



**HEMŞİRELERİN BİREYSEL İŞ YÜKÜ ALGISININ BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
BAKIM ALGILARI ÜZERİNE ETKİŐİ**

Kevser PAMUK

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŐİRELİŐİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK

**Tez No: 2017-026
2017-Afyonkarahisar**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN BİREYSEL İŞ YÜKÜ ALGISININ
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

KEVSER PAMUK

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

**ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. PAKİZE ÖZYÜREK**

Tez No: 2017-026

2017-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

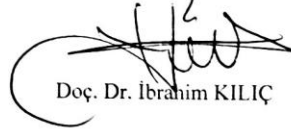
KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

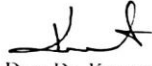
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütölmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29.12.2017


Doç. Dr. İbrahim KILIÇ

Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Kevser KARACABAY

Üye


Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK

Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kevser PAMUK'un "Hemşirelerin Bireysel İş Yüğü Algısının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" başlıklı tezi günü saat Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğı'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özal ÖZCAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında benden desteğini, bilgisini ve yardımını zaman ve mekan kavramı olmadan, hiçbir zaman esirgemeyen, lisans ve yüksek lisans hayatım boyunca teşvik ve özverileriyle yolumu aydınlatan, mesleğime bakış açımı her geçen gün daha da güzel ve yüce kılan değerli hocam ve danışmanım Sayın *Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK*'e,

Çalışmamın istatistik aşamasında tüm bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, yardımını esirgemeyen ve çalışmama yapmış olduğu değerli katkılarından dolayı değerli hocam Sayın *Doç. Dr. İbrahim KILIÇ*'a,

Çalışmama değerli görüşleri ile katkıda bulunan Sayın *Yrd. Doç. Dr. Kevser KARACABAY* ve *Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ*'ye,

Çalışmamın verilerinin toplanmasında gerekli izinleri veren değerli kurum yöneticileri ve kıymetli zamanlarını harcayarak çalışmama katılmayı gönüllü olarak kabul eden değerli meslektaşlarıma,

Lisans ve yüksek lisans hayatım boyunca desteğini, anlayışını ve en önemlisi hayatını benimle paylaşan sevgili eşim *Ümit PAMUK*'a, desteklerini esirgemeyen annem *Ayşe* ve babam *Üzeyir BARIŞKAN*'a ve hayatlarının en güzel zamanlarından eğitimim için fedakarlık yapmak zorunda kalan kıymetlilerim, kızlarım *Berra* ve *Ceyda PAMUK*'a

Sonsuz TEŞEKKÜR ederim.

Kevser PAMUK

2017

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL ve ONAY	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii

1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Hemşirelik.....	3
1.2.1. Hemşirelerin Çalışma Alanları.....	5
1.2.2. Olumlu Çalışma Ortamı	6
1.2.3. Olumsuz Çalışma Ortamı	7
1.2.4. Hemşirelerin Çalışma Usulleri	10
1.2.5. Hemşire Eksikliği.....	11
1.3. İş Yüğü.....	13
1.3.1. Hemşirelikte İş Yüğü	14
1.3.2. İş Yüğü ile İlgili Çalışmalar	17
1.3.3. İş Yüğü Algısı	19
1.4. Hemşirelik Bakımı	21
1.4.1.Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş \ Bireye Özgü Bakım.....	24
2.GEREÇ VE YÖNTEM	30
2.1.Araştırma Tipi.....	30
2.2.Araştırmanın Yeri	30
2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
2.4.Verİ Toplama Araçları	31
2.4.1.Hemşire Tanıtım Bilgi Formu (EK1).....	31
2.4.2.Bireysel İş Yüğü Algı Ölçeği-Revize (BİYAÖ-R) (EK2)	32
2.4.3.Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-Hemşire A (BBÖ-Hemşire A) (EK3).....	34
2.5.Verilerin Değerlendirilmesi	35

2.6.Araştırmanın Etiği.....	35
3.BULGULAR	37
3.1.Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
3.2.Revise-Bireysel İş Yükü Algı Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	42
3.3.Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeğine İlişkin Bulgular	49
3.4.Ölçeklerin Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması....	54
3.5.Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	60
4.TARTIŞMA	66
4.1.Hemşirelerin Bireysel İş Yükü Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	66
4.2.Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	77
4.3.Ölçekler ile Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	82
4.4.Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	87
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	91
ÖZET	95
SUMMARY	96
KAYNAKLAR.....	97
EKLER.....	112
ÖZGEÇMİŞ	124

SİMGELER ve KISALTMALAR

ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
BBA	Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı
BBÖ	Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği
BİYA	Bireysel İş Yüğü Algısı
BİYAÖ	Bireysel İş Yüğü Alğı Ölçeğı
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliğı
TTB	Türk Tabipler Birliğı

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 3.1.1.Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre dağılımı	37
Tablo 3.1.2.Hemşirelerin görev yerlerine göre dağılımı.....	38
Tablo 3.1.3.Hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı.....	39
Tablo 3.1.4.Hemşirelerin çalışma usullerine göre dağılımı	40
Tablo 3.1.5. Hemşirelerin mesleki gelişim durumlarına göre dağılımı	41
Tablo 3.1.6. Hemşirelerin mesleğini sevmeye durumuna göre dağılımı	41
Tablo 3.2.1. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin alt boyutlarına göre dağılımı	42
Tablo 3.2.2.Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “meslektaş desteği” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	43
Tablo 3.2.3.Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “yönetici desteği” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	44
Tablo 3.2.4. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “birim desteği” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	46
Tablo 3.2.5. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “doğrudan iş yükü” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	47
Tablo 3.2.6.Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “işte kalma niyeti” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	48
Tablo 3.3.1.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin (Hemşire-A versiyonu) alt boyutlarına göre dağılımı	49
Tablo 3.3.2.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin “klinik durumda bireysel özellikler” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler	50
Tablo 3.3.3.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin “hastanın kişisel yaşam durumu” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler	51
Tablo 3.3.4.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin “karar verme kontrolü” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler	52
Tablo 3.4.1.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin bireysel özelliklerine göre karşılaştırılması	54
Tablo 3.4.2.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin görev yerlerine göre karşılaştırılması.....	55
Tablo 3.4.3.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin çalışma yıllarına göre karşılaştırılması.....	57
Tablo 3.4.4.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin çalışma şekillerine göre karşılaştırılması	58
Tablo 3.4.5.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin mesleki gelişim durumlarına göre karşılaştırılması	59

Tablo 3.4.6.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin mesleğini sevmeye durumlarına göre karşılaştırılması.....	60
Tablo 3.5.1.Hemşirelerin bireysel iş yükü algısı ve alt boyutları ile bireyselleştirilmiş bakım algısı ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları.....	61
Tablo 3.5.2.Bireysel iş yükü algısına ilişkin alt boyutların bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerindeki etkisine yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....	63
Tablo 3.5.3.Bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerindeki etkisine yönelik basit doğrusal regresyon analizi sonuçları	64



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bir sağlık disiplini olan hemşireliğin temelinde; sağlıklı ya da hasta bireye ihtiyaç duyduğu yardımı sağlama fonksiyonu vardır. Hemşire, sağlıklı ya da hasta bireye, hemşireliğin bağımsız fonksiyonu olan bakım ile yardım sağlayarak hemşireliğin temelini oluşturur. Bakım kavramı hemşirelik işlevlerinde farklı ölçülerde yer almaktadır (Babadağ, 1997; Şahin, 2006; Akça Ay, 2015). Hemşirelik bakım sisteminde önemli olan bakıma ihtiyacı olan hastalara 24 saat boyunca etkili bir bakım ile bakımın devamlılığının sağlanmasıdır. Hasta bakım organizasyonunun belirlenmesinde, hastaların bakım ihtiyacı kadar sağlık kurumlarının hemşirelik hizmet felsefesi, kurum kültürü ve hasta bakımı için gerekli bakım malzeme ve ürünlerinin yeterli olmasının etkisi vardır. Hemşirelik bakımı, hasta bireyin değerleri, duyguları, inançları, deneyimleri, tercihleri, düşünceleri ve algıları dikkate alınarak gerçekleştirildiğinde bireyselleştirilmiş bakım ortaya çıkar (Suhonen et al., 2005b; Acaroğlu ve ark., 2007). Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın bireyselliğini ve bağımsızlığını koruyarak bakım ihtiyaçlarını belirlemektedir. Bireysel bakımı sağlamak için öncelikle hemşireler ilk olarak hastanın eşsiz bir birey olduğunu bilmelidir. Hemşirelik girişimleri hastanın ihtiyaçlarına, yeteneklerine ve özel isteklerine göre düzenlendiğinde, hastalar aynı tanılara sahip olsalar bile farklı hemşirelik bakımı uygulanmasını sağlamaktadır (Suhonen et al.,2002; Acaroğlu et al., 2010).

Bireyselleştirilmiş bakım ve mesleki uygulama ortamı ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkilerin bilinmesi, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının gelişmesine yardımcı olabilir. Yapılan farklı çalışmalarda çalışma ortamı ile hastalara bireysel bakım sağlanmasının yakından ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bireyselleştirilmiş bir yaklaşım doğrultusunda bakım planlanırken çalışma koşullarındaki değişiklikler, bakımın iş yükü, bakımın yapı ve süreci, hizmet anlayışı ve yönetim değişikliklerinin bilinmesine ihtiyaç duyulabilir (Suhonen et al.,2009a; Charalambous et al., 2010).

Hastanelerin karmaşık yapısı, hemşirelerin en önemli stres faktörlerinden biri olarak iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Çalışma ortamındaki iş yükü bir hemşire yetersizliği sorunu gibi görünüyorsa olmasına rağmen bu sayısal bir yetersizlikten ibaret değildir. Aynı zamanda, iş yükü, hastaların ve çalışanların güvenliğini tehdit eden iş doyumu, motivasyon, iletişim ve yorgunluğu etkileyen bir faktördür (Uğurlu ve ark., 2015). Hastaların sayısı, kadro planı; disiplinler arası mesleki iletişim kalıpları; çevresel talepler, sarf malzemeler ve gürültü seviyesi gibi çalışma ortamından kaynaklanan iş yükü değişkenleri bakım kalitesini ve hasta sonuçlarını etkileyen faktörlerdir. Hemşire yetersizliğine bağlı iş yükü, verimliliği artırmada tek başına yeterli olmadığından, alınan önlemler çalışma ortamıyla ilgili hemşirelik iş yükünün karmaşıklığını açıklayamamaktadır. İş ortamı değişkenleri yani çalışma ortamı, hemşirelik iş yükünün en az araştırılan yönü olmuştur. Bununla birlikte, bazı çalışmalar, çalışma ortamının ekonomik değişkenlerden daha çok yönetici ve meslektaşları tarafından verilen desteği, iş içeriğinin ve iş doyumunun değişkenleri ile daha kuvvetli bir ilişkiye sahip olduğunu göstermiştir (Neill, 2011).

Daha önce yapılan çalışmalarda; hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça, bakım verilen hastaların bakım kalitesinde ve hemşirelerin iş doyumunda azalma olduğu belirtilmiştir (Aiken et al., 2002a; Aiken et.al., 2002b). Aiken ve ark. (2002b)'nın hemşire-hasta oranları ile önlenebilir hasta ölümlerinin ilişkisini belirlemek için yapmış oldukları bir çalışmada; hemşire iş yüküne eklenen her bir cerrahi hasta için hemşire bakımı altında bir hasta ölüm oranı %7 artmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde yapılan başka bir çalışmada ise; bir hemşireye iki ya da daha az hasta verildiği durumlarda hemşirelerde tükenmişlik ve işten ayrılma niyetinin azaldığı, iş doyumunun arttığı bildirilmektedir (Kramer et al., 2011).

Yukarıdaki bilgiler ışığında; çalışma; hemşirelerin bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen verilerin, uygulamada hemşirelerin çalışma ortamının olumlu hale getirilmesi için gerekli çalışmalarda rehberlik edeceği ve olumlu çalışma ortamı sayesinde hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının yükselerek hasta çıktılarında olumlu sonuçlara neden olacağı düşünülmektedir. Literatürde bu iki kavram arasındaki

ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aynı zamanda bu konu ile ilgili sonraki yapılacak çalışmalara da gerekli bilgileri sağlayarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Hemşirelik

Geçmişten günümüze sosyokültürel, bilimsel ve teknolojik değişimlerle kendini yenileyen hemşirelik; birey, aile ve toplumun sağlığının geliştirilmesi ile başlayan, hastalık halinde tedavi etme ve ihtiyaçlarını karşılamaya kadar uzanan, geniş bir alanda hizmet veren, yardım etme disiplini. Hemşireliğin temel ilgi alanı insandır. Amacı sağlıklı/hasta bireyin ya da toplumun ihtiyaçlarının karşılanmasında ihtiyaç duyulan yardımı sağlamaktır (Akça Ay, 2015).

Sağlık bakım hizmetleri içinde yer alan hemşirelik mesleği insanlara hasta bakımı, sağlığı koruma ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmaktadır. Hemşireler sağlık bakım sisteminin en kalabalık meslek grubu olarak, bu grupta önemli bir rol üstlenmektedir. Pek çok yerde hemşireler, sağlık hizmetleri sistemi ile hastalar arasındaki bağlantının en önemli ilk ve son noktasıdır (Arcak ve Kasımoğlu, 2006; Karadağ ve ark., 2013).

Hemşirelik, sağlık bakım hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır ve hemşireler sağlıklı ya da hasta bireyler için hemşirelik hizmetlerini planlayarak uygulayan, ekip çalışmasını başarıyla yürüten ve sağlık ekibi içindeki üyelerle uyum içinde çalışabilen insan gücüdür (Karadağ ve Uçan, 2006; Karadağ ve ark., 2013). Hastane ortamında hemşireler, hasta ve hasta yakınları ile iletişimde 24 saat boyunca temel ve etkin rol alan sağlık çalışanıdır (Tan ve ark., 2012). Hemşirelik hizmetleri ise hem hastanelerde hastalara uygulanan tedavinin etkinliğinin artırılmasında hem de toplumun hastanelere olan olumsuz inançlarının güven ve saygıya dönüştürülmesinde etkin bir rol oynamaktadır (Karadağ ve Uçan, 2006; Karadağ ve ark., 2013).

Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florance Nightingale 1860 yılında hemşireliği “hastayı iyileştirmek için, hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi” diye tanımlarken, Virginia Henderson ise 1955 yılında “bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç” olarak tanımlamıştır. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’ne göre ise hemşirelik “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur” şeklinde tanımlanmıştır (Öztunç, 2014). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)’ne göre 1965 yılında “Hemşirelik yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunur. Hemşireliğin, hizmet alan bireyler için yaşamsal bir önemi vardır: Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir” şeklinde ifade edilmiştir. Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından 1981 yılında hemşirelik “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve değerlendirilmesinden; bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlanmıştır (Ünsal, 2017).

Hemşirelik mesleğinin tanımı 25/04/2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’da “tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar” şeklinde yer almıştır.

Farklı tanımlardan da anlaşıldığı üzere; hemşireliğin kaynağı insan gereksinimleridir. Bu nedenle de mesleğin başlangıcı insanın var oluşuna dayanır. Hemşirelik insanların sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalara güven vererek, hastaya bakım vermek üzere doğan bir meslektir. Başlangıcından bu yana mesleki

tanım ve sorumluluklarında değişiklikler yaşanmış olmasına rağmen yapılan çeşitli tanımlarda değişmeyen tek şey bakım verme hizmeti olmuştur. Hemşirelerin giderek bağımsız rollerindeki artış sebebiyle; bakım verici, karar verici, danışman, savunucu, yönetici, rehabilite edici, iletişim sağlayıcı, eğitici, tedavi edici, araştırmacı, rahatlatıcı, kariyer geliştirici rolleri gibi çağdaş rolleri de artmıştır (Öztunç, 2014).

1.2.1. Hemşirelerin Çalışma Alanları

Hemşireler, yüksek teknolojiyi bünyesinde bulunduran kurumlarda çalışabildiği gibi en ana malzeme ve donanımdan yoksun kurumlarda da çalışmaktadırlar (Taşocak, 2014). Temel çalışma alanı insana hizmet olan hemşireler (Akça Ay, 2015); hastane, bakım evi, klinik, iş yeri, okul, huzur evi, rehabilitasyon merkezi ve toplum sağlığı merkezi gibi farklı kurumlarda çalışabilirler (Nahcivan, 2014). Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te (2011); hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları ayrı ayrı tanımlanmıştır. Farklı alanlardaki hemşirelik hizmeti, Hemşirelik Yönetmeliği'nin (2010) 5. maddesine göre;

“Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri, mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı, hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini” kapsamaktadır.

1.2.2. Olumlu Çalışma Ortamı

ICN (2007)'e göre; güvenli, verimli ve nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumu sağlık çalışanlarının performans ve kapasitesini arttıran bir çalışma ortamı ile mümkün olmaktadır. Dolayısıyla; bu alandaki sağlık çalışanlarının kapasitesine ve başarımında mükemmelliği destekleyen bir çalışma ortamına ihtiyaç vardır. Sağlık bakımı verilen ortam, sağlık bakımının kalitesinin önemli göstergesi olduğu düşünüldüğünde; çalışma ortamlarından memnun olan sağlık çalışanları enerjilerini kaliteli hasta bakımını artırmaya yönelik işlere yoğunlaştırabilirler (ICN, 2007; Saygılı ve Çelik, 2011). Bu nedenle sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı ile güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında oldukça önemlidir. İşyerindeki liderlik uygulamaları, otonomi sahibi olma, ekip çalışması, mesleki gelişim olanakları, yeterli kararlara katılma, yenilikçilik, uygun ücret, takdir görme, saygınlık, işyeri güvenliği, esnek çalışma ve fiziksel konfor gibi özellikler hemşirelik çalışma ortamı özellikleri içinde yer almaktadır. Bu düşüncelerden hareket edilerek ICN 2006 yılı temasını “güvenli ortam-güvenli istihdam” üzerine oluşturmuş ve 2007 yılı temasını da “olumlu uygulama-olumlu çalışma ortamı” üzerine odaklamıştır (ICN, 2006; 2007). ICN tarafından olumlu çalışma ortamının aşağıdaki kriterleri kapsamı gerektiği ifade edilmektedir:

- İşe alım ve personelin devamını sağlamada yenilikçi politika yapısına sahip olunması,
- Sürekli eğitim ve yükselmeler için stratejiler oluşturulması,
- Yeterli çalışan maaşı,
- Uyum programları,
- Yeterli ekipman ve gereçler,
- Güvenli çalışma ortamı (Baumann, 2007).

Olumlu çalışma ortamında ekip çalışması ön planda olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması; ekip üyelerinin birbirlerinin bilgi ve becerisinden faydalanmasını, sağlık profesyonellerinin arasında etkin koordinasyonun sağlanması, sorun çözümünde daha güçlü olunması ve üyelerde sorumluluk duygusunun gelişmesini sağlar (Coşkun, 1996).

Güvenli iş yeri, olumlu çalışma ortamı için bir ön şarttır. Hemşirelere ve hastalara yönelik tehlikeler; aşırı iş yükü, önlenemez yaralanmalar ve iş yerindeki şiddet sonucu ortaya çıkmaktadır (Baumann, 2007). Kurumlar güvenli ve sağlıklı çalışma alanı, mesleki gelişim ve eğitimin devamı için imkan, gerekli ekipman ve malzemelerin kullanımı, uygun iş yükü ve cazip çalışma şartları sunan olumlu çalışma ortamını sağlamak için esnekliği destekleyebilir. Etkili takım çalışmasını desteklemek için kurumsal kültür gibi; açık iletişim, şeffaflık, destek, denetim ve rehberlik de olumlu çalışma ortamının diğer unsurları arasındadır. Personel alımı ve çalışan personeli elde tutma sağlık sisteminin esnekliğinde etkili olabilir (ICN, 2016).

Hemşirelik çalışma ortamını iyileştirmek amacı ile yapılan birçok çalışma sonucu da hemşire çıktılarında iyileşme olduğunu göstermektedir. Örneğin, yönetici hemşirelerin dönüştürücü liderlik tarzını kullanması (Cho et al., 2009) ve destekleyici çalışma ortamı oluşturmaları (Cho et al., 2009; Duffield et al., 2011); danışman programlarının düzenlenmesi (Duffield et al., 2011), hemşirelerin otonomilerinin artırılması (Spence Laschinger et al., 2009) ve güçlendirilmesi (Cowden et al., 2011) durumunda hemşirelerde işten ayrılma niyeti ve devir hızının düştüğü, iş doyumunun arttığı bildirilmektedir.

1.2.3. Olumsuz Çalışma Ortamı

Hemşireler hastanelerde bir günde 24 saat boyunca hasta ve ailesine bütünsel bakım sunan temel sağlık bakım profesyonelleridir (Aiken et al., 2002). Hemşirelik, çalışma ortamında bulunan olumsuz birçok etken nedeniyle iş yükü oldukça yoğun olan stresli bir meslek olarak değerlendirilmektedir. Hemşireler aynı zamanda hasta bakımı ile doğrudan ilgilenen kişi olması sebebiyle sağlık risklerinin fazla olması, çalışma sürelerinin uzun olması ve bu sürenin birçoğunun ayakta geçirilmesi, aşırı iş yükü, istirahat aralarının kısa olması, uykusuzluk, beslenme değişiklikleri gibi çalışma ortamından kaynaklanan olumsuz koşullarla karşılaşmaktadırlar (Tan ve ark., 2012).

