



SAĞLIK BAKIM VE HASTA HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE BİLİM - 1

tkhk.saglikbakim@saglik.gov.tr

SAĞLIK BAKIM VE HASTA HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNDE BİLİM -1

Bu Sayıda ;

- Kalite Yolunda Adım Adım Yalınlaşma: Bir Devlet Hastanesi 8
Örneği*
- Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Etmenler: 14
Balıkesir Örneği*
- Hemşirelerin Profesyonel Tutumları İle Bunu Etkileyen 27
Faktörlerin İncelenmesi*
- Hemşirelerin “Çoklu Zekâ Teorisine” Dayalı Kişisel Zekâ 36
Algılamaları İle Çalıştıkları Birimler Arasındaki İlişki
Üzerine Bir Araştırma*
- Kamu Hastane Birliklerinin Kurulması Sonrasında Yönetici 39
Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımları Ve Sorumluluklarındaki
Değişimler*
- Hemşirelik Bakım Planı Ve Hemşirelik Sürecinin Hemşirelik 51
Bakımında Etkin Kullanımı*
- Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim 59
Düzeylerinin Belirlenmesi*

Editörler

Uzm.Dr. Ümit Murat PARPUCU

Yıldız DEMİRBAŞ

Hazırlayanlar

Ayşegöl CÜREBAL

Zuhal ÇAYIRTEPE

Rahime HARMANKAYA KAÇAN



Ümit Murat PARPUCU
Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcısı

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu olarak toplumumuzun sağlığının geliştirilmesinde tedavi edici sağlık hizmetlerinin en iyi koşullarda sağlanabilmesi amacıyla tüm teknolojik gelişmeleri takip etmekte, tüm sağlık tesislerimizde etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak üzere çalışmaktayız.

Sağlık hizmetlerinin sunumu bir ekip işini gerektirmektedir. Sağlık hizmeti sunan ekibin önemli bir bölümünü sağlık bakım hizmetleri çalışanları oluşturmaktadır. Her biri profesyonel bir meslek grubunun üyesi olan sağlık bakım hizmetleri çalışanlarının hizmet sürecinde bilimsellikten, bilimden, araştırmadan gelişmelerden uzak kalması çağımız koşullarında mümkün değildir. Çalışanlarımızın yaptığı bilimsel çalışmaların sonuçları uygulama alanlarında yer almakta, birçoğu bilimsel platformlarda yayınlanmaktadır.

Daha etkin, daha verimli, daha kaliteli hizmet sunulması sürecinde çalışanlarımızın araştırmacı yönlerinin desteklenmesinin, elde edilen sonuçların tüm paydaşlarımıza ulaştırılmasının değerinin ve katkısının öneminin farkında olarak; sağlık tesislerimizde yapılan ve farklı bilimsel platformlarda yayınlanan bilimsel çalışmalar derlenerek sizlerin yararına ve kullanımına sunmaktayız.

Her sayıda farklı temaların işleneceği bültenimizin, tüm okuyucular için faydalı bir kaynak olması dileklerimizle.....

Uzm. Dr. Ümit Murat PARPUCU

Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcısı



Yıldız DEMİRBAŞ
Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanı

Sağlık bakım hizmetlerine bağlı mesleklerin yalnızca bakım ve uygulamaya yönelik çalışan meslekler olarak düşünüldüğü günler geride kalmıştır. Sağlık bakım hizmetlerine bağlı tüm meslekler profesyonel, bilim ve sanata dayalı kuramsal ve uygulama içerikli meslek dalları olarak yol almaya devam etmektedir.

Gelişen değişen teknoloji ve çevre şartları sağlık kurumlarını da etkilemekte, bu sektörde hizmet veren tüm meslekleri kendini geliştirmeye ve yeniliklere ayak uydurmaya zorunlu bırakmaktadır. Sağlık bakım hizmetlerine bağlı mesleklerin bu değişime uyum sağlaması; mesleğin profesyonel değerlerini, uygulamalarını, araştırma, eğitim ve yönetimini açıkça ortaya koyacak olan ve mesleki gelişimini destekleyen bilgi birikimi ve bilimselleşme süreciyle olacağı bilinen bir gerçektir.

Sağlık bakım hizmetlerine bağlı mesleklerin akademik bir disiplin olma yolunda hızla ilerlediği, bilimsel süreçlerin uygulama alanlarında hayat bulduğu günümüzde, Kurumumuza bağlı sağlık tesislerinde görev yapan birçok çalışmamız da yaptıkları bilimsel yayınlarla bu sürece katkı vermektedir. Ancak yapılan çalışmalar sadece yayımlandığı bilimsel program içinde kalmakta, hakkettiği ilgiyi görememektedir.

Bu bültenle daha önce çeşitli bilimsel platformlarda yayımlanan bilimsel çalışmaları derleyerek sizlerin faydasına sunmayı, bundan sonra yapılacak olan çalışmalara yol gösterici olmasını amaçlamaktayız.

Bültenimizin sağlık tesislerimizde çalışan tüm meslektaşlarımıza ışık tutması dileklerimizle...

Yıldız DEMİRBAŞ
Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanı

Bilimsel Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın Adı:

Kalite Yolunda Adım
Adım Yalınlaşma: Bir
Devlet Hastanesi Örneği

Yazarların Adı Soyadı:

¹Özcan Selma
¹Tanrıöver Funda
¹Akın Bihter
¹Akın Selin

¹Söke Fehime Faik
Kocagöz Devlet
Hastanesi

Çalışmanın Yayınlandığı Bilimsel Platform:

V. Sağlıkta Kalite ve
Performans Kongresi

Yayımlanma Yılı:
2015

Yayınlanma Türü:
Poster



**AYDIN İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
SÖKE FEHİME FAİK KOCAGÖZ DEVLET HASTANESİ**

KALİTE YOLUNDA ADIM ADIM YALINLAŞMA: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Özet

Yalın yönetim son zamanlarda birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de kaliteyi arttırmak için kullanılan bir yaklaşımdır. Yalın yönetimin temelinde israfı ortadan kaldırmak ve sürekli gelişmeyi sağlamak vardır. Çalışmada Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi'nde iş gücü, malzeme ve yönetim konularında yalınlaşmak hedeflenmiştir. Yardımcı sağlık personeli ve temizlik personelinin mevcut çalışma alanları gözden geçirilerek gereksiz personel istihdamını önleyecek şekilde düzenlenmeler yapılmıştır. Yataklı servislerde kullanılan tedavi defterleri kullanımdan kaldırılmış, hemşire gözlem formları ihtiyaca cevap verecek şekilde revize edilerek kullanılmaya başlanmıştır. Bu şekilde mükerrer kayıtların önüne geçilerek zamandan ve iş gücünden tasarruf edilmiştir. Son kullanma tarihi yaklaşan ilaçlar için yeşil etiket uygulamasına başlanmış, yeşil etiket olan ilaçlar önce tüketilerek ilaç israfının önüne geçilmiştir. Aynı zamanda kliniklerde bütün ilaç ve malzemeler için özel dolap ve çekmeceler yapılmış, personelin ihtiyaç duyduğu malzemeye en fazla 30 saniye içinde ulaşması sağlanmıştır. Yapılan düzenlemeler ile kalite standartları çerçevesinde yalınlaşmak, hastanemizde hasta- çalışan güvenliği ve memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yalın yönetim, hastane, kalite

1. Giriş

Yalın yönetim/ üretim, üretime yük getiren tüm israflardan arınmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Yalın yönetim/ üretimin ana stratejisi hızı arttırıp, akış süresini azaltarak kalite, maliyet, ürün performansını aynı anda iyileştirmektir. Yalın üretim felsefesinin temelinde israf ve kayıpları ortadan kaldırmak ve sürekli iyileştirmenin sağlanması yer almaktadır. (www.sigmacenter.com.tr ,28.04.2014)

Yalın yönetim/ üretim uygulamalarında değer akış haritalama,5S modeli,6 sigma gibi kullanılabilecek pek çok araç ve teknik mevcuttur(Ahmed vd.,2013:189).

Yalın sağlık uygulamaları global bir harekettir. Bu global yalınlaşma hareketinin öncüsü Toyota Üretim sistemidir ve pek çok hastane bu sistemin ilkelerini uygulamakta ve kayda değer iyileşmeler sağlamaktadır (Graben M.,2011)

Yalın sağlık uygulamaları sağlık sektörü liderlerinin, kalite güvenlik ve maliyeti ciddi ölçüde iyileştirme kabiliyetine büyük çaplı katkı sağlamaktadır. (Graben M.,2011)

Yalın hastane, hastanelerin hatalarını ve bekleme sürelerini azaltarak hasta bakım kalitesini artırmayı, çalışanları destekleyerek süreçteki engelleri kaldırmayı ve bakım hizmeti sunmalarına odaklanmayı sağlayan bir yaklaşımdır. Aynı zamanda maliyet ve riskleri düşürürken büyümeyi kolaylaştıran ve hastaneleri kuvvetlendirecek bir sistemdir.

Pittsburgh Üniversitesi Tıp Merkezi'nin yalın uygulamasına ilk başladığı yıllarda, hemşirelerin zamanlarının %30'unu hastaların bakımı, %20'sini dosya doldurarak ve %50'lik zamanı hasta odaları, hemşire deski, depo, vs arasında yürüyerek ve gerekli dosya, malzeme vb. arayarak geçirdiği tespit edilmiş, 10 saatlik bir sürede ortalama yürüme mesafesi ise 5 km olarak ölçülmüş, 5S ve diğer bazı yalın teknikleri ile yapılan iyileştirmelerden sonra ise hasta bakımı ile geçirilen süre %80'e kadar çıkarılmış ve yürüme mesafesi 1 km altına inmiştir (www.lean.org.tr,01.05.2014).

Yalın projelerde kullanmamız gereken en yöntemlerden biri görselleştirme tekniği olan ve karmaşık uygulamaları yönlendirebilen değer akış haritalama tekniğidir. Değer akışı haritalandırma, kullanıcılara ne durumda olduklarını ve hangi israf yaratan faaliyetlerin ortadan kaldırılması gerektiğini anlamaları konusunda yardımcı olur. Diğer bir deyişle, değer akışı haritalandırma, bir değer akışı üzerindeki değer, israf ve israf kaynaklarını görmek için kullanılmaktadır (Birgün vd.,2006:47).

Abstract

STEPWISE SIMPLIFICATION ON THE ROAD OF QUALITY: AN EXAMPLE OF A STATE HOSPITAL

Recently,Lean management is an approach which is used in the health sector to improve quality as many sector. There are eliminating wasting and ensuring continuous improvement on the basis of lean management. It is aimed at simplification on labor, materials and management issues in this study. Reorganizations have been made in the manner of avoiding unnecessary personnel-arrangements by reviewing current working area of allied health personnel and cleaning staff. Treatment Notebooks used in inpatient services have been removed and nurse observation forms have been started to used in the manner of fulfilling the needs. In this way, time and manpower savings have been provided by preventing duplicate records. The application of green label has been started for the drugs whose expiration date is approaching so that wastage of drugs has been prevented by consuming the green label drugs. At the same time, special cabinets and drawers have been placed for all drugs and materials in clinics so that health staff can reach materials which they need in a maximum of 30 seconds. It is aimed at simplification in accordance with quality standards and maximize the safety and satisfaction of our patients and hospital employee.

Key Words: Lean Management, hospital, quality

Şekil.1 Gözlem odası eski görünümü



Şekil.2 Gözlem odası yeni görünümü



Yalın yönetimde birçok teknik uygulanabileceği gibi yalın teknikler bir tek noktada buluşmaktadır. O tek nokta ise israf yönetimidir. İsfraf yönetiminde israftan kaçınmak için öncelikle israfa neden olan etmenler belirlenmeli ve bu etmenleri ortadan kaldırmak için gerekli faaliyetler yapılmalıdır.

2. Hastanede Yalınlaşmaya Yönelik Uygulamalar

Çalışma Aydın Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Kalite uygulamaları çerçevesinde hastanede israfa neden olabilecek etmenler ve daha önce konu ile ilgili yapılmış çalışmalar gözden geçirilmiştir. İsfrafa neden olan etmenler iş gücü, malzeme ve yönetim alanları olarak sınıflandırılmıştır. Sonraki aşamada ise bu alanlarda israfı azaltarak adım adım yalınlaşmaya yönelik olarak şu faaliyetlerde bulunulmuştur:

2.1. Adım: İş Gücünde Yalınlaşma

Katma değer yaratmayan iş adımları ve/veya müşteriye değer katmayan işlemler israftır. Servislerde hemşire gözlem formları revize edilerek ihtiyaca cevap verebilir hale getirilmiştir. Şekil 3'de Hemşire Takip ve Gözlem Formu'na yer verilmiştir. Bu forma hastaya ait tedavi ve bütün işlemler eklenerek servislerdeki tedavi defteri uygulaması kaldırılmıştır. Böylelikle aynı bilgilerin, verilerin birden fazla yere kaydedilmesi gerekliliğini ortadan kaldırmış, zaman kaybını önlemiş, böylece hemşirelik hizmetlerinde hasta bakımına ayrılan zamanı arttırarak hizmet kalitesinin artmasına katkıda bulunulmuştur.

Gereksiz taşıma, gereksiz ekipman, hammadde, yarı mamül ve mamül taşımaları israftır. Hastanede tüm servislerde acil çantaları ulaşılabilir ve herkes tarafından bilinen bir yerde bulunmaktadır. Böylelikle acil durumlarda acil çantalarının ulaşılabilirliği arttırılmış ve mavi kod durumlarında anestezi ekibi tarafından acil çantasının gereksiz taşınması önlenmiştir. Böylelikle zaman kaybı ve gereksiz insan gücü kullanımını engellenmiştir.

İyi organize edilmemiş iş ortamı nedeniyle oluşan gereksiz hareketler israftır. Hastanemizde mevcut gözlem odası hemşirelerin çalışma alanından uzaktaydı ve bu durum hem hemşirelerin yürüme mesafesini arttırmakta hem de hastaların sürekli takibini aksatmaktaydı. Acil serviste yapılan tadilat ile muayene odasından da görülebilen yeni bir gözlem odası yapılmıştır. Aynı zamanda Acil Servis içinde görevli hemşirelerden biri hastaların takip, tedavi ve tetkikleri ile ilgilenmek üzere görevlendirilmiştir. Yapılan bu yeni düzenlemeyle hemşirelerin gereksiz başka bir alana hareketi engellenmiştir. Acil servisteki resüsitasyon odasındaki şeritli alanlar ile hem malzeme hem de personelin resüsitasyon esnasında bulunması gereken yerler belirlenmiş CPR sırasındaki gereksiz koşuşturmalar engellenmiştir.

Hasta yoğunluğu olmayan kliniklerde gereğinden fazla personel olması da israftır. Temizlik personelinin yeniden çalışma alanları gözden geçirilmiş, eğitimine uygun birimlerde çalıştırılması sağlanmıştır. İşe yeni alınan personele çalıştığı birime uygun hizmet içi eğitim verilmiş, nispeten sakin olan vardiyalardan tasarruf edilerek en yoğun saatlerdeki personel sayısı arttırılmıştır. Tüm servislerin temizlik ve hasta bakım personeli olarak iki personel ile çalışmaları sağlanmıştır. Hastanemizde hemşire ihtiyacını belirlemek amacıyla tüm kliniklerde çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen veriler sonucunda yeniden insan gücü planlaması yapılmış, hasta bakım ihtiyacının daha fazla olduğu birimlerde hemşire sayısı yeniden düzenlenmiştir. Bakım standartları hazırlanmış, hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden tüm personelinin ulaşması sağlanmıştır. Hemşirelik sunum rehberi ile oryantasyonun hızlandırılması sağlanmıştır.

Ayrıca yardımcı sağlık personeli arasından sertifikalı olan çalışanların eğitimini aldığı birimde çalışması ve diğer sağlık çalışanlarının ise sevdikleri ve istedikleri birimlerde çalışmasına olanak sağlanarak hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetinin arttırılması amaçlanmıştır. Olası sosyal endikasyon vakaları için sertifikalı hasta bakım personeli belirlenmiş ve bu personelin görev yerlerinin mümkün olduğunca kolay takviye edilebilir birimler olması sağlanmıştır.

Aynı zamanda PACS sistemi ile hastaların görüntüleme sonuçlarının ve laboratuvar tetkik sonuçlarının poliklinik ekranlarından görülebilir olması, hastaları sonuç alma sıkıntısından kurtarmış, bekleme sürelerini azaltmıştır.

2.2. Adım: Malzemede Yalınlaşma

İş için gereğinden fazla elde tutulan her şey israftır. Yalın düşünce yaklaşımıyla değerlendirildiğinde kalite çalışmalarının özünde yalınlaştırmanın hâkim olduğu görülmektedir. Hastanemizde ilaçlar ve tıbbi malzemelere yönelik olarak maximum-minimum- kritik stok seviyeleri belirlenmiştir. Bilgisayar üzerinden kurulan uyarı sistemi sayesinde ilaç ve malzemeler minimum seviyenin altına düştüğünde bilgisayar üzerinden uyarı vermektedir. Böylelikle minimum seviye altına inilmemesi sağlanmıştır. Son kullanma tarihi yakın olan ilaçların üzerine yeşil etiket yapıştırılmakta, böylelikle bu ilaçların öncelikli olarak kullanılması ve ilaç israfının önüne geçilmesi, aynı zamanda farmasötik atık miktarının azaltılması da sağlanmaktadır.

[illegible]

Şekil.3 Hemşire Takip ve Gözlem Formu



Yalın sağlık uygulamaları sağlık sektörü liderlerinin, kalite güvenlik ve maliyeti ciddi ölçüde iyileştirme kabiliyetine büyük çaplı katkı sağlamaktadır.

Sterilizasyonda “beklemeye yönelik israfları” önleme amaçlanmıştır. Steril edilerek beklemede kalan ürün bir süre sonra tekrar steril edilme gerekliliğini doğurmakta; bu da paketlenmeden sterilizasyona kadar insan gücü, kimyasal, biyolojik indikatör, zaman, elektrik, su, cihazın yıpranması gibi bir çok israfa neden olmaktadır. Sterilizasyon biriminde bu tür israfların önüne geçmek amacıyla ” ilk giren, önce çıkar” prensibi benimsenerek malzemeler steril edilme sıralarına göre kullanılmaktadır.

2.3. Adım: Yönetimde Yalınlaşma

Kişilerin tek tek idari birimlere gelerek sıkıntılarını dile getirmesi, bunun karşılığında diğer kişilerin dinlenmesi, tekrar birinci kişiye dönülmesi oldukça zaman alıcı, iletişim hatalarına sebebiyet veren, etkili iletişimden yoksun ve yorucu bir işlemdir. Çalışanlara değer verme anlayışının bir göstergesi ve aynı zamanda işe karşı sorumluluğu artırmanın bir yolu olarak Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından tüm birimlerle yılda iki kez olmak üzere birim toplantıları yapılmaktadır. Bu toplantılarda çalışanların dilek ve şikâyetleri dinlenmekte ve yaşanan sorunlar için ortak çözümler üretilmektedir. Böylelikle hem zamandan tasarruf edilmekte, hem de iletişim hatalarının önüne geçilmektedir.

Nöbetli çalışan tüm birimlerde nöbet defterleri bulunmaktadır. Nöbet saatlerinde gelişen ve çalışan tarafından yönetime bildirilmesi gerektiği düşünülen problem ya da konular nöbet defterine yazılmaktadır. Nöbet defterleri normal durumlarda haftanın son iş günü olan cuma günü toplanarak okunmaktadır. Ancak yönetime iletilmesi gerektiği düşünülen olağan dışı durumlarda Cuma günü beklenmeden nöbet defteri yönetime iletilmektedir. Problem ya da öneriler değerlendirilerek, nöbet defterine konu ile ilgili birim sorumluları tarafından değerlendirme sonuçları yazılmaktadır. Böylelikle nöbet süresi içinde yaşanan problemler hem yönetim tarafından bilinmekte hem de yazılı olarak kayıt altına alınması sağlanmaktadır.



Şekil.4 İlaçlarda Yeşil Etiket Uygulaması



Yalın hastane uygulamaları hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetini arttırmak amacıyla yapılan düzenlemeleri kapsamaktadır.

3. Sonuç

Yalın hastane uygulamaları hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetini arttırmak amacıyla yapılan düzenlemeleri kapsamaktadır. Bu çalışmada da aynı amaçla hastane içerisinde iş gücü, malzeme ve yönetim alanlarında yalınlaşmaya yönelik bazı uygulamalar yapılmıştır. Yapılan tüm düzenlemelerin çalışanların ihtiyaç ve önerileri doğrultusunda ve yönetim tarafından da gözlemlenerek geliştirilmesi düşünülmektedir. Daha sonraki çalışmalarda bu uygulamaların diğer hastanelerde de uygulanabilmesi ve hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyeti üzerindeki etkilerinin incelenerek somut veriler elde edilmesi sağlanabilir.

