği (HÖİAÖ) taslağı kullanılmıştır. Bilgi formunda, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak ve araştırmanın amacı dikkate alınarak belirlenen, katılımcıların çalıştığı kuruma, sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine, üye oldukları mesleki-sindikal organizasyona ve çalıştıkları statüye ilişkin altı adet açık uçlu, yedi adet kapalı uçlu olmak üzere, toplam 13 soruya yer verilmiştir.^{13,30}

HÖİAÖ taslağı literatür bilgisi doğrultusunda üç alt boyutta tasarlanmıştır.^{13,30} Taslak ölçekte; 1-14 arasında yer alan ifadeler kamu işletmeleri ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili; 15-34 arasındaki ifadeler, kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili ve 35-56 arasındaki ifadeler ise özelleştirilmelerin hemşireliğe etkisi ile ilgili maddelerden oluşturulmuştur. Her bir bölümde ifadeler geniş zaman kipinde yazılmış ve katılımcılara ifadelere katılma dereceleri sorul-

muştur. Buna göre “kesinlikle katılıyorum” 5 puan, “katılıyorum” 4 puan, “fikrim yok” 3 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kesinlikle katılmıyorum” 1 puan olarak puanlanmıştır. Maddelerde, tüm alt boyutlarda ve ölçeğin bütününde algı puan ortalamalarının yükselmesi, katılımcıların özelleştirmeleri olumlu algıladıkları, algı puan ortalamalarının düşmesi ise, katılımcıların özelleştirmeleri olumsuz algıladıkları yönünde değerlendirilmiştir.

Taslak ölçekte; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 33, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54 numaralı maddeler olumlu; 5, 10, 11, 12, 13, 14, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 38, 39, 44, 49, 52, 55, 56 numaralı maddeler ise olumsuz ifadeler olup, ters yönde değerlendirilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmada ölçek geliştirme çalışmasında izlenmesi gereken adımlar literatür bilgisi doğrultusunda^{29,31-34} madde havuzunun oluşturulması; kapsam geçerliği, pilot çalışma yapılması, test tekrar test ve korelasyon analizlerinin yapılması, yapı geçerliğini değerlendirmek üzere faktör analizi yapılması, güvenilirlik analizi için Cronbach alfa katsayısının belirlenmesi olarak gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen veriler SPSS 10.0 (Statistical Package of Social Science) paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Ayrıca doğrulayıcı faktör analizi için LISREL 8.7 programı kullanılmıştır.^{29, 35-37}

Araştırma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

• Araştırma dört meslek örgütüne üye, İstanbul ilinde yer alan kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerden oluşturulan örneklem ile sınırlıdır.

• Araştırma bulguları, ölçek maddeleri ile sınırlıdır.

Bulgular

Madde Havuzu Oluşturma

HÖİAÖ'nün oluşturulmasında Homedes ve Ugalde'nin (2005) Latin Amerika'da gerçekleştirilen sağlıkta özelleştirme uygulamalarının çalışanlara ve sağlık hizmetlerine etkilerine ilişkin yaptıkları çalışmalardan yararlanılmıştır.¹³ Literatürde Corey-Lisle ve diğ. (1999) tarafından yapılan sağlık bakım reformunun hemşirelere etkisini sorgulayan çalışmada, hemşirelere yöneltilen sorular ve hemşirelerin yaptıkları yorumlar dikkate alınmıştır.²² Madde havuzu oluşturulurken SB'ye bağlı hastanelerin özelleştirilmesine ilişkin olarak SB hastanelerinde çalışanlarla yürütülen bir çalışmadan da yararlanılmıştır.¹⁹

Kapsam Geçerliği

Ölçek geliştirme sürecinde öncelikle hemşirelerin “Genel Özelleştirme”, “Sağlıkta Özelleştirme” ve “Özelleştirmelerin Hemşireliğe Etkisi” alt boyutları dikkate alınarak toplam 62 ifadeden oluşan madde havuzu 7 dereceli likert tipinde yanıtlanacak şekilde hazırlanmış ve değişik alanlarda uzman 10 kişinin görüşüne sunulmuştur.

Uzmanlar maddelerin uygunluğunu madde hedeflenen yapıyı ölçüyor-1, madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz-2, madde hedeflenen yapıyı ölçmeye uygun değil-3 şeklinde puanlamışlardır. Lawshe tekniğine göre 10 uzmandan görüş alındığı için kapsam geçerlik ölçütü 0,62 olarak belirlenmiş,³⁴ KGO 0,62 den küçük olan 6 madde atılmış ve taslak ölçek toplam 56 maddeye indirilmiş ve uzmanların görüşleri doğrultusunda uygulama kolaylığı sağlayacağı için 5 dereceli likerte dönüştürülmüştür.