Çalışma saatlerinin uzun olması, vardiyalı çalışma, verilen hizmete göre karşılığında alınan ücretin düşük olması, görev tanımlarında yetersizlik, rollerde belirsizlik, kurumlarda kreşlerin ve nöbet sonlarında taşıma hizmetinin yetersiz olması, mesleki otonomi düzeyinin düşük olması ve tükenmişlik ülkemizde hemşirelerin çalışma koşullarını olumsuz hale getiren başlıca faktörlerdir (Zencirci, 2010).

Çalışma ortamındaki fiziksel faktörler (rahatsız edici seslerin varlığı, yeterli havalandırma ve ışıklandırmanın olmayışı, kalabalık vb.), bireysel faktörler (sorumluluğun fazla olması, iş yükü miktarı, görev tanımlarında belirsizlik vb.), kişilerarası faktörler (meslektaş, diğer çalışanlar ve amirlerle olan ilişkiler vb.) ve kurumsal faktörlerin (belirsizlik, belirlenen politikalar vb.) çalışanların iş doyumundaki artış ve azalmalara neden olduğu, iş doyumundaki azalmanın ise çalışanların kendi yaşamındaki olumsuz olaylarla birleşerek kişide gerginlik, anksiyete gibi bozuklukları ortaya çıkardığı görülmektedir (Batıgün ve Şahin, 2006). Belirli bir düzeni olmayan ve farklı çalışma saatleri nedeniyle hemşirenin yorgun olması, hemşirenin algılama düzeyinde farklılığa ve buna bağlı olarak hem ekip üyeleri hem de hastalarla saldırgan-savunucu özelliklerin ön plana çıkmasına bağlı olarak olumsuz etkileşimlere neden olmaktadır (Bilazer ve ark., 2008). Bu sorunlarında, çalışanların, çalışma ortamındaki verimliliklerinin düşmesine, isteksizliklerine, çalışanlar arasında uyumsuzluğa, çalışma ortamını değiştirme isteğine ve hataların artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Batıgün ve Şahin, 2006). Bununla birlikte ekip içinde ortaya çıkan iletişim sorunları, bakımı amacından uzaklaştırarak, çalışanlarda tükenmişliğe ve iş doyumsuzluğuna neden olur ve sonuçta sağlık ekibinin amaca ulaşmasını da engeller (Bilazer ve ark., 2008).

Tüm çalışanlar, olumlu ya da olumsuz çalışma ortamı değişkenlerinden doğrudan etkilenirler. Uygun olmayan çalışma koşullarına sahip sağlık çalışanları, fizyolojik ve psikolojik açıdan etkilenmekte ve bu durumun sonucu da, sadece kendisini değil, hizmet verdiği kişileri de doğrudan etkilemektedir (Saygılı ve Çelik, 2011). Çalışma ortamında güvenli ve sağlıklı uygulamalara imkan verilmediği, hemşire eksikliği, birlikte çalışılan hemşirelerde eğitim eksikliği, yeterli teknik

beceriye sahip olunmaması ya da yeteri kadar motive edilmemeleri, ekip arasındaki iletişim sorunları, hastanelerdeki malzeme ve fiziki ortam yetersizliği gibi sorunların ortaya çıktığı olumsuz çalışma ortamları hasta güvenliğini de olumsuz olarak etkilemektedir (Aiken et al., 2002b; Balanuye, 2014) ve hemşirelerin hemşirelik girişimleri esnasında hata yapmasına neden olabilmektedir (Zencirci, 2010).

İş yükü ve stresi, sözlü ve sözsüz iletişim, karar verme, sistem tasarımı, insan-makine etkileşimi gibi bilişsel; radyasyon, aydınlatma, sıcaklık, gürültü, karışıklık/karmaşa, hastaya erişim ve uygun alet kullanımında yetersizlik gibi fiziksel; işveren ve çalışan eğitimi, işe uygun insan yerleşimi, rotasyonel çalışma, çalışan gözetimi, çalışma ve dinlenme sürelerinin düzenlenmesi, koruyucu donanım kullanımı, davranış modifikasyonu gibi organizasyonel alanlar hastane çalışma ortamında çalışanların sistem performansını doğrudan etkileyen unsurlardır (Babayiğit ve Kurt, 2013).

ICN tarafından 2007 yılı temasına yönelik yayınlanmış olan raporda, olumsuz çalışma ortamlarının hemşire iş gücü krizini tetikleyen en önemli sorun olduğu ve bunun da hem hemşire hem de hasta çıktılarını negatif yönde etkilediği belirtilmiştir. Çalışma yaşamında kalitenin artırılmış olması hasta bakım kalitesinde artışı etkileyecek ve diğer açıdan, iş ortamında çalışanın sağlıklı olması hem kendisini hem de hizmet sunduğu kişileri etkileyecektir. ICN, çalışma ortamları ile birlikte hemşire devir hızı ve hemşire başına düşen hasta sayısı fazlalığının, sadece hasta bakım kalitesini değil hemşirelerin iş sağlığını da olumsuz etkilediğini belirtmektedir (Baumann, 2007; Parlar, 2008; Türkmen, 2015). Hastanelerde hasta/hemşire oranının fazla olmasından dolayı oluşan iş yükü artışı ile hemşirelerde ruhsal ve bedensel sıkıntılar ortaya çıkmakta ve yine aşırı iş yükü nedeniyle hasta bakım kalitesinde düşüş yaşanmakta ve hemşirelerde mesleki doyumsuzluğa neden olarak hemşirelerin mesleklerinden soğuyup, uzaklaşmasına sebep olmaktadır (Kanbay ve Üstün, 2009).

Birçok ülkede sağlık sektöründe devam eden yetersiz yatırım, çalışma koşullarının daha da kötüleşmesiyle neticelenmiştir. Bu durum sağlık personelinin istihdamı ve var olan personelin ise işte kalması, sağlık kurumlarının üretkenliği ve

dolayısıyla performansı, hastalardan alınan sonuçlar üzerinde ciddi anlamda olumsuz etki oluşturmuştur. Çalışma koşullarının iyi hale getirilmesi, çalışma yaşamına ilişkin psikolojik, ekonomik ve toplumsal gereksinimlerle, beklentilerin karşılanmasını, kurum tarafından ihtiyaç duyulan becerikli, etkili ve sürekli üreten insan gücünü de kaybetmemesini sağlayacaktır (Mollaoğlu ve ark., 2010).

Yapılan araştırmalar olumsuz hemşirelik çalışma ortamlarının hemşirelerde stres düzeyini (Aiken et al., 2002b; Zhang et al., 2014), tükenmişliği (Aiken et al., 2012) ve işten ayrılma niyetini (Rotberg et al., 2005; Coomber and Barribal, 2007) artırdığını; iş doyumunu (Aiken et al., 2012) ve örgütsel bağlılıklarını azaltarak işten ayrılmalara neden olduğunu (Zhang et al., 2014); bütün bu faktörlerinde hasta bakım sonuçlarını olumsuz etkilediğini (Rotberg et al., 2005) göstermektedir.

1.2.4. Hemşirelerin Çalışma Usulleri

Ülkemizde hemşirelerin çalışma usul ve esasları 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 4857 sayılı İş Kanunu ve Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre düzenlenmektedir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre çalışan hemşirelerin çalışma saati 1975 yılında aynen kabul edilerek kanunun 99. maddesine istinaden haftalık 40 saattir. 22/05/2003 tarih ve 4857 sayılı İş Kanunu'na göre çalışan hemşirelerin çalışma saati ise kanunun 63. maddesine istinaden haftalık 45 saat olarak belirlenmiştir. 13/01/1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin Yönetim Hizmetleri bölümünde Çalışma Düzeni ve Çalışma Saatleri başlığının 37. maddesine göre "Yataklı tedavi kurumlarında çalışmalar günün 24 saatinde kesintisiz olarak devam eder. Normal mesai saatleri dışındaki hizmetler, acil vak'aların muayene ve tedavisini acil ameliyat ve müdahalelerin yapılmasını ve yatmakta olan hastaların bakımlarının devamını kapsar" şeklinde belirtilmiştir. Yine aynı tarihte yayımlanan fakat 05/05/2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete ile değişiklik yapılan yönetmeliğin 38. maddesinde ise "Yataklı tedavi kurumlarında tüm personelin mesai başlama ve bitiş saatleri, hizmetin ve mahallin özelliği ve kurum personel kadrosu göz önüne

alınarak ilgili kanunlara göre Valilikçe belirlenir. Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir” şeklinde çalışma saatleri belirtilmiştir.

Tüm bu kanun ve yönetmelikler dikkate alınarak ülkemizde vardiyalı çalışma sistemlerini içeren farklı uygulamalar mevcuttur. Kurumların bir kısmında hemşireler 8 saatten oluşan üç vardiyalı (08:00-16:00; 16:00-24:00; 24:00-08:00) çalışma sisteminde çalışırken, bir kısmında çalışma saatleri 12 saatten oluşan (08:00-20:00; 20:00-08:00) vardiyalar, bir kısmında ise gündüzleri 8, akşamları ise 16 saatten oluşan (08:00-16:00; 16:00-08:00) vardiyalar şeklinde ya da 24 saati içeren nöbetler şeklinde çalışmaktadır (Bilazer ve ark., 2008).

1.2.5. Hemşire Eksikliği

Hemşireler; sağlık bakım sisteminin en büyük bileşeni, hasta güvenliği ve kaliteli hemşirelik uygulamalarının da odak noktasıdır. İdeal bir kurum ve çalışma ortamında, hemşireler kaliteli hasta bakımı için girişimler belirleyen ve rehberlik eden eşsiz bir rol sürdürürler. Hemşireler, kaliteli hasta bakım standartlarına ulaşmak için en üst düzeyde sorumluluk üstlenirler. Hemşireler, hemşirelik bakım yetkileri çerçevesinde hasta ihtiyaçlarını yeterli personelle desteklenerek verdikleri takdirde yüksek kaliteli hasta sonuçları sağlar (Cox et al., 2005). Hemşireliğin stresli bir meslek olmasına çalışma ortamındaki pek çok faktör katkıda bulunur. Bu faktörlerden biri de hemşire eksikliğidir (Aiken et al., 2002a; Al-Kandari and Thomas, 2008).

Sağlık alanında hizmet veren birçok organizasyonda hemşire eksikliği ve bunun hasta bakımına olumsuz etkisi artarak devam etmektedir (Cox et al., 2005). Çalışılan kurumda yetersiz istihdamın çalışan hemşirelerin çalışma saatlerini uzattığı (Badır and Herdman, 2008; O'Brian-Pallas et al., 2008) ve iş yükünü artırdığı (Aiken et al., 2002a; Al-Kandari and Thomas, 2008; O'Brian-Pallas et al., 2008)

bulunmuştur. Hemşire eksikliği, tüm dünyanın ortak sorunu olup; hemşirelerin kimi zaman kısa sürede pek çok işi yapması yönünde beklentiler oluşturmaktadır (Taşocak, 2014). Hastanelerde yeterli olmayan hemşire sayısı, hemşirelerin yanı sıra hasta bakımının kalitesini de etkiler. Yetersiz hemşire sayısı, hasta ihtiyaçlarının karşılanmasında zorluklara yol açar ve iş yerinde hemşirelerin artan baskı altında çalışmasına neden olur. Hemşirelerin iş memnuniyeti ve duygusal tükenmişlik durumu yetersiz personel sayısı ile ilişkilidir. Hemşirelerde ağırlaşan iş yükü tükenmişliği artırırken iş memnuniyetini azaltır ve fiziksel güvenliği tehdit ederek çalışma koşullarını olumsuz etkiler. Artan iş yüküne sahip hemşirelerde ve bu hemşirelerin bakım verdiği hastalarda kesici-delici alet yaralanma sıklığı ve hemşireler hakkında yapılan şikayetlerin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Aiken et al., 2002a; Bendak, 2003; Al-Kandari and Thomas, 2008; O'Brien-Pallas et al., 2008). Hemşire iş gücü analizleri, gelecekteki sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli sayıda hemşirenin çalıştırılması gerektiğini göstermektedir (Aiken et al., 2002a; 2008; 2010; Rafferty et al., 2007; Cai and Zhou, 2009; Hayes et al., 2012; Lu et al., 2012; You et al., 2013; Nantsupawat et al., 2015).

Hemşire sayısı ve bakım kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda, yeterli hemşire istihdamının hasta güvenliği ve hastalık/ölüm oranları üzerindeki etkisi ortaya konulmuştur (ICN, 2006). Needleman ve ark. (2002) hemşire personel düzeyleri ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere Amerika'daki 799 hastaneden alınan verilerle yapmış oldukları bir çalışmada; hemşire personel düzeyi ile ölüm oranları, hastane kaynaklı pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, sepsis, nazokomiyal enfeksiyonlar, basınç yaraları, üst gastrointestinal kanamalar, şok ve kardiyak arrest, ilaç uygulama hataları, düşmeler ve kalış gün süresinin beklenenden daha fazla olması arasında net bir ilişkiyi ortaya koymuştur.

1.3. İş Yüğü

İş yüğü; genel olarak çalışanların performansına ve gösterdiği tepkilere etki eden çeşitli baskılar olarak tanımlanmıştır. Toplam iş yüğü seviyesinin belirlenmesine yönelik bir araştırma modelinde iş yüğü konumsal, fiziksel, zihinsel ve çevresel olarak dört temel faktör üzerinden ele alınmış ve bu faktörlerin iş yükünü doğrudan etkilediği belirtilmiştir (Dağdeviren ve ark., 2005).

- *Konumsal iş yüğü (Vücut duruşlarına bağlı):* Elverişsiz konumun ve ters vücut hareketlerinin neden olduğu iş yüküdür. Çalışma esnasında uygun olmayan duruşların çalışan bireylerin üzerindeki iş yükünün artmasına sebep olacağı ifade edilmektedir (Jung and Jung, 2001; Akay ve ark., 2003; Dağdeviren ve ark., 2005).
- *Fiziksel iş yüğü:* Fiziksel çalışma gerektiren işlerde malzeme yönetiminin manuel olarak yapıldığı kısımdır. Bu bölümde iş yüğü, yükün ağırlığı, taşıma frekansı, taşıma mesafesi ve süresi ile bağlantılı olarak farklılık göstermektedir (Jung and Jung, 2001; Akay ve ark., 2003; Dağdeviren ve ark., 2005).
- *Zihinsel iş yüğü:* Karar verme, hesaplama, hatırlama, araştırma, arama ve iletişim kurma gibi algısal ve zihinsel aktivitelerden oluşan iş yüküdür. Zihinsel iş yükünün mevcut kaynaklar ile görevin talep ettiği kaynaklar arasındaki fark ile doğru orantılı olduğu yönünde genel bir görüş vardır. Bundan da çalışanın üzerindeki iş yükünün, talep edilen ve elde olan kaynakların farklılaştırılarak değişebileceği anlamı çıkarılmaktadır (Jung and Jung, 2001; Akay ve ark., 2003; Dağdeviren ve ark., 2005).
- *Çevresel iş yüğü:* Çalışma ortamının neden olduğu iş yüküdür. Bunlar gürültü, uygun olmayan sıcaklık, titreşim, aydınlatma, gaz ve toz gibi zararlı maddelerin etkisi ile ortaya çıkabilmektedir. Çalışanlar üzerinde bu tür çevresel faktörlerin oluşturduğu olumsuz etkiler birçok araştırmacı tarafından incelenmiş ve çevreden gelen güçlü ve sürekli etkinin kişinin bünyesinde olumsuz etki oluşturarak iş stresini

artıracağı tespit edilmiştir (Jung and Jung, 2001; Akay ve ark., 2003; Dağdeviren ve ark., 2005).

Greenhaus ve ark. (1989) tarafından iş yükü; çalışma ortamında belirlenen iş tanımlarının ve rollerin zorlayıcı olması olarak ifade edilirken, zorlayıcılık ise vardiya usulü çalışma, fazla mesai yapma, görevlerin üstesinden gelemeyecek kadar ağır olması olarak ifade edilmiştir. Bu tanımlamada iş yükü; görevin zor ve çalışma saatlerinin fazla olması açısından ele alınmıştır (Tayfur ve Arslan, 2012).

1.3.1. Hemşirelikte İş Yükü

Aşırı iş yükü, stres, ağır ve terminal dönemdeki hastalara bakım verme, duygusal destek verme zorunluluğu, stres, tutulan nöbet sayısının fazla olması, düzensiz çalışma saatleri ve bunların sonucu gelişen uyku bozuklukları sağlık çalışanları üzerindeki en büyük stres kaynakları olarak gösterilmektedir (Altay ve ark., 2010). Günümüzdeki ağır çalışma ve yaşam koşulları, hızlı değişimler ve gelişmeler tüm insanları etkilediği gibi aşırı iş yükü, tükenmişlik ve stres, iletişim sorunları daha çok hemşirelik gibi insanlarla sürekli iletişim halinde olan ve yüz yüze çalışan meslekleri daha çok etkilemektedir (Altay ve ark., 2010; Karadağ ve Cankul, 2015). Genel olarak hemşire iş yükünü etkileyen başlıca faktörler; çalışma ortamı, hemşire-hasta oranı, hastaların aciliyet durumu, bağımsızlık düzeyi, hasta sayısı, stres, görev tanımı, hemşirelik bakım hizmetlerinin yapısı, fazla mesai, vardiyalı çalışma, gece çalışma, teknolojik destek, klinik ve mesleki otonomi, hemşirenin beceri, bilgi ve tecrübesi gibi değişkenlerdir. Bu değişkenler hemşire de stresi ortaya çıkarırken, performansının düşmesine ve iş yükünün artmasına neden olur (Yıldırım and Aycan, 2008; Balanuye, 2014).

Bir klinikte hemşire iş yükünü etkileyen faktörlerin ilk sıralarında yer alan klinikte yatan hasta sayısıdır. Birimin genel doluluk oranı, mevsimsel değişiklikler, bayram tatilleri gibi uzun tatiller ve doğal felaketlerde klinikteki yatan hasta sayısı

değişiklik gösterebilir. Hemşire iş yükünü etkileyen faktörlerden bir diğeri; hemşirelerin üstlendiği destek hizmetlerdir. Birimdeki telefonlara bakma, malzeme temini, kayıt işleri, yemek dağıtma gibi hemşirelik uygulamaları dışındaki bu işlerin hemşireler tarafından sürdürülmesi halinde, hemşirelerin temel görevleri olan hasta bakımına kaliteli ve yeterli zaman ayırmaları imkansız hale gelmektedir. Diğer bir faktör ise hastaların bakım gereksinimleridir. Klinikte yatan hastaların 24 saatlik süreçte hemşirelik bakım gereksinimleri de hemşire iş yükünü etkilemektedir (Demirgöz Bal, 2014).

Yapılan farklı çalışmalarda, kliniklerde çalışan hemşirelerin doğrudan hasta bakımından fazla telefona yanıt verme, ilaç ve malzeme tedarikini sağlama (Oktay ve Tatar, 1994; TTB, 2005; Mousavifar and Nazari, 2008;), hastalara düzenlenmesi uygun görülen reçeteleri yazma, birime giriş-çıkışları kontrol etme (TTB, 2005) gibi dolaylı bakım uygulamalarına daha çok zaman ayırdıkları; gün içinde çalışma saatlerinin yaklaşık 1/3'ünü (Okumuş, 1991; Yıldırım, 2006) hatta yarısından da fazlasını (Oktay ve Tatar, 1994) dolaylı bakım uygulamaları ile geçirdikleri tespit edilmiştir. Vardiya bazında bakıldığında; bir vardiyada hasta başına bir saatten fazla, ünite ile ilgili dolaylı işlerin ise yaklaşık bir saat zaman aldığı bulunmuştur (Türkmen ve Uslu, 2011). Hastaların yaşam bulgularının takibi, solunum, beslenme, boşaltım, hijyen, eğitim ve tedavi uygulamaları gibi bakım gereksinimlerinin 24 saat boyunca yoğunluğu düşünüldüğünde, doğrudan bakım dışındaki işlevlerin hasta bakımını olumsuz etkilediği de belirtilmiştir (TTB, 2005; Mousavifar ve Nazari, 2008).

Kurumlar, zorlu uygulama ortamlarında bakım desteği yeteneği bakımından farklılık göstermektedir. İnsanlar, kaynaklar ve/veya yapılar eksik olduğunda, hemşirelerin mesleki sorumluluğu ile yeterli hasta bakımı sağlanması arasında bir çelişki oluşur. Örneğin yoğun iş yükü olan hemşirelerde, hastaların sadece fiziksel ihtiyaçları ile ilgili görevler için zaman ayrıldığında, hastaların psikososyal ve manevi ihtiyaçları tamamen karşılanamayabilir (Baumann et al., 2001) ya da bütüncül bakım sağlanamaz (Baumann, 2007).

Carayon ve Gürses (2008)'e göre hastanelerde çalışan hemşirelerin ağır iş yükü dünya sağlık bakım sisteminde büyük bir sorundur. Bunun dört temel nedeni vardır:

- Personel sayısının azaltılması ve fazla mesai artışı,
- Hemşireye olan talebin artması,
- Yetersiz hemşire tedariği,
- Hasta yatış gün süresinin kısaltılmasıdır.