4. Kaynaklar

1. Ahmed S, Manaf NH, Islam R (2013), Effects of Lean Six Sigma Application in Healthcare Services: A Literature Review, , 28(4):189-94
2. Birgün, S., Gülen KG., Özkan,K.,(2006),Yalın Üretime Geçiş Sürecinde Değer Akışı
- Haritalama Tekniğinin Kullanılması İmalat Sektöründe Bir Uygulama, İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi ,Yıl: 5 Sayı: 9 s.47-59
3. Graban Mark (2011), Yalın Hastane, (çev.: Pınar Şengözer), Optimist Yayınları, İstanbul.
4. Hancı, Tolga (2004-II), “Yalın Düşünce Sistemi”, İzmir Ticaret Odası. Araştırma ve Meslekleri Geliştirme Müdürlüğü Bülteni; s: 1-4
5. www.lean.org.tr,Erişim tarihi:01.05.2014



Bilimsel Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın Adı:

Hemşirelerin İş
Yaşamı Kalitesini
Etkileyen Etmenler:
Balıkesir Örneği

Yazarların Adı Soyadı:

¹Soner AYAZ

²Kerime Derya BEYDAĞ

¹ Balıkesir Göğüs
Hastalıkları Hastanesi
Hasta Hakları Birim
Sorumlusu

² Okan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri
Yüksekokulu Hemşirelik
Bölümü

Çalışmanın Yayınlandığı Bilimsel Platform:

Journal Of Health and
Nursing Management

Yayınlanma yılı: 2014

Yayınlanma Türü:

Makale



**BALIKESİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
BALIKESİR GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİ**

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMI KALİTESİNİ ETKİLEYEN ETMENLER: BALIKESİR ÖRNEĞİ

Özet

Bu çalışma, hemşirelerin çalışma koşullarına bağlı olarak gelişen iş kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini, Balıkesir il merkezi Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerde görev yapan 665 hemşire oluşturmuş, evrenin belli olduğu durumlarda örneklem hesaplama formülü ile örneklem grubu belirlenerek 338 hemşire (%50.8) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma verileri, gerekli izinler alındıktan sonra Haziran-Ekim 2013 tarihleri arasında demografik ve mesleki özellikleri belirlemeye yönelik 16 soruluk anket formu ve Brooks (2007) tarafından geliştirilen, Şirin tarafından (2011) Türkçeye uyarlanan, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş “Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik hesaplamaları, Man Whitney U testi, Kruskal wallis testi, Paired-Sample t testi ve Anova testi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği” (HİYKÖ) toplam puan ortalaması 101.95 ± 22.15 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, yaş grupları, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları, eğitim durumları, meslekte çalışma süresi, haftalık çalışma saati, çalışma statüsü ve kurumda çalışmayı planladıkları süre ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin cinsiyetleri, çalıştıkları kurum, görevleri, görev yerleri, çalışma şekli, aylık nöbet sayısı, sertifika / eğitim programına katılma durumu, özel eğitim / sertifika / uzmanlık alanına uygun görevde çalışma durumu ve atanma/terfi teklifi alma durumu ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$).

Abstract

FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF WORK LIFE OF NURSES: EXAMPLE OF BALIKESİR

This study is a sectional – descriptive study aiming to determine the factors affecting the work quality which improves depending on the working conditions of the nurses.

The universe of the study consists of 665 nurses working at the hospitals affiliated to Balıkesir City Public Hospitals Association; in the cases in which the universe is clear 338 nurses (50.8%) are included to the study as the sample group by using the sample calculation formula. After getting the required permissions, 16 questionnaires aiming to determine the demographic and professional characteristics are conducted between June-October 2013 and Work Life Quality Scale of Nursing, which is improved by Brooks (2007) and translated into Turkish by Şirin (2011) and whose validity and reliability is approved, has been achieved. In the evaluation of the data number and percentage calculations, Man-Whitney U test, Kruskal- Wallis test, Paired -Sample t-test and ANOVA test was used.

The total score average of "Quality of Nursing Work Life Scale" (HİYKÖ) for nurses in the study is found to be 101.95 ± 22.15 . Age group, marital status, having children, educational status, length of employment, weekly working hours, working status, the period they want to work at the institution of the nurses and the HİYKÖ total score are statistically and significantly different ($p > 0.05$). Between nurses' gender, the institutions they work, tasks, place of employment, type of work, number of shifts, the certification/ training programs they participated in, working according to their special education/ certification/field of expertise, being offered a promotion and the HİYKÖ total score, some statistically significant differences were observed ($p < 0.05$).

Key Words: nurse, quality of work life, nursing.

**Giriş**

Günümüzde; ülkemizde ve dünyada, sağlık hizmetleri kapsamının genişlemesi nedeniyle kaliteli iş gücü gereksinimi artmıştır. Bununla birlikte hemşire azlığı nedeniyle mevcut elemanları kurumda tutmak da öncelik kazanmıştır (Uğur ve Abaan, 2008).

Bu nedenle çalışanları ve özellikle hemşireleri iş ortamında daha mutlu ve verimli kılmaya yönelik İş Yaşamı Kalitesi 'ne (İYK) ilişkin çalışmalar yabancı literatürde sıklıkla ele alınan konulardan biri olmaktadır. İYK'nın özünü "olumlu iş ortamı" olarak tanımlanan; çalışanların işlerinden, çalışma arkadaşlarından ve yönetiliş şekillerinden memnun oldukları bir çalışma ortamı oluşturur. Kurumun çalışana sağladığı olanaklar, destekleyici bir iş çevresi ve çalışanı güçlendirmeye yönelik programlar gibi İYK'ya yükseltme amaçlı çalışmalar, çalışanların kuruma olan bağlılıklarını arttırmaktadır (Uğur ve Abaan, 2008).

Temel işlevi tedavi ve bakım hizmeti sunmak olan hastanelerde en büyük iş gücünü hemşirelerin oluşturduğu ve nitelikli hemşire açığının giderek büyüdüğü düşünüldüğünde, kurumdan ayrılma isteği yaratacak bir iş ortamının hemşirelerce algılanması işten ayrılmaları arttıracak ve hizmet kalitesini etkileyerek verimi azaltacaktır. Bu durumda kurumun performansının doğrudan ve olumsuz şekilde etkilenmesi kaçınılmazdır. Hastanede boşalan pozisyonlara yeni hemşire alımı ve ayrılan hemşireler nedeniyle aksayan hizmetlerin telafisi için daha fazla çaba ve para harcamak gerekmektedir. Ayrılan hemşireler nedeniyle doldurulamayan pozisyonların bulunması, yeni hemşirenin oryantasyonu, yetişmesinin maliyeti ve yetişmekte olan hemşirenin üretkenliğinin düşük olması toplam maliyetleri arttırmaktadır. Diğer taraftan eleman azlığına bağlı eldeki elemanların uzun saatler ve kısa izinlerle çalışmaları, bireylerde İYK'nın düşük algılanmasına neden olarak kurumun kısır bir döngü içine sürüklenmesine yol açabilmektedir (Uğur ve Abaan, 2008).

Sağlık hizmetlerinin belkemiğini oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır.

Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin bir kadın mesleği olması, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluluklara ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir (Arcak ve Kasımoğlu, 2006).

Nerede olursa olsun hemşirelerin çalıştıkları kurumun felsefesini benimsemeleri ve ait olma duygusuna sahip olmaları gerekir. Bu duygunun varlığı işi sevmeye, iş doyumu, işe bağlılık ve motivasyonu arttıracaktır. Türkiye koşullarında hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stres kaynaklarını denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile ilgili sorunlar olarak tanımlanmaktadır (Arcak ve Kasımoğlu, 2006).

İş yaşam kalitesi insanın yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden bir tanesidir. Yaşam kalitesi bir insanın mutlu ve sağlıklı olmasıyla sağlanabilir. Eğer bir insanın mutlu ve sağlıklı bir iş yaşamı sağlayamazsa tükenmişlik yaşamaya başlar. İnsan tükenir. Böylelikle iş hayatında ve normal hayatında yapacağı hiçbir işten verim alması düşünülemez (Uğur ve Abaan, 2008).

Bu çalışmanın amacı, Balıkesir İl Merkezindeki Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerdeki hemşirelerin iş yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli

Araştırma, Balıkesir il merkezindeki Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma koşullarına bağlı olarak gelişen iş kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Balıkesir il merkezinde bulunan Kamu Hastaneler Birliğine bağlı yataklı tedavi kurumlarında Balıkesir Devlet Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Uygulama öncesinde, Balıkesir İli Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliğinden izin alınmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni Balıkesir il merkezinde bulunan Göğüs Hastalıkları Hastanesinde 68 Hemşire, Devlet Hastanesinde 347 hemşire, Atatürk Devlet Hastanesinde 250 hemşire olmak üzere toplam 665 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğüne karar verilirken, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem hesaplama formülünden yararlanılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 338 hemşire örneklemi oluşturmuştur.

Toplama Formunun Araçları

Veriler, demografik ve mesleki özellikleri belirlemeye yönelik 16 soruluk anket formu ve hemşirelerinin iş yaşam kalitesini ölçmek üzere tasarlanmış olan “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği” (HİYKÖ) ile elde edilmiştir. HİYKÖ, iş yaşam kalitesinin ölçülmesi amacıyla Beth A. Brooks tarafından geliştirilmiş, Türkiye için geçerliliği ve güvenilirliği Meltem Şirin tarafından gerçekleştirilmiştir. HİYKÖ’nün orijinali 42 maddeden ve “Ev Yaşamı/İş Yaşamı”, “İş Tasarımı/İş Dizayını”, “İş Koşulları/İş İçeriği” ve “İş Dünyası” olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır (Şirin, 2011). Ölçekte, hemşirelerin iş yaşam kalitesini ölçmek için sorular da en az seviyeden en çok seviyeye “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” yanıtlarından oluşan 5’li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin 3., 10., 14. ve 18. Maddeleri ters puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puanın artması hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu, toplam puanın azalması hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik hesaplamaları, Man Whitney U testi, Kruskal wallis testi, Paired-Sample t testi ve Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların Mesleki ve Çalışma Özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde(%)
Çalışılan kurum	Göğüs Hastalıkları Hastanesi	62	18.3
	Atatürk Devlet Hastanesi	125	37.0
	Balıkesir Devlet Hastanesi	151	44.7
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	34	10.1
	Ön lisans	149	44.1
	Lisans ve üzeri	155	45.9
Meslekte Çalışma Süresi	1-5 yıl	33	9.8
	6-10 yıl	50	14.8
	11-15 yıl	62	18.3
	16 yıl ve üzeri	193	57.1
Görevi	Servis hemşiresi	260	76.9
	Yönetici hemşire	16	4.7
	Özel dal hemşiresi	62	18.3
Görev yeri	Acil servis	25	7.4
	Ameliyathane	65	19.2
	Yataklı hasta ünitesi	194	57.4
	Yoğun bakım	11	3.3
	Poliklinik	14	4.1
	Diğer	29	8.6
Çalışma şekli	Sadece gece nöbeti	42	12.4
	Sadece gündüz	46	13.6
	Gece / gündüz vardiyalı	250	74.0
Aylık nöbet sayısı	Nöbet tutmayanlar	34	10.1
	1-5 nöbet	152	45.0
	6 ve üzeri nöbet	152	45.0
Haftalık çalışma saati	45 saat	305	90.2
	46 saat ve üzeri	33	9.8
Çalışma statünüz	Kadrolu	331	97.9
	Sözleşmeli	7	2.1
Toplam		338	100

Katılımcıların mesleki ve çalışma özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Katılımcıların %45.9’u lisans ve üzeri mezunu, %57.1’i 16 yıldan daha uzun süredir çalışmakta, %76.9’u servis hemşiresi ve %57.4’ü yataklı hasta ünitelerinde çalışmaktadır. Katılımcıların %74’ü gece/gündüz vardiyalı çalışmakta, %10.1’i nöbet tutmamakta, %90.2’si haftada 45 saat çalışmakta ve %97.9’u kadrolu statüde çalışmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Mesleki Statülerine İlişkin Özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde(%)
Kurumun desteği ile herhangi bir sertifika / eğitim programına katılma durumu	Katılan	163	48.2
	Katılmayan	175	51.8
Alınan özel eğitim / sertifika / Uzmanlık alanına uygun görevde çalışma durumu	Çalışıyor	142	42.0
	Çalışmıyor	196	58.0
Bu hastanede çalışmaya başladığınızdan beri bir üst göreve sorumluluklarınız artarak atanma teklifi / terfi teklifi alma durumu	Terfi alan	65	19.2
	Terfi almayan	273	80.8
Bu hastanede daha kaç yıl çalışmayı planlıyor	Yanıtlamayan	146	43.2
	1-5 yıl	86	25.4
	6-10 yıl	85	25.1
	11 ve üzeri	21	6.2
Toplam		338	100

Katılımcıların mesleki statülerine ilişkin özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Katılımcıların, %51.8’i kurumun desteği ile herhangi bir sertifika / eğitim programına katılmadığını, %58’i almış olduğu özel eğitim/ sertifika/ uzmanlık alanına uygun görevde çalışmadığını, %80.8’i bu hastanede çalışmaya başladığından beri bir üst göreve atanma teklifi/ terfi teklifi almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %25.4’ü 1-5 yıl daha şu an çalıştığı kurumda çalışmaya devam etmeyi planladığını belirtmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Madde sayısı	Alınabilecek alt ve üst puanlar	X±ss
Alt boyut 1: İş/ çalışma ortamı	9	9-54	24.31±6.73
Alt boyut 2: Yöneticiler ile ilişkiler	5	5-30	16.21±5.05
Alt boyut 3: İş koşulları	10	10-60	21.63±7.02
Alt boyut 4: İş algısı	7	7-42	24.28±4.79
Alt boyut 5: Destek hizmetler	4	4-24	13.19±3.11
Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği	35	35-210	101.95±22.15

Katılımcıların Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Tablo 3’te gösterilmiştir. Katılımların “iş/çalışma ortamı” alt boyut puan ortalaması 24.31±6.73; “yöneticiler ile ilişkiler” alt boyut puan ortalaması 16.21±5.05; “iş koşulları” alt boyut puan ortalaması 21.63±7.02 ; “iş algısı” alt boyut puan ortalaması 24.28±4.79; “destek hizmetler” alt boyut puan ortalaması 13.19±3.11 ve “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği” toplam puan ortalaması 101.95±22.15 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Bireysel ve Mesleki Özellikleri ile Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği		
	n	X±ss	İstatistiksel test p
Eğitim durumu			F=,877 p=,417
Sağlık Meslek Lisesi	34	106.91±20.07	
Ön lisans	149	103.70±22.01	
Lisans ve üzeri	155	99.18±22.48	
Toplam	338	101.95±22.15	
Meslekte Çalışma Süresi			F=,820 p=,484
1-5 yıl	33	104.09±22.43	
6-10 yıl	50	105.18±22.30	
11-15 yıl	62	103.04±21.96	
16 yıl ve üzeri	193	100.40±22.15	
Toplam	338	101.95±22.15	
Görev			KW=12,123 p=,002
Servis hemşiresi	260	99.53±21.87	
Yönetici hemşire	16	110.25±24.94	
Özel dal hemşiresi	62	109.95±20.44	
Toplam	338	101.95±22.15	
Görev yeri			KW=36,643 p=,000
Acil servis	25	117.40±17.72	
Ameliyathane	65	108.80±18.91	
Yataklı hasta ünitesi	194	96.36±22.23	
Yoğun bakım	11	103.90±16.54	
Poliklinik	14	97.92±12.68	
Diğer	29	111.93±24.23	
Toplam	338	101.95±22.15	

Tablo 4 Devamı

Çalışma şekli			
Sadece gece nöbeti	42	108.33±19.23	F=7,321 p=,001
Sadece gündüz	46	110±21.80	
Gece/gündüz vardiya	250	99.29±22.12	
Toplam	338	101.95±22.15	
Aylık nöbet sayısı			
Nöbet tutmayanlar	34	109.91±25.36	F=11.620 p=,000
1-5 nöbet	152	95.82±22.35	
6 ve üzeri nöbet	152	106.30±19.59	
Toplam	338	101.95±22.15	
Haftalık Çalışma Saati			
45 saat	305	102.63±22.12	t= 1,713 p=,088
46 saat ve üzeri	33	95.69±21.75	
Toplam	338	101.95±22.15	

Katılımcıların bireysel ve mesleki özellikleri ile Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, katılımcıların eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi ile Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği (HİYKÖ) toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın, hemşirelerin görevleri, görev yerleri, çalışma şekilleri ve aylık nöbet sayıları ile (HİYKÖ) toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).



Tablo 5. Katılımcıların Mesleki Yeterlilikleri İle Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği		
	n	X±ss	İstatistiksel test p
Sertifika / Eğitim Programına Katılma Durumu			t= 5,286 p=,000
Katılan	163	108.30±20.00	
Katılmayan	175	96.04±22.46	
Toplam	338	101.95±22.15	
Alınan özel eğitim / sertifika / uzmanlık alanına uygun görevde çalışma durumu			t= 4,356 p=,000
Çalışıyor	142	107.96±22.07	
Çalışmıyor	196	97.60±21.22	
Toplam	338	101.95±22.15	
Atanma/terfi teklifi alma durumu			t= 2,916 p=,004
Terfi alan	65	109.07±25.15	
Terfi almayan	273	100.26±21.07	
Toplam	338	101.95±22.15	
Planlanan Çalışma yılı			KW=1,415 p=,493
Yanıtlamamış	146	100.67±22.99	
1-5 yıl	86	100.36±22.42	
6-10 yıl	85	104.80±20.19	
11 yıl ve üzeri	21	105.85±22.61	
Toplam	338	101.95±22.15	

Katılımcıların sertifika / eğitim programına katılma durumu, alınan özel eğitim / sertifika / uzmanlık alanına uygun görevde çalışma durumu ve atanma/ terfi teklifi alma durumu ile HİYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Katılımcıları, planladıkları çalışma yılı ile HİYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tartışma

Katılımcıların %45.9'u lisans ve üzeri mezunu, %57.1'i 16 yıldan daha uzun süredir çalışmakta, %76.9'u servis hemşiresi ve %57.4'ü yataklı hasta ünitelerinde çalışmaktadır. Katılımcıların %74'ü gece/gündüz vardiyalı çalışmakta, %10.1'i nöbet tutmamakta, %90.2'si haftada 45 saat çalışmakta ve %97.9'u kadrolu statüde çalışmaktadır (Tablo 1). Bu sonuçlar, çalışma grubunda yer alan hemşirelerin mesleki açıdan deneyimli hemşireler olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların, %51.8'i kurumun desteği ile herhangi bir sertifika / eğitim programına katılmadığını, %58'i almış olduğu özel eğitim/ sertifika/ uzmanlık alanına uygun görevde çalışmadığını, %80.8'i bu hastanede çalışmaya başladığından beri bir üst göreve atanma teklifi/ terfi teklifi almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %25.4'ü 1-5 yıl daha şu an çalıştığı kurumda çalışmaya devam etmeyi planladığını belirtmiştir (Tablo 2). Uğur'un çalışmasında (2005), hemşirelerin %76,4'ü sertifika programına katılmamış, %84.9'u bir üst göreve atanma teklifi almamıştır (Uğur, 2005). Bu sonuç, çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Katılımların “iş/çalışma ortamı” alt boyut puan ortalaması 24.31±6.73; “yöneticiler ile ilişkiler” alt boyut puan ortalaması 16.21±5.05; “iş koşulları” alt boyut puan ortalaması 21.63±7.02 ; “iş algısı” alt boyut puan ortalaması 24.28±4.79; “destek hizmetler” alt boyut puan ortalaması 13.19±3.11 ve “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği” toplam puan ortalaması 101.95±22.15 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi puanlarından en düşük puanın “destek hizmetler” alt boyutunda olduğu, en yüksek puanın ise “iş/çalışma ortamı” alt boyutundan alındığı görülmektedir. Genel olarak hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Şirin'in çalışmasında (2011), Hemşirelerin iş yaşamı puan ortalamaları 107.29±17,85 olarak bulunmuştur (Şirin, 2011).

Katılımcıların bireysel ve mesleki özellikleri ile Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkinin karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, katılımcıların **eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi** ile Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği (HİYKÖ) toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların **eğitim durumu** ile HİYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen, Sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili araştırmalar incelendiğinde eğitim ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin her zaman tutarlılık göstermediği görülmektedir. Ancak yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde eğitim düzeyinin artmasının iş doyumunu da arttırdığı belirtilmektedir (Kahraman ve ark., 2011; Derin, 2007). Ülkemizde yapılan yeni kanuni düzenlemelerle eğitim düzeyine göre hemşirelerin statülerinin artırılması ile lisans mezunu hemşirelerin iş doyumlarının etkileneceği; artan sorumluluk ile birlikte iş doyumlarının da artacağı ya da iş yükünden dolayı iş doyumlarının düşebileceği belirtilmektedir (Kahraman ve ark., 2011). Çelen ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi ön lisans ve lisans düzeyinin altında veya üstünde olanlarda iş doyum düzeyinin birbirine yakın ve ön lisans ve lisans eğitimi almış olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Çelen ve ark, 2004).