Test Tekrar Test Analizi

Özelleştirmelere ilişkin algı ölçeği ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tek-

Tablo 1: Hemşirelerin özelleştirmelere ilişkin algı ölçeği ve alt boyutlarının test-tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması ve korelasyonları (N:42).

Ölçek ve Alt Boyutlar	İlk Uygulama $\bar{x} \pm SD$	İkinci Uygulama $\bar{x} \pm SD$	t*	p	r	p
Ölçek (Toplam)	2,24 ± 0,49	2,22 ± 0,50	1,173	0,248	0,98	<0,001
1.Genel Özelleştirme	2,70 ± 0,44	2,67 ± 0,49	1,136	0,262	0,94	<0,001
2.Sağlıkta Özelleştirme	2,01 ± 0,60	1,99 ± 0,58	0,919	0,364	0,97	<0,001
3.Özelleştirmelerin Hemşireliğe Etkisi	2,20 ± 0,51	2,19 ± 0,52	0,283	0,779	0,96	<0,001

* Bağımlı gruplarda t testi: serbestlik derecesi = 41

rar testten elde edilen puan ortalamaları *t* testi ile karşılaştırılmış, 2 hafta ara ile yapılan iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=1,173$, $sd=41$, $p>0.005$, Tablo 1). Özelleştirme uygulamalarına ilişkin tutum ölçeğinin güvenilirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş (Tablo 1), ilk ve ikinci uygulamalardan elde edilen puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,98$, $p<0.0001$).

Madde Analizi

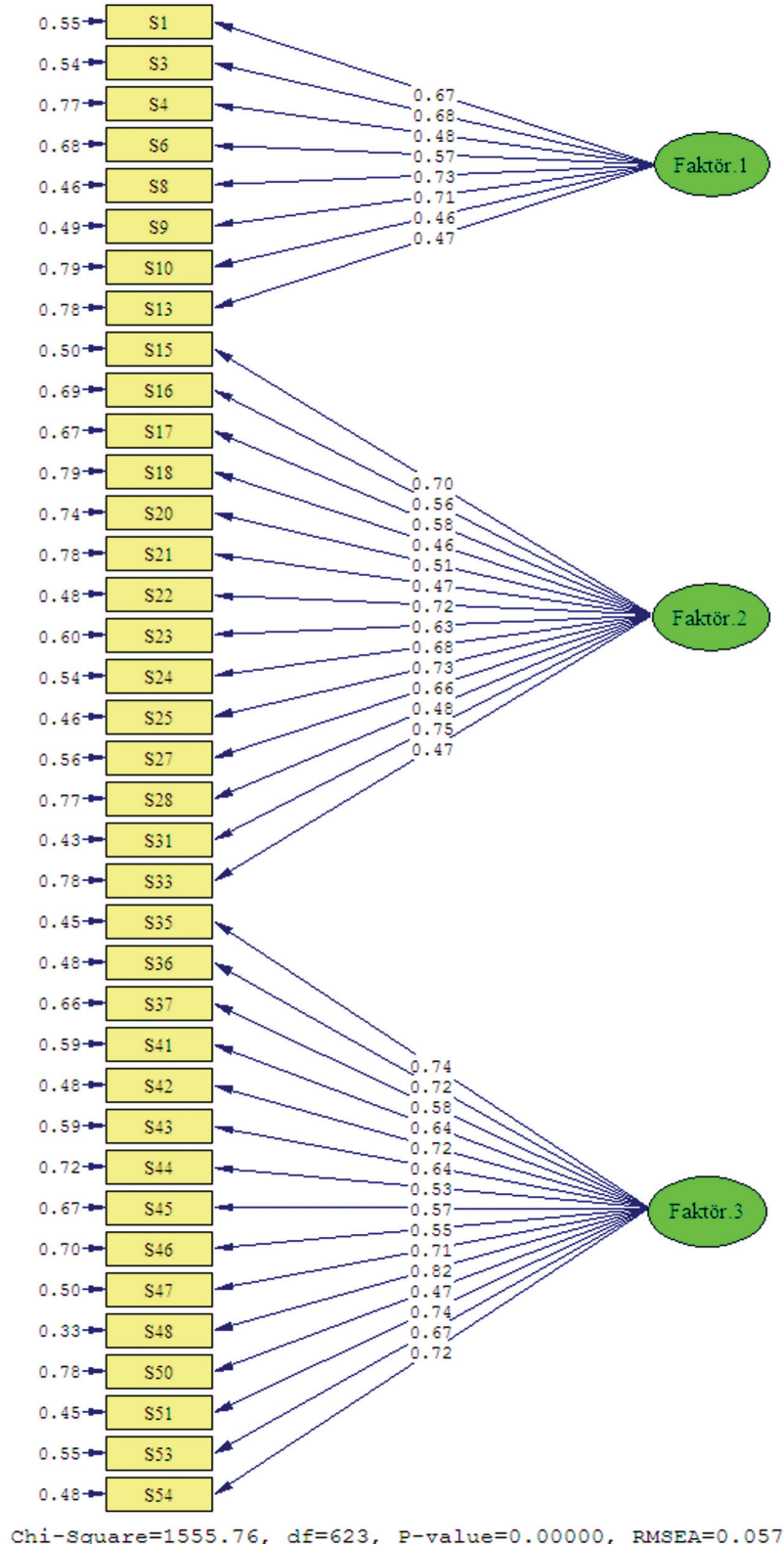
Ölçek taslağının güvenilirlik çalışması için 56 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 49 maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Pearson korelasyonu/Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) $r= 0,37$ ile $0,74$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). İki maddenin (madde 7 ve 55) güvenilirlik katsayılarının istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$), beş maddenin de (madde 2, 11, 19, 32, 38) anlamlı ($p<0.01$) olmakla birlikte korelasyon katsayılarının $r=0,06$ ile $0,23$ arasında ve düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Taslak ölçeğin güvenilirliği için yapılan madde analizi sonrasında mad-