Hemşire iş yükü, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için önemli bir ölçüttür (Aiken et al., 2002b; Balanuye, 2014). Carayon ve Gürses (2008)'e göre; hemşirelik iş yükü ölçümleri dört düzeyde sınıflandırılabilir. Bu ölçümlerin belirli bir hiyerarşiye göre olması gerekir, birim düzeyindeki ölçümlerin iş düzeylerine, iş düzeyindeki ölçümlerin ise hasta ve durum düzeylerine dahil edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu ölçümler;

1. *Hasta düzeyinde iş yükü:* Burada iş yükünü belirleyici olan hastanın klinik durumudur. Çeşitli hasta düzeyindeki iş yükü ölçümleri, hastanın klinik durumuna bağlı tedavi değişkenleri kullanılarak geliştirilmiştir (örn: Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)). Fiziksel iş, hastalık şiddeti ve iş yükü birbirleri ile bağlantılıdır (Carayon and Gürses, 2008; Eroğlu, 2011; Demirgöz Bal, 2014).
2. *İş düzeyinde iş yükü:* İş düzeyinde iş yükünün belirlenmesinde hemşirenin yaptığı işin özelliği ve türü önemlidir. Burada iş yükü çalışılan birimin özellikleri ve yapısına göre belirlenmektedir. Yoğun bakım hemşiresinin işleri ile ameliyathane hemşiresinin işlerinin karşılaştırılması gibi. Aynı zamanda iş düzeyinde iş yükü ölçümlerinde farklı uzmanlık ya da farklı iş unvanlarına göre de ölçüm yapılabilir. Fakat iş yükü çok boyutlu ve karmaşık bir yapıya sahip olması nedeni ile hemşire çalışma ortamındaki çeşitli kavramsal faktörlerden etkilenebilir. Yani iki farklı yoğun bakımda çalışan farklı iki hemşirenin iş yükü ölçüldüğünde, çalışma ortamındaki farklılıklara

bağlı olarak iş yükü düzeyleri farklı çıkabilmektedir. Bu iki hemşirenin iş yükü ölçümünde iş düzeyinde iş yükü ölçümleri yetersiz kalabilmektedir (Carayon and Gürses, 2008; Eroğlu, 2011; Demirgöz Bal, 2014).

3. *Birim düzeyinde iş yükü:* Birim düzeyinde iş yükünün ölçülmesinde sıklıkla hemşire-hasta oranı kullanılır. Hemşire-hasta oranı, hemşirelik personeli ile ilgili çalışılan birim ve hasta sonuçlarını mukayese etmek için kullanılabilir (Carayon and Gürses, 2008; Eroğlu, 2011; Demirgöz Bal, 2014).
4. *Durum düzeyinde iş yükü:* Diğer üç düzeydeki iş yükü ölçümlerinin alandaki eksikliğini ortadan kaldırmak için bu düzey geliştirilmiştir. Bir hemşireye verilen hasta sayısına ve hastanın klinik durumuna ek olarak, sağlık bakım sisteminin tasarımından dolayı bir hemşire tarafından tecrübe edilen iş yükü; durum düzeyinde iş yükü olarak açıklanabilir (Carayon and Gürses, 2008; Eroğlu, 2011).

1.3.2. İş Yükü ile İlgili Çalışmalar

Göçmen Avcı ve ark. (2013)'nın özel bir sağlık grup hastanesinde yer alan çeşitli yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin iş yükünü tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada yoğun bakımlarda, hemşirenin doğrudan hasta bakımı uygulamalarına ayırdığı zaman gece vardiyasında %34, gündüz vardiyasında ise %37'lik bir orana sahip iken, hemşirenin görevi olmayan uygulamalara ayrılan zaman gece vardiyasında %19, gündüz vardiyasında %15 gibi yüksek bir orana sahiptir. Çalışma sonucunda hemşirelerin doğrudan bakım uygulamalarına daha fazla zaman ayırabilmesi için yardımcı eleman istihdamı önerilmiştir. Kılıç ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada, cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin direkt hasta bakım ve tedavisine ayırdıkları sürenin, tıbbi onkoloji kliniğinde çalışan

hemşirelerin direkt hasta bakım ve tedavisine ayırmış oldukları süreden fazla olduğu görülmüştür. Bu sonucun nedeni olarak ise; tıbbi onkoloji kliniğinde yatan hastaların yanında refakatçi bulunması ve cerrahi yoğun bakımda yatan hastaların ise diğer klinikte yatan hastalara göre bakım gereksinimlerinin daha fazla olması önemli bir etken olarak gösterilmiştir.

Hastane acil servislerinde çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada; acil servis çalışanlarının yüksek düzeyde iş yüküne sahip oldukları ve iş yükünün tükenmişlik algısı üzerinde önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Demirkaya, 2014).

Nur (2011) tarafından kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumunu ve stres ilişkisini belirlemek için yapılan bir çalışmada; çalışılan birimler arasında acil müdahale ve hassas takip gerektiren hastaların bulunması nedeniyle iş yükünün daha fazla olmasına bağlı acil, kardiyoloji, kulak-burun-boğaz, beyin cerrahi, ortopedi ve ameliyathanenin diğer birimlerden daha stresli olduğu bulunmuştur.

Daha önce yapılan araştırmalar, birim düzeyinde artmış hemşire iş yükünün hasta sonuçlarını olumsuz etkilediğine dair güçlü kanıtlar sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda; hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça, bakım verilen hastaların bakım kalitesinde ve hemşirelerin iş doyumunda azalma olduğu belirtilmiştir (Aiken et al., 2002a; Aiken et.al., 2002b). Aiken ve ark. (2002b)'nın hemşire-hasta oranları ve önlenebilir hasta ölümlerinin ilişkisini tespit etmek için yapmış oldukları bir çalışmada; hemşire iş yüküne eklenen her bir cerrahi hasta için hemşire bakımı altında bir hasta ölüm oranı %7 artmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde yapılan başka bir araştırmada ise; bir hemşireye iki ya da daha az hasta verildiği durumlarda hemşirelerde tükenmişlik ve işten ayrılma niyetinin azaldığı, iş doyumunun arttığı bildirilmektedir (Kramer et al., 2011).

Özkoç (2005) tarafından özel bir hastanede, hastane çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, iş yükü fazlalığının hemşirelerin iş gücü verimliliğini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Hayes ve ark. (2006) tarafından yapılan hemşire devir hızı ile ilgili literatür incelemesinde, hemşirelerin işten ayrılmalarını belirleyen faktörler, çoğunluğu son beş yılda yapılmış 32 çalışma incelenerek değerlendirilmiş ve iş yükü, ilerleme fırsatları ve çalışma çizelgeleri, yönetim stili, yetkilendirme ve otonomi gibi kurumsal özelliklerin hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini etkilediği belirlenmiştir. Sürer'in (2009) hastanede çalışan hemşirelerde işgücü devir hızı ve ayrılma nedenlerinin incelenmesi ile ilgili yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları kurumdan ayrılmalarında rol oynayan, öncelikli beş ana neden sırasıyla; iş yükü fazlalığı, çalışma saatlerinin fazlalığı/uzunluğu, yönetimden memnuniyetsizlik, çalışma koşullarının kötülüğü ve işle ilgili streslerin fazlalığı olarak sıralanmıştır.

Hemşirelerin talep ettiği çalışma ile makul olarak sağlayabilecekleri çalışma arasındaki uyum eksikliği hemşirelerin sağlıklarını tehdit eder ve hastaları risk altına sokar. Zaman baskısı, çelişkili talepler, kesintiler, beceri ve bilgi eksiklikleri ve yetersiz ya da kullanılamayan kaynaklar, yüksek iş yükü ile daha da kötüleşir (Baumann, 2007).

1.3.3. İş Yükü Algısı

İş yükü algısı kavramı, bireyin çalışma ortamında üzerine yüklenen işin olması gerekenden fazla olduğuna dair algısıdır. Çoğu zaman, iş yükü kavramı matematiksel olarak hesaplanmadı ise bu kavramın algıya dayalı yani soyutsal olduğu söylenmiştir (Keser, 2006).

Literatürde, çalışanların çalıştıkları iş saati kadar; bu işlerin çalışan kişiler tarafından nasıl algılandığına da vurgu yapılarak, iş yükü algısı olarak adlandırılan yeni bir tanımın ortaya çıktığı belirtilmiştir (Tayfur ve Arslan, 2012).

Çalışanlar üzerindeki fiziksel, çevresel ve konumsal rahatsızlıkların neden olduğu baskı ile belirli bir zaman diliminde tanımlanan pek çok işi yapma durumunda olan bireylerde stresin oluştuğu, böylelikle iş yükü algısının artarak, uzun çalışma saatleri gibi etkenlerle çalışanın performansında düşüşe neden olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda yöneticiler ile astları arasında kişilik uyumsuzlukları varsa yöneticilerin bazı uygulama ve davranışları yönettiği çalışan tarafından olumsuz algılanarak, çalışma ortamının bozulmasına, ilişkilerin kötüye gitmesine ve bunlara bağlı olarak ise iş yükü algısının olumsuz yönde artmasına neden olduğu vurgulanmıştır (Cox et al., 2005). Yıldırım (2006) tarafından yapılan bir çalışmada; yönetici hemşireler tarafından servislerde sabit kadrolama sistemine göre hemşire çalıştırıldığı ve hasta bakım gereksinimlerine göre günlük hemşire planlamasının yapılmadığı, ayrıntılı olarak hemşirelik bakım planlarının uygulanmadığı, hemşirelerin zamanlarının çoğunu direk hasta bakım uygulamalarına ayırdığı, ancak; direk hasta bakım uygulamalarının çoğunun teşhise yönelik doktor uygulamalarını kapsadığı saptanmıştır (Yıldırım, 2006).

Bu tür olumsuz algıları önlemek için yönetici hemşireler, en karmaşık sorunları çözerek olumlu sonuca ulaşmak için, uygun motivasyon ve liderlikle bakım ekibini yönetmektedir. Kapsamlı bir bakım ile hedeflenen amaca ulaşmak için, sağlık ekibinin bir üyesi olarak güçlü bir hemşirelik ekibi olması söz konusudur. Amaca ulaşmada hemşireliğin amaç ve değerlerini, kurumun misyon, vizyon ve stratejik yönü ile birleştiren kurumun içerisindeki yöneticinin pozisyonu oldukça önemlidir. Hemşire yöneticisi, bir yandan ekip üyelerinin memnuniyetlerini ve ilişkilerini korurken, bir yandan da bakımın etkinlik ve maliyeti açısından da kalitesini en yüksek düzeyde tutmalıdır. Hemşire yöneticilerinin temel sorumluluğu, hasta bakımında kaliteyi sağlamak için hemşirelik vizyon ve misyonunu belirlemektir (Madenoglu Kıvanç ve Keskin, 2014).

AbuAlRub (2004) tarafından hemşirelerin performanslarına, yönetici hemşire desteği yanında meslektaş desteğinin de etkisini göstermek amacıyla 267 hemşire ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin çalışma ortamlarında kendi meslektaşları ve diğer sağlık çalışanlarından gördüğü desteğin artmasıyla iş performanslarının da anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmada hemşirelere yönelik sosyal desteğin artmasıyla hemşirelerin algıladıkları stresin önemli ölçüde azaldığı ve böylece iş yükü algısına dolaylı olarak olumlu yönde etki ettiği bulunmuştur.

1.4. Hemşirelik Bakımı

Türk Dil Kurumu'na göre bakım kavramı; “bakma işi, bir şeyin iyi bir durumda kalması ve iyi gelişmesi için verilen emek, birinin giyinme, beslenme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanmıştır.

Hemşireliğin temelini oluşturan bakım ve bakım verme, hemşirelik literatüründe; “bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleştirilmiş bir kişilerarası süreç” olarak tanımlanmaktadır (Suhonen et al., 2010a; Tekin, 2011).

Hemşirelik bakımındaki bakım kavramı, hemşirenin yardım edici rolü ve ilişkisel yönüyle ilgili yapılan bazı sistematik inceleme ve metaanaliz çalışmalarındaki sonuçlara göre; örneğin; Sherwood'ın (1997) yapmış olduğu 16 niteliksel araştırmayı içinde bulunduran metaanaliz çalışmasında; hastalar açısından bakım kavramı incelenmiş ve bu çalışmada bakım hastalar tarafından, hemşirelerin bilgi ve becerisi doğrultusunda yardım edici girişimlerde bulunulması, duygusal ve fiziksel sorunların çözülmesine yönelik iyileştirici bir etkileşim ve tedavi edici sonuçlar içeren bir durum olarak değerlendirilmiştir. Dinç (2010) tarafından aktarılmış bilgi olan; Cortis ve Kendrick (2003) ise hemşirelik bakımı ile ilgili yapmış oldukları çalışmada; bakımı niteleyen özellikleri insana özgü bir duygu, bir özellik, ahlaki yükümlülük, kişilerarası dinamik ve tedavi edici bir süreç olarak belirlemişlerdir (Dinç, 2010). Finfgeld-Connett (2008)'ın bakım ile ilgili yapmış

olduğu metaanaliz çalışmasında ise bakımın duyarlılık ve uzman hemşirelik uygulamaları ile karakterize olan kişilerarası bir süreç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bir sağlık disiplini olan hemşirelik, temelinde yardım kavramını barındırmaktadır. Sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmek, hemşireliğin hizmet amacı ve varoluş nedenidir. Hemşire, sağlıklı ya da hasta bireye, hemşireliğin bağımsız fonksiyonu olan bakım ile yardım sağlayarak hemşireliğin temelini oluşturur. Bireyler yaşamlarının herhangi bir noktasında bakım ile karşılaşmış olabilir. Bakım kavramı; hemşirelik işlevleri ile ilgili koruma, rahatlatma, sürdürme ve bilgilendirme gibi birçok eylemin hepsinde farklı ölçülerle yer almaktadır (Babadağ, 1997; Şahin, 2006). Sağlık hizmetlerinde bakımın ne derece karşılandığını gösteren kavram; hemşirelik mesleği olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin en önemli sorumlulukları hastaya bilimsel, teknik, kişisel ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda bakım vermektir. Profesyonel hemşire; yeni ortaya konulmuş araştırma bulgularının ışığı doğrultusunda bakıma ihtiyacı olan bireyin gereksinimlerini saptayan, saptadığı gereksinimlere göre bakım planını oluşturan ve bireye sunduğu bakımın mesuliyetini üstlenen otonom bir uygulayıcı pozisyonundadır (Meretoja et al., 2004a; Andrews et al., 2006; Demirgöz Bal, 2014). Hemşirelik uygulamalarının temelini bakım oluşturmakta ve sağlık alanında önemi her geçen gün artmaktadır. Profesyonel hemşirelik bakımının, hasta bireyde olumlu sonuçlarla sağlığına kavuşmasında önemli bir rolü vardır. Aynı zamanda hemşirelik bakımının yatan hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör olduğu da bilinmektedir (Madenoglu Kıvanç, 2014).

Hemşireler, bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin temel öğelerinden biri olması nedeniyle; hemşireler olmadan verilecek tıbbi hizmetler çok değişik ortamlarda sunulabilirken, hastanelerde sunulan hizmetin esas farklılığı; hemşirelik bakımına, bu nedenle de hemşirelik hizmetlerine olan gereksinimi göstermesidir. Yani hastaların hastanede yatarak tedavi olmalarının esas nedenlerinden biri hemşirelik bakım hizmetine olan ihtiyaçtır. Buna istinaden; yeterli hemşire istihdamının sağlanması, hasta ya da sağlıklı insanların gereksinimi olan kaliteli

hemşirelik bakımını verebilecek düzeyde ve sayıda hemşirenin sağlanmasını gerektirir (Ulusoy, 2008; Demirgöz Bal, 2014).

Hemşirelik organizasyonlarında önemli olan bakımın devamlılığının sağlanması, 24 saat boyunca ve bakıma ihtiyacı olan hastalara etkili bir bakım yönetiminin organizasyonunun sağlanmasıdır. Bakım organizasyonunun belirlenmesinde, hastaların bakım gereksinimleri kadar kurumun hemşirelik bakım felsefesinin, kurum kültürünün ve hasta bakımı için gerekli bakım malzeme ve ürünlerinin tedarik edilme durumunun da etkisi vardır. Ayrıca sorumlu hemşire, bakım organizasyonunu belirlerken; birimde yatan hastaların bakım ihtiyaçlarını, birimde çalışan hemşire sayısını, çalışan hemşirelerin beceri, bilgi ve tecrübe durumlarını, hasta profillerini ve bu hastaların günlük bakım sürelerini göz önünde bulundurur (Madenoglu Kıvanç ve Keskin, 2014). Hem hastaların hemşirelik bakımına en çok gereksinim duyduğu hem de hasta sirkülasyonunun fazla olduğu kliniklerden birisi cerrahi kliniklerdir. Cerrahi girişimler sonrasında, hastaların bakımının daha zaman alıcı ve daha kapsamlı olmasının yanında, hemşire sayısının yeterli olmaması durumunda hemşirelerin iş yükü artar ve bu da motivasyonlarının düşmesine neden olur. Bu kliniklerde çalışan hemşireler, her hastayı yakından takip etmeleri gerektiğinden ve iş yüklerinin fazla olmasından dolayı hasta bakımında bazı güçlükler yaşamaktadırlar (Karabulut ve Çetinkaya, 2011; Aksoy ve Polat, 2013). Diğer sağlık çalışanlarına göre yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ise, uzun bir zaman dilimi içerisinde şiddetli ağrısı olan hastalarla ve ölümlerle sık sık karşılaşmakta ve ağır hastalıklara sahip olan hastalara ve ailelerine hizmet vermektedirler. Bu durum hemşirelerin ağırlı, terminal dönemdeki hasta ve yakınları ile olan terapötik ilişkilerini bozabilmekte ve hemşirelerin fiziksel ve duygusal olarak zorlanmalarına neden olabilmektedir (Aksoy ve Polat, 2013).

1.4.1.Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş \ Bireye Özgü Bakım

Bireye özgü ya da bireyselleştirme kavramı; hemşirelik bakımının hasta bireyin değerleri, duyguları, inançları, deneyimleri, tercihleri, düşünceleri ve algılarına göre uyarlanması olarak tanımlanır (Suhonen et al., 2000; Radwin and Alster, 2002; Suhonen et al., 2005b; Acaroğlu ve ark., 2007).

Bireyselleştirilmiş bakımın önemi, hastalar ve hemşireler tarafından yüksek kaliteli bakımın sağlanması için yararlı bir amaç olarak kabul edilmiştir (Teeri et al., 2006; Suhonen et al., 2008; Berg et al., 2012). Bireyselleştirilmiş bakımın evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı hala zor olsa da, her bireyin benzersizliğini tanıyan, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için özelleştirilmiş bakım sunumunun önemini savunan bir fikir birliği var olarak kabul edilmektedir (Radwin and Alster, 2002; Berg et al., 2012). Literatürde yaygın kullanılan bir tanımında; bireyselleştirilmiş bakım, hastaların klinik ve kişisel yaşam durumlarında bireysel özelliklerini ve hastanın kendi bakımı üzerindeki karar kontrollerini dikkate almaktadır (Radwin and Alster, 2002; Suhonen et al., 2005a; Berg et al., 2007; Berg et al., 2012). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, belirli bir zamanda belirli bir hastanın ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanmıştır. Bireyselleştirme genellikle hemşirelik bakımının önemli bir özelliği olarak gösterilir (Radwin and Alster, 2002). Bireyselleştirilmiş bakım; birbirinden farklı tutum, inanç, değer, duygu, düşünce, deneyim, algı ve tercihe sahip bireylerin eşsizliğine, onuruna, bütünlüğüne bireyselliğine saygı duyarak, haklarını göz önünde bulundurarak, açıklık, anlayış güven, sorumluluk, içtenlik gibi tutumlarla bireye bakımın sunulmasıdır (Acaroğlu, 2010).

Hasta merkezli bakım 1960'ların sonlarına doğru uzanan uzun bir geleneğe sahiptir ve bazı kökleri Florance Nightingale'nin çalışmalarında da önerilmektedir. 1970' lerde hasta merkezli bakımın popülaritesi artmış, fakat bu kavram son yirmi yılda dikkatleri çekmektedir. Hasta merkezli bakım, hastayı hastalık ortamından daha çok ihtiyaçları, değerleri, kişiliği kabul edilen ve saygı gören, bakım sürecinin tam

merkezinde hastayı algılama gereksinimlerini vurgular. Bu da etkili bir şekilde sağlık bakımının artık standartlaştırılmadığı ya da hastalık odaklı olmadığı; aksine; bütüncül, bireyselleştirilmiş, bireye uygun hale getirilmiş, bireye saygılı ve güçlendirici olduğu anlamına gelmektedir. Hasta merkezli bakım, sağlığın teşvikine odaklanmaya ek olarak; hastalıkta sosyal ve psikolojik faktörleri yansıtan geniş bir bakış açısı gerektirir (Lauver et al., 2002; Robinson et al., 2008; Morgan and Yoder, 2012; Koberich and Farin, 2015).