Katılımcıların **meslekte çalışma süreleri** ile HİYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır; ancak hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça, iş yaşamı kalitesinin düştüğü görülmektedir. Bu sonuç, mesleğe yeni başlayanların tükenmişliklerini daha düşük olması nedeniyle iş yaşamını daha olumlu algıladıkları şeklinde yorumlanmıştır. Bununla birlikte, literatürdeki çalışmalar incelendiğinde genellikle çalışma süresi arttıkça hemşirelerin iş doyumlarının ve iş yaşam kalitelerinin arttığı görülmektedir (Tan ve ark. 2012; Aksoy ve Polat 2013). Bu sonuç, çalışanın, hizmet süresi uzadıkça aynı işi, aynı işyerinde sürdürüyor olması nedeniyle, iş doyumunu artıran temel etmenlerden (başarma, tanınma, daha nitelikli iş, sorumluluk artışı, işte ilerleme) olumlu yönde etkilenmesi, iş doyumsuzluğunu artıracak etmenleri de (işletme politikası, teknik gözetim, kişilerarası ilişkiler, çalışma koşulları) olumsuz yönde etkilenmeyeceği bir biçimde belirleyebileceği ya da en azından olumsuz etkilerinden korunabileceği bir konuma ulaşmasıyla açıklanabilir (Piyal ve ark, 2002).

Katılımcıların **haftalık çalışma saati** ile hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, fazla mesai yapan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi daha düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, uzun çalışma saatlerinin iş doyumunun azalmasına neden olduğu görülmektedir. Özellikle hastanelerdeki 24 saat süreli hizmetleri, vardiya ve nöbet sistemi içinde düzensiz saatlerde çalışmak durumunda olan hemşirelerin uyku bozuklukları, beden ritminin uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerdir. Ayrıca genellikle çalışma saatleri içindeki iş yükünün ağır ve yorucu olması ve düzensiz bir iş programının bulunması hemşirelerin iş ve kişisel yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Yıldırım ve Aycan, 2008). Bu nedenle hemşirelerin işlerinden daha fazla doyum almak ve işlerini daha fazla sevmek için çalışma saatlerinin azaltılması gerekmektedir (Dede ve Çınar, 2008).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hemşirelerin **görevleri, görev yerleri, çalışma şekilleri ve aylık nöbet sayıları** ile (HİYKÖ) toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4). Hemşirelerin **görevleri** ile yapılan karşılaştırmada, yönetici pozisyonunda çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, yönetici hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının daha net olarak belirlenmesinden kaynaklandığını düşündürmüştür. Literatürde, çalışma bulgusunu destekler nitelikte çalışmalar yer almaktadır. Collins ve Henderson'un çalışmasında (1991) ve Wade'in çalışmasında (1999) yönetici hemşirelerin otonomi düzeyleri diğerlerine göre yüksek olarak bulunmuştur (Collins ve Henderson, 1991; Wade 1999). Hemşirelerin otonomi düzeyleri iş yaşamı kalitesinde önemli bir faktördür.



Sağlık hizmetlerinin belkemiğini oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır.

Hemşirelerin **görev yerleri** ile HİYKÖ puan ortalamasının karşılaştırılmasında, acil serviste çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi puanlarını diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Acil servis, hemşirelerin daha bağımsız ve çabuk karar vermesi gereken birim olması nedeniyle, burada çalışan hemşirelerin daha bağımsız çalışmaya bağlı olarak iş kalitelerini yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Collins ve Henderson (1991) çalışmasında acil serviste çalışan hemşirelerin otonomi düzeyinin daha yüksek olduğuna vurgu yapmıştır (Collins ve Henderson, 1991). Otonomi düzeyinin yüksek olmasının daha bağımsız kararlar alabilmeyi, dolayısıyla da iş kalitesini etkilediği düşünülmektedir. Yoğun bakım, yanık merkezi, ameliyathane ve acil gibi birimlerde çalışanların tükenmişlik düzeylerinin diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Günüşen ve Üstün, 2010; Kahraman ve ark, 2011). Örneğin Derin (2007) çalışmasında en düşük iş doyumunun ameliyathane çalışanlarında olduğunu; ayrıca cerrahi birimler ve yoğun bakım çalışanlarında iş doyumunun düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir Bunun en önemli nedeni olarak, bu birimlerdeki ağır çalışma koşulları ve yoğun çalışma temposunun yarattığı stres olduğu düşünülebilir. Çalışma ortamında yaşanan tükenmişlik, iş yaşamı kalitesini de etkilemektedir (Derin 2007).

Katılımcıların **çalışma şekli** ile hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği toplam puan ortalamasının karşılaştırılmasında, hemşirelerden vardiya sistemi ile çalışanların iş yaşamı kalitesi düşükken; sadece gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Uğur'un çalışmasında (2005), hemşirelerin çalışma düzenlerinin iş yaşamı kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Uğur, 2005). Uğur'un çalışmasında belirttiğine göre, Baba ve Jamal yaptıkları çalışmada sabit vardiyalarda çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin, dönüşümlü vardiyalarda çalışan hemşirelere oranla daha yüksek olduğunu ve sabit vardiyalarda çalışmanın iş yaşamı kalitesini olumlu şekilde etkilediğini göstermişlerdir (Uğur, 2005).

Katılımcıların **aylık nöbet sayısı** ile hemşirelik iş yaşamı kalitesi ölçeği toplam puan ortalamasının karşılaştırılmasında, nöbet tutmayan hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışanların işle ilgili olarak tükenmişliğine yönelik çalışmalar incelendiğinde en önemli değişkenlerin çalışma saatlerinin fazla olması, nöbet usulü ya da vardiyalı çalışma ve iş yükünün ağır olması olduğu görülmektedir (Günüşen ve Üstün, 2010). Örneğin Uluslararası Çalışma Örgütü vardiya ile ilgili sorunları hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stres kaynaklarından birisi olarak göstermektedir (Arcak ve Kasımoğlu, 2006). Ayrıca nöbet ve vardiyalı çalışma şeklinin hemşirelerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Özellikle hemşirelerin nöbet sonrasında yaşadıkları yüksek düzeydeki fiziksel ve zihinsel gerilimin iş doyumunda azalmaya neden olduğunu bildirilmektedir (Bartholomeyczik, 1992).

Katılımcıların **sertifika/eğitim programına katılma durumu**, **alınan özel eğitim/ sertifika/uzmanlık alanına uygun görevde çalışma durumu** ve **atanma/terfi teklifi alma durumu** ile HİYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5). Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hemşirelerden sertifika/eğitim programlarına katılmış olanların iş yaşamı kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Uğur'un çalışmasında (2005), hemşirelerin sertifika programına katılma durumlarının iş yaşamı kalitesine ilişkin görüşlerini etkilemediği belirlenmiştir (Uğur, 2005). Literatürde, çalışma bulgusundan farklı sonuçlar yer almaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında da hemşirelerin iş doyumu ile eğitim aktivitelerine katılımı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu görülmektedir (Sung. ve ark., 2005).

Hemşirelerden, aldıkları eğitim/sertifika/uzmanlık alanına uygun görevlerde çalışanların iş yaşamı kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler hizmet, eğitim, danışma ve araştırma görevlerini tam olarak yerine getirebildikleri zaman profesyonel niteliklerini ortaya koyma ve benimsetme şansını elde edebileceklerdir (Arcak ve Kasımoğlu, 2006).

Katılımcıları, planladıkları çalışma yılı ile HİYKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Yapılan analizlerde, hemşirelerin planladıkları çalışma yılı arttıkça, iş yaşam kalitesi puanı da artmaktadır. Bu sonuç, hemşirelerin çalışma yılı arttıkça statülerinin de artacağı, üst göreve terfi imkânlarının artacağını düşündürmektedir. Bu sonucunda, dolaylı olarak iş yaşamı kalitesinin artacağını düşündürmüştür. Uğur'un çalışmasında (2005), hemşirelerin iş yaşamının kalitesine ilişkin görüşleri ile çalıştıkları hastanede kalmayı hedefledikleri süre arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını, ancak süre arttıkça iş yaşamı kalitesine ilişkin görüşlerin arttığını belirtmiştir (Uğur 2005).

Sonuç ve Öneriler

Balıkesir il merkezindeki Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma koşullarına bağlı olarak gelişen iş kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur.

Hemşirelerin %45.9'u lisans ve üzeri mezunu, %57.1'i 16 yıldan daha uzun süredir çalışmakta, %76.9'u servis hemşiresi ve %57.4'ü yataklı hasta ünitelerinde çalışmaktadır. Katılımcıların %74'ü gece/gündüz vardiyalı çalışmakta, %10.1'i nöbet tutmamakta, %90.2'si haftada 45 saat çalışmakta ve %97.9'u kadrolu statüde çalışmaktadır (Tablo 1).

Hemşirelerin %51.8'i kurumun desteği ile herhangi bir sertifika / eğitim programına katılmadığını, %58'i almış olduğu özel eğitim / sertifika / uzmanlık alanına uygun görevde çalışmadığını, %80.8'i bu hastanede çalışmaya başladığından beri bir üst göreve atanma teklifi / terfi teklifi almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %25.4'ü 1-5 yıl daha şu an çalıştığı kurumda çalışmaya devam etmeyi planladığını belirtmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin "**Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği**" (HİYKÖ) toplam puan ortalaması 101.95 ± 22.15 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Katılımcıların **eğitim durumu** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Katılımcıların **meslekte çalışma süresi** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Katılımcıların **görevi** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır, yönetici pozisyonunda çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4).

Katılımcıların **görev yerleri** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır, acil serviste çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi puanlarını diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4).

Katılımcıların **çalışma şekli** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; vardiya sistemi ile çalışanların iş yaşamı kalitesi düşükken; sadece gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Katılımcıların **aylık nöbet sayısı** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; nöbet tutmayan hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Katılımcıların **haftalık çalışma saati** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Katılımcıların **sertifika / eğitim programına katılma durumu** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; hemşirelerden sertifika/eğitim programlarına katılmış olanların iş yaşamı kalitesi daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5).

Katılımcıların alınan **özel eğitim / sertifika / uzmanlık alanına uygun görevde çalışma durumu** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Katılımcıların **atanma/terfi teklifi alma durumu** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; terfi alan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5).

Katılımcıların **planladıkları çalışma yılı** ile HİYKÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 5).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Çalışmanın özel hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde de yapılarak sonuçların karşılaştırılması,

Hemşirelerin çalışma şekli ve nöbet sayılarının iş kalitelerini etkilemeyecek şekilde planlanması,

Hemşirelerin meslekleri ile ilgili alanlarda yetkinliklerini arttırmak amacıyla sertifika/eğitim programlarını katımlarının desteklenmesi,

Hatasız olarak çalışmasını beklediğimiz, özveri ile çalışan, hizmet ettiği kişilerin yaşam kalitelerini kendi iş yaşam kalitelerinden daha üstün tutma gayreti içerisinde olan hemşirelerin problemlerinin ve beklentilerinin dikkate alınması,

Hemşirelerin görev tanımlarının belirlenmesi, işin kaç kişi tarafından yapılacağını belirlenmesi, yeterli ve yetişmiş personel istihdamının sağlanması, fiziki şartların iyileştirilmesi önerilmektedir.

Hatasız olarak çalışmasını beklediğimiz, özveri ile çalışan, hizmet ettiği kişilerin yaşam kalitelerini kendi iş yaşam kalitelerinden daha üstün tutma gayreti içerisinde olan hemşirelerin problemlerinin ve beklentilerinin dikkate alınması önerilmektedir.





Kaynaklar

- Aksoy, N. ve Polat, C. (2013). “Akdeniz Bölgesindeki Bir İlde Üç Farklı Hastanenin Cerrahi Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (2): 45-53
- Arcak, R., Kasımoğlu, E (2006). “Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri”, *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
- Bartholomeyczik S., Dieckhoff T., Drerup E., Korff M., Krohwinkel M., Mueller E, Sowinski, C., Zegelin, A (1992). “Job satisfaction of night nurses in Germany”. *Int Nurs Rev*, 39(1) ; s. 27-31.
- Collins S.S; Henderson MC. (1991). “Autonomy: Part of The Nursing Role?”, *Nursing Forum*, 26(2); 23-29.
- Çelen, Ü., Piyal, B., Karaodul, G., Demir., M (2004). “Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu”, *“Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi”*, 7 (2); 295-318.
- Dede, M.; Çınar, S (2008). “Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 1 (1); s. 3-14.
- Derin, N. (2007). “Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Günüşen, N.P., Üstün, B (2010). “Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi”, *DEUHYO ED*, (1); s 40-51.
- Kahraman, G., Engin, E., Dülgerler, Ş; Öztürk, E (2011). “Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler”, *DEUHYO ED*, 4(1); 12-18.
- Piyal B, Yavuz İ ve ark. (2002). “Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi’nde çalışanların iş doyumunu etkileyen etmenler”, *Kriz Dergisi*, 10; 45-56.
- Sung, H., Chang, S., Tsai, C (2005). “Working in long-term care settings for older people with dementia: nurses’ aides”. *Journal of Clinical Nursing*, 14; 587-593.
- Şirin, M.(2011). “Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği’nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması”, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Tan, M., Polat, H., Şahin, Z.A.(2012). “Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4: 67-78.
- Uğur, E (2005). “Hemşirelerin İş yaşamının Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Uğur, E., Abaan, S (2008). “Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri”, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28:297-310.
- Wade G. H. (1999). “Professional Nurse Autonomy: Concept Analysis and Application to Nursind Education”, *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 310-318.
- Yıldırım, D, Aycan, Z (2008). “Nurses’ work demands and work–family conflict: A questionnaire survey”, *International Journal of Nursing Studies*, 45:1366–1378.

Bilimsel Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın Adı:

Hemşirelerin Profesyonel
Tutumları İle Bunu
Etkileyen Faktörlerin
İncelenmesi

Yazarların Adı Soyadı:

¹Yurdanur DEMİR
DİKMEN

²Melike YÖNDER

³Songül YORGUN

⁴Yasemin YILDIRIM
USTA

⁵Sema UMUR

⁶Aynur AYTEKİN

¹AİBÜ Bolu Sağlık Yük-
sekokulu Hemşirelik Bö-
lümü,

²Dokuz Eylül
Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi,

³Bolu İzzet Baysal Devlet
Hastanesi,

⁴AİBÜ Bolu Sağlık Yük-
sekokulu Hemşirelik Bö-
lümü,

⁵Bolu Sağlık Müdürlüğü,

⁶Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri
Fakültesi,

Çalışmanın Yayınlandığı Bilimsel Platform:

Anadolu Hemşirelik ve
Sağlık Bilimleri Dergisi

Yayınlanma yılı: 2014

Yayınlanma Türü:
Makale



**BOLU KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

HEMŞİRELERİN PROFESYONEL TUTUMLARI İLE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Özet

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarını ve bunu etkileyebilecek bazı faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik desende yapıldı.

Yöntem: Araştırma Nisan-Mayıs 2010 tarihleri arasında Bolu ili İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde (Köroğlu Birimi) çalışan hemşirelerle gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini bu birimde çalışan 89 hemşire oluşturdu. Veriler hemşire tanıtım formu ve Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, sayı, yüzdelik ile non-parametrik testlerden Kruskal Wallis Testi ile Mann-Whitney U Testi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin MPTE toplam puan ortalaması $140.28.01 \pm 11.99$ (32-160 puan) olarak bulundu. Hemşirelerin eğitim durumu, çalışma süresi, görev şekli, nöbet tutma durumu, meslekten memnuniyet durumu ve bilimsel toplantılara katılma durumu gibi özelliklerinin profesyonel tutumu olumlu yönde etkilediği saptandı.

Sonuç: Hemşirelerin profesyonel tutum puanlarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; profesyonel; profesyonel uygulama.

Abstract

INVESTIGATION OF NURSES' PROFESSIONAL ATTITUDES AND FACTORS INFLUENCING THESE ATTITUDES

Aim: This research was carried out by using descriptive and analytic design to investigate nurses' professional attitudes and some factors which influence these attitudes.

Methods: This research was performed with regard to nurses working at Bolu Izzet Baysal State Hospital (Köroğlu Unit) between April-May 2010. The sample of this study was 89 nurses working at this unit. Data were collected by using "Nurse Description Form and Professional Attitudes Inventory". Data were analysed with mean, standart deviation, frequency, percentage and nonparamatric tests including; Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test.

Findings: It is determined that the total score was 140.28.01±11.99 (32-160 points). It was found that some characteristics of nurses' example; education level, working time, shape of the task, night shifts, status of the profession satisfaction and participation at scientific events influenced the Professional attitude positively

Result: Nurses' professional attitudes inventory score was good-level.

Key Words: Nursing; professional; professional practice.



Giriş

Günümüzde çağdaş toplumların önem verdiği konulardan birisi olan profesyonellik kavramı, “yüksek oranda uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimi” olarak tanımlanmaktadır (Gökçora 2005). Dolayısıyla profesyonelliğin en önemli ölçütü; işinin gereklerini en mükemmel haliyle gerçekleştirebilmektir. Hemşireler; meslek sahibi niteliğini taşımaları, meslek birlikleri içinde olmaları, uzmanlık ve teknik bilgi-beceri kullanmalarından dolayı profesyonel meslek üyeleridir.

Arthur (1992) profesyonel hemşire niteliklerini; iletişim, meslekten memnuniyet, liderlik, sorumluluk, esneklik, yaratıcılık, profesyonel uygulama şeklinde ifade etmiştir. Ayrıca profesyonel bir hemşire, uygulamanın dayandığı kuramsal bilgi temelini ve üretilmiş veya üretilecek uzmanlık becerilerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması sürecine aktif olarak katılmalıdır. Böylece mesleki imajın ve statünün yükselmesine önemli katkılar sağlanır. Her hemşirenin profesyonelliğe ilişkin kriterleri bilmesinin, hemşirelik mesleğinin profesyonel statüye ulaşması açısından uygun olacağı bildirilmektedir (Karadağ, Hisar ve Elbaş 2004). Dolayısıyla, bir mesleğin profesyonel statüye ulaşmasında ve topluma nitelikli hizmet sunmasında, meslek üyelerinin profesyonel kimliklerinin güçlü olması gerektiği vurgulanmaktadır (Strasen 1992).

Öhlen ve Segesten'e göre (1998), hemşirelikte profesyonel kimliğin üç boyutu vardır. Birinci boyut, kişisel boyuttur. Bu boyuta göre, profesyonel kimlik, hemşirenin bütüncül bir parçası olarak nitelendirilmektedir. İkinci boyut, kişilerarası boyuttur. Bu boyuta göre, profesyonel kimlik; diğer hemşirelerle etkileşim ve sosyalizasyon süreci olarak kazanılan hemşirelik mesleğinin bilgi, beceri, değerler, normlar ve kültürün içselleştirilmesi ile geliştirilebilecektir.



Bir mesleğin profesyonel statüye ulaşmasında ve topluma nitelikli hizmet sunmasında, meslek üyelerinin profesyonel kimliklerinin güçlü olması gerekmektedir.

Üçüncüsü ise sosyal ve tarihsel boyuttur. Bu boyuta göre hemşirelik, cinsiyet ayrımcılığı yoluyla ataerkil toplumlarda kadının aile içindeki boyun eğici konumu itibarıyla, daha az değer verilen bir meslek olarak kadınlık alanının bir parçası şeklinde yorumlanmaktadır (Öhlen and Segesten 1998). Ancak, 2007 yılında mesleğe erkek hemşirelerin alınmasıyla değişen sistem, toplumda bakış açısını da değiştirmiştir. Bugün bağımsız bir profesyonellik imajı olan hemşirelikte iki farklı hemşirelik imajından söz edilmektedir. Eski ve geleneksel görev merkezli normu takip eden hemşireler kendilerini tıbbın yardımcıları olarak tanımlarken, üniversite normlarını içselleştiren hemşireler, kendilerini hemşirelik bakım uzmanı olarak tanımlamaktadırlar (Öhlen and Segesten 1998). Bunun yanında, Miller'in hemşireliğe özgü geliştirdiği bir model ile meslekte profesyonellik kriterleri belirlenmiştir. (Miller, Adams and Beck 1993; Adams, Miller and Beck 1996). Bu model biçimsel olarak bir tekerlek şeklindedir. Mesleğin temel özellikleri tekerleğin merkezinde, destekleyici davranışlar ise tekerleğin basamaklarında yer almaktadır. Bu kavramsal modelde yer alan özellikler ise; eğitimsel hazırlık, yayın, araştırma, mesleki organizasyonlara katılma, toplumsal hizmet, yeterli ve sürekli eğitim, hemşirelik kodları, teori ve otonomidir (Miller, Adams and Beck 1993).

Profesyonellik o mesleğin standartlarının oluşturulmasında ve hasta bakım kalitesinde oldukça önemlidir. Mesleki profesyonelliğin etkilenmesi bireyi çok yönlü etkilemesinin yanında, kurumu da etkileyerek kurumdaki bakım hizmetlerinin aksamasına/ kalitesinin düşmesine, hizmet alan ve hizmet verenlerin memnuniyetsizliğine buna bağlı kurumsal sorunlara neden olmaktadır (Yıldırım 2001). Oysa profesyonel tutum, verimliliğin ve etkinliğin en temel özelliğidir.