de-toplam puan korelasyon katsayısı $0,35$ 'in altında olan 7 madde ölçekten çıkarılmış, analiz sonucunda ölçeğin madde sayısı 49'a düşmüştür.

Yapı Geçerliliği

Üç alt boyutta tasarlanan HÖİAÖ taslağının yapı geçerliliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış ve analizler sonrasında taslak ölçekten madde yükü $0,40$ 'ın altında olan 12 madde çıkarılmıştır. Kalan 37 madde ile yapılan DFA sonrasında tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri $0,46$ ile $0,82$ arasında bulunmuştur (Şekil 1).Toplam 49 madde ile yapılan ilk doğrulayıcı faktör analizinde RMSEA, AGFI ve GFI uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı görülmüştür. Taslak ölçekteki "Genel Özelleştirme" alt boyutundan 5, 12 ve 14. maddeler, "Sağlıkta Özelleştirme" alt boyutundan 26, 29 ve 30.maddeler, "Özelleştirmelerin Hemşireliğe Etkisi" alt boyutundan da 34, 39, 40, 49, 52 ve 56. maddeler faktör yükleri $0,40$ 'ın altında olduğu için çıkarılmıştır. Kalan 37 madde ile doğrulayıcı faktör analizi tekrar yapılmıştır (Şekil1). Modifikasyon önerileri doğrultusunda 8. ile 9., 4. ile 16. ve 50. ile 53. maddelerin hata varyansları arasında modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, uyum indeksleri yeterli düzeyde bulunmuştur (Tablo3).

Şekil 1: Hemşirelerin özelleştirmelere ilişkin algı ölçeği, madde faktör yükleri



Tablo 2: Ölçeğin birinci aşamadaki madde toplam puan korelasyonları (N:460)

Maddeler (56 Madde)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	p
Genel Özelleştirme		
1. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, kamunun ekonomik anlamda refahına hizmet eder.	0,62	<0,001
2. Kamu işletmelerinde ve kamu hizmetlerinde özelleştirmelerin, sadece sanayi sektöründe yapılması gerekir.	0,23*	<0,001
3. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetleri, devlete ekonomik yük getirir.	0,59	<0,001
4. Kamu işletmelerinde ve kamu hizmetlerinde, gereğinden fazla insan çalıştırılır.	0,45	<0,001
5. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, ülkenin güvenliğini ve bağımsızlığını tehdit eder.†	0,42	<0,001
6. Kamu işletmelerine ve kamu hizmetlerine gereğinden fazla yatırım yapılır.	0,55	<0,001
7. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetleri, verimsiz çalıştırılır.	0,06	0,197
8. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetleri, özelleştirmeler ile daha verimli çalıştırılır.	0,65	<0,001
9. Kamu işletmelerinde ve kamu hizmetlerinde, özelleştirmeler ile daha nitelikli hizmet üretilir.	0,65	<0,001
10. Kamu işletmelerinin ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, ülkeyi dışa bağımlı kılar.	0,44	<0,001
11. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetleri, özelleştirmelerle yerli sermayeye satılır.	0,13	<0,010
12. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetleri, özelleştirmeler ile yabancı sermayeye satılır.	0,39	<0,001
13. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, yabancı finans kuruluşları tarafından, ülkemiz yönetimlerinden talep edilir.	0,48	<0,001
14. Kamu işletmeleri ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, Avrupa Birliği tarafından talep edilir.	0,39	<0,001
Sağlıkta Özelleştirme		
15. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi toplumun yararınaadır.	0,68	<0,001
16. Kamu sağlık kurumlarında gereğinden fazla insan çalıştırılır.	0,55	<0,001
17. Kamu sağlık kurumlarına gereğinden fazla yatırım yapılır.	0,55	<0,001
18. Kamu sağlık kurumları özelleştirilirken, tüm toplum sosyal güvenlik sistemine dahil edilir.	0,45	<0,001
19. Kamu sağlık kurumları verimsiz çalıştırılır.	0,13	<0,010
20. Kamu sağlık kurumlarından sadece üniversiteye ait olanların özelleştirilmesi gerekir.	0,46	<0,001
21. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi sonucu çalışan personel sayısı artırılır.	0,48	<0,001

22. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesiyle, sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitlik sağlanır.	0,67	<0,001
23. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesiyle, sağlık çalışanları daha yüksek ücret alır.	0,62	<0,001
24. Kamu sağlık kurumlarından sadece sağlık bakanlığına bağlı olanların özelleştirilmesi gerekir.	0,65	<0,001
25. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile üretilen sağlık hizmetinin niteliği yükseltilir.	0,68	<0,001
26. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile sağlık personelinin geliri azalır.	0,39	<0,001
27. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile daha fazla insan sağlık hizmetlerinden yararlanabilir.	0,62	<0,001
28. Kamu sağlık kurumlarında, ana hizmet olan sağlık hizmeti dışındaki hizmetlerin özelleştirilmesi gerekir.	0,45	<0,001
29. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile yoksul insanlar sağlık hizmetlerine ulaşamazlar.	0,38	<0,001
30. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile ülkenin sağlık harcamaları artar.	0,37	<0,001
31. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hastaneler daha verimli çalıştırılır.	0,74	<0,001
32. Kamu sağlık kurumlarının tamamen özel sektöre devredilmemesi gerekir.	0,12	<0,010
33. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile sağlığa ayrılan bütçe artırılır.	0,44	<0,001
34. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile sağlık çalışanları, iş sağlığı ve güvenliği açısından daha riskli ortamlarda çalışmak zorunda kalır.	0,44	<0,001
Özelleştirmelerin Hemşireliğe Etkisi		
35. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşirelik işinin değeri artırılır.	0,69	<0,001
36. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile üretilen hemşirelik hizmetinin niteliği yükselir.	0,66	<0,001
37. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile daha fazla hemşire istihdam edilir.	0,57	<0,001
38. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşireler aile hekimlerinin yanında ücretli olarak çalıştırılır.	0,17	<0,001
39. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile çalışma süreleri uzatılır.	0,42	<0,001
40. Kamu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile hemşirelik hizmeti üretirken, malzeme temininde yaşanan sıkıntı azalır.	0,38	<0,001
41. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşirelerin memuriyete bağlı sosyal kazanımları korunur.	0,61	<0,001
42. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi hemşireliğin meslekleşmesi sürecini olumlu etkiler.	0,64	<0,001
43. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile alanda çalışanlar arasında yaşanan çatışmalar azaltılır.	0,62	<0,001
44. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşireler iş güvencesiz çalıştırılır.	0,58	<0,001

45. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hastalar ve hemşireler daha az karşı karşıya gelir.	0,54	<0,001
46. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile özel dal hemşireliği geliştirilir.	0,51	<0,001
47. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşirelik yönetiminin karar verme yetkisi artar.	0,65	<0,001
48. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşirelik mesleğinin statüsü yükselir.	0,72	<0,001
49. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hizmetten yararlananlara müşteri gözü ile bakılır.	0,47	<0,001
50. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşireler daha eğitilmiş olmak zorunda bırakılır.	0,43	<0,001
51. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşireler daha adil ücretlendirilir.	0,72	<0,001
52. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşireler çalıştıkları birimlerden hizmet satın almak durumunda kalırlar.	0,38	<0,001
53. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile hemşirelik mesleği daha fazla profesyonelleşir.	0,60	<0,001
54. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi, hemşireliği daha güçlü bir konuma taşır.	0,64	<0,001
55. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi, hemşireliği tedaviye odaklı bir hizmete dönüştürür.	0,07	0,112
56. Kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi, hemşireliğin toplum sağlığına ilişkin rollerinin geri plana itilmesine neden olur.	0,46	<0,001

*Kalın puntolarla yazılan r değerleri 0,35'in altındaki değerlerdir.

†Kalın puntolarla yazılan maddeler ters çevrilerek puanlanan maddelerdir.

Tablo 3: Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi uyumluluk değerleri

DFA Uyumluluk Değerleri	Sonuçlar
Ki-kare / p değeri	1555,76 /p = 0.0001 (p<0.05)
Serbestlik Derecesi	623
Ki-kare değeri:serbestlik derecesi	1555,76:623= 2,50
RMSEA (Tahminin Ortalama Karekök Hatası) / p	0,057 (p< 0.05)
SRMR (Standart Temel Ortalama Düzeltmesi Sonucu)	0,048
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0,98
NNFI (Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi)	0,98
GFI (Uyum İyiliği İndeksi)	0,85
AGFI (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)	0,83