İngiltere’de ilk kez Roper tarafından oluşturulan Yaşam Modeli daha sonra Roper, Logan ve Tierney tarafından üzerinde çeşitli çalışmalar yapıldıktan sonra modele son şekli verilmiştir. Roper, hemşirelikte his ve rastlantılar yerine, beşeri özelliklere dayalı bakımı oluşturmuş; herkesçe sonucu aynı olan, ölçmeye dayanılarak yapılan olay ve etkinliklere daha çok odaklanmanın gerekliliğine inanmış ve hemşirelik hizmetlerini bu kanılara göre temellendirmiştir. Bu modelle birey merkezli bakım öne çıkarılmış ve bireyin bakıma katılımı vurgulanmıştır (Roper et al., 2006; Kaya, 2008).

Yaşam Modelinin Öğeleri (Roper et al., 2006; Kaya, 2008; Vicdan ve ark., 2015):

- 1) *Günlük Yaşam Aktiviteleri*: Yaşam modelinde hemşirelik; “Günlük Yaşam Aktiviteleri ile ilişkili sorunları önlemesi, azaltması veya çözümlemesi, sorunların çözümünde olumlu baş etme yöntemlerini kullanması için bireye yardım etmek” olarak tanımlanmıştır. Yaşam modelinde günlük yaşam aktiviteleri; güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma-eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku ve ölüm olarak toplam 12 tanedir.
- 2) *Yaşam Süresi*: Yaşam döllenme ile ölüm arasındaki süreçtir. Hemşire doğumdan ölüme kadar insan hayatının birçok aşamasında sağlığın korunması, geliştirilmesi ve devamının sürdürülmesinde ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Diğer yandan bireyin içinde bulunduğu yaşam evresi göz önüne alınarak verilen hemşirelik

bakımı daha etkili olmakta ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

- 3) *Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi*: Hemşire, bireyin her bir günlük yaşam aktivitesindeki bağımlılık/bağımsızlık düzeyini tanımlar ve elde ettiği veriler doğrultusunda bireyin yardım gereksinimlerini belirler ve nasıl bir hemşirelik bakımına gereksinimi olduğunu tespit eder.
- 4) *Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Etmenler*: Yaşam Modelindeki bu öge, insanların Günlük Yaşam Aktivitelerini neden birbirlerinden farklı olarak gerçekleştirdiklerini açıklamaktadır. Bu aktiviteleri etkileyen etmenler; biyo-fizyolojik etmenler (yaş, genetik, hastalık/sağlık durumu, beden işlevlerinin durumu gibi), psikolojik etmenler (bireyin kişilik özellikleri, entelektüel becerileri, tutum ve davranışları, ruhsal durumu ve huy, mizaç gibi bireysel özellikler gibi), sosyo-kültürel etmenler (bireyin inanç ve değerleri, statü ve rolleri, bulunduğu sosyal yapının özellikleri, kültürleri, eğitim düzeyleri ve sosyal ilişkileri gibi), çevresel etmenler (bireyin yaşadığı yerdeki atmosfer özellikleri, hayvanlar, bitkiler, yapay çevre koşulları, iklim ve coğrafi etmenler, giysileri, yaşadığı ortam gibi), politiko-ekonomik etmenler (bireyin aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde devlet ve yasaların etkisi, bireyin yaşadığı ülkenin ekonomik özellikleri ve kendi maddi yeterliliği, yaşam şekli gibi) olarak beş grupta ele alınmıştır.
- 5) *Yaşamda Bireysellik / Bireye Özgü Hemşirelik Bakımı*: Yaşam modelinde her ne kadar yaşam sade ve basit bir şekilde ele alınmış olsa da; her bireyin yaşamı farklı bir biçimde yaşadığı özelliklerle belirtilmiştir. Her bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirdiği, ancak bütün bireylerin aktiviteleri farklı bir şekilde gerçekleştirdiği belirtilir. Bireyin yaşam aktivitelerini nasıl, hangi sıklıkta, nerede, ne zaman, neden/niçin gerçekleştirdiği, yaşam aktiviteleri konusunda ne bildiği, bu konuda ne tür inançlara sahip olduğu ve aktivitelere karşı hangi tutum ve davranışları sergilediği gibi sorularla bireysel hemşirelik bakımının hemşirelik süreci kullanılarak düzenli bir şekilde verilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Hemşire, hastanın inançlarını, kültürel değerlerini, ihtiyaçlarını ve rahatsızlığının ne olduğunu göz önüne alarak bakım uygulamalıdır. Böylelikle bireye özgü hasta bakımını yaparak istenen sonuçlara rahatlıkla ulaşabilecektir. Bakımla ilgili hemşirelik davranışları; dinleme, dokunma, hastayı tanıma\bilme, hastanın yanında olma ve şefkati içerir. Dinleme, hastanın söylediği sözleri olduğu gibi algılamak yerine hastanın sözlerini yorumlayarak anlayıp, anladığını hastaya göstermektir (Madenoglu Kıvanç, 2014).

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesinde güçlü bir temele sahiptir. Bireyselleştirilmiş bakımın ihtiyacı ve temeli iyi belirlenmiş, ancak yine de hastaların bakımlarında kişilik algıları ve tercihleri hakkında çok az şey bilinmektedir (Land and Suhonen, 2009). Hastalar için bireysel olarak bakılmak oldukça önemli olmasına ve olumlu hasta sonuçlarının ortaya konulmasında etkili olmasına rağmen, hemşirelik bakımının sunumu her zaman böyle değildir (Radwin, 2000; Suhonen et al., 2002; Land and Suhonen, 2009). Wilkin ve Slevin (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler, fiziksel bakımın yanında duygusal ihtiyaçlarında karşılanmasını bütünleştirilmiş insancıl bakım olarak tanımlamıştır. Bakım kavramının merkezinde hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için bütüncül, tedavi edici ve bireyselleştirilmiş bir müdahale süreci yer almaktadır. Hemşirelik bakımının uygulanmasında günümüzde, standartlaştırılmış protokollerden yararlanma eğiliminin giderek arttığı ve bir birey olarak hastanın kendine özgüllüğünün göz ardı edildiği gözlemlenmektedir. Oysaki bakımını üstlendikleri bireylerin eşsizliğine ve bireyselliğine hemşireler saygı duyma sorumluluğuna sahip olmalıdır. Hemşirelik bakımında bireyselliğin sağlanması ve devam ettirilmesi, hasta bireyin tüm boyutlarının değerlendirilmesi ile saptanan sorunların çözüme ulaştırılmasına yönelik yardım işlevlerinde, girişimlerin bireye özgü olarak planlanıp uygulanması ve hastanın da bakım kararlarına katılması ile mümkündür. Aynı zamanda bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik girişimlerini ve kişilerarası yaklaşımları tespit etmek için, sağlıklı ya da hasta bireyin otonomisinin ve bireyselliğinin de göz önünde bulundurulmasını içerir. Hasta bireyin bakımı için hastaya özgü bireyselleştirilmiş bir girişimin içeriğini önceden belirlemek hemen hemen imkansızdır. Hasta ile hemşire iletişimi sonucu olarak bireyselleştirilmiş bir

girişim ortaya çıkar (Lauver et al., 2002; Suhonen et al., 2005b; Acaroğlu ve ark., 2007).

Hastayla hemşire arasındaki iletişim, bireyin hastalık ya da herhangi bir yetersizlik durumunda kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerine yardımcı olmayı hedeflerken, bireyin genel sağlık durumu, kişisel durum, kapasite ve karar verme tercihleri gibi etkenlerin bakım ve bakım planlamasına katılımı ile hemşirelik bakımı bireysel ve kişiye özel olmaktadır. Bireyin bütünlüğünün ve kişisel özelliklerinin bakıma katılma oranıyla bakımın bireyselleştirilme oranı artmaktadır. Yani hastanın kişisel özellikleri bakıma ne kadar çok dahil edilirse, bakımın kişiselliği de o oranda artmaktadır (Suhonen et al., 2000; Tekin, 2011).

Bireyselleştirilmiş bakım, bakım ihtiyaçları belirlendiğinde bireyin bireyselliğini ve bağımsızlığını korumaktadır. Bireysel bakımı sağlamak için, hemşireler ilk olarak hastanın eşsiz bir birey olduğunu bilmeli ve hemşirelik girişimlerini de hastanın ihtiyaçlarına, yeteneklerine ve özel isteklerine göre düzenlemelidir ve böylelikle hastalara aynı tanımlara sahip olsalar bile farklı hemşirelik bakımı uygulanacaktır. Çünkü hastaların bireysel özellikleri, yaşam deneyimleri, hastalıklara vermiş oldukları tepkileri ve bakım ihtiyaçları farklılık göstermektedir (Lauver et al., 2002; Radwin and Alster, 2002; Suhonen et al., 2002; Lau-Walker, 2006; Acaroğlu et al., 2010).

Bireyselleştirilmiş bakım, bireyin benzersizliğini ve bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için özel olarak hazırlanmış bakımı sağlamanın önemini kabul ederek (Radwin and Alster, 2002; Charalambous et al., 2010) hemşirelik bakımının kalitesi ve etkinliğinin geliştirilmesinde merkezi bir rol oynar (Mitchell et al., 1998; Waters and Easton 1999; Radwin, 2000; Attree, 2001; Dozier et al., 2001; Lauver et al., 2002; Suhonen et al., 2002; 2007; Schmidt, 2003; Berg et al., 2007). Bakımın bireyselleştirilmesi, hastaların bireyselliklerini hesaba alırken; hastaların kişilerarası ilişkilerini ve hastalık-sağlık yönetim davranışlarını belirlemek için yeteneklerine olanak sunar (Idvall et al., 2012) ve daha uygun tedaviye ve dolayısıyla da bakım kısıtlamalarına uyum, hareketliliğin geliştirilmesi, iyileşme, günlük yaşam

aktivitelerini gerçekleştirme gücü ve hasta memnuniyeti gibi daha iyi hasta sonuçlarına neden olur (Stewart et al., 2000; Ward et al., 2000; Miller and Spilker 2003; Schmidt, 2003; Suhonen, 2005b; Acaroğlu ve ark., 2007; Berg et al., 2007; Suhonen et al., 2008; 2011a). Bireyselleştirilmiş bakımın hastaların üzerinde oluşturduğu bu sonuçlar ile birlikte hemşirelerde de iş doyumunu, motivasyonu artırdığı ve etik davranışları desteklediği ortaya çıkmıştır (Suhonen et al., 2011a).



2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırma Tipi

Çalışma, hemşirelerin bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2.Araştırmanın Yeri

Çalışma Afyonkarahisar il ve ilçe merkezlerinde bir üniversite, bir özel ve altı devlet olmak üzere sekiz hastanenin (Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Hastanesi, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Dinar Devlet Hastanesi, Sandıklı Devlet Hastanesi, H.İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi, Çay Devlet Hastanesi, İscehisar İlçe Devlet Hastanesi ve Özel Park Hayat Hastanesi) yataklı birimlerinde çalışan hemşirelerin katılımı ile yapılmıştır.

2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın ana kütesini, Afyonkarahisar merkez ve ilçelerinde bulunan hastanelerde Mart-Mayıs 2016 tarihleri arasında çalışan kurum hemşireleri oluşturmaktadır. Buna göre ana kütle hacmi, yaklaşık olarak 1573 hemşire olarak belirlenmiştir. Bu çerçevede, örneklem büyüklüğüne yönelik sonlu ana kütle ($N < 10.000$) ve nicel araştırmalar için önerilen (Özdamar,2001; Ural ve Kılıç, 2013) $n = N s^2 Z_{\alpha}^2 / [(N-1)d^2 + s^2 Z_{\alpha}^2]$ formülü kullanılmış olup; 0,05 anlamlılık düzeyi, etki büyüklüğü (d) 0,15 ve standart sapma değeri (s) 1,5 olarak alınıp minimum örneklem büyüklüğü 309 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, örneklem büyüklüğü için güç analizi yapılmış olup 0,80 düzeyinde bir güç (1-β) için 0,05 anlamlılık düzeyi, etki büyüklüğü (d) 0,15 olarak

alınıp minimum örneklem büyüklüğü 343 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada Likert tipi ölçekler kullanılmış olup, etki büyüklüğünün belirlenmesinde, Likert tipi derecelendirmenin kullanıldığı ve güç analizi için etki büyüklüğünün 0,15 olarak alındığı bazı çalışmalar (Hong, 2015; Kang, 2015) referans alınmıştır. Bu kapsamda eksik, hatalı veriler dikkate alınarak örneklem hacmi 375 olarak belirlenmiştir.

Anketin yapıldığı Mart-Mayıs 2016 tarihleri arasında çalışmaya alınan hastanelerin yataklı birimlerinde çalışan, resmi olarak izinli olmayan, en az 6 (altı) aydır bulunduğu birimde hemşire olarak çalışıyor olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 424 hemşireye ulaşılmış ve çalışmaya dahil edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında

- Hemşire tanıtım bilgi formu (EK1)
- Bireysel iş yükü algı ölçeği (BİYAÖ) (EK2)
- Bireyselleştirilmiş bakım ölçeği-Hemşire A (BBÖ-Hemşire A) (EK3)

2.4.1. Hemşire Tanıtım Bilgi Formu (EK1)

Verilerin toplanmasında kullanılan hemşire tanıtım bilgi formunda hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik; hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durumu, çalıştıkları kurum, çalışma yılları, çalışma şekilleri, mesleğini sevme durumu, mesleki sertifikaya sahip olma durumu gibi toplam 22 soru bulunmaktadır.

2.4.2. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği-Revize (BİYAÖ-R) (EK2)

Ölçek, Cox tarafından 2003 yılında 46 madde olarak geliştirilmiş ve orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayıları alt boyutlar için 0,61 - 0,83 arasında hesaplanmıştır (Cox, 2003; Cox et al., 2010).

Cox ve ark. tarafından 2006 yılında faktör analizi yoluyla sonuç olarak genel hemşire memnuniyetini yansıttığı tespit edilen 32 maddenin ortalaması olarak rapor edilmiş ve 32 maddeye düşürülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur (Cox et al., 2006; 2010). Yine Cox ve ark. tarafından 2010 yılında ölçeğin devam eden doğrulamasına dayanarak, ölçekte düzenlemeler yapılmış ve ölçek son haliyle 29 maddeye düşürülmüştür. Revize Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği olarak adlandırılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93'dür (Cox et al., 2010).

Taiwan'da Lin ve ark. (2011) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak belirlenmiş ve ölçek Taiwan'da 24 maddeye düşürülmüştür.

BİYAÖ'nün 31 maddeyi içeren şekli Türkiye'de Saygılı (2008) tarafından Türkçe çevirisi yapılmış ve bir akademisyen tarafından dil geçerliği incelenmiştir. Yine aynı ölçeğin güvenirlik çalışması Saygılı ve Çelik (2011) tarafından yapılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan Revize Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Özyürek ve Kılıç (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,923 olarak bulunmuştur.

Ölçek 29 maddeden oluşan 5'li likert tipte bir ölçek olup "1=hiç", "2=az," "3=orta", "4=çok", "5=tam" şeklinde puanlandırılır. Olumsuz olan maddeler (24, 25, 27 ve 29. maddeler) ters kodlanarak hesaplanmaktadır. BİYAÖ'nün her bir maddesinden alınabilecek madde puan ortalamaları en az 1, en fazla 5'dir. Tüm soruların toplamı ise genel hemşire memnuniyetinin sonucunu vermektedir. Maddelerin toplam puanlarının yüksek olması hemşirelerin bireysel iş yükü algısının

(çalışma ortamı algılarının) yani genel hemşire memnuniyetinin olumlu olduğunu göstermektedir (Cox et al., 2010).

Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır:

- 1) *Meslektaş desteği (1-6. maddeler):* Hemşirelerin birbirleriyle olan ilişkilerini tanımlar. Çalışma ortamında meslektaşlar arasındaki ilişkileri, desteği ve uyumu değerlendirmektedir (Cox et al., 2006; 2010).
- 2) *Birim desteği (7-12. maddeler):* Hemşirelerin işlerini yapmak için ihtiyaç duydukları malzeme ve hizmet desteğine hangi ölçüde sahip oldukları konusundaki algılarını ölçmektedir (Cox et al., 2010).
- 3) *Yönetici desteği (13-20. maddeler):* Hemşirelerin ihtiyaçları hakkında duydukları endişe ve yöneticilerinin hangi ölçüde yardımcı olduğu konusundaki algılarını değerlendirmektedir (Cox et al., 2007).
- 4) *Doğrudan iş yükü (21-24. maddeler):* İş yükünün, çalışma ortamında nasıl bir baskı ve aciliyetin hakim olduğunun göstergesidir. Beklentinin fazla olması ve kaynağın yetersiz olması ya da her ikisinin bir arada olması iş baskısının artmasına neden olabilir. Örneğin; hastaların hastanede kalış gün sürelerinin kısaltılması, hemşirelerin hastalarıyla bireyselleştirilmiş bakıma izin veren ilişkilerini geliştirmeleri için daha az fırsat ve daha az zaman geçirmeleri anlamına da gelmektedir. Bu nedenle hastalarına iyi ve güvenli bakımı sağlayamayacaklarını düşünen hemşireler zamanla bitkinleşir ve işi bırakmayı düşünebilir. İş yükü alt boyutu aynı zamanda hemşirelerin bu tür duygularını da ölçmektedir (Cox et al., 2010).
- 5) *İşte kalma niyeti (25-29. maddeler):* Hemşirelerin önümüzdeki bir yıl içinde mevcut konum ya da kurumlarında kalma niyetlerini ölçen öngörülü bir alt boyuttur. İlk dört alt boyutun (meslektaş, yönetici, birim desteği ve doğrudan iş yükü) her biri hemşirelerin iş yükü algısını

ölçmekte iken işte kalma niyeti alt boyutu ise ilk dört alt boyutun (meslektaş, yönetici, birim desteği ve doğrudan iş yükü) birleşimidir. Yani genel işte kalma niyeti diğer alt boyut algılarının etkisi sonucunda oluşur (Cox et al., 2007; Cox et al., 2010).

2.4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-Hemşire A (BBÖ-Hemşire A) (EK3)

BBÖ-Hemşire versiyonu, sağlık bakımı sunulan ortamlarda, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım hakkındaki algılarını değerlendirmek için 2007 yılında Suhonen ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Suhonen et al., 2010c). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şendir ve ark. tarafından 2010 yılında yapılmış ve Türkçe ölçeğin Cronbach alfa katsayısı BBÖ-Hemşire A için 0,77 ve BBÖ-Hemşire B için 0,88'dir. Ölçeğin birinci bölümünde bakım yapan hemşirelerin genel olarak bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini hangi ölçüde destekledikleri (BBÖ-Hemşire A), ikinci bölümünde ise son vardiyalarında bakım verdikleri bilinçli hastaların bakımını bireyselleştirme algıları (BBÖ-Hemşire B) değerlendirilir (Acaroğlu ve Şendir, 2012). Çalışmada BBÖ-Hemşire A versiyonu kullanılmıştır.

BBÖ-Hemşire A, 17 maddeden oluşan 5'li likert tipte bir ölçek olup "1=hiç", "2=az", "3=orta", "4=çok", "5=tam" şeklinde puanlandırılır. BBÖ'nün her bir maddesinden alınabilecek madde puan ortalamaları en az 1, en fazla 5'dir. Puanların yüksek olması hemşirelerin genel olarak verdikleri bakımlarda hastaların bireyselliklerini daha fazla desteklediklerini gösterir.

Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır (Acaroğlu ve Şendir, 2012):

- 1) *Klinik durumda bireysel özellikler (Klin A) (A01-A07. maddeler):* hasta bireyin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığının kendisi için anlamını içeren maddelerden oluşmaktadır.

- 2) *Hastanın kişisel yaşam durumu (Kiş A) (A08-A11. maddeler)*: Hasta bireyin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağlarının yanı sıra işi ve hastane deneyimi gibi özel bilgileri içeren maddelerden oluşmaktadır.
- 3) *Karar verme kontrolü (Kar A) (A12-A17. maddeler)*: Hasta bireyin duyguları, düşünceleri, isteklerini yansıtan ve kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlayan, bilgiye temellenmiş olan maddelerden oluşmaktadır.

2.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri Statistical Package for Social (SPSS) 18.0 programı kullanılarak Afyon Kocatepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde dağılımları ile verilmiştir. Bireysel iş yükü ve bireyselleştirilmiş bakım algıları frekans, yüzde dağılımı ve aritmetik ortalama şeklinde verilmiştir. Bireysel iş yükü algısının (BİYA) bireyselleştirilmiş bakım algısı (BBA) üzerindeki etkisini incelemek için Pearson korelasyon analizi ve regresyon modeli uygulanarak sonuçlar yorumlanmıştır. Sonuçların yorumlanmasında ise 0,05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak alınmıştır.

2.6.Araştırmanın Etiği

Çalışmanın yürütülebilmesi için,

- Afyonkarahisar ilinde yer alan Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden, Afyonkarahisar Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ve Afyonkarahisar Özel Park Hayat Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izinler alınmıştır (EK6, EK7, EK8). Hastanelerin başhemşireleri/ hemşirelik hizmetleri müdürleri/ sağlık bakım hizmetleri müdürleri ile görüşülerek bilgilendirme yapılmış ve araştırmaya başlanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında, hemşirelere araştırma hakkında bilgi

verilerek, çalışmaya katılımda gönüllülüğün esas olduğu belirtilmiş ve kendilerinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

- BİYA'y geliştiren Karen Cox'dan e-posta yolu (EK9) ile izin alınmıştır.
- Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25/02/2016 tarih-2016/785-25 sayılı kararı (EK4) ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Başkanlığı'nın 26/02/2016 tarih-2016/09 sayılı kararı (EK5) ile etik onayı alınmıştır.