Son yıllarda gerçekleşen teknolojik ve politik gelişmeler, sağlık sistemini de etkilediği için hemşirelik mesleği geleneksel hemşirelik modelinden profesyonelliğe doğru bir süreç yaşamaktadır (Adıgüzel, Tanrıverdi ve Özkan 2011). Ancak, tüm bu gelişmeler yaşanırken ülkemizde halen hemşireler uygulama alanında bazı sorunlar ve belirsizlikler yaşamaktadır. Bu durum göz önüne alındığında; bu sorun ve belirsizliklerin hemşirelerin profesyonelliğe ilişkin görüş ve tutumlarını dolayısıyla mesleğe bağlılıklarını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünüldü. Nitekim, Vlieghe ve ark. (2011), hemşirelerin meslekten ayrılma nedeninin hemşirelerin profesyonel kimlikleri ile ilgili olabileceğini, hemşirelerin mesleğe bağlılıklarında, profesyonel kimliklerinin gelişmiş olmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Karadağ ve ark. (2004) “hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter” oluşturmaya yönelik geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında, hemşirelerin profesyonelliğe ilişkin davranış puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında, Çelik ve ark. (2012) tarafından yapılan benzer çalışmada ise hemşirelerin profesyonel tutumlarının iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. Hemşirelikte profesyonellik düzeyinin belirlenmesi, bu doğrultuda ileriye dönük iyileştirme çalışmalarının yapılması, mesleğe verilen önemin yükseltilmesi açısından önemli yer tutmaktadır (Beydağ ve Arslan 2008; Karadağ 2002; Karagözoğlu 2008; Çelik, Ünal ve Saruhan 2012). Ayrıca meslek üyeleri arasında profesyonel tutumun yerleştirilmesi, bakım kalitesinin artmasının yanında mesleki birliğin sağlanması ve mesleki statünün de artmasına katkı sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyebilecek bazı faktörleri incelemektir

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Nisan-Mayıs 2010 tarihleri arasında Bolu ili sınırları içerisinde yer alan İzzet Baysal Devlet Hastanesi Köroğlu Biriminde çalışan hemşirelerle yapıldı. Tanımlayıcı ve analitik desende gerçekleştirilen bu araştırmanın evrenini, araştırma kapsamına alınan birimde çalışan 110 hemşire, örneklemi ise izinli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 89 hemşire (yanıtlama oranı: %80.9) oluşturdu. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi iki birimden (Köroğlu ve Merkez Birimleri) oluşmakta olup, toplam 400 yatak kapasitelidir. Hastanede, Sağlık Bakanlığı direktifleri doğrultusunda 2004 yılından itibaren kalite çalışmaları devam etmekte, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimler yapılmaktadır. Hemşireler 08.00–16.00 ve 16.00–08.00 şeklinde iki vardiya halinde çalışmaktadır. Gündüz saatlerinde bir hemşireye düşen ortalama hasta sayısı 10-15 iken, bu sayı akşam saatlerinde 25–30 olabilmektedir.

Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından literatür taranarak (Karamanoğlu, Özer ve Tuğcu 2009; Beydağ ve Arslan 2008; Karadağ, Hisar ve Elbaş 2007; Adams, Miller and Beck 1996) hazırlanan veri toplama formu ile Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) kullanılarak toplandı. Veri toplama formunda, hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri, çalışma koşulları, meslekleri ile ilgili düşünce ve memnuniyetlerine yönelik toplam 12 sorudan oluşmaktaydı.

Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE): Erbil ve Bakır (2006) tarafından geliştirilen bu envanterdeki, her bir ifade 5’den 1’e kadar puanlanır. Her maddede “bana tamamen uyuyor” yanıtına “5”, “bana biraz uyuyor” yanıtına “4”, “kararsızım” yanıtına “3”, “bana uymuyor” yanıtına “2” ve “bana hiç uymuyor” yanıtına “1” puan verilerek değerlendirilmektedir. MPTE’den alınacak en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160’dır. Envanterin toplam puanı meslekte profesyonel tutum puanını vermektedir. Envanterden alınan puan yükseldikçe profesyonellik düzeyinin yükseldiği şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.89, test-tekrar test korelasyon katsayısı ise $r=0.97$ olarak bulunmuştur (Erbil ve Bakır 2006). Bu çalışmanın örneklem grubu için ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı 0.82 olarak saptandı.

Araştırma için öncelikle uygulamanın yapılacağı kurumdan gerekli izin alındı. Ayrıca örnekleme alınan katılımcılar; araştırma ve veri toplama araçları hakkında uygulama öncesi bilgilendirildi ve sözel izinleri alındı.

Elde edilen verilerin analizi SPSS for Windows 13.0 yazılım paket programında gerçekleştirildi. Verilerin dağılımı, normal dağılıma uygun olmadığı için (Kolmogorov-Smirnov Testi=4.081, $p<0.05$), istatistiksel değerlendirmeler Kruskal-Wallis tekyönlü varyans analizi ve Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Tanımlayıcı değerler olarak kategorik veriler için frekans ve yüzdelikler, nicel veriler için aritmetik ortalama ve standart sapma kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak alındı.

Meslek üyeleri arasında profesyonel tutumun yerleştirilmesi, bakım kalitesinin artmasının yanında mesleki birliğin sağlanması ve mesleki statünün de artmasına katkı sağlayacaktır.

Bulgular ve Tartışma

Hemşirelerin %58.4'ünün 23-33 yaş grubunda, %57.3'ünün ise ön lisans mezunu olduğu saptandı. Araştırmada yer alan hemşirelerinin tamamının (%100) kadın olduğu, %66.2'sinin 11 yıl ve üzeri süre ile hemşire olarak çalıştığı, %27'sinin cerrahi birimlerde, %16.9'unun ise; KETEM, diyabet birimi, endoskopi, EKG vb. gibi diğer destek hizmetlerinden birimde çalıştığı, belirlendi. Hemşirelerin %11.2'sinin hemşirelik mesleğini yapmaktan dolayı memnun olmadığı, %87.6'sının çalışmakta olduğu birimde nöbet tuttuğu, %98.9'unun çalışmakta olduğu klinikte hizmet içi eğitim programlarına katıldığı, %18'inin ise hemşirelik mesleğine yönelik düzenlenen kongre, sempozyum, konferans, kurs, vb. gibi bilimsel programlara katıldığı, yalnızca %22.5'inin halen bir hemşirelik derneğine üye olduğu belirlendi.

Hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarını belirlemek ve profesyonellik hakkında farkındalık yaratmak amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda, hemşirelerin MPTE puanı $140.28.01 \pm 11.99$ (32-160 puan) olarak bulundu. Çalışmada veri toplamak amacıyla kullanılan ölçeğin bir kesme noktası olmadığından, bu sonuç iyi düzey tutum olarak yorumlandı. Beydağ ve Arslan (2008) ile Karamanoğlu, Özer ve Tuğcu (2009) tarafından yapılan çalışmalarda da, bizim bulgumuzla benzer biçimde hemşirelerin iyi düzeyde profesyonel tutum sergiledikleri bildirilmiştir. Türkiye'de hemşirelikte ilk örgün eğitimin 1925 yılında başladığı ve 1960'lı yıllardan itibaren meslekleşme sürecinin başladığı göz önüne alındığında, hemşireliğin önemli bir yol aldığı görülebilir. Bununla birlikte ülkemizde eğitim düzeyindeki farklılıklar, hemşirelik mesleğinin toplumsal algılanışı, hastanelerin hiyerarşik yapısı, yoğun iş yükü, görev tanımları dışında yer alan işlerin yapılması, eleman ve araç-gereç yetersizliği, iş güvenliğinin yeterince sağlanamaması, düşük ücret ve örgütlü güç oluşturamama gibi pek çok olumsuz etken bakımın niteliğini etkilemekte dolayısıyla hemşireliğin profesyonelleşmesini de geciktirmektedir.



Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MPTE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=89)

Tanıtıcı Özellikler	n	X±SS	Analiz ve p Değeri
Yaş grubu			
23-33 yaş	52	141.05±13.06	922.00*
34-44 üzeri yaş	37	142.62±12.91	0.73
Eğitim durumu			
Lise	18	134.11±17.99	0.072**
Ön lisans	51	135.37±11.36	0.03
Lisans	20	140.35±11.77	
Çalışma süresi			
1-10 yıl	30	142.12± 9.03	5138.00*
11 yıl ve üzeri	59	135.62±11.53	0.03
Çalıştığı klinik			
Dahiliye servisi	20	142.45±16.14	
Cerrahi servisi	24	138.95±11.34	
Yoğun bakım servisi	13	142.00±9.77	0.209**
Diğer destek hizmetleri	15	145.26±11.35	
Acil servis	17	141.35±14.80	
Memnuniyet durumu			
Memnun	32	149.25±8.77	19.141**
Kararsız	47	136.95±13.79	0.01
Memnun değil	10	139.90±8.78	
*Mann-Whitney Test,		** Kruskal	
		Wallis Test.	

Çalışmamızda, hemşirelerin eğitim durumuna göre profesyonel tutum puanları arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 1). Bu sonuç, alınan eğitimin süresinin mesleki profesyonelliğin kazanılmasında etkili olduğu şeklinde yorumlandı. Profesyonel kimlik gelişiminin büyük bir çoğunluğu, hemşirelerin hemşirelik okulunda aldıkları eğitim sırasında gerçekleşen profesyonel sosyalizasyon sürecinin önemli bir sonucu olarak meydana gelmektedir (Sabancıoğulları ve Doğan 2012). Karadağ, Hisar ve Elbaş (2004) çalışmalarında, profesyonelliğe ilişkin davranış puan ortalamalarını en düşük düzeyde ön lisans mezunu hemşirelerin, en yüksek düzeyde puanı ise yüksek lisans/doktora mezunu hemşirelerin aldığını bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da, hemşirelerin aldıkları eğitim düzeyinin profesyonel davranış ve tutumlarında etkili olduğu belirtilmektedir (MacDonald, Herbert and Thibeault 2006; DeGrasse and Nilcin 2001; Halfer and Graf 2006, Karamanoğlu, Özer ve Tuğcu 2009; Addis and Karadağ 2003). Bu sonuçlar, çalışma bulgumuzla uyumlu bulundu. Bu çalışmada, hemşirelerin çalışma süresine göre MPTE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 1). Buna göre, çalışma süresi 1-10 yıl olan hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalaması, 11 yıl ve üzeri süre ile çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Beydağ ve Arslan (2008) bizim çalışma sonucumuzla benzer biçimde, çalışma yılı daha az olan hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalamasının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu sonuç, yeni mezun olan hemşirelerin mesleki profesyonelliği daha çok önemsedikleri ve çalışma yılı arttıkça mesleki tükenmişliklerinin profesyonelliklerini etkilediği şeklinde yorumlanmıştır. Bunun yanında bu çalışmada hemşire olarak çalışılan sürenin artması, profesyonellik düzeyini olumsuz etkilemektedir (Tablo 1).

Çalışmamızda örneklem grubunun tamamını (%100) kadın hemşireler oluşturdu. Bu nedenle, hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olması stresin boyutunu genişletmekte ve iş yaşamından gelen zorluklara, kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ve toplumsal baskılar eklenmektedir. Tüm bunlar mesleğin profesyonelliğini olumsuz etkileyebilir (Boey 1998; Tel, Karadağ, Tel ve Aydın 2003).

Çalışmamızda, sorumlu (yönetici) hemşire olarak görev yapanlarda MPTE puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 2). Bu sonucun, sorumlu hemşirelerin eğitim durumu, çalışma yılı ve mesleki deneyimlerinden ve diğer hemşirelere göre bireysel gelişim zamanının fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. Bizim bulgumuzla benzer biçimde, Karamanoğlu, Özer ve Tuğcu (2009) çalışmalarında, sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin en yüksek profesyonel tutum puan ortalamasına sahip olduğunu bildirilmişlerdir. Klinik hemşirelerinin profesyonel tutumlarının düşük olması, onların uzun çalışma saatleri ve bireysel gelişimleri için yeterli zamanlarının olmamasından kaynaklanabilir. Bilimsel etkinliklere katılan hemşirelerin profesyonel tutumları, bilimsel bir etkinliğe katılmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre MPTE Puanlarının Karşılaştırılması (n=89)

<u>Özellikler</u>	<u>n</u>	<u>X±SS</u>	<u>Önemlilik</u>
Çalıştığı birimde görev			
Sorumlu (yönetici)	12	150.42±7.53	U= 674.231
Servis hemşiresi	77	140.08±13.12	p= 0.02
Bilimsel toplantılara katılma			
Evet	76	144.56±14.76	U= 567.325
Hayır	73	141.50±12.62	p= 0.04
Nöbet tutma			
Evet	78	140.71±13.07	U= 643.212
Hayır	11	148.72±9.82	p= 0.02
Hemşirelikte ilgili bir derneğe üye olma			
Üye Olan	69	143.41±12.31	U= 636.110
Üye Olmayan	20	136.24±10.38	p= 0.02

Çalışmamızda elde edilen bu sonuca göre; mesleki alana yönelik bilimsel etkinliklere katılma durumunun profesyonel tutuma olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

Ayrıca çalışmamızda, hemşirelerin bilimsel kongre ve sempozyumlara katıldıklarını bildirmelerine rağmen, bu alanlarla ilgili derneklere üye olduğunu bildirenlerin sayısı azdır (%22.5 n=20). Gruplar arasında yapılan istatistiki değerlendirmede, hemşirelikte ilgili bir derneğe üye olan hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 2). Miller, Adams ve Beck(1993) de Amerikalı hemşireler ile yapmış oldukları çalışmalarında, hemşirelerin çoğunluğunun mesleki organizasyonlara katılım konusunda profesyonel davranış göstermediklerini bildirmişlerdir. Oysa, dünyanın her yerinde, hemen her alanda bir yaşam biçimi haline gelen örgütlü olma ve bir örgüte kayıtlı olma “profesyonel statü kazanma çabalarını sürdüren hemşirelik mesleği için kaçınılmaz bir olgudur” (Kiper ve Koştu 2010). Günümüzde hemşirelerin hastalarına bakım verme rollerinin yanında, mesleki örgütlere ve politik aktivitelere katılma işlevlerini de yerine getirmeleri beklenmektedir (Oweis 2005).



Türkiye’de hemşirelerin ilk profesyonel dernek kurması Türk Hemşireler Derneği (THD) adı altında 1933 yılında olmuştur ve günümüzde 23 özel dal hemşirelik derneği bulunmaktadır. Buna karşın, ülkemizde THD’ye üye olan hemşire sayısının yeterli olmadığı ve derneklere üye olan hemşirelerin büyük çoğunluğunun da derneklerin meslek adına herhangi bir girişimde bulunmadığını düşündüğü bilinmektedir. Yiğit ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %24’ünün THD’ne üye olduğu, profesyonel derneklere yönelik tutum ve duygularının negatif yönde ve örgütsel duyarlılıklarının düşük olduğu belirtilmiştir (Yiğit, Özcan ve Kanık 2004). Ayrıca gözlemlerimiz, mesleki örgütlere olmayan hemşirelerin çoğunda, deneklerin meslek adına hiçbir şey yapmadığı düşüncesinin hakim olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, çalışmamızın sonucu ile ülkemizde konu ile ilgili daha önceki çalışma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde; mesleki örgütlenme konusunda son 10 yılda hemşirelerin görüşlerinde önemli bir değişiklik olmadığı söylenebilir. Bu nedenle, ülkemizde dernekler ile sağlık kurumları arasında yapılacak ortak toplantılar ile ulusal/uluslararası düzeydeki bilimsel faaliyetlere katılımlarının desteklenmesi, hemşirelere daha fazla ulaşılması ve derneklere üyelik faaliyetlerinin geliştirilmesi önemli görünmektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin nöbet tutma durumu ile MPTE puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 2). Nöbet tutmadığını ifade eden hemşirelerin MPTE puan ortalamaları daha yüksek olarak bulundu. Bu sonuç, hemşirelerin kliniklerdeki çalışma koşullarının ve nöbet işleyişinin meslekte profesyonel tutumu etkileyebileceğini düşündürdü. Beydağ ve Arslan (2008) çalışmalarında, nöbet sayısı arttıkça hemşirelerin profesyonelliğe karşı tutumunun azaldığını belirtmişlerdir. Yine Smith, Tallman ve Kelly (2006) çalışmalarında, hemşirelerin çalışma koşullarının mesleki tatmini ve profesyonelliği etkilediğini belirtmiştir. Bu bulgular, çalışmamız sonucu ile benzerlik gösterdi.

Mesleğini yapmaktan dolayı duydukları memnuniyet düzeyi ile MPTE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$)(Tablo 1). Mesleğini yapmaktan dolayı memnun olduğunu ifade eden hemşirelerin profesyonelliğe yönelik tutumları daha yüksek bulundu. Dolayısıyla, mesleğinden memnun olan hemşirelerin, diğerlerine göre mesleki profesyonel tutumları daha olumludur. Bizim çalışmamızla benzer şekilde Karamanoğlu, Özer ve Tuğcu (2009) da mesleğinden memnun olan hemşirelerin profesyonellik tutumlarının daha iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum, yaptığı işi severek yapmanın aynı zamanda iş doyumunu, yapılan işten duyulan memnuniyeti arttırdığı ve daha motive çalışıldığını, motive bir şekilde çalışmanın ise profesyonelliği de beraberinde getirdiği şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada meslekte profesyonel tutumu; yaş ve çalışılan birim gibi değişkenlerin etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 1-2).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada; eğitim düzeyi düşük, mesleki deneyim süresi fazla, mesleğini yapmaktan memnun olmayan, hemşirelikte ilgili bir derneğe üye olmayan, bilimsel etkinliklere katılmayan ve nöbet tutan hemşirelerin profesyonel davranışlara yönelik tutumlarının daha düşük olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin; Profesyonel davranışlar ve bunların önemi konusunda bilgilendirilmesi, Kurumlarda çalışan personelin mesleki profesyonelliklerini değerlendirmek amacıyla periyodik olarak performans değerlendirilmelerinin yapılması, çalışma ve nöbet saatlerinin özel yaşamı etkilemeyecek şekilde ve çalışanın dinlenmesini dikkate alarak düzenlenmesi, kongre, sempozyum ve kurslara katılımlarının sağlanması, bu amaçla gerekli izin ve maddi desteğin sağlanması, bilimsel faaliyetlerde aktif rol almaları konusunda teşvik edilmeleri mesleki örgütlere üyelik konusunda teşvik edilmesi önerilebilir.

Kaynaklar

- Adams D, Miller BK, Beck L. Professionalism Behaviors of Hospital Nurse Executives and Middle Managers in 10 Western States. *West J Nurs Res* 1996; 18(1): 77-88.
- Addis G, Karadağ A. An Evaluation of Nurses' Clinical Teaching Role in Turkey. *Nurse Educ Today* 2003; 23(1): 27-33.
- Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi* 2011;9(2): 239-59.
- Arthur D. Measuring The Professional Self-Concept of Nurses: A Critical Review. *J Adv Nurs* 1992; 17(6): 712-9.
- Beydağ KD, Arslan H. Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3(7): 75-87.
- Boey KW. Coping and Family Relationship in Stress Resistance: A Study of Job Satisfaction of Nurse in Singapore. *International Journal of Nursing Studies* 1998; 35(6): 353-9.
- Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *F N Hem Derg* 2012; 20(3): 193-9.
- DeGrasse C, Nilcin W. Advanced Nursing Practice: Old Hat, New Design. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 2001; 14(4): 7-12.
- Erbil N, Bakır A. Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6(1): 290-302.
- Gökçora İH. Profesyonelliğe Saygı. *Üniversite ve Toplum* 5(3): 1-4.
- Halfer D, Graf E. Graduate Nurse Perceptions of the Work Experience. *Nurs Econ* 2006; 24(3): 150-5. Karadağ A, Hisar F, Elbaş NÖ. Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter. *Hemşirelik Forum Dergisi* 2004; 7(4): 14-22. Karadağ A, Hisar F, Elbaş NÖ. The Level of Professionalism Among Nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(4): 371-4. Karadağ A. Meslek Olarak Hemşirelik. *Atatürk Üni HYO Derg* 2002; 5(2): 55-63.
- Karagözoğlu Ş. Hemşirelikte Bireysel ve Profesyonel Özerklik. *HEMAR-G Dergisi* 2008; 10(3): 41-50. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2009; 14(1):12-7. Kiper S, Koştü N. Denizli Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Konusundaki Görüşleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5(14): 1-13.
- MacDonald JA, Herbert R, Thibeault C. Advanced Practice Nursing, Unification Through A Common Identity. *J Prof Nurs* 2006; 22(3): 172-9. Miller BK, Adams D, Beck L. A Behavioral Inventory For Professionalism in Nursing. *J Prof Nurs* 1993; 9(5): 290-5.
- Oweis AI. Bringing the Professional Challenges for Nursing in Jordan to Light. *Int J Nurs Pract*. 2005; 11(6): 244-9.
- Öhlen J, Segesten K. The Professional Identity of Nurse: Concept Analysis and Development. *J Adv Nurs* 1998; 28(4): 720-7.