İç Tutarlık Analizi

Alt boyutlarının toplam ölçekle korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının $r=0,84$ ile $0,92$ arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Cronbach _ güvenilirlik katsayısının tüm ölçek için $\alpha = 0,95$; genel özelleştirme alt boyutunda $\alpha = 0,82$, sağlıkta özelleştirme alt boyutunda $\alpha = 0,89$, özelleştirmelerin hemşireliğe etkisi alt boyutunda $\alpha = 0,92$ olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tartışma

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi süreci, Sağlıkta Refrom, Sağlıkta Dönüşüm gibi değişik adlar altında paket programlar olarak uygulamaya sokulmaktadır.^{10,11,15,17} Sağlık hizmetlerinde çalışanların bu kararların alınması sırasında süreçlere uzak tutulması; kararlar alındıktan ve uygulamaya konduktan sonra çalışanlara duyurulması hem meslek örgütlerince, hem de bu alana özgü çalışan uzmanlarca önemli bir sorun olarak dile getirilmektedir.^{11,17,19} SB’da çalışan yüksek eğitimli sağlık çalışanlarının özelleştirmelere ilişkin görüşlerini değerlendirmeye yönelik bir çalışmada, bu başlıkta daha nitelikli araçlarla, daha farklı çalışmalar yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu bağlamda araştırmanın temel amacı; hemşirelerin özelleştirmelere ilişkin algı ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılarak başka alanlarda ve örneklemelerde de uygulanabilen bir araç oluşturulmasıdır.¹⁹

Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği

Ölçek geliştirme çalışmaları esnasında ölçek geliştirilecek konuya ilişkin literatürü tüm planlamanın en başında taramak önemli görülmektedir. Bu aşamada literatür taramanın yanı sıra uzman görüşlerinden yararlanmak, bu görüşler doğrultusunda ölçeği yeniden şekillendirmek gerekmektedir. Madde havuzu oluşturulurken de ölçekte kalması öngörülen madde sayısının üzerinde madde hazırlanması önerilmektedir.^{32,33,38}

Bu çalışmada kalması öngörülen madde sayısı 30-35 olarak düşünülmüş ve üç alt boyutta toplam 62 maddeden oluşan madde havuzu literatür.^{13,21,30,39} ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanmıştır.

Kapsam Geçerliği: Ölçek geliştirme çalışmalarında “Kapsam Geçerliği” ile ölçek maddelerinin, ölçülmek istenen alanı kapsayıp kapsamadığı değerlendirilmektedir.^{31,34,38,40} Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeğinin maddelerinin uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Maliye, Hastane Yönetimi, Hemşirelikte Yönetim, Halk Sağlığı ve Tıp alanlarında uzman 10 kişiden görüş alınmış ve bu görüşler doğrultusunda ölçekte kimi değişiklikler yapılmıştır. Toplam 6 madde uzmanlarca uygun görülmediği için ölçekten çıkarılmıştır. Yine uzmanların değerlendirmesi sonucunda Genel Özelleştirme alt boyutunda her

Tablo 4: Hemşirelerin özelleştirmelere ilişkin algı ölçeği ve alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayıları (N:460)

Ölçek ve Alt boyutları		56 Maddeli Taslak Ölçek İçin α	37 Maddeli Ölçek için α
HÖİAÖ		0,94	0,95
Alt Boyutlar	1. Genel Özelleştirme	0,77	0,82
	2. Sağlık Alanında Özelleştirme	0,84	0,89
	3. Özelleştirmenin Hemşireliğe Etkisi	0,90	0,92

maddenin başında yer alan “kamu iktisadi teşekküllerinin” ifadesi çıkarılıp yerine “kamu işletmeleri ve kamu hizmetlerinin” ifadesi konmuştur. Masterla biten maddeler uzmanların önerileri doğrultusunda geniş zaman kipinde yazılmıştır. Tablo şeklinde hazırlanan ölçek, metin olarak formüle edilmiş ve yine uzmanların önerileri doğrultusunda likert derecelemesi yediden beşe indirilmiştir.

Pilot Uygulama: Ölçeğin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi aşamasında örnekleme benzer özellikleri taşıyan bir gruba pilot uygulama yapılması gerekmektedir.^{31,33,35,37} Bu çalışmada örnekleme benzer özellikler taşıyan 30 hemşireye pilot uygulama yapılarak, maddelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir. Pilot uygulama sonrası ölçek taslağının kapsam geçerliği işlemleri tamamlanmıştır.