3.BULGULAR

3.1.Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın örneklem grubunda yer alan hemşirelerin bireysel özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 3.1.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1.1.Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	366	86,3
	Erkek	58	13,7
Yaş	24 ve altı	125	29,5
	25-34	119	28,1
	35-44	162	38,2
	45 ve üzeri	18	4,2
Eğitim	Lise	118	27,8
	Ön lisans	140	33,0
	Lisans	150	35,4
	Yüksek lisans	16	3,8
Medeni Durum	Evli	251	59,2
	Bekar	173	40,8
Çocuk Sayısı	Yok	196	46,2
	1	70	16,5
	2	125	29,5
	3	28	6,6
	4 ve üzeri	5	1,2
Toplam		424	100

Tablo 3.1.1’deki bulgulara göre çalışmaya katılan hemşirelerin bireysel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %86,3’ünü kadınlar, %13,7’sini ise erkekler oluştururken, %29,5’inin 24 yaş ve altı, %28,1’inin 25-34 yaş, %38,2’sinin 35-44 yaş, %4,2’sinin 45 yaş ve üzeri olduğu belirlendi. Hemşirelerin %35,4’ü lisans, %33’ü ön lisans, %27,8’i lise ve %3,8’i yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin %59,2’sinin evli, %40,8’inin bekar olduğu, %46,2’sinin çocuk sahibi olmadığı, %16,5’inin bir, %29,5’inin iki, %6,6’sının üç, %1,2’sinin ise dört ve üzeri çocuğa sahip olduğu görüldü (Tablo 3.1.1).

Çalışmaya katılan hemşirelerin görev yerlerine göre dağılımı Tablo 3.1.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.1.2.Hemşirelerin görev yerlerine göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı (n)	Yüzde(%)
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	111	26,2
	Merkez Devlet Hastanesi	212	50,0
	İlçe Devlet Hastanesi	55	13,0
	Özel Hastane	46	10,8
Kurum Yatak Kapasitesi	< 200	101	23,8
	500 ve üzeri	323	76,2
Görevi	Sorumlu Hemşire	40	9,4
	Servis Hemşiresi	302	71,3
	Yoğun Bakım Hemşiresi	82	19,3
Çalışılan Birim	Dahili Birimler	213	50,3
	Cerrahi Birimler	124	29,2
	Yoğun Bakım Ünitesi	87	20,5
Toplam		424	100

Tablo 3.1.2’de çalışmaya katılan hemşirelerin görev yerlerine göre dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %50’sinin merkez devlet hastanesinde, %26,2’sinin üniversite hastanesinde, %13’ünün ilçe devlet hastanesinde, %10,8’inin ise özel hastanede çalıştığı, %76,2’sinin çalıştığı kurumun yatak kapasitesinin 500 ve üzeri, %23,8’inin ise 200’den az olduğu görüldü. Hemşirelerin %9,4’ü sorumlu hemşire, %71,3’ü servis hemşiresi ve %19,3’ü ise yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmakta olup, %50,3’ü dahili, %29,2’si cerrahi ve %20,5’inin de yoğun bakım ünitelerinde görev yaptıkları görülmektedir (Tablo 3.1.2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı Tablo 3.1.3’de sunulmuştur.

Tablo 3.1.3.Hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı (n)	Yüzde(%)
Toplam Çalışma Yılı (süre)	<1	32	7,5
	1-5	138	32,5
	6-10	97	22,9
	11-15	55	13,0
	16 ve üzeri	102	24,1
Kurumda Çalışma Yılı (süre)	<1	86	20,3
	1-5	204	48,1
	6-10	70	16,5
	11-15	27	6,4
	16 ve üzeri	37	8,7
Birimde Çalışma Yılı (süre)	<1	124	29,2
	1-5	221	52,1
	6-10	48	11,3
	11-15	15	3,5
	16 ve üzeri	16	3,8
Toplam		424	100

Tablo 3.1.3’te çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı incelendiğinde; hemşire olarak toplam çalışma süresinin %7,5’inin 1 yıl ve daha az, %32,5’inin 1-5 yıl, %22,9’unun 6-10 yıl, %13’ünün 11-15 yıl, %24,1’inin ise 16 yıl ve üzeri olduğu, kurumda çalışma süresinin %20,3’ünün 1 yıl ve daha az, %48,1’inin 1-5 yıl, %16,5’inin 6-10 yıl, %6,4’ünün 11-15 yıl, %8,7’sinin 16 yıl ve üzeri, birimde çalışma süresinin %29,2’sinin 1 yıl ve daha az, %52,1’inin 1-5 yıl, %11,3’ünün 6-10 yıl, %3,5’inin 11-15 yıl, %3,8’inin 16 yıl ve üzeri olduğu görüldü (Tablo 3.1.3).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma usullerine göre dağılımı Tablo 3.1.4’de sunulmuştur.

Tablo 3.1.4.Hemşirelerin çalışma usullerine göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı (n)	Yüzde(%)
Servis Değişikliği Sayısı	Yok	239	56,4
	1 kez	109	25,7
	2 kez	30	7,1
	3 kez	23	5,4
	4 ve üzeri	23	5,4
Günlük Mesai Süresi	8 saat	142	33,5
	16 saat	137	32,3
	24 saat	145	34,2
Vardiya Türü	Sadece Gündüz	56	13,2
	Sadece Gece (16-24saat)	94	22,2
	Gündüz ve Gece Dönüşümlü	274	64,6
Aylık Nöbet Sayısı	Yok	61	14,4
	1-2	27	6,4
	3-4	52	12,3
	5-6	121	28,5
	7 ve üzeri	163	38,4
Toplam		424	100

Tablo 3.1.4’de çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma usullerine göre dağılımı incelendiğinde; %56,4’ünün hiç servis değişikliği yapmadığı, %25,7’sinin bir, %7,1’inin iki, %5,4’ünün üç yine %5,4’ünün de dört kez ve üzeri servis değişikliği yaptığı, %33,5’inin günlük mesai süresinin 8 saat, %32,3’ünün 16 saat, %34,2’sinin ise 24 saat olduğu, vardiya türü olarak %13,2’sinin sadece gündüz, %22,2’sinin sadece gece (16-24 saat) ve %64,6’sının ise gece ve gündüz dönüşümlü olarak çalıştığı görüldü. Hemşirelerin %14,4’ünün hiç nöbet tutmadığı, %6,4’ünün aylık nöbet sayısının 1-2, %12,3’ünün 3-4, %28,5’inin 5-6, %38,4’ünün 7 ve üzeri olduğu görüldü (Tablo 3.1.4).

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki gelişim durumlarına göre dağılımı Tablo 3.1.5’de sunulmuştur.

Tablo 3.1.5. Hemşirelerin mesleki gelişim durumlarına göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı (n)	Yüzde(%)
Mesleki Sertifika	Var	76	17,9
	Yok	348	82,1
Örgün Eğitime Devam Etme Durumu	Evet	109	25,7
	Hayır	315	74,3
Toplam		424	100

Tablo 3.1.5’de çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki gelişim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %82,1’inin herhangi bir mesleki sertifikasının olmadığı, %17,9’unun ise mesleki sertifikaya sahip olduğu görüldü. Hemşirelerin %25,7’si mesleklerinin yanında bir örgün eğitime devam etmekte, %74,3’ü ise devam etmemektedir (Tablo 3.1.5).

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleğini sevme durumuna göre dağılımı Tablo 3.1.6’da sunulmuştur.

Tablo 3.1.6. Hemşirelerin mesleğini sevme durumuna göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı (n)	Yüzde(%)
Mesleği Sevme Durumu	Çok	124	29,2
	Orta	247	58,3
	Hiç	24	5,7
	Kararsızım	29	6,8
Toplam		424	100

Tablo 3.1.6’da çalışmaya katılan hemşirelerin mesleğini sevme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; mesleği sevme durumuna sırasıyla %58,3’ünün orta,

%29,2'sinin çok, %6,8'inin kararsızım ve %5,7'sinin ise hiç olarak cevap verdiği görüldü (Tablo 3.1.6).

3.2.Revise-Bireysel İş Yükü Algı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin alt boyut/ölçek ortalamalarının karşılaştırmasına yönelik ilişkili ölçümler için varyans analizi sonuçları Tablo 3.2.1.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2.1. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin alt boyutlarına göre dağılımı

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{X}$	SS
Meslektaş Desteği	6	3,90	0,78
Birim Desteği	6	3,55	0,74
Yönetici Desteği	8	3,12	1,08
Doğrudan İş Yükü	4	3,51	0,88
İşte Kalma Niyeti	5	3,52	1,12
Genel BİYA* (Genel Hemşire Memnuniyet Skoru)	29	3,50	0,67

*BİYA:Bireysel İş Yükü Algısı

Tablo 3.2.1' deki aritmetik ortalamalar incelendiğinde; hemşirelerin bireysel iş yükü algısının diğer anlamda genel hemşire memnuniyet skorunun ($\bar{X}=3,50$) beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olduğu görülmektedir. Hemşirelerin bireysel iş yükü algısının olumlu olduğu söylenebilir. Diğer taraftan BİYAÖ'nin alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde; “meslektaş desteği” boyutuna ilişkin ortalamanın ($\bar{X}=3,90$), “birim desteği” ($\bar{X}=3,55$), “işte kalma niyeti” ($\bar{X}=3,52$), “doğrudan iş yükü” ($\bar{X}=3,51$) ve “yönetici desteği” ($\bar{X}=3,12$) boyutlarına ilişkin ortalamalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu da hemşirelerin bireysel iş yükü algısına (genel hemşire memnuniyeti) katkı sağlayıcı önemli unsurun “meslektaş desteği” olduğunu ortaya koyarken, “yönetici desteği” nin ise en az katkı sağladığını göstermektedir.

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.2.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2.2.Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “meslektaş desteği” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
1.Mesleki profesyonelliğine saygı duyduğum hemşirelerle çalışıyorum.	1,2	6,4	40,9	26,7	24,8	3,66	0,96
2.Kendimi iş yoğunluğundan bunalmış hissettiğimde diğer hemşirelerin bana yardım edeceklerini bilirim.	3,3	9,4	26,9	29,0	31,4	3,76	1,10
3.Servisimdeki hemşirelerle iyi bir ekibiz.	1,2	3,3	22,2	31,8	41,5	4,09	0,93
4.Birlikte çalıştığım hemşireler, birimimize özgü hasta bakımı vermede gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.	0,0	2,4	22,1	40,1	35,4	4,08	0,81
5.Servisimdeki hemşire arkadaşlarım, ailemden birisine bakım verirse kendimi rahat hissederim.	0,5	3,8	17,4	36,3	42,0	4,16	0,87
6.Servisimdeki hemşireler, şu an ki işimde kalmamın önemli bir nedenidir.	6,8	9,2	25,5	27,1	31,4	3,67	1,20

Tablo 3.2.2’de BİYAÖ’nin “meslektaş desteği” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; “servisimdeki hemşire arkadaşlarım, ailemden birisine bakım verirse kendimi rahat hissederim” ($\bar{X}=4,16$) maddesine katılımcıların %78,3’ü “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu görüş bildirirken, katılımcıların %4,3’ü “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Bununla birlikte, “servisimdeki hemşirelerle iyi bir ekibiz” ($\bar{X}=4,09$) maddesine hemşirelerin %73,3’ü, “birlikte çalıştığım hemşireler, birimimize özgü hasta bakımı vermede gerekli bilgi ve beceriye sahiptir” ($\bar{X}=4,08$) maddesine ise %75,5’i katılım düzeyi açısından “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu görüş bildirmişlerdir.

Tablo 3.2.2’ye göre; “kendimi iş yoğunluğundan bunalmış hissettiğimde diğer hemşirelerin bana yardım edeceklerini bilirim” ($\bar{X}=3,76$) maddesine hemşirelerin %60,4’ü “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu görüş bildirirken, %12,7’si “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Diğer taraftan “servisimdeki hemşireler, şu an ki işimde kalmamın önemli bir nedenidir” ($\bar{X}=3,67$) maddesine hemşirelerin %58,5’i olumlu, %16’sı olumsuz, “mesleki

profesyonelliğine saygı duyduğum hemşirelerle çalışıyorum” ($\bar{X}=3,66$) maddesine ise hemşirelerin %51,5’i olumlu, %7,6’sı olumsuz görüş bildirmişlerdir. Tablo 3.2.2’deki bulgular genel olarak incelendiğinde, bireysel iş yükü algısının meslektaş desteği boyutu çerçevesinde, mesleki profesyonelliğine saygı duyulan hemşirelerle çalışılması ve serviste beraber çalıştıkları hemşirelerin, mevcut işlerinde kalmalarında önemli bir neden olduğu maddelerinde, diğer maddelere göre daha eleştirel bir yaklaşım ve/veya algı sergilendiği görülmektedir.

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin yönetici desteği alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.2.3’de sunulmuştur.

Tablo 3.2.3.Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “yönetici desteği” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
13. Hemşirelik hizmetleri müdürü izinliyken; personel sıkıntısı olduğunda birim çalışanları onunla rahatlıkla iletişim kurar.	12,1	13,5	28,6	23,5	22,3	3,30	1,29
14. İş yükümle ilgili şikayetimi hemşirelik hizmetleri müdürüme iletirsem bana anlayış gösterir.	17,5	15,1	29,3	21,3	16,8	3,05	1,32
15. Hemşirelik hizmetleri müdürümün desteğini hissettiğim için şu an ki görevimde kalmaktayım.	24,5	18,6	23,0	17,2	16,7	2,83	1,41
16. Bakımlarından memnun olmayan hasta ve hasta yakınları olduğunda hemşirelik hizmetleri müdürüm bize yardımcı olur.	17,5	19,4	29,4	17,3	16,4	2,95	1,31
17. Hemşirelik hizmetleri müdürü servisteki personel yetersizliğini zamanında gidermek için gerekeni yapar.	16,2	21,0	29,4	17,4	16,0	2,96	1,29
18. Hemşirelik hizmetleri müdürü, her vardiyada ihtiyaç duyulan yeterli personeli sağlamak için aktif olarak uğraşır.	15,7	18,5	29,9	18,8	17,1	3,03	1,30
19. Hemşirelik hizmetleri müdürüm, servisteki temel hasta bakımını sağlama konusunda işin ehlidir / uzmandır.	11,4	15,0	31,6	21,4	20,6	3,25	1,26
20. Servisimdeki sorumlu hemşire, gerektiğinde hasta bakımına destek verir.	12,9	9,6	16,6	21,3	39,6	3,65	1,41

Tablo 3.2.3’de BİYAÖ’nün “yönetici desteği” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin “servisimdeki sorumlu hemşire, gerektiğinde hasta bakımına destek verir” ($\bar{X}=3,65$) maddesine %60,9’u “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu, %22,5’i ise “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Bununla birlikte “hemşirelik hizmetleri müdürü izinliyken; personel sıkıntısı olduğunda birim çalışanları onunla rahatlıkla iletişim kurar” ($\bar{X}=3,30$) maddesine hemşirelerin %45,8’i, “hemşirelik hizmetleri müdürüm, servisteki temel hasta bakımını sağlama konusunda işin ehlidir/uzmanıdır” ($\bar{X}=3,25$) maddesine %42’si, “iş yükümleri ilgili şikayetimi hemşirelik hizmetleri müdürüme iletirsem bana anlayış gösterir” ($\bar{X}=3,05$) maddesine hemşirelerin %38,1’i, “hemşirelik hizmetleri müdürü, her vardiyada ihtiyaç duyulan yeterli personeli sağlamak için aktif olarak uğraşır” ($\bar{X}=3,03$) maddesine ise hemşirelerin %35,9’u olumlu görüş bildirmişlerdir.

Tablo 3.2.3’e göre; “hemşirelik hizmetleri müdürü servisteki personel yetersizliğini zamanında gidermek için gerekeni yapar” ($\bar{X}=2,96$) maddesine hemşirelerin %33,4’ü olumlu, %37,2’si olumsuz görüş bildirirken, “bakımlarından memnun olmayan hasta ve hasta yakınları olduğunda hemşirelik hizmetleri müdürüm bize yardımcı olur” ($\bar{X}=2,95$) maddesine hemşirelerin %33,7’si “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu, %36,9’u “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin “hemşirelik hizmetleri müdürümün desteğini hissettiğim için şu an ki görevimde kalmaktayım” ($\bar{X}=2,83$) maddesine %33,9’u olumlu görüş belirtirken, buna karşılık %43,1’i ise olumsuz görüş belirtmişlerdir.

Tablo 3.2.3’deki bulgulara genel olarak bakıldığında; çalışmaya katılan hemşirelerin hemşirelik hizmetleri müdürünün desteğini hissetmeleri nedeniyle şu an ki görevlerinde kalmaları konusunda diğer maddelere göre daha olumsuz bir algıya sahip oldukları görülmüştür.

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin birim desteği alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.2.4’de sunulmuştur.

Tablo 3.2.4. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “birim desteği” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
7.Hasta bakımı için ihtiyaç duyduğum ekipman-donanım (tansiyon aleti, pulseoksimetre, değerlendirme ölçekleri, tekerlekli sandalye, ateş ölçerler vb.) servisimde mevcuttur.	1,9	4,7	14,9	28,4	50,1	4,20	0,99
8.Servisimdeki hastaların ihtiyaç duyması durumunda, kurumumda sosyal hizmet uzmanları hazır bulunur.	18,7	17,5	24,1	19,6	20,1	3,05	1,39
9.Bir hastada yaşam tehlikesi (mavi kod, yaşamı tehdit eden tanı alması gibi) olduğunda veya hasta öldüğünde, hasta ve/veya ailesine manevi destek vermek için kurumumda bir manevi destek görevlisi hazır bulunur.	48,3	9,7	12,9	13,3	15,6	2,38	1,55
10. Hasta bakımı için gerekli olan pansuman seti, kateter, IV setler, enjektör, nevreşim gibi malzemeler ihtiyaç duyduğumda servisimde hazır bulunur.	0,7	9,4	17,9	28,8	43,2	4,04	1,03
11. Kurum eczanesi, tedavi sürecinde yeterli desteği sağlar.	1,4	9,0	32,6	31,9	25,1	3,70	0,99
12.Hastalarımın yeterli psikolojik/duygusal desteği sağlayabilirim.	0,5	6,1	22,6	38,0	32,8	3,96	0,92

Tablo 3.2.4’de BİYAÖ’nün “birim desteği” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin “hasta bakımı için ihtiyaç duyduğum ekipman-donanım (tansiyon aleti, pulseoksimetre, değerlendirme ölçekleri, tekerlekli sandalye, ateş ölçerler vb.) servisimde mevcuttur” ($\bar{X}=4,20$) maddesine %78,5’i “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu görüş, %6,6’sı “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmiştir. Bununla birlikte “hasta bakımı için gerekli olan pansuman seti, kateter, IV setler, enjektör, nevreşim gibi malzemeler ihtiyaç duyduğumda servisimde hazır bulunur” ($\bar{X}=4,04$) maddesine %72’si, “hastalarımın yeterli psikolojik/duygusal desteği sağlayabilirim” ($\bar{X}=3,96$) maddesine %70,8’i, “kurum eczanesi, tedavi sürecinde yeterli desteği sağlar” ($\bar{X}=3,70$) maddesine hemşirelerin %57’si olumlu, “servisimdeki hastaların ihtiyaç duyması durumunda, kurumumda sosyal hizmet uzmanları hazır bulunur” ($\bar{X}=3,05$) maddesine ise %39,7’si olumlu görüş bildirmişlerdir. Tablo 3.2.4’e göre; “bir

hastada yaşam tehlikesi (mavi kod, yaşamı tehdit eden tanı alması gibi) olduğunda veya hasta öldüğünde, hasta ve/veya ailesine manevi destek vermek için kurumunda bir manevi destek görevlisi hazır bulunur” ($\bar{X}=2,38$) maddesine ise hemşirelerin %28,9’u “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu, %58’i ise “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmiştir. Genel olarak Tablo 3.2.4’ de yer alan bulgular; kurumda çalışan manevi destek görevlisi olup olmaması hususunda hemşirelerin diğer hususlara göre daha olumsuz algı içerisinde olduklarını ortaya koymaktadır.

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin doğrudan iş yükü alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.2.5’de sunulmuştur.