Bilimsel Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın Adı:

Hemşirelerin “Çoklu Zekâ Teorisine” Dayalı Kişisel Zekâ Algılamaları İle Çalıştıkları Birimler Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma

Yazarların Adı Soyadı:

¹Ebru ORAK NİKSARLI

²Murat NİKSARLI

³Murat DEMİR

¹ İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İdari Hizmetler Başkanlığı, İstanbul

² İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, İstanbul

³ Ankara Bilim ve Sanat Merkezi, Ankara

Çalışmanın Yayınlandığı Bilimsel Platform:

4. Uluslar arası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi

Yayınlanma yılı: 2013

Yayınlanma Türü:
Sözel Sunum



İSTANBUL ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

HEMŞİRELERİN “ÇOKLU ZEKÂ TEORİSİNE” DAYALI KİŞİSEL ZEKÂ ALGILAMALARI İLE ÇALIŞTIKLARI BİRİMLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Giriş ve Amaç

Yaşamda hiçbir etkinlik, tek bir zekâ alanı içermez. Yapılan basit işlerde bile farklı zekâ alanı kullanılır. Zekâ; kalıtım, yetenek, kültür, çevre ve deneyim bileşenleriyle biçimlenir ve geliştirilebilir. Her insanın bir ya da birkaç zekâ alanı, diğerlerinden daha gelişmiş olabilir. İnsanın zayıf olan zekâsı, onu geliştirme fırsatı tanınırsa, belli bir süre sonra o kişinin baskın zekâsı haline gelebilir. Her bireyin kolayca öğrenebileceği bir yol mutlaka vardır. Önemli olan bu yetenek alanlarımızı keşfederek, günlük yaşantımızda uygulayabilmek ve çalışma alanlarımıza bu bağlamda bir şeyler katabilmek ve daha verimli olabilmektir. Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin kişisel zekâ alanlarına ilişkin algılamaları ile çalıştıkları birimler arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Gereç ve Yöntem

Betimleyici tipte olan bu araştırmanın evrenini Özel Sema Hastanesi, Özel Göztepe Şafak Hastanesi, Universal Hospital Kadıköy ve Maltepe Üniversitesi Hastanesi; örneklemi ise ilgili hastanelerde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 116 hemşire oluşturmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın verileri, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, sosyo-demografik özellikleri (12 soru) ve araştırmacılar tarafından hazırlanan Çoklu Zeka Envanteri (80 ifade) kullanılarak oluşturulan anket formu ile yüz-yüze görüşme yöntemi kullanılarak 15-20 dakikada toplandı. Toplanan veriler üzerinde yüzde, aritmetik ortalama ve Anova testleri yapılarak elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 27.92 olarak bulunmuştur. %58,6'sının Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %35,3'ünün 5–10 yıl mesleki deneyime sahip olduğu, %32,75'inin Yatan Hasta Katında ve %32,75'inin ise Yoğun Bakım'da görev yaptığı belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim seviyesi yükseldikçe Mantıksal Zekâ ve Doğa Zekâsında anlamlı bir artış olduğu($p<0.005$), diğer zekâ alanlarında ise anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

Tüm birimlerdeki hemşirelerin sözel/dilsel zekâ alanının orta düzeyde veya üzerinde gelişmişlik gösterdiği; sadece yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bazılarında gelişmemiş olduğu gözlenmektedir

Genel olarak tüm birimlerdeki hemşirelerin mantıksal zekâ alanının gelişmişlik gösterdiği gözlenmektedir. Kinestetik zekâ alanının ise tüm birimlerde görev yapan hemşirelerin biraz veya üzeri düzeyde gelişmiş olduğu ancak idari birimde görev yapan hemşirelerde aşırı bir gelişmişlik göstermediği gözlenmiştir.



Sonuç

Birim ayrımı yapmaksızın hemşirelerin en fazla gelişen çoklu zekâ alanının kişilerarası ve içsel zekâ, en az gelişen çoklu zekâ alanı ise müziksel zekâ olarak bulunmuştur. Hemşireliğin, başta hastalar olmak üzere diğer insanlarla yoğun etkileşim kurulmasını gerektiren bir meslek alanı olduğu göz önüne alınırsa bu kaçınılmaz bir sonuçtur. Hemşirelik mesleğinde çalışılan birimlere göre mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra kişilerle etkili ve sağlıklı iletişimi sağlayabilmek adına dili etkili kullanma kapasitesinin gelişmiş olması gerekmektedir. Kişilerle yoğun bir şekilde iletişim kurma becerisini gerektiren poliklinik, yatan hasta katı ve idari işler gibi alanlarda çalışan hemşirelerin Sözel/Dilsel Zekâ' sının gelişmiş olması beklenir. Acil servis hemşirelerinin ise iş sirkülasyonu nedeniyle kinestetik zeka alanının diğerlerine nazaran daha fazla gelişmiş olması beklenir. Ancak ülkemizdeki birçok hastanede etkili bir insan kaynakları yönetimi olmadığı, hemşirelerin herhangi bir sınıflandırma yapılmadan, kişisel ve mesleki özelliklerine bakılmaksızın sadece kurumdaki hemşire açığına göre istihdam yapıldığından bu hususlarda anlamlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Çoklu zekâ alanları göz önüne alınarak istihdam yapıldığında hemşirelerin kişisel zekâ alanlarına daha yakın bir bölümde çalışacağından; birimlerini daha fazla benimseyeceği iş doyumunun artacağı, iş stresinin azalacağı, hastanelerde yürütülen işlerin daha verimli olacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- 1.Çapraz, B., Kesken, J., Ayyıldız, N.A. ve İlic, D. (2009). “Yönetmel Zekâ”Ya Doğru: Yönetmel Zekâ Ve Bileşenlerini Tanımlamaya Yönelik Kavramsal Bir Çalışma. Ege akademik bakış, 9 (1), 187-211.
- 2.Demir, R. (2010). Dokuzuncu Sınıf Öğrencilerinin Öğrenme Stilleri Ve Çoklu Zekâ Alanlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi.
- 3.Edizler, G. (2010). İnsan Kaynakları Yönetiminde ‘Duygusal Zekâ’ Ölçüm Ve Modelleri '. Journal of Yasar University, 18(5), 2970-2984.
- 4.Gürel, E. ve Tat, M. (2010). Çoklu Zekâ Kuramı: Tekli Zekâ Anlayışından Çoklu Zekâ Yaklaşımına. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3 (11), 336-356.
- 5.Hürsen, Ç. ve Özçınar, Z. (2007). Çoklu Zekâ Kuramı Çalışmalarının İçerik Analizi Bakımından Değerlendirilmesi. International Educational Technology Conference, Yakın Doğu Üniversitesi-KKTC.
- 6.Köksal, M. S. (2006). Kavram Öğretimi Ve Çoklu Zekâ Teorisi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 14 (2), 473-480.
- 7.Yenilmez, K. ve Bozkurt, E. (2006). Matematik Eğitiminde Çoklu Zekâ Kuramına Yönelik Öğretmen Düşünceleri. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 12, 90-103.

Bilimsel Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın Adı:

Kamu Hastane Birliklerinin
Kurulması Sonrasında
Yönetici Hemşirelerin
Liderlik Yaklaşımları Ve
Sorumluluklarındaki
Değişimler

Yazarların Adı Soyadı:

¹Yeliz DOĞAN MERİH

¹Ayşegül SAMATLI

¹Pınar GÜNGÖR

¹Meryem YAŞAR

KOCABEY

¹Zeynep Kamil Kadın ve
Çocuk Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi-
İSTANBUL

Çalışmanın Yayınlandığı Bilimsel Platform:

1.Uluslararası Katılımlı
Ulusal Hemşirelikte Yönetim
Kongresi

Yayınlanma yılı: 2013

Yayınlanma Türü: Makale



**İSTANBUL ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

KAMU HASTANE BİRLİKLERİNİN KURULMASI SONRASINDA YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN LİDERLİK YAKLAŞIMLARI VE SORUMLULUKLARINDAKİ DEĞİŞİMLER

Özet

Giriş ve Amaç:

Sağlık sektöründe hizmet sunan hastanelerde diğer sağlık personeli ile birlikte çalışan hemşireler, liderlik yapmada önemli bir grubu oluştururlar. Çünkü hemşireler bireylere kaliteli bir sağlık bakımı sunmak için gerekli bilgiye, profesyonel yönetim ve liderlik becerilerini gerektiren sorumluluklara ve hasta bakımının sürekliliğinin sağlanmasında destekleyici ve koordine edici bir role sahiptirler.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma İstanbul İlinde kadın doğum alanında hizmet veren bir eğitim araştırma hastanesinde Ağustos - Eylül 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini; çalışma süresi içerisinde ilgili hastanede yönetici hemşire olarak çalışan tüm yönetici hemşireler (50 hemşire) oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından (katılımcıların sosyo-demografik ve liderlik özelliklerini değerlendirmek için 14 soruluk ve yeni sürecin liderlik özellikleri ve görev yetki sorumlulukları üzerindeki etkisini belirlemek için 18 soruluk) oluşturulmuş 32 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SSPS paket programı dahilinde yüzdelik hesaplama ve t test kullanılmıştır.

Bulgular:

Katılımcıların %68'inin 38 yaş ve üzerinde olduğu, %82'sinin lisans ve üzeri eğitim aldığı, %85'inin evli olduğu belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin mesleki özellikleri değerlendirildiğinde; %70'inin 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu, %60'ının 6-10 yıl süre ile yöneticilik yaptığı belirlenmiştir.



Katılımcıların %68 oranıyla liderliği topluma yarar sağlayan değişimi yönetmek için, sorumluluğu, sezgi, zekâ ve bilgiye dayalı karar ve uygulamalarla taşıma gücü olarak tanımladığı, %74'ünün yönetim konusunda eğitim almadığı, yürütmüş oldukları görevlerini %50 oranıyla etkin bir lider olarak tanımladığı, iyi bir yönetici hemşirede olması gereken en önemli liderlik özelliği olarak %38 oranıyla vizyon sahibi olma ve %22 oranıyla iyi bir iletişim yeteneğinin olması gerektiğini belirttikleri saptanmıştır.

Yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri öncesi ve sonrası görev-yetki ve sorumluluklarını yerine getirme durumları karşılaştırıldığında; katılımcıların yeni süreç sonrası görev-yetki ve sorumluluklarını daha iyi yerine getirdiği, sorumluluklarını gerçekleştirme oranlarının yeni süreçte her basamakta arttığı, önce ve sonrası puanların arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmamız sonucunda; yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri sonrasındaki değişimlerin, liderlik özelliklerini ve görev-yetki, sorumluluklarını olumlu etkilediğini belirttikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Hastane Birlikleri, Liderlik, Yönetici Hemşire.

Başarılı bir liderin özellikleri arasında; sorumluluk alabilme, kararlı olabilme, cesaretli olabilme, öğrenme isteğine sahip olma, iletişim yeteneğine sahip olma, ikna gücüne sahip olma, insanları idare edebilme yeteneği olma, özgüven sahibi olma, güvenilir olma, yaratıcı olma, karizma sahibi olma, empati yeteneğine sahip olma, değişime açık olma, olumlu düşünebilen, ileriye görebilme, muhakeme yeteneğine sahip olma, zeki, kişisel kontrolü olma ve buna benzer birçok özellik sayılabilir.

Giriş



Günümüzde sağlık bakım giderlerinin karşılanmasında yaşanan güçlükler ve buna ülke sağlık politikalarındaki değişiklikler, geleneksel sağlık bakımı ve tedavisi yerine, yaratıcı, verimli ve etkili yöntemlerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu sorumluluğu yüklenmek ve sağlık bakım hizmetlerinde kalite ve verimliliği sağlamak için ise güçlü bir liderliğe gereksinim duyulduğu gözlenmektedir (1).

Liderlik herkesin göremediği fırsatları fark etmek ve onları hızlı bir şekilde organizasyon yararına kullanabilmektir. Başarıya ulaşmak için amaçları insanları zorlayarak, güç kullanarak değil, onların isteği ile onları yapabileceklerinden daha fazlasını ve iyisini yapma yeteneklerinin olduğuna inandırma, onlara ilham vererek harekete geçirme ve etkileme yeteneğidir. Liderlik, vizyona giden yolda insanların hevesle çalışmalarını sağlamaktır (2).

Yöneticilerin gerek bireysel gerek örgütsel yaratıcılığı geliştirebilmeleri için, liderlik özellikleri taşımanın yanında yaratıcılığı geliştirecek uygulamalara yer vererek, yaratıcı potansiyellerini ortaya çıkarabilmeleri de son derece önemlidir. Dolayısıyla yaratıcı liderin, yaratıcı örgütlerin oluşturulmasında öncü rol oynadığı söylenebilir. Yaratıcı liderler, yaratıcı bireylerin taşıdığı özelliklerin çoğuna sahiptirler. Bu liderler kendi yaratıcı potansiyellerini üst seviyede tutarak diğerlerinin yaratıcılıklarını ortaya çıkarmasına fırsat tanırırlar (3).

Sağlık sektörünün içinde hastaneler önemli organizasyonlardır. Organizasyonların hedeflerine ulaştıkları zaman gelişimleri ve büyümeleri başlar. Hedeflerine ulaşmaları ise etkili liderlik sayesinde olur. Hastane içerisindeki sağlık ekibi içerisinde olan hemşireler ise sağlık hizmetinin kalitesinde önemli rol oynarlar. Yönetici hemşirelerin liderlik özelliklerine sahip olması sağlık hizmeti veren kişileri yani hemşirelerin etkili bir şekilde yönetmesiyle sonuçlanır. Bu da sağlık hizmetlerinde ulaşmayı hedeflenen amaçlara ulaşmayı kolaylaştırır ve sağlık hizmetinin kalitesini artırır. Toplumun sağlık düzeyinde artış sağlamak içinde sağlık ekibinin önemli bir parçası olan hemşirelerin liderlik özelliklerine sahip olması gerekmektedir. Yönetimde bulunan hemşireler liderlik özellikleri taşırlarsa sağlık hizmeti de bir o kadar verimli ve kaliteli olacaktır (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) liderlik rolünün hemşirelik hizmetlerinin tüm kademelerinde var olması gerektiğine inanarak, hemşirelerin politika oluşturmada ve her düzeydeki yönetim rollerinde güçlendirilmelerinin ve etkili birer lider olmalarının sağlanması gerektiğini belirtmekte, sağlıklı bir işyeri ortamı için de liderliğin gerekli olduğunu vurgulamaktadırlar (5).

Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelik hizmetlerinde karmaşık teknoloji ve yoğun insan ilişkilerinin yer alması önemli yönetsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum hemşirelik hizmetlerinin sorumluluk ve etki alanlarının genişlemesine yol açmaktadır. Buradaki başarı ya da belirlenen hedeflere ulaşma ya da hemşirelik hizmetlerindeki etkinlik ve verimlilik sergilenen liderlik davranışları ile çok yakından ilgilidir (6).

Başarılı bir liderin özellikleri arasında; sorumluluk alabilme, kararlı olabilme, cesaretli olabilme, öğrenme isteğine sahip olma, iletişim yeteneğine sahip olma, ikna gücüne sahip olma, insanları idare edebilme yeteneği olma, özgüven sahibi olma, güvenilir olma, yaratıcı olma, karizma sahibi olma, empati yeteneğine sahip olma, değişime açık olma, olumlu düşünebilen, ileriye görebilme, muhakeme yeteneğine sahip olma, zeki, kişisel kontrolü olma ve buna benzer birçok özellik sayılabilir.

Liderlik özelliği yüksek olan kişilerin kurumun yönetiminde bulunması o kurumun verimliliğini önemli ölçüde artırdığı söylenebilir. O yüzden liderlik son yüzyıllarda önem kazanmıştır (7).

Ülkemizde yönetici hemşirelerin liderlik davranış ve özelliklerinin ortaya koyan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Hemşirelikte liderlikle ilgili yöneticilerle yapılan çalışmalar, daha çok genel liderlik davranışları ile ilgilidir ve onların işe yönelik liderlik davranışı sergilediklerini göstermiştir. Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada servis sorumlu hemşirelerinin hasta bakımı ile ilgili yeni teknolojilerle ilgilenme aktivitesini bile kendi sorumlulukları içinde düşünmedikleri saptanmıştır (7,8).

Göktepe'nin özel bir hastanede yaptığı çalışmada, yöneticilerin çalışanları motive etme ve yetki devretmede kendilerini yetersiz buldukları, astların da çalışanına değer veren, yönetim bilgi ve becerisine sahip, sorun çözme yeteneği olan yöneticilerle çalışmak istedikleri belirlenmiştir. Konuya ilişkin bir diğer çalışmada ise yönetici hemşireler, transformasyonel liderlik özellikleri ve davranışlarını gösterme düzeylerinin kendilerinde yüksek olduğunu belirtmişler, astları olan servis hemşirelerinin de onların bu görüşlerine katıldıkları belirlenmiştir (9).

Ülkemizde sağlıkta dönüşüm 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığın teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile kaynak kullanımında verimliliği hedefleyen, rekabetçi anlayışa uygun ve performans denetimine dayalı, sonuç odaklı çalışan, profesyonel yönetim anlayışına önem veren, daha yatay birimler şeklinde örgütlenen bir teşkilat yapısı oluşturulmuştur (10). Çalışmamız, kamu hastane birlikleri sonrasında yaşanan değişikliklerin yönetici hemşirelerin liderlik özellikleri ve görev, yetki, sorumlulukları üzerindeki etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem

Araştırmanın tipi ve yeri: Bu tanımlayıcı çalışma, Ağustos - Eylül 2013 tarihleri arasında, İstanbul Anadolu Yakası'nda bir kadın doğum hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın örnekleme: Çalışmanın örneklemini; çalışma süresi içerisinde ilgili hastanede yönetici hemşire (üst ve orta düzey yönetici hemşire) olarak çalışan tüm yönetici hemşireler (50 hemşire) oluşturmuştur.

Veri toplama araçları: Veriler, araştırmacılar tarafından (katılımcıların sosyo-demografik ve liderlik özelliklerini değerlendirmek için 14 soruluk ve yeni sürecin liderlik özellikleri ve görev yetki sorumlulukları üzerindeki etkisini belirlemek için 18 soruluk) oluşturulmuş 32 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Yönetici hemşirelerin süreç öncesi ve sonrası görev yetki sorumlulukları, liderlik özelliklerini yerine getirme durumunu belirlemek için oluşturulan 18 soruluk anket formu, 3'lü liket tarzında oluşturulmuş olup süreç öncesi ve sonrası hemşirelerin verdikleri cevaplar doğrultusunda puanların (en düşük puan 18, en yüksek puan 54) karşılaştırılması sağlanmıştır.



Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelik hizmetlerinde karmaşık teknoloji ve yoğun insan ilişkilerinin yer alması önemli yönetsel sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, hazırlanan anket formlarının, hemşirelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmasıyla elde edilmiştir. Hemşirelere veri toplama formlarını doldurmaları için toplamda 20 dakika süre verilmiştir.

Etik yönü: Araştırma için hastanenin etik kurulundan ve hastanede idaresinden gerekli izinler alınmıştır. Katılımcıların kimliklerinin gizli tutulacağı ve bilgilerin yalnızca bu araştırma için kullanılacağı yazılı olarak açıklanmış, onam alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi: Araştırmanın değerlendirilmesinde SPSS programı dahilinde yüzdelik ortalama ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %68'inin 38 yaş ve üzerinde olduğu, %82'sinin lisans ve üzeri eğitim aldığı, %85'inin evli olduğu belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin mesleki özellikleri değerlendirildiğinde; %70'inin 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu, %60'ının 6-10 yıl süre ile yöneticilik yaptığı, %58'inin kadın doğum kliniklerinde yöneticilik yaptığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler		Sayı	%
Yaş Dağılımı	25-30	4	8.0
	31-37	12	24.0
	38 ve üstü	34	68.0
Öğrenim Durumları	Lise	1	2.0
	Ön Lisans	8	16.0
	Lisans	35	70.0
	Y.Lisans ve Üstü	6	12.0
Yönetici Hemşire Çalışma Süre	1 yıldan az	6	12.0
	1-5 yıl	14	28.0
	6-10 yıl	25	50.0
	10 yıl -üzeri	5	10.0
Yönetim Eğitimi Alma	Evet	13	26.0
	Hayır	37	74.0
Toplam		50	100

Katılımcıların %68 oranıyla liderliği topluma yarar sağlayan değişimi yönetmek için, sorumluluğu, sezgi, zekâ ve bilgiye dayalı karar ve uygulamalarla taşıma gücü olarak tanımladığı, %74'ünün yönetim konusunda eğitim almadığı, yürütmüş oldukları görevlerini %50 oranıyla etkin bir lider olarak tanımladığı, iyi bir yönetici hemşirede olması gereken en önemli liderlik özelliği olarak %38 oranıyla vizyon sahibi olma ve %22 oranıyla iyi bir iletişim yeteneğinin olması gerektiğini belirttikleri, kendilerini liderlik özelliklerinden en fazla (%42.3) Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderliğe yakın hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Liderlik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler		Sayı	%
Liderlik	Elindeki gücü kullanabilme kapasitesine bağlı olarak, çevresini etkileme gücü	3	6.0
	Topluma yarar sağlayan değişimi yönetmek için, sorumluluğu, sezgi, zekâ ve bilgiye dayalı karar ve uygulamalarla taşıma gücü	34	68.0
	Amaçlara ulaşmada, grup faaliyetlerini zorlamadan yürütme	1	2.0
	Ortak bir amaca doğru grubun davranışlarını yönlendirmek için bireyin yapmış olduğu davranışların tümü	12	24.0
Mesleki Duruş	Lider	12	24.0
	Etkin bir lider	25	50.0
	Yönetici	5	10.0
	Etkin bir yönetici	8	16.0
Beklenen Lider Özellikleri	Vizyon sahibi olma	19	38.0
	İyi iletişim kurabilme	11	22.0
	Sorumluluk alma	8	16.0
	Disiplinli olma	1	2.0
	Ekibini motive etme	9	18.0
	Kararlı olma	2	4.0
Toplam		50	100

Yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri öncesinde görevlerini icra ederken en güçlü gördükleri üç özellik olarak; sorumluluk sahibi olmayı (%54.8), iyi iletişim kurabilmeyi (%22.6), özgüven sahibi olmayı (%9.7) belirttikleri, en güçsüz oldukları üç özelliği ise duygusal olma (%45.2), gereğinden fazla iyi niyetli olma (%35.5) ve çabuk sinirlenme (%16.1) olarak ifade ettikleri saptanmıştır.