Zamana Göre Geçerlik- Test Tekrar Test Analizi: Ölçek geliştirilirken ölçeğin zamana göre geçerliği ve güvenilirlik analizi 15 gün - 1 ay gibi aralıklarla, ölçeğin aynı gruba test edilmesi ile değerlendirilmektedir.^{29,31,33} Burada 15 gün - 1 ay aralığıyla uygulanan ölçekten alınan puanlar veya ortalama puanlar Pearson Momentler çarpımı korelasyon analizi ile hesaplanmaktadır. Elde edilen katsayı, ölçeğin değişmezlik göstergesi olarak kabul edilmektedir ve bu puanın en az 0,70 olması gerekmektedir.^{29,31,33} Bu çalışmada test tekrar test uygulaması 15 gün aralığıyla yapılmıştır. Test tekrar test güvenilirlik katsayısı, genel özelleştirme alt boyutu için 0,94; sağlıkta özelleştirme alt boyutu için 0,97, özelleştirmelerin hemşireliğe etkisi alt boyutu için 0,96 ve ölçeğin bütünü için de 0,98 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu söylenebilir.

Test tekrar test uygulamasından sonra katılımcıların 15 gün aralığıyla verdikleri yanıtlar doğrultusunda ölçekten aldıkları puan ortalamalarının kar-

şılaştırılması ve her iki uygulamada benzer yanıtlar verdiklerinin gösterilmesi, iki uygulamada alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması gerekmektedir.^{31,33} Bu çalışmada da iki uygulamada katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada arada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tekrarlanan ölçümlerde fark olmaması ölçeğin güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

Madde analizleri ve madde toplam puan korelasyonlarının hesaplanması: Ölçeğin iç tutarlık göstergesi olarak, ölçek alt boyutları ile toplam ölçek puanı arasındaki korelasyon ilişkisi değerlendirilmektedir. Korelasyon katsayısının yüksek olması, o maddenin ölçülen teorik yapıya uygun olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Korelasyon katsayılarının alt sınırı değişik kaynaklarda 0,20; 0,25; 0,30 olarak verilebilmektedir.^{29,31} Bu çalışmada taslak ölçeğin (56 madde) güvenilirliği için yapılan madde analizi sonrasında, madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,35’in altındaki 7 madde (2, 7, 11, 19, 32, 38, 55) ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 49 maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Pearson korelasyonu/Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) 0,37 ile 0,74 arasında ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin daha güçlü olması için, alt sınır olarak 0,35 değeri alınmıştır.

Yapı Geçerliği: Geçerlik güvenilirlik analizlerinde ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için en sık kullanılan yöntem, faktör analizidir. Bu yöntem, ölçeğin neyi ne kadar isabetli ölçtüğü ile ilişkili bir kavramdır.^{39, 40}

Bu çalışmada, Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeği taslağının yapı geçerliği için teorik bilgiye dayalı olarak oluşturulan alt boyutların uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Madde toplam puan ko-

relasyon analizi sonucunda güvenilirlik katsayıları 0,35'in altında olan yedi madde çıkarılarak kalan 49 madde ile yapılan ilk doğrulayıcı faktör analizinde RMSEA, AGFI ve GFI uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Genel özelleştirme altboyutundan/faktörden 5, 12 ve 14. maddeler, sağlıkta özelleştirme altboyutundan/faktörden 26, 29 ve 30. maddeler, özelleştirmelerin hemşireliğe etkisi altboyutundan/faktörden 34, 39, 40, 49, 52 ve 56. maddeler faktör yükleri 0,40'ın altında olduğu için taslak ölçekten çıkarılmıştır. İlgili maddeler çıkarıldıktan sonra kalan 37 madde ile doğrulayıcı faktör analizi tekrar yapılmıştır (Şekil 1). Modifikasyon önerileri doğrultusunda 8. ile 9., 4 ile 16. ve 50. ile 53. maddelerin hata varyansları arasında modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri yeterli düzeyde bulunmuştur (Tablo 3).

Alt boyut ile maddeler arasındaki yer alan okların üzerindeki değerler faktör yüküne eşdeğer yüklerdir, en az 0,30 ve üzerinde olması önerilir. Bu ölçek çalışmasında tüm maddelerin yükleri 0,30'un üzerinde (0,46 ile 0,82 arasında) bulunmuştur (Şekil 1).

Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan değerler aşağıdaki gibidir:

Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür, çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir.^{41,42} Bu çalışmada özelleştir-

melere ilişkin algı ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre bu değer; 2,50 olarak bulunmuştur. Bu değer modelin kabul edilebilir bir model olduğunu göstermiştir.

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri, Tahminin Ortalama Karekök Hatası-*Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), Standart Temel Ortalama Düzeltme Sonucu-*Standardized Root-Mean-Square Residual* (SRMR), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi-*Comparative Fit Index* (CFI), Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi-*Non-Normed Fit Index* (NNFI), Uyum İyiliği İndeksi-*Goodness of Fit Index*, (GFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi-*Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI)'dir.^{41,42} RMSEA'nın 0,080'e eşit ya da küçük olması ve istatistiksel olarak anlamlı olması ($p < 0,05$) uyumun iyi olduğunu göstermektedir.^{41,42} Bu çalışmada RMSEA değerinin anlamlı ve 0,080'den küçük bulunması uyumun iyi olduğunu göstermiştir.