Tablo 3.2.5. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “doğrudan iş yükü” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
21. Mesai saatim içerisinde en az 30 dakika mola (yeme-içme) verilir.	9,9	12,0	20,1	23,6	34,4	3,61	1,33
22. Servisimdeki görevler, adil bir şekilde dağıtılır.	3,1	5,0	24,0	32,8	35,1	3,92	1,03
23. İş yükümün makul olduğunu düşünüyorum.	16,7	15,6	31,8	17,5	18,4	3,05	1,32
24. Hemşirelik hizmetleri müdürüne veya sorumlu hemşireye iş yükümün çok ağır olduğunu dile getirdim.	38,4	13,0	20,7	14,9	13,0	2,51	1,45

Tablo 3.2.5’de BİYAÖ’nün “doğrudan iş yükü” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşireler “servisimdeki görevler, adil bir şekilde dağıtılır” ($\bar{X}=3,92$) maddesine %67,9’u “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu, %8,1’i “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. “Mesai saatim içerisinde en az 30 dakika mola (yeme-içme) verilir” ($\bar{X}=3,61$) maddesine hemşirelerin %58’i olumlu, %21,9’u olumsuz, “iş yükümün makul olduğunu düşünüyorum” ($\bar{X}=3,05$) maddesine ise hemşirelerin %35,9’u olumlu, %32,3’ü ise olumsuz görüş bildirmiştir. Bunun yanı sıra Tablo 3.2.5’e göre; “hemşirelik hizmetleri müdürüne veya sorumlu hemşireye iş yükümün çok ağır olduğunu dile getirdim” maddesine ise ($\bar{X}=2,51$) çalışmaya katılan hemşirelerin %27,9’u olumlu görüş bildirirken, %51,4’ünün ise olumsuz görüş bildirdikleri saptanmıştır.

Tablo 3.2.5’deki bulgular, hemşirelerin iş yüklerinin ağırlığını hemşirelik hizmetleri müdürüne ya da sorumlu hemşireye dile getirmeleri hususunda diğer maddelere göre daha eleştirel bir yaklaşım sergilediklerini göstermektedir.

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin işte kalma niyeti alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.2.6’da sunulmuştur.

Tablo 3.2.6.Bireysel iş yükü algı ölçeğinin “işte kalma niyeti” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
25. Buradaki iş yükümden dolayı servis/birim ve/veya görev değişikliği düşünüyorum.	44,6	15,8	20,0	7,8	11,8	2,26	1,40
26. İş yükümü düşündüğümde, şu an ki çalışma ortamımdan dolayı burada kalıp çalışmayı isterim.	12,6	9,7	30,6	21,3	25,8	3,38	1,31
27. İş yükümü düşündüğümde, önümüzdeki bir yıl içinde şu an ki servis ve/veya görevimde kalmayı planlamıyorum.	40,6	15,3	18,8	13,0	12,3	2,41	1,43
28. İş yükümü düşündüğümde, en az bir yıl şu an ki görevimde kalmayı planlıyorum.	17,2	12,5	17,3	23,3	29,7	3,36	1,45
29. İş yükümü düşündüğümde, önümüzdeki 1 (bir) yıl içinde farklı bir servis ve /veya kurumda yeni bir görev arama niyetindeyim.	42,7	13,2	16,8	13,4	13,9	2,43	1,49

Tablo 3.2.6’da BİYAÖ’nün “işte kalma niyeti” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin “iş yükümü düşündüğümde, şu an ki çalışma ortamımdan dolayı burada kalıp çalışmayı isterim” ($\bar{X}=3,38$) maddesine %47,1’i “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu, %22,3’ü ise “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Hemşirelerin “iş yükümü düşündüğümde, en az bir yıl şu an ki görevimde kalmayı planlıyorum” ($\bar{X}=3,36$) maddesine %53’ü olumlu, %29,7’si olumsuz görüş belirtmiştir. “İş yükümü düşündüğümde, önümüzdeki 1 (bir) yıl içinde farklı bir servis ve /veya kurumda yeni bir görev arama niyetindeyim” ($\bar{X}=2,43$) ve “iş yükümü düşündüğümde, önümüzdeki bir yıl içinde şu an ki servis ve/veya görevimde kalmayı planlamıyorum” ($\bar{X}=2,41$) maddelerine hemşirelerin %55,9’unun olumsuz görüş bildirdiği görülmektedir. Bununla beraber “buradaki iş yükümden dolayı servis/birim

ve/veya görev değişikliği düşünüyorum” ($\bar{X}=2,26$) maddesine ise hemşirelerin %60,4’ünün olumsuz görüş bildirdiği görülmüştür.

Tablo 3.2.6’ya genel olarak bakıldığında; hemşirelerin iş yüklerini düşündüklerinde servis ya da kurum değişikliği düşünmedikleri ve bulundukları servis ya da kurumda en az bir yıl daha çalışmayı planladıkları görülmektedir. Bu durum doğrudan iş yükü alt boyutundaki “iş yükümün makul olduğunu düşünüyorum” maddesine vermiş oldukları cevabı destekler niteliktedir.

3.3.Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin alt boyutlarına göre dağılımı Tablo 3.3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.3.1.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin (Hemşire-A versiyonu) alt boyutlarına göre dağılımı

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{X}$	SS
Klinik durumda bireysel özellikler	7	3,70	0,87
Kişisel yaşam durumu	4	2,99	0,98
Karar verme kontrolü	6	3,56	0,93
Genel BBÖ	17	3,48	0,82

Tablo 3.3.1’deki aritmetik ortalamalar incelendiğinde; genel bireyselleştirilmiş bakım algısının ($\bar{X}=3,48$) beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu bulgu ile, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının olumlu olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan BBÖ’nün alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde; hasta bireyin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığının kendisi için anlamını içeren “klinik durumda bireysel özellikler” ($\bar{X}=3,70$) ve hasta bireyin duyguları, düşünceleri, isteklerini yansıtan ve kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı

ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlayan, bilgiye temellenmiş “karar verme kontrolü” ($\bar{x}=3,56$) boyutlarına ilişkin ortalamanın hasta bireyin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağlarının yanısıra işi ve hastane deneyimi gibi özel bilgileri içeren “hastanın kişisel yaşam durumu” ($\bar{x}=2,99$) boyutuna ilişkin ortalamadan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin klinik durumda bireysel özellikler alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.3.2.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin “klinik durumda bireysel özellikler” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
1.Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum.	4,2	11,3	28,9	31,1	24,5	3,60	1,10
2.Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum.	3,3	9,9	25,7	35,4	25,7	3,70	1,06
3.Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm.	3,3	11,6	25,5	36,3	23,3	3,65	1,06
4.Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım.	1,9	9,0	21,2	42,0	25,9	3,81	0,98
5.Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum.	1,9	9,0	22,6	38,2	28,3	3,82	1,00
6.Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini öğrenmek için çaba gösteririm.	2,1	10,4	27,9	31,8	27,8	3,73	1,04
7.Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum.	2,6	12,5	31,9	29,2	23,8	3,59	1,06

Tablo 3.3.2’de BBÖ’nün “klinik durumda bireysel özellikler” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; “hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum” ($\bar{x}=3,82$) maddesine hemşirelerin %66,5’i olumlu, %10,9’u olumsuz görüş bildirirken, “hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım” ($\bar{x}=3,81$) maddesine %67,9’u olumlu, %10,9’u ise olumsuz görüş bildirmiştir. Hemşirelerin “hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini öğrenmek için çaba gösteririm” ($\bar{x}=3,73$) maddesine

%59,6'sı olumlu, “hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum” ($\bar{X}=3,70$) maddesine ise %61,1'i olumlu görüş bildirmiştir.

Tablo 3.3.2'ye göre, “hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm” ($\bar{X}=3,65$) maddesine hemşirelerin %59,6'sı “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu görüş bildirirken, %14,9'u “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Diğer taraftan “hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum” ($\bar{X}=3,60$) maddesine hemşirelerin %55,6'sı olumlu, %15,5'i ise olumsuz, “hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum” ($\bar{X}=3,59$) maddesine ise %53'ü olumlu, %15,1'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Bu maddelerde beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olması sebebiyle olumsuz olarak değerlendirilmemiştir.

Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin hastanın kişisel yaşam durumu alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.3.3'de sunulmuştur.

Tablo 3.3.3.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin “hastanın kişisel yaşam durumu” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
8.Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri).	12,5	28,4	26,7	19,4	13,0	2,92	1,22
9. Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım.	11,6	26,9	28,9	19,6	13,0	2,96	1,20
10.Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen).	10,1	24,1	30,2	21,7	13,9	3,05	1,19
11. Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım.	11,6	21,7	29,9	23,1	13,7	3,06	1,21

Tablo 3.3.3'de BBÖ'nün “hastanın kişisel yaşam durumu” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin “hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım” ($\bar{X}=3,06$) maddesine hemşirelerin %36,8'i “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu görüş

bildirirken, %33,3'ü “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. “Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)” ($\bar{X}=3,05$) maddesine ise hemşirelerin %35,6'sı olumlu, %34,2'si de olumsuz görüş belirtmiştir.

Tablo 3.3.3'e göre “hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım” ($\bar{X}=2,96$) maddesine hemşirelerin %32,6'sının olumlu, %38,5'inin olumsuz, “hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)” ($\bar{X}=2,92$) maddesine ise çalışmaya katılan hemşirelerin %32,4'ünün olumlu, %40,9'unun ise olumsuz görüş bildirdiği tespit edilmiştir.

Tablo 3.3.3'e göre, klinik hemşireleri hastaların daha önceki hastane deneyimleri ve hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne tür aktivitelerle uğraştıkları konusunda daha olumsuz bir algı içindedirler.

Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin karar verme kontrolü alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.3.4'de sunulmuştur.

Tablo 3.3.4.Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin “karar verme kontrolü” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	%	%	%	%	%		
12.Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım.	1,7	8,5	11,2	37,3	41,3	4,08	1,01
13.Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım.	5,4	12,3	24,5	33,7	24,1	3,59	1,14
14. Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim.	5,0	12,7	26,2	30,9	25,2	3,59	1,14
15. Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim.	4,0	13,4	24,4	34,4	23,8	3,61	1,11
16. Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm.	4,2	10,1	25,8	35,6	24,3	3,66	1,08
17. Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım.	17,9	20,5	29,8	18,4	13,4	2,89	1,28

Tablo 3.3.4’de BBÖ’nin “karar verme kontrolü” boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; çalışmaya katılan hemşirelerin %78,6’sı “hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım” ($\bar{X}=4,08$) maddesine “çok” ve “tam” seçenekleri ile olumlu görüş bildirirken, %10,2’si ise “hiç” ve “az” seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir. Hemşirelerin “hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm” ($\bar{X}=3,66$) maddesine %59,9’u olumlu, %14,3’ü olumsuz görüş bildirirken, bununla birlikte “hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim” ($\bar{X}=3,61$) maddesine hemşirelerin %58,2’si olumlu, %17,4’ü olumsuz, “hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım” ($\bar{X}=3,59$) maddesine %57,8’i olumlu, %17,7’si olumsuz ve “hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim” ($\bar{X}=3,59$) maddesine de hemşirelerin %56,1’i olumlu, %17,7’sinin ise olumsuz görüş bildirdiği saptanmıştır.

Tablo 3.3.4’e göre; çalışmaya katılan hemşirelerin “hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım” ($\bar{X}=2,89$) maddesine ise %31,8’i olumlu ve %38,4’ü de olumsuz görüş belirtmiştir. Bu da hemşirelerin, bakım verdikleri hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorup sormama konusunda hastaların günlük yaşama yönelik ihtiyaçlarına ilişkin algılarının düşük olduğunu göstermektedir. Günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine ilişkin algının bakımda odaklanması gereken temel nokta olduğu ve hastanın bakış açısı ile görülmesi gerektiğinin farkında olmadıkları ifade edilebilir.

3.4.Ölçeklerin Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 3.4.1.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin bireysel özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BİYA			BBA		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Cinsiyet	Kadın	3,52	0,68	0,182	3,48	0,84	0,502
	Erkek	3,39	0,64		3,56	0,75	
Yaş	24 ve altı	3,50	0,68	0,402	3,43	0,87	0,533
	25-34	3,42	0,64		3,49	0,84	
	35-44	3,56	0,71		3,50	0,79	
	45+	3,48	0,52		3,73	0,77	
Eğitim	Lise	3,55	0,69	0,646	3,43	0,89	0,653
	Ön lisans	3,52	0,70		3,49	0,89	
	Lisans	3,45	0,66		3,50	0,72	
	Yüksek lisans	3,46	0,53		3,70	0,80	
Medeni Durum	Evli	3,53	0,66	0,272	3,48	0,79	0,958
	Bekar	3,46	0,69		3,49	0,89	
Çocuk Sayısı	Yok	3,44	0,68	0,019*	3,44	0,87	0,236
	1 tane	3,37	0,62		3,35	0,78	
	2 tane	3,66	0,68		3,61	0,80	
	3 tane	3,50	0,70		3,52	0,77	
	4+	3,79	0,25		3,55	0,78	

* $p<0,05$ **BİYA:** Bireysel İş Yükü Algısı **BBA:** Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı

Tablo 3.4.1 incelendiğinde; hemşirelerin bireysel iş yükü algısı çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$), cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Bununla birlikte hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

BİYA ve BBA'nın aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde; dört ve üzeri çocuk sahibi olan hemşirelerde, diğer hemşirelere göre bireysel iş yükü algısının/genel hemşire memnuniyetinin daha yüksek olduğu ($\bar{X}=3,70$) görülmüştür. Bir çocuk sahibi olan hemşirelerin ise bireysel iş yükü algısının/genel hemşire memnuniyetinin diğer hemşirelere oranla daha düşük olduğu görülmüştür ($\bar{X}=3,37$).

Hemşirelerin bireysel iş yükü ile bireyselleştirilmiş bakım algılarının görev yerlerine göre, karşılaştırılmasına yönelik t testi ve varyans analizi sonuçları Tablo 3.4.2'de sunulmuştur.

Tablo 3.4.2. Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin görev yerlerine göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BİYA			BBA		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	3,36	0,59	0,000 *	3,38	0,85	0,291
	Merkez Devlet Hastanesi	3,37	0,64		3,48	0,71	
	İlçe Devlet Hastanesi	4,15	0,47		3,63	1,05	
	Özel Hastane	3,67	0,77		3,57	0,99	
Kurum Yatak Kapasitesi	< 200	3,93	0,67	0,000 *	3,60	1,02	0,105
	500 ve üzeri	3,37	0,62		3,45	0,76	
Görevi	Sorumlu Hemşire	3,87	0,64	0,000 *	3,84	0,78	0,015 *
	Servis Hemşiresi	3,49	0,69		3,44	0,81	
	Yoğun Bakım Hemşiresi	3,37	0,59		3,47	0,88	
Çalışılan Birim	Dahili Birimler	3,48	0,69	0,126	3,43	0,81	0,375
	Cerrahi Birimler	3,60	0,68		3,57	0,84	
	Yoğun Bakım	3,42	0,60		3,49	0,88	

* $p<0,05$

Tablo 3.4.2 incelendiğinde; hemşirelerin bireysel iş yükü algısı çalışılan kuruma, kurum yatak kapasitesine ve görevlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$), çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Bununla birlikte hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının görevlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) saptanırken,

çalışılan kurum, kurum yatak kapasitesi ve çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Hemşirelerin bireysel iş yükü algısının çalışılan kuruma göre karşılaştırıldığı varyans analizinde aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde; ilçe devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin diğer hastanelerde çalışan (üniversite, merkez devlet ve özel hastane) hemşirelere göre bireysel iş yükü algısının (genel hemşire memnuniyetinin) daha olumlu olduğu ($\bar{x}=4,15$) saptanmıştır. Bireysel iş yükü algısının olumlu olduğu diğer hemşireler ise özel hastanede çalışan hemşirelerdir ($\bar{x}=3,67$). Üniversite hastanesi ($\bar{x}=3,36$) ve merkez devlet hastanesinde ($\bar{x}=3,37$) çalışan hemşirelerin ise bireysel iş yükü algısı (genel hemşire memnuniyeti) daha düşüktür. Diğer yandan yatak kapasitesi 200 ve altı olan hastanelerde çalışan hemşirelerin ($\bar{x}=3,93$), yatak kapasitesi 500 ve üzeri olan hastanelerde çalışan hemşirelere ($\bar{x}=3,37$) göre bireysel iş yükü algısı daha olumludur. Sorumlu hemşire olarak görev yapan hemşirelerin, ($\bar{x}=3,87$) servis hemşiresi ($\bar{x}=3,49$) ve yoğun bakım hemşiresi ($\bar{x}=3,37$) olarak çalışanlara göre bireysel iş yükü algısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin ($\bar{x}=3,84$) bireyselleştirilmiş bakım algılarında, servis hemşiresi ($\bar{x}=3,44$) ve yoğun bakım hemşiresi ($\bar{x}=3,47$) olarak çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve hastalarının bakımlarında bireyselliğe daha fazla önem verdikleri saptanmıştır.

Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin çalışma yıllarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 3.4.3’de sunulmuştur.

Tablo 3.4.3 incelendiğinde; hemşirelerin bireysel iş yükü algısı hastanede çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$), mesleğinde toplam çalışma yılı ve biriminde çalışma yılına göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır. Ancak hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının çalışılan birimde çalışma yılına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$), mesleğinde ve hastanede çalışma yılına göre ise anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Tablo 3.4.3. Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin çalışma yıllarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BİYA			BBA		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Toplam Çalışma Yılı (süre)	<1	3,62	0,72		3,43	0,91	
	1-5	3,40	0,66		3,40	0,88	
	6-10	3,54	0,65	0,262	3,52	0,77	0,518
	11-15	3,51	0,61		3,52	0,85	
	16 ve üzeri	3,55	0,73		3,58	0,77	
Kurumda Çalışma Yılı (süre)	<1	3,48	0,68		3,40	0,87	
	1-5	3,41	0,69		3,47	0,81	
	6-10	3,66	0,61	0,018*	3,55	0,82	0,430
	11-15	3,63	0,62		3,48	0,79	
	16 ve üzeri	3,68	0,69		3,69	0,90	
Birimde Çalışma Yılı (süre)	<1	3,48	0,71		3,45	0,87	
	1-5	3,47	0,68		3,52	0,79	
	6-10	3,73	0,60	0,191	3,52	0,88	0,012*
	11-15	3,50	0,54		2,84	0,65	
	16 ve üzeri	3,44	0,59		3,85	0,82	

* $p < 0,05$

Tablo 3.4.3'e göre; katılımcı hemşirelerin bireysel iş yükü algısının hastanede çalışma yılına göre karşılaştırıldığı varyans analizinde aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde; kurumda 16 yıl ve üzeri çalışanların bireysel iş yükü algısının (genel hemşire memnuniyetinin) daha olumlu olduğu saptanmıştır ($\bar{X}=3,68$). Hastanede 6-10 yıl ($\bar{X}=3,66$) ve 11-15 yıl arası ($\bar{X}=3,63$) çalışan hemşirelerin bireysel iş yükü algısının olumlu olduğu, bir yıldan daha az ($\bar{X}=3,48$) ve 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin ($\bar{X}=3,41$) bireysel iş yükü algısının (genel hemşire memnuniyetinin) ise daha düşük olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı birimde toplam çalışma yılına göre karşılaştırıldığında birimde 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve hastaların bakımında bireyselliğini daha çok destekledikleri görülmüştür ($\bar{X}=3,85$). Birimde 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerin ($\bar{X}=2,84$) diğer hemşirelere göre daha düşük bir algıya sahip oldukları görülmektedir.

Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin çalışma şekillerine göre karşılaştırılmasına yönelik veriler Tablo 3.4.4’de sunulmuştur.

Tablo 3.4.4.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin çalışma şekillerine göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BİYA			BBA		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Servis Değişikliği Sayısı	Yok	3,47	0,65		3,46	0,84	
	1 kez	3,60	0,73		3,59	0,82	
	2 kez	3,43	0,67	0,352	3,36	0,86	0,380
	3 kez	3,61	0,55		3,52	0,84	
	4+	3,35	0,76		3,49	0,63	
Günlük Mesai Süresi	8 saat	3,67	0,67		3,65	0,80	
	16 saat	3,42	0,65	0,001*	3,40	0,90	0,017*
	24 saat	3,41	0,67		3,41	0,78	
Vardiya Türü	Sadece Gündüz	3,80	0,64		3,55	0,95	
	Sadece Nöbet (16 ya da 24saat)	3,43	0,65	0,002*	3,39	0,84	0,383
	Gündüz ve Gece Dönüşümlü	3,47	0,69		3,51	0,80	
Aylık Nöbet Sayısı	Yok	3,77	0,65		3,55	0,91	
	1-2	3,66	0,60		3,68	0,63	
	3-4	3,37	0,69	0,003*	3,42	0,71	0,676
	5-6	3,50	0,64		3,48	0,77	
	7+	3,42	0,70		3,46	0,91	

* $p<0,05$

Tablo 3.4.4’e göre hemşirelerin bireysel iş yükü algısı günlük mesai süresi, vardiya türü ve aylık nöbet sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$), servis değişikliği sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Bununla birlikte hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının günlük mesai süresine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) saptanırken, servis değişikliği sayısı, vardiya türü ve aylık nöbet sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmıştır.

Hemşirelerin bireysel iş yükü algısının günlük mesai süresine göre karşılaştırıldığı varyans analizinde; günlük mesai süresi 8 saat olan hemşirelerin diğer günlük mesai süresi 16 saat ve 24 saat olan hemşirelere göre bireysel iş yükü algısının daha olumlu olduğu ($\bar{x}=3,67$) saptanmıştır. Sadece gündüz (08:00-16:00) çalışan hemşirelerin bireysel iş yükü algısının daha olumlu olduğu ($\bar{x}=3,80$), sadece nöbet şeklinde (16:00-08:00 ya da 08:00-08:00) çalışan hemşirelerin ise bireysel iş yükü algılarının düşük olduğu saptanmıştır ($\bar{x}=3,43$). Aylık nöbet sayısına göre; nöbet tutmayan hemşirelerin bireysel iş yükü algısının ($\bar{x}=3,77$) nöbet tutan hemşirelere göre daha olumlu olduğu, aylık 3-4 nöbet tutanların ($\bar{x}=3,37$) ise bireysel iş yükü algısının düşük olduğu görülmüştür. Diğer yandan günlük mesai süresi 8 saat olan hemşirelerin 16:00-08:00 ve 08:00-08:00 (mesai süresi 16 ya da 24 saat olan) saatleri arasında çalışan hemşirelere göre bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu ($\bar{x}=3,65$) ve hemşirelik bakımında hastaların bireyselliğini daha çok destekledikleri görülmüştür.