Katılımcıların Kamu Hastane Birlikleri sonrasında ise görevlerini icra ederken en güçlü gördükleri üç özelliği olarak; sorumluluk sahibi olmayı (%54.8), iyi iletişim kurmayı (%16.1), bilgili ve özgüven sahibi olmayı (%12.6) belirttikleri, en güçsüz oldukları üç özelliği ise duygusal olma (%41.9), gereğinden fazla iyi niyetli olma (%25.8) ve sabırsız olma (%19.4) olarak ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Yeni Süreç Öncesi ve Yeni Süreç Sonrası Görev Yetki Sorumluluklarını Yerine Getirme Durumları

Yönetici Hemşire Görev Yetki Sorumluluklar	Yeni Süreç Öncesi Gerçekleştirme		Yeni Süreç Sonrası Gerçekleştirme	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
1. Hastaneye yeni başlayan hemşirelerin uyumunu sağlar.	%100	%0	%100	%0
2. Hemşirelerinin mesleki gelişimlerinde, hasta bakımında rehberlik ve danışmanlık yapar, iş doyumunu ve motivasyonu yükseltici düzenlemeler yapar.	%90.3	%9.7	%100	%0
3. Hemşirelerin eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim programlarına katılır ve ünite/ servis hemşirelerinin katılmalarını sağlar.	% 87,1	%12.9	%100	%0
4. Hastaların tedavi planlarının güvenli bir şekilde uygulanmasını, eczane tarafından kliniğe gönderilen ilaçların güvenli bir şekilde kullanımını ve korunmasını sağlar.	%96,8	%3.2	%100	%0
5. Hastanın muayene ve tedavi girişimleri sırasında ilgili hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesini sağlar.	%90,3	%9.7	%93.5	%6.5
6. Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin gelişimi için performans değerlendirmelerini yapar, geri bildirimde bulunur.	%74.2	%25.8	%83.9	%16.1
7. Kendisine bağlı hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili konularda servis/ünite içinde gerekli düzenlemeleri sağlar.	%83.9	%16.1	%93.5	%6.5
8. Hemşirelerin çalışma çizelgelerini ve izinlerini düzenler, Sağlık Bakım Hiz. Müdürünün onayına sunar.	%93.5	%6.5	%95.5	%4.5
9. Servis/ünitenin fiziksel yapısı ve donanımı konusunda yönetime önerilerde bulunur.	%80.6	%19.4	%87.1	%12.9
10. Hastaları bakım gereksinimlerine göre sınıflayarak uygun oda ve yatak ayırımını yapar.	%83.9	%16.1	%93.5	%6.5
11.İlgili birimlerle koordinasyonu sağlar.	%90.3	%9.7	%96.8	%3.2
12. Hasta ile ilgili ziyaret, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunur.	%74.2	%25.8	%80.6	%19.4
13. Öğrenci hemşirelerin eğitiminde uygun eğitim ortamını sağlar.	%93.5	%6.5	%96.8	%3.2

Tablo 4: Yönetici Hemşirelerin Görev-Sorumluluklarını Yerine Getirme Puan Karşılaştırması

YÖNETİCİ HEMŞİRELER		Oranlar	İstatistiksel test	p
Görev-Sorumlulukları Yerine Getirme Puanı	Kamu Hastane Birlikleri Öncesi	41.8± 1,7	$t=5.8$	$p<0,05$
	Kamu Hastane Birlikleri Sonrası	52.8 ± 2.1	$p=0.040$	

Yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri öncesi ve sonrası görev-yetki ve sorumluluklarını yerine getirme durumları karşılaştırıldığında; katılımcıların yeni süreç sonrası görev-yetki ve sorumluluklarını daha iyi yerine getirdiği, sorumluluklarını gerçekleştirme oranlarının yeni süreçte her basamakta arttığı, önce ve sonrası puanların arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 5: Kamu Hastane Birlikleri Sonrasında Mesleki Değişimler

Kriterler	Değişim	Sayı	%
Mesleki Güç	Daha güçlü ve etkin oldu	35	70.0
	Daha pasif ve edilgen oldu	15	30.0
Mesleki Yetki ve Sorumluluklar	Daha fazla arttı	41	82.0
	Daha azaldı	9	18.0
Karar Verme	Daha bağımsız ve otonomi sahibi olundu	38	76.0
	Daha bağımlı ve karar vermede yetersiz olundu	12	24.0
Roller	Hemşirelik rolü etkinleşti	39	78.0
	Hemşirelik rolü pasifleşti	11	22.0
Mesleki Bağlılık	Arttı	37	74.0
	Azaldı	13	26.0
Mesleki Gelecek	Daha pozitif gelişmeler oldu	40	80.0
	Mesleki kaygılar arttı, kazanımlar azaldı	10	20.0
Toplam		50	100.0

Katılımcılara kamu hastane birlikleri sonrası yönetici hemşire olarak mesleki değişimlerin nasıl olduğu sorulduğunda; mesleki gücün arttığı, mesleki yetki ve sorumlulukların arttığı, bağımsız karar verme ve otonomi sahibi olunduğu, hemşirelik rolünün etkinleştiği, mesleki bağlılığın arttığı, mesleki gelecekte olumlu değişimlerin olduğunun ifade edildiği saptanmıştır.

Tartışma

Tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık ve sağlık hizmet sektörünün en kalabalık nüfusunu oluşturan hemşireler içinde lider ya da liderlik becerilerini taşıyan yönetici hemşirelere ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerindeki kalite ve akreditasyon uygulamaları, sağlıkta dönüşüm programı, performansa dayalı ücretlendirme sistemleri, sürekli gelişen ve değiştirilen yasal düzenlemeler, hasta, hastalık ve sağlığa ilişkin tıp ve teknolojiadaki gelişmeler, geleneksel sağlık bakımı ve tedavisi yerine, yaratıcı, verimli ve etkili yöntemlerin geliştirilmesi, uluslararası ve ulusal sağlık politikalarındaki hızlı değişim ve gelişmeler güçlü ve donanımlı, hemşireliğin, hasta ve yakınlarının iyiliğini, esenliğini ve mağduriyetini engelleyecek hemşire liderlere olan gereksinimi arttırmış ve hemşirelerin liderlik becerilerini geliştirmelerinin önemini ortaya koymuştur (11).

Çalışmamız, kamu hastane birlikleri sonrasında yaşanan değişikliklerin yönetici hemşirelerin liderlik özellikleri ve görev, yetki, sorumlulukları üzerindeki etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada yer alan katılımcıların büyük çoğunluğunun, 35 yaş üzerinde, lisans mezunu, mesleki deneyimlerinin ve yöneticilik sürelerinin fazla olan yöneticilerden oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bu da hemşirelerin belirli bir mesleki tecrübeden sonra yönetici olduklarını göstermektedir. Sökmen'in çalışmada (2005) yönetici hemşirelerin mesleki deneyim süreleri 6-10 yıl, yönetim deneyimleri 1-5 yıl bulunurken, Kahraman'ın yönetici hemşireler üzerine yaptığı araştırmada (2007) mesleki deneyim 10 yılı aşkın, yönetim deneyimi ise 1-5 yıl arasındadır. Yönetim deneyimleri açısından çalışmaların benzer olduğu görülmektedir (12,13).

Yönetici hemşirelerin yöneticilik deneyimlerinin çok olması ekip üyeleriyle etkili iletişim kanallarını daha kolay oluşturur, motivasyonu sağlar, liderin kendi güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi rolünü açıkça ortaya koymasını sağlar. Böylece lider çalışanlarını etkilemeyi başarır ve çalışanların arasındaki uyumsuzlukları ve çatışmaları tarafsız çözümler, yapıyı harekete geçirir. Çalışanlarının fikirlerini almadan faaliyet sürdürmeleri statükocu bir yaklaşımın göstergesidir. Liderlik özellikleri içerisinde liderin paylaşımcı ve katılımcı olması da vardır. Liderin dinleme becerisinin olası ekip içindeki çatışmaları önlediği gibi var olan çatışmalarında çözümünü kolaylaştırır. Çalışanlarla etkili bir iletişimin olması, fikirlerinin alınması motivasyonu artırdığı gibi buna bağlı olarak da sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasını da sağlar (6).

Katılımcıların %68 oranıyla liderliği topluma yarar sağlayan değişimi yönetmek için, sorumluluğu, sezgi, zekâ ve bilgiye dayalı karar ve uygulamalarla taşıma gücü olarak tanımladığı, %74'ünün yönetim konusunda eğitim almadığı saptanmıştır. Yönetici hemşirelerin liderlik kavramı konusunda farkındalıklarının olduğu ama bu konuda yeterli düzeyde eğitim almadığı dikkati çekmiştir. Konu hakkındaki farkındalıklarında uzun süre mesleki deneyimlerinin etkisinin olduğu düşünülmüştür (Tablo 2).

Baykal ve arkadaşlarının yönetici hemşirelerin özelliklerini tanımlamaya yönelik araştırmalarında(2006), yöneticilik pozisyonlarına atanmadan önce hemşirelere yönetim eğitiminin verilmediğinin bulunması (%89.2) bizim çalışmamızla benzerlik göstermiştir (14). Ancak bu durum yönetici hemşirelerin yönetim eğitimi ihtiyaçlarını göz önüne sermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların iyi bir yönetici hemşirede olması gereken en önemli liderlik özelliği olarak %38 oranıyla vizyon sahibi olma ve %22 oranıyla iyi bir iletişim yeteneğinin olması gerektiğini belirttikleri, kendilerini liderlik özelliklerinden en fazla (%42.3) Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderliğe yakın hissettikleri belirlenmiştir.

Liderlik özellikleri içerisinde liderin paylaşımcı ve katılımcı olması da vardır. Liderin dinleme becerisinin olası ekip içindeki çatışmaları önlediği gibi var olan çatışmalarında çözümünü kolaylaştırır. Çalışanlarla etkili bir iletişimin olması, fikirlerinin alınması motivasyonu artırdığı gibi buna bağlı olarak da sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasını da sağlar.



Duygulu'nun çalışmasında servis sorumlu hemşireler tarafından bir liderin sahip olması gereken özellikler içerisinde belirtilen “vizyon sahibi olma”, gelecekle ilgili beklentileri öngörebilme yeteneğine sahip olunmasıdır. Vizyon yarının nasıl olabileceğine dair zihinde oluşturulan bir resimdir (1). Vizyon yüksek standartlar ve değerlerle ortaya konur ve kişilerin geleceğe odaklanmalarına yardımcı olur. Rodger Healey’in kadınlarla yaptığı çalışmasında, liderliğin tanımı içerisinde en sıklıkla 1–15 ifade edilen kavram “vizyon” olmuştur (15). Graff de “vizyon sahibi” olmayı temel liderlik özelliklerinin başında belirtmektedir (16). Kouzes ve Posner’de vizyon sahibi olmanın transformasyonel liderlik için gerekli olduğunu vurgulamaktadır (17). Çalışmamızda katılımcılar tarafından bir liderin sahip olması gereken özellikler içerisinde belirtilen iyi iletişim kurma becerisi, sahip olduğu veri ve bilgileri ekip üyeleri ile paylaşma ve onları karar verme sürecine katma, çalışanlara beklentileri açıklama, görevlerin yerine getirilmesi için önerilerde bulunma ya da yardım etme, çalışanlardan geri bildirim alma ve onlara geri bildirim verme, çalışanlara olumlu destek verme ve onları dinleme gibi durumlarda önemli ve gereklidir.

Yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri öncesinde ve sonrasında görevlerini icra ederken en güçlü gördükleri üç özellik olarak; sorumluluk sahibi olmayı, iyi iletişim kurabilmeyi, özgüven sahibi olmayı belirttikleri, en güçsüz oldukları üç özelliği ise duygusal olma, gereğinden fazla iyi niyetli olma ve çabuk sinirlenme olarak ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 3).

Bu çalışmada, güçlü özellikler içinde ilk sırada belirtilen sorumluluk sahibi olma özelliği birçok çalışma sonucu ile benzerlik göstermiştir. Birçok çalışmada yönetici hemşireler tarafından belirtilen ve gücü temsil eden ilk özellikte aynıdır. Mesleğinde 5-10 yıl geçirmiş bir bireyin sorumluluk sahibi olmaması düşünülemez. Bu açıdan bu özelliğin ortaya çıkması dikkat çekmiştir. Ancak yine belirtmek gerekir ki bu özelliklere tek başına sahip olmak yeterli değildir. Bir liderin, Kouzes ve Posner’in belirttiği; yol göstermek, ortak bir vizyon oluşturmak, süreci sorgulamak, personeli gelişimi konusunda cesaretlendirmek, izleyenlerinin başarılarını kutlayarak cesaretlendirmek gibi transformasyonel liderlik uygulamalarını gerçekleştirebilmesi için, kendisinin güçlü ve güçsüz yönlerini tanıması ve güçsüz yönlerini olumlu yönde geliştirmede istekli olması gerekmektedir. Dolayısı ile hemşireler özellikle yönetici hemşireler, güçlü yanlarının ve güç kaynaklarının farkında olup bunları geliştirmeli, gerektiğinde birçok özelliği ve güç kaynağını kullanabilmelidir (17).

Bu çalışmada belirtilen güçsüz yönlerin, gerçekten güçsüz yönler olarak ele alınıp alınamayacağı tartışılabilir. Katılımcılar tarafından belirtilen “duygusal olma”, “gereğinden fazla iyi niyetli olma” ve “çabuk sinirlenme” güçsüz yönlerinin, hemşirelik mesleğinin toplumumuzda kadın mesleği olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ancak değişen koşullar ve toplumsal yapılar, kadının daha çok iş yaşamının içinde ve dolayısı ile daha çok ortamda yöneticilik ve liderlik pozisyonunda olmasını gerektirmektedir.



Bununla birlikte duygusal olma ve insana odaklı olma gibi özellikler, çalışma ortamında çalışanları anlama, onları işin içine katma, gücü ve bilgiyi paylaşma, diğerlerinin kendine güvenini geliştirme ve diğerlerine enerji verme gibi durumlar açısından olumlu bir özellik olarak kullanılabilir. Ancak “çabuk sinirlenme” “kontROLSÜZLÜK” ile eşdeğer olduğundan davranış değişimini gerektirir. Bununla birlikte duygusallık, doğru kararların alınmasını etkiliyorsa dikkat edilmesi gerekir.

Yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri öncesi ve sonrası görev-yetki ve sorumluluklarını yerine getirme durumları karşılaştırıldığında; katılımcıların yeni süreç sonrası görev-yetki ve sorumluluklarını daha iyi yerine getirdiği, sorumluluklarını gerçekleştirme oranlarının yeni süreçte her basamakta arttığı, önce ve sonrası puanların arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmada yönetici hemşirelerin, kamu hastane birlikleri sonrasında görev yetki ve sorumluluklarını daha etkin yaptıklarını belirtmeleri ve hemşirelik değişim sürecinde iyileşmelerin olduğunu ifade etmeleri sağlıkta dönüşüm sürecinin amaçlarını destekleyici bir sonuç doğurmuştur. Öyle ki 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığın teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile kaynak kullanımında verimliliği hedefleyen, rekabetçi anlayışa uygun ve performans denetimine dayalı, sonuç odaklı çalışan, profesyonel yönetim anlayışına önem veren, daha yatay birimler şeklinde örgütlenen bir teşkilat yapısı oluşturulmuştur (10). Bu teşkilat yapısında başta yöneticiler olmak üzere tüm çalışanların sürecin hedeflerini destekleyici şekilde aktif, sorumluluklarının farkında, gereklerini yerine getiren, sürekli değişimi ve değerlendirmeyi hedefleyen bir yaklaşım sergilemeleri beklenmektedir. Teşkilat yapısında görev yetki ve sorumlulukları ayrıntılı belirlenmiş yönetici hemşirelerin bu görevlerinin farkında, sürekli değişim sürecine uyumlu ve performans değerlendirme sistemi ile entegre bir sistem için yer almaları yetkinliklerini arttırmıştır. Süreç içerisinde yer alan sürekli performans değerlendirme, geribildirim ve karne yaklaşımları yöneticilerin farkındalıklarının artmasında etkili olmuş, sorumluluklarının yetkinliğini sağlamıştır.

Sonuçlar ve Öneriler

Çalışmada yönetici hemşirelerin, çoğunun deneyimli, liderlik süreci konusunda farkındalıkları olan, kendilerinin güçlü ve güçsüz yönlerini tanımlayabilen, kendilerini lider olarak gören kişilerden oluştuğu belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri sonrasında sürecin hedeflerini destekleyici şekilde görev yetki ve sorumluluklarını daha etkin yaptıkları ve hemşirelik değişim sürecinde iyileşmelerin olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Çalışmamız sonucunda; yönetici hemşirelerin kamu hastane birlikleri sonrasındaki değişimlerin, liderlik özelliklerini ve görev-yetki, sorumluluklarını olumlu etkilediğini belirttikleri saptanmıştır. Süreç öncesi ve sonrası görevlerini icra etme durumlarına verdikleri puanlar arasındaki fark değerlendirildiğinde; puanlar arasında anlamlı değişikliklerin olduğu yeni süreç sonrasında puanların yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yönetici hemşirelerin transformasyonel liderlik davranışları göstermeleri konusunda desteklenmeleri, diğer birim/ünitelerdeki birinci düzey yönetici hemşirelerde liderlik konusunda eğitilmeleri,

Çalışmanın farklı kurumlarda, daha geniş bir yönetici hemşire grubu ile tekrar yapılması önerilir.

Kaynaklar

1. Duygulu S., Kublay G., Yönetici Hemşirelerin Ve Birlikte Çalıştıkları Hemşirelerin Liderliğe İlişkin Değerlendirmeleri Ve Yönetici Hemşirelerin Sahip Oldukları Liderlik Özellikleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008; 1-15.
2. Tekin, Y., Modern Bir Liderlik Yaklaşımı Vizyoner Liderlik:Antalya'da Faaliyette Bulunan 5 Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2007.
3. Vural, G., Liderlik ve Hemşirelik, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997; 3-7.
4. Yiğit, R., Klinik Sorumlu Hemşirelerinin Liderlik Davranışları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000;15-18.
5. WHO Consultation of European Nurse Leaders. Health Care Reforms, Primary Health Care And Nursing. 5th WHO Meetings of Government Chief Nurse of the European Region, Reykjavik, Iceland; 1996.
6. Erkan, E. Devlete Ve Özel Sektöre Bağlı Hastanelerde Çalışan Servis Sorumlu Hemşirelerinin İşe Ve İnsana Yönelik Liderlik Yönelimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003.
7. Aydoğan, E., Servis Sorumlu Hemşirelerinin Servis Yönetimine İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, H.U. Sağ.Bilimleri Enstitüsü; Ankara, 1997.
8. Soyunen, N., H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Liderlik Yönelimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, H.U Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Ankara, 2002.
9. Göktepe, N., Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzları İle Astların Yönetici Hemşirelerinin Liderlik Tarzlarını Algılamalarının Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul, 2001.
10. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastane Birlikleri, Ankara, Ses Reklam Baskı, 2014.
11. Baykal, Ü., Altuntaş, S., Seren, Ş., Yönetici Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık İle Kişisel Ve Mesleki Durum Değişkenleri, Liderlik Tarzları Ve Denetim Odağı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sur, H., Yazar, O. (Ed). IV. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bilimsel Kitabı. Sağlık Yöneticileri Derneği, İstanbul, 2006; 94-101.
12. Sökmen, S., Doktora Tezi; İstanbul'daki Kamu Hastanelerinde Görevli Alt Kademe Yönetici Hemşirelerin Eğitim İhtiyacının Analizi Ve Yönetici Eğitim Programı Önerisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Basılmamış Doktora Tezi, İstanbul- 2005.
13. Kahraman, B., Yüksek Lisans Tezi; Yönetici Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Personelini Yönetirken Yaşadıkları Sorunlar Ve Bu Sorunlara Karşı Alınan Önlemler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul- 2007.
14. Baykal, Ü., Seren G., Altuntaş, S., Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzı Ve Denetim Odağının Belirlenmesi Ve Bunları Etkileyen Faktörler, Hemşirelik Dergisi, 2006, 14: 98-113.
15. Kouzes MJ, Posner BZ. The Leadership challenge. 3.bs. SanFrancisco: Jossey- Bass A Wiley Impirint; 2003.
16. Gerald G., Essential Leadership: Redefining who leads and how. new haven, CT, USA: Yale University Press. 2008.
17. Kouzes JM, Posner BZ., Leadership practices inventory facilitator's guide. 3.bs. San Francisco: Pfeiffer A Wiley Imprint; 2003.