SRMR'nin 0,10'dan küçük olması,⁴² CFI, NNFI değerlerinin 0,90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin 0,80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir. GFI değerinin 0,85'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir.^{41,42} Bu çalışmada elde edilen SRMR, CFI, NNFI, GFI ve AGFI değerlerine göre uyumun olduğu görülmüştür. Bu sonuç, Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeği'nin yapı geçerliğinin uygun olduğunu göstermektedir.

Madde Toplam Puan Analizleri: Ölçeğin ve alt boyutlarının geçerlik güvenilirlik analizlerinin her bir alt boyut için ayrı yapılması gerektiği literatürde yer almaktadır.⁴¹ DFA sonrası 37 maddeye düşen ve üç alt boyuttan oluşan ölçeğin bütünü ve her bir alt boyutu için madde toplam puan analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonrası tüm alt boyutlarda çok ileri düzeyde anlamlılık bulunmuştur. Sonuçta ölçekteki her alt boyutta,

her maddeden alınan puanların, toplam puanla uygun korelasyon gösterdiğini, alt boyutların ölçeğin tamamıyla ilişkili olduğunu ve her bir alt boyutun güvenilir olduğunu göstermektedir.

İç Tutarlık Analizi (Coronbach α Analizi ile): Ölçek geliştirme çalışmalarında, ölçekte yer alan maddelerin iç tutarlığını test etmek gerekmektedir.⁴⁰ Değişik iç tutarlık analiz yöntemleri olmakla birlikte en yaygın olarak özellikle Likert tipi ölçeklerde Cronbach _ analizleri kullanılmaktadır. Bu katsayının 0,40'ın altında olması ölçeğin "güvenilir olmadığını", 0,40-0,59 arasında olması ölçeğin "düşük güvenilirlikte" olduğunu, 0,60-0,79 arasında olması ölçeğin "güvenilir" olduğunu ve "0,80-1,00" arasında olması da ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir.²⁹ Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeği taslağının iç tutarlık analizinde cronbach _ güvenilirlik katsayısı, ölçeğin bütünü için 0,95 olarak bulunmuştur (Tablo 4). Bu sonuç, ölçek maddelerinin birbirleriyle yüksek iç tutarlığa ve yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Üç alt boyutun her biri için ayrı ayrı iç tutarlık analizleri yapıldığında, Genel Özelleştirme alt boyutunda cronbach _ güvenilirlik katsayısının 0,82, sağlıkta özelleştirme alt boyutu için 0,89 ve özelleştirmelerin hemşireliğe etkisi alt boyutunda 0,92 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar her üç alt boyutun güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4).

Sonuç

Hemşirelerin Özelleştirmelere İlişkin Algı Ölçeği'nin yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, yüksek düzeyde geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Bu ölçek daha geniş örneklem gruplarında test edilmelidir. HÖİAÖ'nün, sağlık alanında çalışan hemşireler dışındaki meslek gruplarına, özellikle hekim grubuna uyarlama çalışmalarının yapılması önerilebilir.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: AK H, A Y

Veri toplama ve/ veya analiz: AK H

Makalenin hazırlanması: AK H, A Y

Kaynaklar

1. Aktan CC. *Türkiye'de Özelleştirme Uygulamaları*. Ankara: TÜSİAD Yayınları, 1992; 1-27.
2. Kaplan A. Özelleştirme, sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin kavramsal boyutu. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001a; 40(7): 1409-1430.
3. Önder İ. Özelleştirmeye Genel Yaklaşım. İçinde E. Arıoğlu (Ed.), *Dünyada ve Türkiye'de Özelleştirme*. Ankara: Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını, 1994; 5-50.
4. Kaplan A. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından sağlık hizmetlerindeki özelleştirmelerin nedenleri, yaklaşımlar ve çeşitli uygulamalar. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001b; 40(7): 1431-1448.
5. Scarpaci JL. The Theory and Practice of Health Services Privatization. İçinde JL Scarpaci (Ed). *Health Services Privatization in Industrial Societies*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989; 1-23, 220-244.
6. Friedman M. Bütçe ve Maliye Politikasına Hakettiğinden Fazla mı Değer Veriliyor? İçinde *Liberalizm, Refah Devleti, Eleştiriler*. (G Özcan, Çev.). Ankara: Bağlam Yayıncılık, 1993a.
7. Friedman M. Parasalcı İktisat Siyaseti. In, *Refah Devleti, Eleştiriler*. (G Özcan, Çev.). Ankara: Bağlam Yayıncılık, 1993b.
8. Yeldan E. *TEKEL workers' resistance: Re-Awakening of the Proletariat in Turkey*. 2010. (Online). Available from http://www.sendika.org/english/yazi.php?yazi_no=29021 (Accessed 2012 July 30)
9. Boratav K. *Türkiye İktisat Tarihi*. (5. Baskı), İstanbul: İmge Kitabevi, 2010.
10. Hayran O, Sur H. Sağlık hizmetlerinde desantralizasyon. *Management, Education, Research-Informatics for Health* 2003. (İnternet). Ulaşım adresi: <http://www.merih.net/m1/wosmhay16.htm> (Ulaşım tarihi: 30/07/2012)