Hemşirelerin, bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının mesleki gelişim durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 3.4.5’de sunulmuştur.

Tablo 3.4.5.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin mesleki gelişim durumlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BİYA			BBA		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Sertifika Durumu	Var	3,59	0,64	0,185	3,71	0,86	0,010*
	Yok	3,48	0,68		3,44	0,82	
Örgün Eğitime Devam Etme Durumu	Evet	3,49	0,65	0,875	3,53	0,78	0,529
	Hayır	3,50	0,69		3,47	0,85	

* $p<0,05$

Tablo 3.4.5 incelendiğinde; hemşirelerin bireysel iş yükü algısının sertifikaya sahip olma ve örgün eğitime devam etme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) saptanmış olup; bununla birlikte hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının sertifikaya sahip olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) saptanmıştır. Herhangi bir örgün eğitime devam eden ile

etmeyen hemşireler arasında bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısı yönünden anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmüştür.

Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin mesleğini sevme durumlarına göre karşılaştırılmasına yönelik veriler Tablo 3.4.6’da sunulmuştur.

Tablo 3.4.6.Bireysel iş yükü algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelerin mesleğini sevme durumlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BİYA			BBA		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Mesleği Sevme Durumu	Çok	3,77	0,70	0,000*	3,73	0,81	0,000*
	Orta	3,46	0,61		3,42	0,81	
	Hiç	2,67	0,42		2,99	0,83	
	Kararsızım	3,38	0,62		3,48	0,82	

* $p<0,05$

Tablo 3.4.6 incelendiğinde; hemşirelerin bireysel iş yükü ve bireyselleştirilmiş bakım algısının mesleği sevme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde ise; bireyselleştirilmiş iş yükü algısının mesleğini çok seven hemşirelerde diğer hemşirelere göre oldukça olumlu olduğu ($\bar{X}=3,77$) görülmüştür. Mesleğini hiç sevmeyen hemşirelerin ise bireysel iş yükü algısının düşük olduğu ($\bar{X}=2,67$) belirlenmiştir. Bununla birlikte yine mesleğini çok sevenlerde bireyselleştirilmiş bakım algısının yüksek olduğu ($\bar{X}=3,73$) ve hasta bakımında bireyselliği destekledikleri bulunmuştur. Mesleğini hiç sevmeyenlerin bireyselleştirilmiş bakım algısının da düşük ($\bar{X}=2,99$) olduğu saptanmıştır.

3.5.Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Hemşirelerin Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği (BİYAÖ) ve Meslektaş Desteği (MD), Birim Desteği (BD), Yönetici Desteği (YD), Doğrudan İş Yükü (DİY), İşte Kalma Niyeti (İKN) olan alt boyutları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği (BBÖ) ve Klinik

Durumda Bireysel Özellikler (KlinA-Hemşire), Hastanın Kişisel Yaşam Durumu (KişA-Hemşire), Karar Verme Kontrolü (KarA-Hemşire) alt boyutları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik pearson korelasyon katsayıları Tablo 3.5.1’de verilmiştir.

Tablo 3.5.1.Hemşirelerin bireysel iş yükü algısı ve alt boyutları ile bireyselleştirilmiş bakım algısı ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları

BİYA ve Alt Boyutları		BBA ve Alt Boyutları			
		KlinA-Hemşire	KişA-Hemşire	KarA-Hemşire	Genel BBA
MD	r	0,337	0,176	0,239	0,291
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
BD	r	0,361	0,246	0,257	0,328
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
YD	r	0,289	0,194	0,217	0,266
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
DİY	r	0,304	0,236	0,228	0,289
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
İKN	r	0,235	0,095	0,109	0,172
	p	0,000**	0,050*	0,025*	0,000**
Genel BİYA	r	0,414	0,254	0,285	0,364
	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

*p<0,05; **p<0,01 MD: Meslektaş Desteği, BD: Birim Desteği, YD: Yönetici Desteği, DİY: Doğrudan İş Yükü, İKN: İşte Kalma Niyeti, KlinA-Hemşire: Klinik Durum, KişA-Hemşire: Kişisel Yaşam Durumu, KarA-Hemşire: Karar Verme Kontrolü

Tablo 3.5.1’deki korelasyon katsayıları incelendiğinde; genel bireysel iş yükü algısı ile genel bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında, zayıf ancak pozitif ve anlamlı bir korelasyon -ilişki- bulunmuştur ($r=0,364$; $p<0.05$). Bu bulgu, hemşirelerin bireysel iş yükü algısı (genel hemşire memnuniyeti) olumlu yönde arttıkça, buna paralel olarak genel bireyselleştirilmiş bakım algısının da olumlu yönde artacağı anlamını taşımaktadır.

Tablo 3.5.1’e göre bireysel iş yükü algısı alt boyutlarından meslektaş desteği ($r=0,291$), birim desteği ($r=0,328$), yönetici desteği ($r=0,266$), doğrudan iş yükü ($r=0,289$), işte kalma niyeti ($r=0,172$) ile genel bireyselleştirilmiş bakım algısı

arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara göre genel bireyselleştirilmiş bakım algısı ile en yüksek ilişkisi bulunan bireysel iş yükü algısı alt boyutunun “birim desteği” ($r=0,328$) olduğu ve en düşük ilişkiye sahip alt boyutun ise “işte kalma niyeti” ($r=0,172$) olduğu saptanmıştır.

Bireysel iş yükü algısı alt boyutları ile bireyselleştirilmiş bakım algısı alt boyutları arasındaki ilişkiler (korelasyon katsayıları) incelendiğinde ise; bireysel iş yükü algısının tüm alt boyutları (meslektaş, birim, yönetici desteği, işte kalma niyeti ve doğrudan iş yükü) ile en yüksek ilişki bireyselleştirilmiş bakım algısının klinik durum alt boyutu ile olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile; hemşirelerin bireysel iş yükü algısı olumlu oldukça hastanın klinik durumdaki bireysel özellikleri daha yüksek oranda desteklenmektedir. Hemşireler hasta bireyin hastalığına verdiği yanıtları, hastalığı ile ilgili duygularını ve ne hissettiklerini, hastalıklarının onlar için ne ifade ettiklerini daha çok dikkate almaktadırlar.

Bireysel iş yükü algısı alt boyutları (meslektaş desteği, birim desteği, yönetici desteği, doğrudan iş yükü ve işte kalma niyeti) ile bağımlı değişken olarak ele alınan bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerindeki etkisine yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 3.5.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.5.2.Bireysel iş yükü algısına ilişkin alt boyutların bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerindeki etkisine yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişkenler	b _j	S(b _j)	t	P	ANOVA
Sabit	1,611	0,225	7,173	0,000**	
Meslektaş Desteği	0,125	0,058	2,161	0,031*	
Birim Desteği	0,219	0,059	3,724	0,000**	F=15,715 P=0,000**
Yönetici Desteği	0,061	0,042	1,459	0,145	
Doğrudan İş Yükü	0,135	0,057	2,367	0,018*	
İşte Kalma Niyeti	-0,015	0,040	-0,374	0,708	

*p<0,05; **p<0,01

Tablo 3.5.2’deki bulgular incelendiğinde; değişkenler arasındaki çoklu doğrusal regresyon modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir (F=15,715; p<0,001). Bununla birlikte, çoklu doğrusal regresyon modeli üzerinde yönetici desteği (p>0,05) ve işte kalma niyeti (p>0,05) alt boyutlarının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, bununla birlikte meslektaş desteği, birim desteği ve doğrudan iş yükü alt boyutlarının model üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

“t” değerleri incelendiğinde; bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde en yüksek etkiye sahip alt boyutun birim desteği olduğu belirlenmiş olup; bunu doğrudan iş yükü ve meslektaş desteği izlemektedir. Buna göre bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerindeki etkisine yönelik model aşağıda kurulmuştur:

$$BBA = 1,611 + 0,125 * MD + 0,219 * BD + 0,135 * DİY$$

Yukarıdaki model incelendiğinde; ilgili modelin doğrudan iş yükü algısındaki bir birimlik artışın bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde 0,135 birimlik bir artışa neden olacağı, birim desteğindeki bir birimlik artışın bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde 0,219 birimlik artış oluşturacağı ve meslektaş desteğindeki bir birimlik artışın da bireyselleştirilmiş bakım algısında 0,125 birimlik bir artışa neden olacağını ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerindeki etkisine yönelik basit doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 3.5.3’de sunulmuştur.

Tablo 3.5.3.Bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerindeki etkisine yönelik basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

Bağımsız Değişken	Bj	S(bj)	t	p	ANOVA
Sabit	1,923	0,198	9,689	0,000**	
Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği	0,447	0,056	8,031	0,000**	F=64,500 P=0,000**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tablo 3.5.3’teki regresyon analizi sonuçlarına göre; değişkenler arasındaki doğrusal regresyon modelinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($F=64,500$; $p < 0,01$). Bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Etkiye yönelik model aşağıda kurulmuştur:

$$BBA = 1,923 + 0,447 * BİYA$$

Bu modele göre bireysel iş yükü algısındaki bir birimlik artış bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde 0,447 birimlik bir artışa neden olmaktadır.

Yukarıdaki pearson korelasyon katsayıları ve regresyon analizleri çerçevesinde bu araştırmanın amacının gerçekleştiği görülmektedir. Diğer bir ifadeyle; “*hemşirelerde bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı*

üzerinde anlamlı bir etkisi vardır” sonucuna ulaşılmıştır. Diğer taraftan bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde en yüksek etkiye sahip bireysel iş yükü algısı alt boyutunun birim desteği olduğu belirlenmiştir.



4.TARTIŞMA

Çalışma Afyonkarahisar il merkezi ve ilçelerinde bulunan hastanelerin (devlet, üniversite, özel hastane) yataklı birimlerinde çalışan hemşirelerin bireysel iş yükü algıları ve bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmek, bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısına etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiş olup; çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılarak sunulmuştur.

4.1.Hemşirelerin Bireysel İş Yükü Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan bu çalışmada hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının olumlu yönde en fazla meslektaş desteğinden etkilendiği saptanmıştır. Meslektaş desteği; saygı, paylaşılan sorumluluk ve neyin yararlı olduğunun karşılıklı anlaşılması gibi temel prensipler üzerine kurulmuş bir yardım verme ve alma sistemidir (Mead et al., 2014). Bir başka anlamda, meslektaşların birbirlerine olan desteği ve mesleki anlamda bilgi, teknik ve beceri paylaşımı olarak tanımlanmaktadır (Uslusoy, 2010). Ayrıca meslektaş desteği, hemşirelerin birbirleriyle olan ilişkilerini de tanımlar. Price (2002)'ın hastanede çalışan hemşirelerin iş doyumunu ölçmek için yapmış olduğu çalışmada “meslektaşlarıyla ilişkiler” boyutu en fazla doyum sağlanan boyut olarak belirtilmiştir. Cox ve ark. (2005)'nın Amerika'da on farklı eyalette çalışan yaklaşık 4000 hemşire ile yaptıkları çalışmada bireysel iş yükü algısının en yüksek oranda meslektaş desteği boyutundan etkilendiği saptanmıştır. Barnard ve ark. (2006)'nın onkoloji hemşirelerinde yapmış oldukları çalışmada hemşireler, iş ile ilgili desteklerini en fazla meslektaşlarından aldıklarını belirtmişlerdir. Lacey ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada, farklı hastanelerde çalışan hemşirelerin iş yükü algılarının en fazla meslektaş desteğinden olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır. Yine Cox ve ark. (2007)'nin pediatri hemşireleri ile yapmış oldukları bir başka çalışmada da hemşirelerin bireysel iş yükü algısının en yüksek oranda meslektaş desteğinden etkilendiği görülmüştür. Teasley ve ark. (2007) tarafından kırsal

hastanelerde çalışan hemşirelerin iş ortamı algılarının geliştirilmesi amacıyla yapılan çalışmada da meslektaş desteği en olumlu algılanan alt boyut olarak tanımlanmıştır. Saygılı (2008) tarafından hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için klinik ve idari birim çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada her iki grubun da en olumlu çalışma ortamı boyutu olarak meslektaş desteği boyutunu gördükleri saptanmıştır. Çalışma bulgularımızın literatür sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir. Mesleki iletişim kurmanın ve işbirliği yapmanın çalışanlar için kritik bir ihtiyaç olduğunu ve üretkenliğin iyileştirilmesinde çalışma ortamındaki sosyal koşulların fiziki koşullardan daha önemli olduğu söylenebilir (Cox et al., 2010). Literatürde, hemşirelerin birbirlerini destekleyen, işbirliğine dayalı bir ilişkiyi gerçekleştirmelerinde yıkıcı, rekabet edici ilişkilerden kaçınmaları, güçlerini arttırma ve belirli amaçlara ulaşmak için birlikte hareket edebilmeleri için önemli olduğu bildirilmektedir (Karaöz, 2004). Birbirleriyle uyum içinde çalışılan hemşireler daha olumlu bir ruh halinde olacaklardır ve bu durum onların motivasyonlarını olumlu yönde etkileyecektir (Hakmal ve ark., 2012).

BİYA ölçeğinin meslektaş desteği boyutu içerisinde yer alan altı madde incelendiğinde, hemşirelerin birimde birlikte çalıştıkları meslektaşlarının kendi ailelerinden birisine bakım vermeleri durumunda kendilerini rahat hissedecekleri, birlikte iyi bir ekip oldukları ve kliniğe özgü hasta bakımı vermede gerekli bilgi ve beceriye sahip olduklarını düşünmeleri konusunda hemşirelerin oldukça yüksek oranda olumlu algıya sahip oldukları görülmüştür. Hemşirelerin çalışma arkadaşlarına kişisel ve mesleki olarak güven duyduğu görülmektedir. Hemşirelerin çalışma arkadaşları ile karşılıklı güven ilişkileri, kişisel ve mesleki ilişki niteliklerinin iyi düzeyde ve çalışma ortamına uyum sağlamada etkin olduğu ifade edilebilir. Literatürde, çalışma arkadaşlarına duyulan güven, çalışanların birbirlerine gerekli durumlarda yardım etmelerini ve birbirlerine karşı açık ve dürüst olmalarını içeren pozitif beklenti içerisinde olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca, çalışanların birbirlerine duydukları güven, örgüt içerisinde olumlu bir atmosferin oluşumuna katkı sağlamakta, böyle bir ortam da karar almayı ve uygulamayı

kolaylaştırmakta, birlikte çalışanların performansını arttırabileceği bildirilmektedir (Günaydın, 2001; Özler ve Yıldırım, 2015). Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada meslektaş boyutu ile ilgili maddelerde çalışmamızla uyumlu bir şekilde katılımcıların aynı maddelere yüksek cevap verdikleri görülmüştür. Çalışma bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

BİYA ölçeğinin meslektaş desteği boyutu çerçevesinde, mesleki profesyonelliğine saygı duyulan hemşirelerle çalışılması ve klinikte beraber çalıştıkları hemşirelerin, mevcut işlerinde kalmalarında önemli bir neden olduğu ifade edilen maddelere hemşirelerin az da olsa olumsuz bir yaklaşım içerisinde oldukları; orta değer puanının 5 üzerinden 3,5'in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu maddelere tamamen olumsuz bir yaklaşım sergiledikleri söylemek mümkün değildir. Literatür incelendiğinde; Knoop (1995) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin, iş arkadaşlığı ile örgütsel bağlılık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Schaefer'in (1996) çalışmasında meslektaşlar arasındaki ilişkilerin çalışma ortamındaki en önemli stres kaynağı olduğu ve işte kalma niyetini etkilediği belirtilmiştir. McNeese-Smith ve Nazarey (2001) tarafından hemşirelerin örgütlerine bağlanmalarını sağlayan faktörlerin incelendiği bir çalışmada ise iş arkadaşlarıyla zayıf ilişkilerin örgüte bağlılıklarını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Tourangeau ve Cranley'in (2006) çalışmasında hemşirelerin ekip işbirliği ve uyumunun işte kalma niyetlerini etkileyen faktörler arasında olduğu bulunmuştur. O'Brien-Pallas ve ark. (2006)'nın çalışmasında da hemşirelerin işlerini bırakmada en etkili faktörlerin arasında güvenli çalışma ortamı ve meslektaşlarla iyi ilişkileri olduğu görülmüştür. Ayhan'ın (2006) yaptığı çalışmada da meslektaşlarla iletişimin işten ayrılma niyetinde anlamlı değişkenlerden birisi olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda çalışmamızın bulgularına göre de hemşirelerin serviste beraber çalıştıkları hemşirelerin, işte kalmalarında diğer maddeler kadar etkin olduğunu düşündürmektedir. Çalışma bulguları literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Bu çalışmada yönetici desteği hemşirelerin bireysel iş yükü algılarını olumlu yönde en az etkileyen alt boyut olarak saptanmıştır. Yönetici desteği alt ölçeği,

hemşirelerin ihtiyaçları hakkında endişe duymaları ve hangi ölçüde yöneticilerinin yardımcı olduğu konusunda algılarını değerlendirmektedir (Cox et al., 2007). Yönetici desteği iş yükü algısı ve istihdam memnuniyetini daha fazla somutlaştırmaya olanak sağlamaktadır. Oysa literatürde geleneksel iş yükü ölçütleri içinde yönetici veya meslektaş desteği gibi faktörler yer almamaktadır. Bu unsurların ölçülmesi ise iş yükü ile ilgili olumsuz hemşirelik algılamalarını tetikleyen faktörlerin etkili bir şekilde belirlenmesine yardımcı olabilir (Cox et al., 2006). Yönetici desteği birçok şekilde olabilir. Klinik olarak yetkili ve daima erişilebilir bir yönetici hemşirenin olması ve hemşirelerin bu desteğin var olduğuna inandıkları sürece yönetici hemşirenin doğrudan hemşirelik bakımına katılmasına duyulan ihtiyaç çok az olabilir. İş yükü konusunda başkalarına karşı empati sahibi olan ve açık pozisyonların doldurulmasında çok çabaladığı görülen bir yönetici hemşire iş yükü algılamasını da olumlu etkileyecektir. Genel olarak, hemşireler tarafından yönetici desteği olumlu algılandığında, yöneticilerinin performansını da olumlu algıladıkları ve değerlendirdikleri ifade edilmektedir (Cox et al., 2006). Bir literatürde hemşire sayısı azlığının hemşire iş yükünü ağırlaştırdığı ve hemşirelerin bu nedenle fazla mesai yaptıkları tespit edilmiştir (Adams and Bond, 2000). Oysa iş yükü baskısı ve yetersiz personel sayısı bir hemşire yöneticisi tarafından yapılacak olumlu bir yönetim ile dengelenebileceği ve hemşirelere destek verilerek iyi bir çalışma ortamı oluşturulacağı düşünülmektedir. Günümüzde, hemşirelik hizmetlerinde klinik sorumlu hemşiresi, başhemşirelik, hemşirelik hizmetleri müdürü gibi farklı yönetim türlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yönetim birimlerinin birbirleri ve klinik hemşireler arasında saygı, güven, iletişim ve dürüstlüğü olması olumlu çalışma ortamı için gereklidir (Cox et al., 2010). Duygulu ve Kublay (2008) tarafından yapılan bir çalışmada klinik hemşireleri tarafından bir liderin sahip olması gereken özellikler içerisinde çalışanlarla iyi iletişim kurma becerisi ve bilgilerini ekip üyeleri ile paylaşarak, onları karar verme sürecine katılmalarını sağlamak ve bu şekilde çalışanlara olumlu destek vermek gibi durumların önemli olduğu belirtilmiştir. Karadağ ve ark. (2002)'nin yaptığı çalışmada, yaptığı işlerde yönetici desteği konusunda olumlu düşüncelere sahip olan hemşirelerin kişisel başarı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan farklı çalışmalarda da yönetici desteğinin bireysel iş yükü algısını olumlu yönde en az etkileyen faktör olduğu

görülmektedir (Cox et al. 2005, 2006; Lacey et al., 2007). Saygılı (2008) tarafından hastanelerin idari ve klinik birimlerinde çalışan farklı statüdeki personellere yönelik yapılan çalışmada; sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memurları) en düşük algı ortalamalarının yönetici desteği alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının birden fazla yönetici ile çalışmak zorunda olması ve kurumda tek tip yönetim anlayışının olmamasına bağlı ortaya çıkan idari bazda çatışmalar nedeniyle yetersiz yönetici desteği algısı oluştuğu ifade edilmiştir. Çalışma bulguları literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bu sonuçlardan farklı olarak; Özyer (2016)'in cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumlarını ölçmek için yaptığı çalışmada ise çalışma ortamı ile ilgili en olumlu algılanan boyutun yönetici desteği olduğu görülmüştür. Bu farklılığın nedeni olarak çalışmaya dahil edilen kişi sayısının literatürdeki ve bu çalışmadaki kişi sayısından oldukça düşük olması olabileceği düşünüldü.