Bilimsel Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın Adı:

Hemşirelik Bakım Planı
Ve Hemşirelik Sürecinin
Hemşirelik Bakımında
Etkin Kullanımı

Yazarların Adı Soyadı:

¹Seval AĞAÇDİKEN
¹Afıtap ÖZDELİKARA
²Dürdane YILMAZ
GÜVEN
²Arzu KESKİN GÖKSEL
²Azize ÇAKAN

¹Ondokuz Mayıs
Üniversitesi, Samsun
Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü,

²Samsun Kamu Hastaneler
Birliği Genel Sekreterliği,

Çalışmanın Yayınlandığı Bilimsel Platform:

3. Temel Hemşirelik
Bakımı Kongresi

Yayınlanma yılı: 2014

Yayınlanma Türü:

Sözel Sunum



SAMSUN KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI VE HEMŞİRELİK SÜRECİNİN HEMŞİRELİK BAKIMINDA ETKİN KULLANIMI

Giriş

Kayıt edilmiş bakım; bireyin ihtiyacına göre verilen bakım ve sonuçlar konusunda bilgi elde edilmesini, bireysel planlanmış bakımın değerlendirilmesini, veri tabanı elde edilmesini, diğer hemşirelerle iletişim sağlayarak bakımın sürekliliğini ve sonuca ulaşmak için uygun girişimleri belirlemeyi sağlar.

Amaç

Bu çalışma Samsun ilinde bulunan 21 hastanede; hemşirelik kayıtlarının hemşirelik süreci ışığında organize edilerek bakımın planlanması elektronik kayıt sistemlerinin etkin kullanımının sağlanması aynı bakım planı formunun tüm hastanelerde kullanımının sağlanması amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem

Çalışma Aralık 2013- Haziran 2014 tarihleri arasında ön test- son test yarı deneysel desende ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları ve Samsun Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği (KHBGS) işbirliğinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Samsun ili Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı 21 hastanede çalışan 1009 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçim yöntemine gidilmemiş, evren örneklem olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın 1. basamağında;

Aralık 2013 tarihinde “Hemşirelik Süreci Çalıştayı” başlatılmıştır.

3 akademisyen hemşire, 2 genel sekterlik uzmanı ve 21 hastaneden 11 eğitim hemşiresinden oluşan çalıştay komisyonu oluşturulmuştur.

Komisyonunda hemşirelik süreci ve tanılama tartışılmış, 21 hastanede sıklıkla kullanılan 66 tanı belirlenmiş, bu tanımlara ilişkin belirti, etiyoloji, amaç ve girişim veri havuzları oluşturulmuştur. Havuzların elektronik ortamda kullanılmasını sağlayacak bakım planı formatı hazırlanmıştır (Bkz. Şekil 1).

Şekil. 1: Komisyon Tarafından Hazırlanan Bakım Planı Formatı

GYA	BELİRTİ/ BULGU	ETYOLOJİ	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / BEKLENEN HASTA SONUÇLARI	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
SOLUNUM	Dispne Sekresyonları çıkarmada güçlük Etkisiz öksürme yada hiç öksürmeme Siyanoz Göğüs ağrısı Boğulma hissi Endişe Hırıltılı solunum Ölüm korkusu Karın solunumu	-Enfeksiyon -Kronik solunum sistemi hastalığı (astım, KOAH) -İmmobilite -Etkisiz öksürme -Sinir sistemi hastalıkları -Kafa travmaları -Göğüs travmaları -ilaçların yan etkisi -Entübasyon -Öksürme reflaksinin baskılanması -Postop dönem -Sigara içme	HAVA YOLUNU TEMİZLEMEDE YETERSİZLİK	Yatış süresince Hastanın etkin bir şekilde öksürmesi ve sekresyon çıkarmasının sağlanması	-Hastaya semifowler ya da ortopne pozisyonu verildi -Yavaş yavaş ve derin soluk alıp vermesi sağlandı. -Hastaya etkili öksürme yöntemi (önce nefesi 3-5 sn tutup bu nefesi yavaş yavaş - vermesi, daha sonra ikinci bir nefes alıp göğüsten gelen kuvvetli bir öksürükle kısa ve güçlü öksürmesi) anlatıldı.	Amaca ulaşıldı. Amaca ulaşılmadı. Belirtiniz.... -Hastanın sekresyonlarını rahatça çıkardığı gözlemlendi. -Solunum da hırıltı sesinin olmadığı gözlemlendi.

Çalışmanın 2. basamağında;

Şekil.2: Çalışmanın 1. Uygulama Basamağı



Hemşirelik Süreci ve Hemşirelik Bakım Planı Soru Formu hazırlanmıştır.

**Araştırmacılar
tarafından ve literatür
tarafından
hazırlanmıştır.**

**3 bölüm ve 31 sorudan
oluşmaktadır.
Bölüm I: Demografik
Özellikler
Bölüm II: Hemşirelik Süreci
ve Tanılama Hakkında
Genel Bilgiler
Bölüm III: Kayıt ve
Dökümantasyon**

Çalışmanın 3. basamağında ise;

Belirlenmiş 66 hemşirelik tanısı ve bu tanıları için oluşturulmuş belirti ve etiyoloji rehberi hazırlanmıştır.

Rehber elektronik kayıt sistemine yüklenmiş ve tanılayanın sistem üzerinde yapılması ve dökümanite edilmesi için çalışma başlatılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin;

- % 44.9'u 33- 39 yaş arasındadır. 85.6 kadındır,
- % 51.8'inin çalışma yılı 11-25 yıl arasındadır.
- % 47.9'u haftada 41 saat ve üzerinde çalışmaktadır.
- % 86.9'u klinik hemşiresidir.
- % 30.8'i 08-16 vardiyasında çalışmaktadır.

4.1. Ön Test Bulguları

Katılımcı hemşirelerin;

- % 51.7'si hemşirelik süreci ve bakım planının aynı anlama gelmediğini belirtmiştir.
- % 85.6'sı hemşirelik süreci basamaklarını doğru sıralamıştır.
- % 82.'si hemşirelik modelini, % 40.1'i semptomu, % 62.8'i etiyolojiyi ve % 67'si hemşirelik tanısını doğru tanılamıştır.

Hemşirelerin Bakım Planı Hazırlarken Zorluk Yaşama Sıklıkları

	n	%
Evet	500	51,8
Hayır	465	48,2

Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Basamaklarında Sorun Yaşama Nedenleri

Hemşirelerin Bakım Planı Hazırlarken Zorluk Yaşama Nedenleri		
Zaman Yetersizliği	160	22.7
İş Yüğü ve Hasta Sayısının Fazla Olması	241	47.6
Yeterli Bilgiye Sahip Olmama	58	11.5
Anlaşılır bir Form Kullanılmaması	39	7.7
Diğer	8	1.6

Hemşirelerin ;

- % 51.8'i VERİ TOPLAMA aşamasında ARA SIRA,
- %14.9 HEMŞİRELİK TANISINI BELİRLEYEBİLME aşamasında SIKLIKLA,
- % 41.8'i BAKIM AMAÇLARINI BELİRLEYEBİLME aşamasında ARA SIRA,
- % 12.5'i UYGUN GİRİŞİMLERİ PLANLAYABİLME aşamasında SIKLIKLA
- % 11.5'i DEĞERLENDİRME aşamasında SIKLIKLA sorun yaşamaktadır.

Hemşirelerin Bakım Planı Formlarının Standardizasyonuna İlişkin Düşünceleri

- % 29.2'si hasta bakımının kaliteli olacağını,
- % 36.6'sı hemşirelerin kanıta dayalı metot kullanımını arttıracığını,
- % 40.2'si kayıt tutma süresinin kısılacağını belirtmiştir.

4.2. Son Test Bulguları

- Hemşirelerin % 92.6'sı hemşirelik süreci basamaklarını doğru sıralamış,
- % 55.6'sı semptom'u,
- % 72.4'ü etiyolojiyi doğru tanımlamıştır.

Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Basamaklarında Sorun Yaşama Sıklıkları

- % 6.5'i veri toplama basamağında,
- % 5.4'ü hemşirelik tanısını belirleme basamağında,
- % 6.3'ü bakım amaçlarını belirleyebilme basamağında,
- % 5.9'u uygun hemşirelik girişimlerini planlayabilme basamağında,
- % 8'i değerlendirme basamağında SIKLIKLA Sorun yaşamaktadır.

Hemşirelerin Bakım Planı Kayıt Şekline İlişkin Görüşleri

	n	%
Matbu Olarak, elde yazılmalı	16	2.1
Bilgisayar ortamında hazırlanıp, basılı hale getirmeli	311	40.4
Yazılı form üzerinde işaretlenmelidir.	200	26.0
Basılı hale getirilmeden, elektronik ortamda arşivlenmelidir.	242	31.5

5. Sonuçlar

Hemşirelerin tanılamaya ilişkin bilgi düzeylerinde artış saptanmıştır.

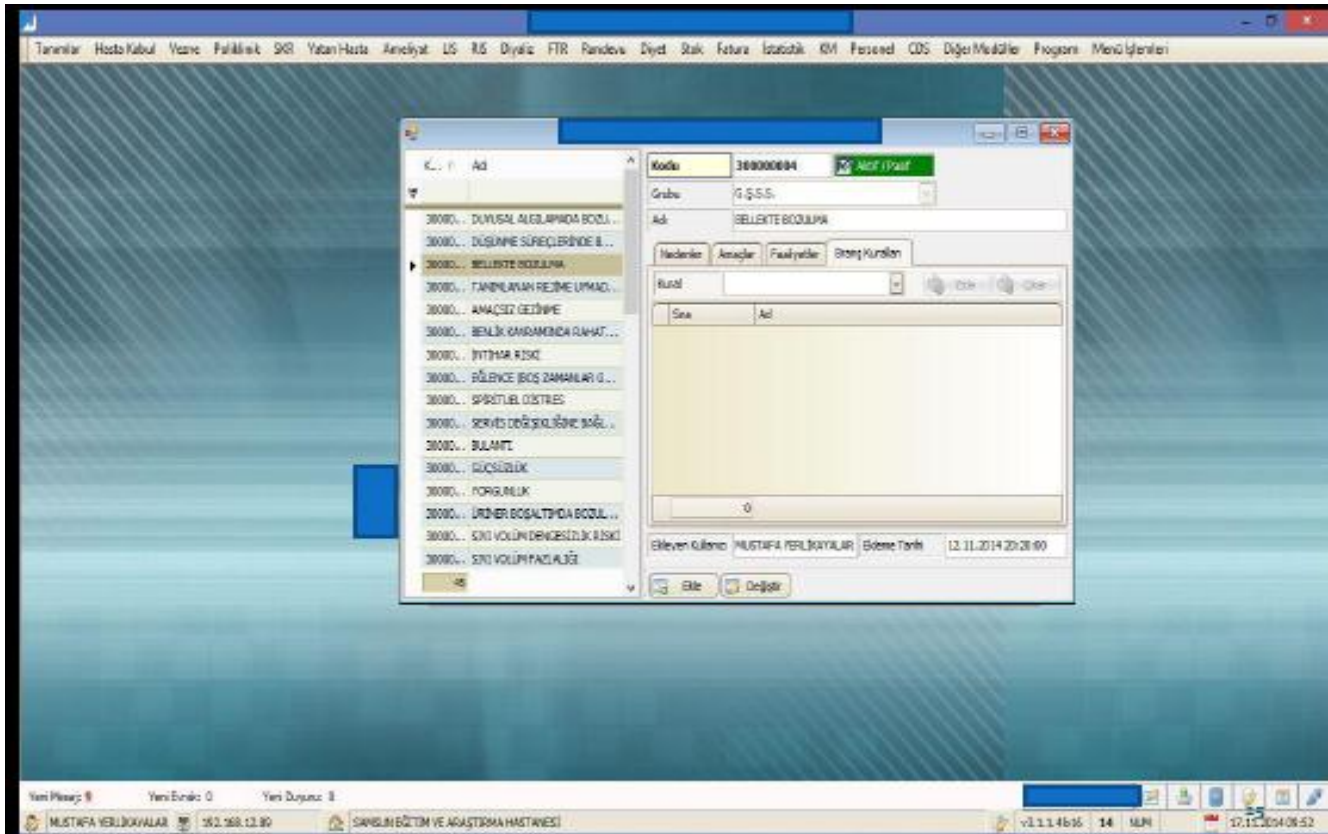
Hemşirelerin tanılama basamaklarında ve bakım planı hazırlamada güçlük yaşama sıklıklarında azalma gözlenmiştir.

Hemşirelerin elektronik kayıt sistemlerini kullanmaya ilişkin görüşlerinin pozitif yönde olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmanın 3. basamağı olarak;

Belirlenmiş 66 hemşirelik tanısı ve bu tanıları için oluşturulmuş belirti ve etiyoloji rehberi hazırlanmıştır.

Rehber elektronik kayıt sistemine yüklenmiş ve tanılamamanın sistem üzerinde yapılması ve kayıt edilmesi için çalışma başlatılmıştır.



Bilimsel Çalışmanın Künyesi

Çalışmanın Adı:

Bir Devlet Hastanesinde
Hemşirelerin Tıbbi
Hataya Eğilim
Düzeylerinin
Belirlenmesi

Yazarların Adı Soyadı:

Saadet Pekuslu¹,
Hülya Demirci²,
Sabri Taşcıoğlu¹
Elif Tuna¹

¹Manisa Turgutlu
Devlet Hastanesi,
²Manisa Celal Bayar
Üniversitesi Sağlık
Yüksek Okulu,

Çalışmanın Yayınlandığı Bilimsel Platform:

2013 Uluslararası
Sağlıkta Performans ve
Kalite Kongresi

Yayınlanma yılı: 2013

Yayınlanma Türü:

Sözel Sunum



MANİSA KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ MANİSA TURGUTLU DEVLET HASTANESİ

BİR DEVLET HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Özet

Her yıl milyonlarca insan tıbbi hatalardan olumsuz etkilenmektedir. Tıbbi hatalar konusu, tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında doğrudan görev alan sağlık profesyonelleridir. Tıbbi hataların önlenmesi için yapılması gereken en önemli uygulama, tıbbi hata türlerinin ve hataya yol açan faktörlerin belirlenmesidir. Bu nedenle kurumda görev yapan hemşirelerin hangi konularda tıbbi hata yapmaya meyilli oldukları belirlenmelidir.

Araştırma, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyleri ve hangi alanlarda daha çok tıbbi hata yapıldığını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 01-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında çalışmakta olan hemşireler (n=165) oluşturmuştur. Evrenin tamamı araştırmaya dâhil edildiğinden örneklem seçimine gidilmemiştir. Ancak çalışmanın yapıldığı süre içinde izinli, raporlu vs. olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler olduğu için 138 kişiyle çalışma tamamlanmıştır (katılım oranı %83.6). Araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı, çalışanlardan sözlü onam alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında iki ayrı araç kullanılmıştır. Birincisi; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu, ikincisi ise hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini belirleyen 'Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'dir. Ölçek hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini ölçen likert tipi bir skaladır. Ölçekten alınması beklenen minimum puan 49–maksimum puan 245'dir. Yükselen puanlar hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin düşük olduğunu gösterir.

Abstract

Each year, millions of people adversely affected by malpractice. Malpractice that, although an important issue for all health care workers, nurses, in terms of a greater importance. Because nurses are directly involved in patient care. The most important application needs to be done to prevent malpractice, malpractice types and error to determine the factors leading to. Therefore, nurses of the institution to determine which issues are of great importance that they are prone to medical error.

Research, Turgutlu State Hospital is planned to determine the level of nurses working in the trend of malpractice and in which areas is made more malpractice.

It is a study defining research type. The whole of the research consists of 165 health staff working from 01th-31th August 2010. When the whole stage has been included to the research, selection of exemplification hasn't been preferred. However, while the research was carried on, due to the off duty staff, staff on sick leave etc... and the ones who didn't want to take part in the research the study was completed with 138 people (83.6% participation rate). Institution for research in written, oral consent was obtained from the health staff.

Two different instruments was used while collecting the dates. The first one; a survey form including the informative characteristics of the nurses. The second one; Malpractice Trend Scale in Nursing which appoints malpractice trend level of nurses. The survey is a likert scale which measures malpractice trend level of nurses. The minimum point expected from the survey is 49 and the maximum one is 245. The increasing points show malpractice trend level of nurses is low.

The data were analyzed on SPSS 11.0 package program. In data analysis, percentage, average, independent samples t test, one way Anova were used.

The mean age of participant nurses was 31.54±4.61, 84.8 and 84.8% of participants were female. Nurses stated that malpractice was a lack of staff and overwork. 'Malpractice Trend Scale in Nursing' of the participants average total point is 223.31 ± 15.25 (Cronbach Alpha: 0.94). These results show that the malpractice trend level of nurses are not too high. Scale subscales were examined, in falls and communication subscales, the nurses was higher than trends in malpractice trend level.

Statistically, there is a difference between the total score and age, encounter with a malpractice, professional life during the encounter with a sad state of malpractice, working time in the profession (p<0.05).

Key Words: Nursing, Malpractice, Malpractice Trend Scale in Nursing

Elde edilen veriler SPSS 11.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdelik, ortalama, independent samples t test ve one way Anova testleri kullanılmıştır.

Araştırma katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.54±4.61 olup, %84.8'i kadındır. Hemşireler, tıbbi hataların fazla iş yükü ve personel eksikliğinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Katılımcıların Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması 223.31 ± 15.25 'dir (Cronbach Alpha: 0.94). Bu sonuçlar, çalışanların tıbbi hataya eğilimlerinin yüksek olmadığını göstermektedir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde, hemşirelerin düşmeler ve iletişim alt boyutlarında tıbbi hata eğilim düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Toplam ölçek puanı ile yaş, tıbbi bir hata ile karşılaşma durumu, meslek yaşantısı boyunca üzücü bir tıbbi hata ile karşılaşma durumu ve meslekte çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05).

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Tıbbi Hata, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Giriş

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (Güven, 2007: 411). Sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konu olup, bakım sırasında kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tıbbi hata kavramını; "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi" şeklinde tanımlamaktadır. Bir başka tanımda ise tıbbi hatanın, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem anlamına da geldiği belirtilmektedir. Benzer şekilde bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (Özata ve Altunkan, 2010a: 100-101).



Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemi büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır. Örneğin 1991 yılında Harvard Practice Study tarafından yapılan bir çalışma, New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3,7'sinde hastaya zarar veren bir hata yapıldığını ve bunların yarısından fazlasının önlenebilir olduğunu göstermiştir. 2000 yılında Institute of Medicine (IoM) yayınladığı bir rapor ise tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu rapora göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, meme kanseri veya AIDS gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır. Aynı ülkede hekimler ve toplumun, sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşp karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde %35, toplumda ise %42 olarak bulunmuştur. Yine benzer bir çalışmada, İngiltere'de her yıl 40.000, Kanada'da 5.000-10.000 arasında kişi tıbbi hatalar sonucunda yaşamını yitirmektedir. Almanya'da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişi ölmektedir (Özata ve Altuncan, 2010a: 101, Çırpı vd., 2009: 27, Güleç ve Gökmen, 2009: 173, Çakır, 2007: 116, Göktaş, 2007: 7, Akalın, 2005: 142, Akalın, 2004: 12, Çakmakçı, 2001: 248, Şardan, 2001: 250, Institute of Medicine, 2000: 1).

Ülkemizde de tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin ülkemizde değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurası olup, Şura'da 1931- 2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüş ve bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur (Özata ve Altuncan, 2010b: 4).