11. Belek İ, Soyer A. *Sağlıkta Özelleştirme*. Ankara: Sorun Yayınları, 1995.
12. Pollock AM. *NHS plc. The Privatization of our health care*. London: Verso, 2005.
13. Homedes N, Ugalde A. Human resources: The Cinderella of health sector reform in Latin America. *Hum Resour Health* 2005; 3(1): 1-13.
14. Soyer A, Yazgan A, Kılıç B, Yavuz CI, Şeyhoğlu CO, Akyol E, Yentük E, Erdoğan F, Belek İ, Erdoğan J, Pala K, Özelsöy L, Keysan N, Etiler N, Günay O, Hamazaoglu O, Keysan O, Kayıkçı Ö, Özcan U, Yaş Y, Akyol Y. *Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne Getiriyor?* (2. Baskı), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2004.
15. Üstündağ N, Yoltar Ç. Türkiye'de Sağlık Sistemi'nin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi. İçinde B Akkoyal (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*. İstanbul: İletişim yayınları, 2007.
16. Pala K. Sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması. *Toplum ve Hekim* 2005; 20(1): 71-74.
17. Soyer A, Aslanhan B, Bilaloğlu E, Kılıç G, Öztürk O, Yavuz CI, Zencir M. *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP*. 2007. (İnternet). Ulaşım adresi: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_piyasaci_tahribat.pdf (Ulaşım tarihi: 30/07/2012)
18. SB. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 2011. (İnternet). Ulaşım adresi: <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009> (Ulaşım tarihi: 30/07/2012)
19. Kaplan A. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde özelleştirme yaklaşımları ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin özelleştirilmesi çalışmaları hakkında yüksek öğrenimli sağlık personelinin düşüncelerinin tespiti. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001c ;40(7): 1535-1554.
20. Atay F. *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.
21. Guevara EB, Mendidas EP. A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of The Americas. *Rev Panam Salud Publica*, 2002; 12(5): 347-353.
22. Corey-Lisle P, Tarzian AJ, Cohen MZ, Trinkoff A. Health care reform: Its effects on nurses. *JONA* 1999; 29(23): 30-37.
23. Lister J. *Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? Küresel "Sağlık Reform"u Endüstrinin Eleştirel Klavuzu*. (M İnan, A Kılıçaslan, N Erten Çev.). İstanbul: İnsev yayınları, (Orijinal baskı Middlesex University pres 2005), 2008.
24. Engstörn AK, Axelsson R. The double spiral of change - experiences of privatization in a Swedish hospital. *Int J Health Plan Mgmt* 2010; 25: 156-168.
25. Pamukcu T, Yeldan E. *Country Profile: Public Sector and Fiscal Policy Issues*. 2005. (Online). Available from http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/FEMISE_Fiscal2005.pdf (Ulaşım tarihi: 5/02/2012)
26. Zerwkh J, Calborn JL. *Nursing Today*. (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
27. Marquis LB, Carol JH. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
28. Wynne R. Clinical nurses' response to an environment of health care reform and organizational restructuring. *J Nurs Manag* 2003; 11: 98-106.
29. Yurdugül H. *Ölçme Kuramı ve Güvenirlilik Katsayıları*. 2005. Available from: <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Guvenirlik.pdf> (Ulaşım tarihi: 10/01/2012)
30. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Hum Resour Health* 2003; 1(9): 1-12.
31. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu ON, Erefe İ, Görak G, Karataş N, Kocaman G, Kubilay G, Seviğ Ü. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. In İ Erefe (Ed), İstanbul: Odak Ofset, 2002. 49-63, 125-187.
32. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2002.

33. Baş T. *Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006.
34. Çam MO, Baysan Arabacı L. Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010; 12(2): 59-71.
35. Akgül A. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları"*. (3. Baskı), Ankara: Emek Ofset, 2005.
36. Ural A, Kılıç İ. *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık, 2005. 3-23, 258-263.
37. Aksakoğlu G. *Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme*. (2.Baskı), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi, 2006. 64-95.
38. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (5.Baskı), Ankara: Pegem Akademi, 2010. 102-122.
39. Kolehmainen-Aitken RL. Decentralization's impact on the health workforce: Perspective of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health* 2004; 2(5): 1-11.
40. Öner N. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı*. (Genişletilmiş 2. Baskı). İstanbul : Boğaziçi Üniversitesi Yayımevi, 2008.
41. Şimşek ÖF. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Cem Ofset, 2007. 73-145.
42. Harrington D. *Confirmatory Factor Analysis*. NewYork, Oxford University Press, 2009.