Malpraktis, tıpta hatalı uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Tıpta hatalı uygulamalar, sağlık çalışanının kasıt veya ihmali ile bakım ve tedavi yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği, hatalı tedavi uygulaması veya hastaya zarar meydana getiren fiil veya durumlar olarak kabul edilmektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010: 233, Kuşuoğlu vd., 2009: 87). Malpraktis, son 30 yılda özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda tüm dünyada tartışılan, etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle çok yönlü, çok boyutlu bir konudur (Gül vd., 2009: 3). Malpraktiste oluşan zarar; hastanın ölümü, organ/uzuv kaybı, şiddetli ağrı, psikolojik bozukluk ve maddi kayıp şeklinde sayısını daha da arttırabileceğimiz sonuçlar olabilir (Karataş ve Yakıncı, 2010: 234).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Tıbbi hataların önemlileri ve sınıflandırılmaları Tablo 1'de gösterilmiştir (Göktaş, 2007: 7, Akalın, 2005: 142).

Hatalı Tıbbi Müdahaleden
Doğan Sorumluluk



Tablo 1. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tanıda yapılan hatalar
Yanlış tanı veya tanı koymakta gecikme
Uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması
Güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması
Tetkik sonuçlarına uygun davranışların yapılmaması
Tedavide yapılan hatalar
Cerrahi bir girişim, işlem veya tetkikin uygulanmasında hata
Tedavinin verilişinde hata
İlaç doz veya veriliş şeklinde hata
Tedavinin uygulanmasında gecikme
Uygun olmayan tedavi
Önleme hataları
Profilaktik tedavi uygulamada hata veya uygulamama
Tedaviden sonra yetersiz takip
Diğer hatalar
İletişimde yetersizlik
Kullanılan aletlerde yetersizlik/eksiklik
Diğer sistem yetersizlikleri

Hasta güvenliği konusundaki olumsuzlukların pek çok nedeni vardır. Çalışan yetersizliği, kalite geliştirme konusundaki etkin yolları uygulamak için gerekli olan bilgi eksikliği veya bu bilginin gelişmesine olanak tanıyacak sistemin olmayışı, hataların fark edilmesindeki eksiklik, hataları izlemeye ve hatalardan ders almaya yardımcı olacak sistemlerin eksikliği, değişim ve yeni teknolojilerin ortaya çıkışındaki hızlilik, kurum kültüründeki engeller en çok karşılaşılanlar arasındadır (Çakır, 2007: 132).

Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek bu faktörler maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir:

İnsan faktörü (Yorgunluk, motivasyon eksikliği, fiziksel veya ruhsal sağlık, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik)

Kurumsal faktörler (İş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş, konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı, protokollerin olmaması, zaman baskısı) ve

Teknik faktörler (Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği) (Karataş ve Yakıncı, 2010: 234, Çakır, 2007: 132-133, Akalın, 2005: 143).

Hatalar, günümüzde sağlık sisteminin doğrudan bir kalite göstergesi olarak yer almaktadır. Araştırmalar, büyük bir hata meydana gelmeden önce yaklaşık 300 kez benzer bir hatanın dikkat çekmeden gerçekleştiğine işaret etmektedir (Göktaş, 2007: 6, Sezgin, 2007: 29). Çoğu zaman tıbbi hataların ana nedenleri çok açık değildir. Dikkatle incelendiğinde, tıbbi hataların kişisel hatalardan çok sistemdeki eksiklikler veya yetersizlikler sonucunda ortaya çıktığı görülür. Bu nedenle tıbbi hataların kişisel hatalar olarak kabul edilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Akalın, 2005: 143).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak vurgulamaktadır. Bu nedenle hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası, hatta temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir.



Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak vurgulamaktadır. Bu nedenle hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası, hatta temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir. (Özata ve Altunkan, 2010b: 4). ICN, hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Çırpı vd., 2009: 27, Göktaş, 2007: 12, Sezgin, 2007: 26).

Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında yirmi dört saat süreyle aralıksız ve doğrudan görev almakta, yaptıkları yanlış uygulamalar hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir. Yapılan araştırmalar hemşirelik hizmetlerinin hasta güvenliği açısından ne kadar önemli olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Örneğin ABD’de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin doktor ve eczacılardan kaynaklanan hataları, hastaya zarar vermeden önce %86 oranında engelleyebildikleri tespit edilmiştir. Aiken ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hasta ölümleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Özata ve Altunkan, 2010b: 5, Göktaş 2007: 5). Aynı zamanda, hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasında sayılabilir (Çırpı vd., 2009: 27).

Hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olması, kritik hastalarla karşılaşılması, yaşanan yoğun stres, olumsuz çalışma şartları ve uyulması gereken prosedürlerin çokluğu her zaman hata yapma olasılığını artırmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle çoğu zaman hastalara yeterince zaman ayırlamamakta ve hasta bakımı için yeterli özen gösterilememektedir. Bu durum günlük rutin faaliyetlerinin tam olarak yapılamaması sonucunu getirmekte ve hemşirelerin yoğun iş baskısı yaşamalarına yol açmaktadır. Yaşanan baskı ise hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. (Özata ve Altunkan, 2010b: 5, Göktaş, 2007: 13). Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hatalar şunlardır (Özata ve Altunkan, 2010b: 5, Sezgin, 2007: 30, Aştı ve Acaroğlu, 2000: 23-26);

1. İlaç uygulama hataları,
2. Hastane enfeksiyonları,
3. Bakım uygulamalarında hasta düşmeleri ile sonuçlanan hatalar ve ihlaller,
4. İlgili dökümanların ihmali (atlanan önemli veriler),
5. Hekim istemine veya mevcut protokollere uymama,
6. Tedavi ve hemşirelik bakım uygulamalarının ihmali,
7. Yetersiz takip/yeterli kontrol etmeme,
8. Hasta ve diğer ilgili kişilerle iletişimden kaynaklanan sorunlar,
9. Yabancı cisim unutulması ilgili hatalar,
10. Malzeme kullanımına bağlı hatalar.

Araştırmalarda, hemşirelerin verdikleri bakım ile bu olumsuz sonuçları büyük ölçüde azalttıkları ve önledikleri ortaya çıkmıştır. Hemşireler tarafından verilen bakımın saati ve sayısının arttırılması sayesinde, hastanede kalma süresini azalttığı, idrar yolu enfeksiyonları, üst bağırsak kanamaları, pnömoni, şok ve kalp krizi vakalarında azalma olduğu görülmüştür (Göktaş, 2007: 4)

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyleri ve hangi alanlarda daha çok tıbbi hata yapıldığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşireler (n=165) ile yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında çalışmakta olan hemşireler (n=165) oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamı araştırmaya dâhil edilmiştir. Ancak, çalışmanın yapıldığı süre içinde izinli, raporlu vs olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler olduğu için 138 kişiyle çalışma tamamlanmıştır (katılım oranı %83.6). Araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı, çalışanlardan sözlü onam alınmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasında Tıbbi Hataya Eğilim Anket Formu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılmıştır.

Tıbbi Hataya Eğilim Anket Formu: 11 sorudan oluşan anket formunda araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, meslekte çalışma süresi, mesleğini sevmeye durumu, tıbbi hata nedenleri, tıbbi hataları en aza indirmek için neler yapılması gerektiği ve meslek yaşantısında tıbbi bir hata ile karşılaşma durumlarını içeren sorular yer almıştır.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği: Hemşire olarak görev yapan sağlık personelinin tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin belirlenmek amacıyla Özata ve Altunkan (2010) tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir. Beş boyutlu (ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim) ve 49 maddeden oluşan ölçekte, katılımcı maddeleri cevaplandırırken; "1- hiç, 2- çok nadir, 3- zaman zaman, 4- genellikle ve 5- her zaman" şıklarından birini işaretleyerek cevap vermektedir. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçekten alınması beklenen minimum puan 49, maksimum puan 245'dir. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Özata ve Altunkan, 2010b). Geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0.95'dür. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

2.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Elde edilen veriler SPSS 11.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, independent samples t test ve one way Anova testleri kullanılmıştır.

3. Bulgular ve Tartışma

Araştırma katılan hemşirelerin %51.4'ü 32-48 yaşları arasında ve yaş ortalamasının 31.54 ± 4.61 olduğu, %84.8'i kadın, %55.8'inin önlisans mezunu, %28.3'ünün meslekte 1-5 yıl süreyle çalıştığı saptanmıştır ve %87'si mesleğini sevdiğini ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
21-31 yaş	67	48.6
32-48 yaş	71	51.4
Yaş ortalaması: 31.54 ± 4.61		
Cinsiyet		
Kadın	117	84.8
Erkek	21	15.2
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	33	23.9
Önlisans	77	55.8
Lisans ve yüksek lisans	28	20.3
Meslekte Çalışma Yılı		
1-5 yıl	39	28.3
6-10 yıl	34	24.6
11-15 yıl	35	25.4
15 yıldan fazla	30	21.7
Mesleğinizi Seviyor musunuz?		
Evet	120	87.0
Hayır	18	13.0
Toplam	138	100

Tablo 2'de görüldüğü gibi "Size veya bir yakınınıza uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapıldı mı?" sorusuna, araştırma kapsamındaki sağlık personelinin %24.6'sı evet, %74.4'ü ise hayır cevabını; "Meslek yaşantınız boyunca sizi üzen bir tıbbi hata ile karşılaştınız mı?" sorusunu ise çalışanların %34.8'i evet, %65.2'si hayır cevabını vermiştir.



Özata ve Altunkan tarafından sağlık personellerinde yapılan benzer çalışmada “Çalışma hayatınız süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak her hangi bir hatasını gördünüz mü?” sorusuna çalışanların %10,4 evet, %89,6 hayır cevabını vermiştir (Özata ve Altunkan, 2010a: 103). Özata ve Aslan tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerine yönelik olarak yapılan bir çalışmada ise “hastane çalışanlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir hatasını gördünüz mü?” sorusuna %65’i evet, %35’i ise hayır cevabını vermiştir (Özata ve Altunkan, 2010a: 106). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgunun, sağlık personelinde yapılan çalışma verilerinden yüksek, öğrencilerde yapılan çalışma verilerinden düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü olmadığı ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin işletilmesi nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataların kendisi ya da diğer ekip üyeleri tarafından bildirilme konusunda istekli davranılmaması ile açıklanabilir. Öğrencilerde bu oranın yüksek olması uygulama alanlarında primer sorumluluk almadan gözlem ve uygulama yapmaları ve sağlık kuruluşunda sürekli bulunmamalarına bağlanabilir.

Tablo 2. Sağlık Personelinin Kendisi Veya Yakınına Uygulanan Tedavide Tıbbi Bir Hata Yapılma Ve Meslek Yaşantısında Üzücü Bir Tıbbi Hata İle Karşılaşma Durumları

SORU	n	%
Size veya bir yakınınıza uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapıldı mı?		
Evet	34	24.6
Hayır	104	75.4
Meslek yaşantınız boyunca sizi üzen bir tıbbi hata ile karşılaştınız mı?		
Evet	48	34.8
Hayır	90	65.2
Toplam	138	100

Sağlık personelinin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Total ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94, alt boyutların ise 0.75 ile 0.89 arasında olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda ölçek sonuçlarının güvenilir olduğu söylenebilir. Sağlık personelinin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği total puanı 223.31 ± 15.25 olup hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu söylenebilir.

Tablo 3: Ölçekte Yer Alan Alt Grupların Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları ve Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayıları (n=138)

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	X$\pm$SD	Potansiyel Range	Elde Edilen Range	Cronbach’s Alpha
İlaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde)	83.73 $\pm$ 4.58	18-90	72-90	0.78
Hastane enfeksiyonları (12 madde)	55.23 $\pm$ 3.93	12-60	47-60	0.83
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği (9 madde)	40.23 $\pm$ 4.35	9-45	32-45	0.89
Düşmeler (5 madde)	22.04 $\pm$ 2.39	5-25	16-45	0.83
İletişim (5 madde)	22.07 $\pm$ 2.68	5-25	15-45	0.75
Total Ölçek Puanı (49 madde)	223.31$\pm$15.25	49-245	195-245	0.94

Tablo 4’de araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Hataya yol açan ilk 5 neden sırasıyla; iş yükünün fazla olması, personel eksikliği, iletişim yetersizliği, yorgunluk ve dikkatsizlik olarak belirtilmiştir.

Özata ve Altuntaş’ın (2010) yaptıkları benzer çalışmada sağlık personelinin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Puan ortalamasına göre hataya yol açan ilk 5 neden sırasıyla; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk olarak belirtilmiştir (Özata ve Altuntaş, 2010a: 104).

Her iki çalışmada da ilk beş neden içerisinde; iş yükünün fazla olması, personel eksikliği ve yorgunluk ortak nedenler olarak belirtilmiştir. Literatürde, sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükünün hataların ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır. 168 hastaneyi kapsayan bir araştırma sonuçlarına göre; hemşire başına düşen 1 hastalık artış, hasta mortalitesinde %7 artışa, hemşirelerde %23 oranında tükenmeye neden olmaktadır (Çakır, 2007: 118). Elde edilen bulgular literatüre uyumludur.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Hemşirelere Göre Tıbbi Hata Nedenlerinin Dağılımı

TIBBİ HATA NEDENLERİ	n*	%
1. Fazla iş yükü	122	88.4
2. Personel eksikliği	95	68.8
3. İletişim yetersizliği	81	58.7
4. Yorgunluk	73	52.9
5. Dikkatsizlik	54	39.1
6. Motivasyon eksikliği	53	38.4
7. Personelin yanlış dağıtımı	51	37.0
8. Eğitim yetersizliği	42	30.4
9. Tıbbi malzemelerin yetersiz olması	37	26.8
10. Mantık hatası	6	4.3

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 5’de hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte çalışma yılı ve tıbbi hatayla karşılaşma durumları ile ölçek alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Hemşirelerin yaş grupları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim alt boyutlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş ortalaması yükseldikçe hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düştüğü görülmüştür. Buna paralel olarak, meslekte çalışma süresi arttıkça tıbbi hata yapmaya eğilim düşmektedir. Yani, meslekte çalışma yılı (iş tecrübesinin) yükseldikçe, tıbbi hataya eğilimin düştüğü söylenebilir (Tablo 5).

Sağlık personelinin cinsiyeti ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki cinsiyet arasında ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve düşmeler alt boyutlarında istatistiksel olarak bir fark saptanmamış ($p>0.05$), ancak iletişim alt boyutunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Özellikle iletişim alt boyutunda erkeklerin hata riskinin daha yüksek olması, toplumda çoğunlukla kadın mesleği olarak görülen hemşirelik mesleğinde erkeklerin hastalarla iletişim kurmada daha çok sorun yaşamalarına bağlanabilir (Tablo 5).

Hemşirelere sorulan “Size veya bir yakınınıza uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapıldı mı?” sorusuna evet cevabını verenlerde ($n=34$) hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim alt boyutlarında ortalama ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Hemşirelere sorulan “Meslek yaşıntınız boyunca sizi üzen bir tıbbi hata ile karşılaştınız mı?” sorusuna evet cevabını verenlerde ($n=48$) ilaç uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim alt boyutlarında ortalama ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5: Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet, Meslekte Çalışma Yılı ve Tıbbi Hatayla Karşılaşma Durumları ile Ölçek Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İlaç Uygulamaları	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim
Yaş Grubu					
21-31 yaş	83.25±4.79	54.58±3.90	39.39±4.36	21.79±2.18	21.45±2.78
32-48 yaş	84.18±4.35	55.85±3.88	41.03±4.23	22.28±2.46	22.66±2.45
	P=0.236	P=0.059	P=0.027	P=0.228	P=0.008
Cinsiyet					
Kadın	83.90±4.71	55.36±3.92	40.21±4.39	22.01±2.39	22.29±2.66
Erkek	82.81±3.67	54.52±3.97	40.33±4.25	22.24±2.43	20.85±2.48
	P=0.241	P=0.372	P=0.907	P=0.692	P=0.022
Meslekte çalışma yılı					
1-5 yıl	83.36±4.37	54.33±4.13	38.80±4.12	21.62±1.95	21.08±2.70
6-10 yıl	82.00±4.72	54.00±3.68	40.74±4.47	21.91±2.99	22.47±2.56
11-15 yıl	83.69±4.61	55.06±3.24	39.29±4.21	21.43±2.24	21.40±2.48
15 yıl ve üzeri	86.23±3.65	58.00±3.46	42.63±3.70	23.47±1.78	23.70±2.20
	F=5.123 p=0.002	F=7.781 p=0.000	F=5.687 p=0.001	F=5.201 p=0.002	F=7.392 p=0.000
Kendisi veya bir yakınına uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapılma durumu					
Evet	82.85±4.45	54.65±3.98	38.65±4.52	21.76±2.20	20.82±2.50
Hayır	84.02±4.60	55.42±3.91	40.75±4.19	22.13±2.45	22.48±2.61
	P=0.198	P=0.326	P=0.020	P=0.436	P=0.002
Meslek yaşantısında üzücü bir tıbbi hata ile karşılaşma durumu					
Evet	82.44±4.26	54.56±3.93	38.88±4.69	21.65±2.50	20.96±3.01
Hayır	84.22±4.61	55.59±3.91	40.96±4.01	22.26±2.32	22.67±2.28
	P=0.013	P=0.146	P=0.007	P=0.155	P=0.000



4. Sonuç ve Öneriler

Çalışmada elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” ne göre tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğu görülmüştür. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı yükseldikçe tıbbi hataya eğilimin düştüğü, erkek hemşirelerin iletişim alt boyutunda ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin üçte biri meslek yaşantıları süresince üzücü bir tıbbi hata ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde; tıbbi hataya yol açan ilk 5 nedenin sırasıyla iş yükünün fazla olması, personel eksikliği, iletişim yetersizliği, yorgunluk ve dikkatsizlik olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin karşılaşılabilecekleri tıbbi hataların bilinmesi, hatalı uygulamalara neden olan faktörlerin incelenmesi, hatalı uygulamaların tanımlanması ve önlenmesine ilişkin stratejilerin geliştirilmesi,

Düzenli olarak yapılacak hizmet içi eğitim programları ile hemşirelerin bu konularda bilgilendirilmesi,

Sağlık kuruluşlarında görev yapan hemşirelerin hangi konularda tıbbi hata yapmaya meyilli olduklarının belirlenmesi ve hizmet içi eğitim programlarında özellikle bu alanlara öncelik verilmesi,

Hastanelerde hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için kurum çalışanlarının tamamının bu konuyu sahiplenmesinin sağlanması,

Tıbbi hataların çekinmeden bildirilmesi ve cezalandırmanın olmadığı bir ortamın sağlanması ve etkin bir hata bildirim sisteminin kurulması,

Hemşirelik hizmetlerinin istenilen kalitede yerine getirilebilmesi için gerekli sayıda personelin temin edilerek çalışanların iş yükünün azaltılması önerilebilir.

5. Kaynaklar

- Akalın, H.Erdal (2004), “Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?”, ANKEM Dergisi, Cilt 18, Ek 2, sayfa 12-13.
- Akalın H. Erdal (2005), “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt 5, No.3, sayfa 141-146.
- Aştı, Türkinaz ve Acaroğlu, Rengin (2000), “Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 4, No.2, sayfa 22-27.
- Çakır, Ali (2007), “Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Çakmakçı, Metin (2001), “Tıbbi Hatalar: Tanımlar ve Konunun Önemi”, ANKEM Dergisi, Cilt 15, No.3, sayfa 247-249.
- Çırpı, Fatma-Merih, Yeliz Doğan- Kocabey, Meryem Yaşar (2009), “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt 2, No.3, sayfa 26-34.
- Ertem, Gül-Oksel, Esra-Akbıyık, Ayşe (2009), “Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme”, Dirim Tıp Gazetesi, Cilt 84, No.1, sayfa 1-10.
- Göktaş, Selma (2007), “Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi”, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Güleç, Sibel ve Gökmen, Habil (2009). “Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği”, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt II, 19-21 Mart, Turunç Matbaacılık, Ankara, sayfa 166-177.
- Güven, Rabia (2007), “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı”, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 4-8 Nisan, Antalya, sayfa 411-422.
- Institute of Medicine (2000), To Err Is Human: Building a Safer Health System (Free Executive Summary), <http://books.nap.edu/catalog/9728.htm>, (15.05.2011).
- Karataş, Mehmet ve Yakıncı, Cengiz (2010), “Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 17. No.3, sayfa 233-236.
- Kuğuoğlu, Sema-Çöven, Çağrı-Tanır, Meltem Kürtüncü-Aktaş, Eda (2009), “İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt 2, No.2, sayfa 86-93.
- Özata, Musa ve Altuncan, Handan (2010a), “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, Tıp Araştırmaları Dergisi, Cilt 8, No.2, sayfa 100 -111.
- Özata, Musa ve Altuncan, Handan (2010b), “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma&En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı, 28 Nisan-1 Mayıs, Baydan Ofset, Ankara, sayfa 3-20. .
- Sezgin, Burcu (2007), “Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Şardan, Yeşim Çetinkaya (2001), “Hastane Enfeksiyonları: Önlenebilir Tıbbi Hatalar”, ANKEM Dergisi, Cilt 15, No.3, sayfa 250-252.



Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı

Bakım Hizmetleri Birimi

0 (312) 705 15 54-57-85

tkhk.saglikbakim@saglik.gov.tr

www.tkhk.gov.tr



Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Tıbbi Hizmetler Başkan Yardımcılığı

Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı

Bakım Hizmetleri Birimi