BİYA ölçeğinin yönetici desteği alt boyutu maddeleri incelendiğinde; klinik hemşirelerin, servis sorumlu hemşiresinin gerektiğinde hasta bakımına katılması maddesi ile hemşirelik hizmetleri müdürü izinliyken, personel sıkıntısı olduğunda birim çalışanlarının yöneticileri ile rahatlıkla iletişime geçmeleri maddesine olumlu bir yaklaşım içinde oldukları görülmektedir. 08.03.2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde hemşirelik bakımı ile ilgili olarak; “sorumlu hemşire, servis ve üniteadaki hastaların bakım gereksinimlerinin hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenmesine ve karşılanmasına yönelik hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur” denilmektedir. Bu yönetmelik kapsamında sorumlu hemşireler hastaların bakım gereksinimlerine göre sınıflandırılmasını sağlayarak uygun oda ve yatak ayrımlarını yapmakla birlikte hasta bakımında rehberlik ve danışmanlık rolleri de bulunmaktadır. Klinik sorumlu hemşiresi hasta ve hasta yakınları, hemşireler, hekimler ve ekipte yer alan diğer üyelerle sürekli iletişim halindedir ve hemşirelik bakımını yönlendirmekten sorumludurlar (Erkan ve Abaan, 2006). Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada da katılımcılar yöneticinin hasta bakımı konusunda destek olması hususunda olumlu yaklaşım içerisinde olduklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan bu çalışmada hemşirelik hizmetleri müdürü izinliyken bile personel sıkıntısı olduğunda çalışanların onunla rahatça iletişime geçebileceği algısının olumlu olması, yönetici hemşirenin iletişime açık ve çalışanlarının sorunları ile daima ilgilendiğini düşündürmektedir. Hemşirelerin çalışma esnasında bir konu hakkında endişe duyduklarında, tavsiye ve destek için başvuracak bir savunmacılarının olduğunu bildikleri yönetici hemşirelerine hızlıca erişebilmeleri çalışan memnuniyetinin önemli bir bileşenidir (Lacey et al., 2007). Böyle bir ortamda çalışanları anlayabilen, daima ulaşılabilir, iyi organize olabilen ve çalışanın mutluluğu ile ilgilenen bir yönetici hemşirenin bulunması önemlidir (Erkan ve Abaan, 2006). İhtiyaç duyulduğunda daima ulaşılabilir bir yönetici hemşirenin varlığı, hemşirelere yönetici desteğini hissettirecek ve bu süreçte de yöneticinin doğrudan hemşirelik bakımına katılmasına ihtiyaç duyulmayacaktır. Böylelikle personel eksikliğine bağlı iş yükü konusunda çalışanlara karşı empati sahibi olan ve eksikliğin giderilmesinde yeterli çabayı sarfettiği görülen bir yönetici hemşire iş yükü algılamasını da olumlu etkileyecektir (Cox et al., 2006). Tanrıverdi ve ark. (2010)'nın sağlık çalışanları ile yapmış oldukları çalışmada, yöneticilerle çalışanlar arasındaki iletişim yeterliliğinin yüksek düzeyde olmasının çalışan performansına olumlu derecede katkı sağladığı bulunmuş ve yöneticilerin çalışanlarını dinlemesi, onların fikirlerine önem vermesi, ihtiyaç ve beklentilerine duyarlı olmaları önerilmiştir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin, hemşirelik hizmetleri müdürünün desteğini hissetmeleri nedeniyle şu an ki görevlerinde kalmaları konusunda diğer maddelere göre daha olumsuz bir algıya sahip oldukları saptanmıştır. Bu durum ile ilgili olarak; hemşirelerin görevlerinde kalma niyetlerinde yönetici desteğinin etkili bir faktör olmadığı söylenebilir.

BİYA ölçeğinin bir diğer alt boyutu olan birim desteği; hemşirelerin işlerini yapmak için ihtiyaç duydukları malzeme ve hizmet desteğine hangi ölçüde sahip oldukları konusundaki algılarını ölçmektedir (Cox et al., 2010). Yapılan bu çalışmada birim desteği alt boyutunda hemşirelerin hasta bakımı için ihtiyaç

duydukları ekipman-donanım (tansiyon aleti, pulseoksimetre, değerlendirme ölçekleri, tekerlekli sandalye, ateş ölçerler vb.) ve yine hasta bakımı için gerekli olan pansuman seti, kateter, IV setler, enjektör, nevreşim gibi malzemelerin ihtiyaç duyduklarında çalıştıkları birimde mevcut olması hususunda oldukça yüksek oranda olumlu algıya sahip oldukları belirlenmiştir. Sağlık donanımları deyince genelde ilk akla gelen tıbbi cihazlardır. Fakat sağlık donanımları sadece tıbbi cihaz ile sınırlandırılmaz. Sağlık donanımları kapsamı içinde tıbbi cihazların yanında çeşitli tıbbi sarf malzemeler, makineler ve aletler gibi pek çok teknolojik nesneler bulunmaktadır (Eroğlu, 2011). Birim desteği, hem klinik hem de klinik dışı görevlerde gereken işleri yapmak için gerekli ekipman ve kaynakları içermektedir. Hemşireler, genellikle, çalıştıkları birimin en yoğun zamanlarında basit görevleri bile yaptığı esnada yeterli malzeme ile işlemleri gerçekleştirmek için gerekli ekipman, malzeme veya aletlerin bulunmadığını tespit ederler. Hemşirelerin işlerini yapmak için ihtiyaç duydukları araçların, kaynakların ve desteğin sağlanması önemlidir (Cox et al., 2010). ICN tarafından belirlenen olumlu çalışma ortamı kriterleri içinde ekipman ve gereçlerin yeterli durumda bulunması da yer almaktadır. Malzeme ve insan kaynaklarındaki kurumsal eksiklikler, malzemelerin ve ekipmanların uygun muhafazasında sağlık hizmetlerinin aşamalı olarak bozulmasına yol açmakta ve iş tatminsizliği oluşturmaktadır (Baumann, 2007). VandenBergh ve ark. (1998) tarafından yapılan çalışmada yeterli düzeyde birim desteği sağlamanın hemşire iş yükünü etkileyebileceği belirtilmiştir. Özel (2005) tarafından yapılan çalışmada klinik hemşireleri hasta bakım malzemelerine ulaşmanın kolay olduğunu bildirmişlerdir. Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada klinik çalışanları tarafından “hasta bakımı için gerekli malzemelere kolaylıkla ulaşabilirim” maddesi en olumlu yaklaşımda bulunan madde olarak ifade edilmiştir. Yazıcı ve Kalaycı (2015)’nın hemşirelerin çalışma ortamı ve koşullarının değerlendirilmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada katılımcı hemşirelerin çoğunluğu hasta bakım malzemelerinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Türkmen ve ark. (2011) tarafından hemşirelik “Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği’nin” Türkçe’ye uyarlandığı çalışmada katılımcılar tarafından insan gücü ve diğer kaynaklar yetersiz olarak değerlendirilmiştir.

Birim desteği alt boyutu içerisinde yer alan, çalışılan birimde ihtiyaç duyulduğunda hastalara ya da yakınlarına manevi destek vermek için kurumda manevi destek görevlisi bulunması ile ilgili maddeye hemşireler oldukça olumsuz algı içerisindeyler. Manevi bakım; stres, hastalıklar ya da ölüm gibi sebeplerle akıl, beden ve ruh arasında uyumsuzluk ortaya çıktığında bireyin baş etme durumunu ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Uğurlu, 2014). Ülkemizde manevi destek hizmeti kapsamında; 07.01.2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında yapılan protokolle Ankara, İstanbul, Ordu, Erzurum, Kayseri ve Samsun illeri pilot bölge olarak belirlenmiş ve manevi destek birimleri bu illerdeki belirlenmiş hastanelerde hizmet vermeye başlamıştır. 21.12.2016 tarihinden itibaren ise içerisinde bu çalışmamızın yapıldığı il olan Afyonkarahisar’ında dahil olduğu 14 ilde profesyonel olarak manevi destek birimleri hizmet vermeye başlamıştır. Ancak, kurumlarda manevi destek görevlilerin yaygınlaşmaması, henüz sağlık çalışanları tarafından görev tanımları bilinmediğinden ve çalışma verilerinin toplandığı tarihte resmi olarak hastanelerde manevi destek görevlisinin bulunmaması nedeniyle bu maddeye hemşirelerin olumsuz bir algı içinde oldukları düşünülmektedir. Lin ve ark. (2011) tarafından BİYA ölçeğinin Taiwan versiyonu için yapılan çalışmada birim desteği alt boyutunda yer alan manevi destek görevlisi, sosyal hizmet uzmanı bulunması ve hemşirelerin hastalarına yeterli psikolojik desteği sağlayabilmeleri hususundaki maddelere yeterli cevap verilmemesi nedeniyle maddelerin ölçekten çıkarıldığı görülmüştür. Bu bulgular ışığında hemşirelerin, manevi destek görevlisinin iş yükleri ile doğrudan ilişkili olmadığını veya iş yükü algılamalarında etkisinin az olacağını düşündükleri ifade edilebilir.

BİYA ölçeğinin bir diğer alt boyutu doğrudan iş yüküdür. Farklı çalışmalarda hemşire iş yükü, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için önemli bir ölçüt olduğu belirtilmiştir (Aiken et al., 2002b; Balanuye, 2014). İş yükü denildiğinde sebep olarak sadece personel azlığı algılanmamalıdır. Bu durum mevcut personelin işi yapabilecek yeteneğe sahip olması ve işlerin adil bir şekilde dağıtılması ile de ilgilidir. Kliniğe özgü bilgi ve yeteneğe sahip hemşirelerin birlikte çalışıyor olmaları var olan iş yükü algısını

azaltırken iş memnuniyetini de artıracaktır (Cox et al., 2010). Yetenek, bilgi ve deneyiminin yetersiz olduğu bir görevin çalışana verilmesi çalışan üzerinde stres, huzursuzluk, mutsuzluk ve baskı gibi farklı olumsuzluklar meydana getirebilmektedir. Çalışanın yeteneğinin altında bir görev verilmesi halinde de çalışanda bıkkınlık, işe kendini verememe, iş tatminsizliği gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle çalışanlara kendi yeteneklerine uygun görevlerin verilmesi ve çalışan performansının da nesnel ölçütlerle adaletli olarak değerlendirilmesi çalışan tatmini açısından zorunludur (Doğan ve Üngüren, 2012). İş yükü algısı genel iş memnuniyetine bağlıdır. İş yükü, çalışma ortamında nasıl bir baskı ve aciliyetin hakim olduğunun göstergesidir. Beklentinin fazla olması ve kaynağın yetersiz olması ya da her ikisinin bir arada olması iş baskısının artmasına neden olabilir. Örneğin; hastaların hastanede kalış gün sürelerinin kısaltılması, hemşirelerin hastalarıyla bireyselleştirilmiş bakıma izin veren ilişkilerini geliştirmeleri için daha az fırsat ve daha az zaman geçirmeleri anlamına da gelmektedir. Bu nedenle hastalarına iyi ve güvenli bakımı sağlayamayacaklarını düşünen hemşireler zamanla bitkinleşir ve işi bırakmayı düşünebilir. İş yükü alt boyutu aynı zamanda hemşirelerin bu tür duygularını da ölçmektedir (Cox et al., 2010). Bu çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimdeki işlerin adaletli bir şekilde dağıtıldığı konusunda oldukça olumlu bir algı içinde oldukları görülmektedir. Yıldırım (2006) tarafından hemşirelerin kliniklerde hastalarla ilgili ve bakım dışı işlere ayırdıkları zamanın belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada sorumlu hemşire tarafından işlerin eşit dağıtım ile paylaştırıldığı belirlenmiştir. Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada ise klinik hemşireleri arasında iş yükü paylaşımının adaletsiz yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine Lacey (2011) tarafından yapılan bir çalışmada da hemşireler arasında görevlerin adil olarak dağıtılmadığı sonucuna varılmıştır. Hemşirelerde işe bağlı stres ve iş doyumunu ölçmeye yönelik Polat (2008) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerde en fazla strese yol açan faktörlerden birisinin eşit olmayan iş yükü ve yönetim tarzının olduğu ve bu durumun hemşireler üzerinde eşitsizlik algısının ortaya çıkmasına neden olabileceğinden hemşire yöneticilerinin, iş yükü planlaması ve adil iş dağıtımı konusunda oldukça hassas davranmaları gerektiği önerilmiştir. Bu farklı sonuçların kurumların uyguladığı farklı politikaların ve yöneticilerin adalet, güven, eşitlik gibi

duyguları destekleyen bir örgüt kültürünü benimsememelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesai saatleri içerisinde en az 30 dakika yeme/içme molası alabildikleri algısının olumlu olduğu görülmüştür. Kılıç ve ark. (2014) tarafından hemşirelerin çalışma saatlerinde iş yüklerinin ve sürelerinin tanımlanması amacıyla yapılan çalışmada; yoğun bakım hemşirelerinin, günlük sekiz saatlik çalışma süreleri içinde bireysel gereksinimleri için ayırdıkları sürenin ortalama 20 dakika, klinik hemşirelerinin ise günlük sekiz saatlik çalışma süreleri içinde bireysel gereksinimlere ayırdıkları sürenin de ortalama 85 dakika olduğu saptanmıştır. Ekici ve Gürçay (2013) tarafından özel bir hastanede çalışan hemşirelerin zamanlarını nasıl kullandıklarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada servis hemşirelerinin 12 saatlik vardiyalarının %15-20'sini kişisel ihtiyaçlarına ayırdıkları saptanmıştır. Literatür sonuçlarına göre bireysel ihtiyaçlar için mesai saati içerisinde yeterli zamanın verilmesinin iş yükünü belirleyen faktörlerden biri olduğu ifade edilebilir. Lacey (2011) tarafından yapılan çalışmada ise bu sonuçlardan farklı olarak hemşireler mola için ayıracak zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir.

İş yükü alt boyutunun “Hemşirelik hizmetleri müdürüne veya sorumlu hemşireye iş yükümün çok ağır olduğunu dile getirdim” maddesine hemşirelerin yarısı hiç ya da çok az yoğunluklarını dile getirdiklerini ifade etmişlerdir. Aynı alt boyut içerisinde yer alan “İş yükümün makul olduğunu düşünüyorum” maddesine ise hemşirelerin yarısından çoğu iş yüklerinin makul olduğunu düşünmeleri nedeniyle yoğunluk dile getirmedikleri kanaatine varılmıştır. Bir başka deyişle, hemşireler iş yüklerinin birimlerine özgü işlere uygun yoğunlukta olduğunu algılıyorlar, diyebiliriz. Yalçın ve Baykal (2012) tarafından yapılan çalışmada özel hastanelerde çalışan hemşirelerin, %75,5'inin sorunlarını yöneticileri ile özellikle %59,5'i sorunlarını sorumlu hemşire ile paylaştıkları sonucunun hastanelerdeki var olan yönetim anlayışı ve işleyişinin olumlu yansıması olarak değerlendirilmiştir. Yöneticilerin çalışanlarına özgüven oluşturarak görevleri ile ilgili sorun ya da

sıkıntılarını rahatlıkla dile getirebildikleri olumlu bir çalışma ortamı oluşturmaları gerektiği ifade edilebilir.

BİYA ölçeğinin işte kalma niyeti alt boyutu, hemşirelerin önümüzdeki bir yıl içinde mevcut konum ya da kurumlarında kalmayı planlamış olup olmadıklarını ölçmeye çalışan öngörülü bir alt boyuttur. İlk dört alt boyutun (meslektaş, yönetici, birim desteği ve doğrudan iş yükü) her biri hemşirelerin iş yükü algısını ölçmekte iken işte kalma niyeti alt boyutu ise ilk dört alt boyutun birleşimidir. Yani genel işte kalma niyeti diğer alt boyut algılarının etkisi sonucunda oluşur (Cox et al., 2007; Cox et al., 2010). Çalışmaya katılan hemşirelerin birim/kurumdaki iş yüklerini düşündüklerinde yer değişikliği düşünmedikleri ve en az bir yıl daha mevcut birim/kurumlarında çalışmayı planladıkları görülmüştür. Aynı zamanda hemşirelerin çoğunluğu iş yüklerini düşündüklerinde çalışma ortamlarından dolayı yer değişikliği düşünmediklerini belirtmişlerdir. Çalışmada meslektaş, yönetici, birim desteği ile doğrudan iş yükü alt boyutlarının olumlu algılanması, işte kalma niyetinin olumlu algılanması ile ilgili sonucu destekler niteliktedir. Tourangeau ve Cranley (2006) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin mevcut işlerinde kalma eğilimlerinin meslektaş işbirliği, iş doyumu, çalışanların kişisel özellikleriyle beraber örgüte bağlılık durumuyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları ile benzerlik gösteren Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada da kliniklerdeki sağlık çalışanlarının önümüzdeki bir yıl mevcut işlerini sürdürme niyetinde oldukları saptanmıştır. Çalışma bulgularından farklı olarak; ülkemizde ve dünyada hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini belirlemeye yönelik yapılan birçok çalışmada hemşirelerin işten ayrılma niyetlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Gardulf et al., 2005; McCarthy et al., 2007; Abaan ve Duygulu, 2008; Yaprak, 2009; Haydari ve ark., 2016). Yapılan bazı çalışmalar da olumsuz çalışma ortamlarının işten ayrılma niyetini artırdığını göstermiştir (Rothberg et al., 2005; Coomber and Barriball, 2007).

4.2.Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, standart hale getirilmiş olan tüm hemşirelik girişimleri ve prosedürlerini bireye özel ve uygun hale getirmektedir. Bireye özgü uyarlanarak gerçekleştirilen bireyselleştirilmiş bakım girişimleri, bireyin eşsizliğine duyulan saygının bir ifade şeklidir. Aynı zamanda bakım kalitesinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bireyselleştirilmiş bakım hasta-hemşire etkileşimi sonucu ortaya çıkar ve hemşirelik girişimlerinin çeşitliliğini oluşturur (Suhonen et al., 2010b). Hastayla hemşire arasındaki etkileşim, bireyin hastalık ya da herhangi bir yetersizlik durumunda kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerinin saptanmasını kapsar. Bireyin genel sağlık durumu, kişisel durumu, kapasite ve karar verme tercihleri gibi faktörler katılarak planlanan ve uygulanan hemşirelik bakımı, bireysel ve kişiye özel hale getirilmektedir (Suhonen et al., 2000; Tekin, 2011). Hemşirelerin gözünden hastaların bakımlarını ne kadar bireyselleştirdiklerine bakılması ise hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını ölçmekle gerçekleşmektedir. Bu bağlamda bakımı sunan hemşirelerin hasta bireyin değerlerini anlama, önemseme ve kabul etme algıları söz konusudur.

Çalışmada, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının hasta bireyin otonomisini ve bireyselliğini destekleme yönünde olumlu olduğu ifade edilebilir. Literatürde hemşirelerin bireyselleştirmiş bakım algıları ile ilgili yapılan pek çok çalışmada hemşirelerin bireyselleştirmiş bakım algılarının olumlu olması çalışma bulgularını destekler niteliktedir (Charalambous et al., 2010; Suhonen et al., 2009b, 2010a, 2010b, 2011b, 2011c; Berg et al., 2012; Idvall et al., 2012; Can, 2013; Özdemir, 2015; Papastavrou et al., 2015).

Bireyi diğer insanlardan farklı kılan ve bireyselliğini meydana getiren özelliklerinin hasta bakımında dikkate alınması, bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi için önemlidir. Hastaların sahip olduğu inanç, değer ve tutumlar hemşire-hasta etkileşimi ile gerçekleşen bireyselleştirilmiş bakım sürecini yönlendirici bir etkiye sahiptir (Can ve Acaroğlu, 2015). Çalışmaya katılan

hemşireler tarafından BBÖ alt boyutları arasında hasta bireyin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığının kendisi için ne anlam ifade ettiğini içeren “klinik durumda bireysel özellikler”in en olumlu algılanan alt boyut olduğu görülmüştür. Suhonen ve ark. (2011a)’nın Finlandiya, Kıbrıs, Yunanistan, Portekiz, İsveç, Türkiye ve Amerika’da çalışan ortopedi kliniği hemşireleri ile yapmış oldukları uluslararası çalışmada da “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutunun en yüksek madde puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçları bu bağlamda yapılmış (Charalambous et al., 2010; Suhonen et al., 2009b, 2010a, 2010b, 2011a, 2011c; Berg et al., 2012; Can, 2013; Can ve Acaroğlu, 2015; Özdemir, 2015; Papastavrou et al., 2015) çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin klinik durumda bireysel özellikleri ile ilgili olarak hastaların korku ve endişeleri hakkında hastalarla konuşurum; hastaların bakımlarında ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişiklik durumunda hastaların duygularını anlarını ifadelerine olumlu yaklaşım içerisinde oldukları görülmektedir. Suhonen ve ark (2011c)’nın dört farklı kurumun uzun dönem bakım servislerinde çalışan hemşireler ile Berg ve ark. (2012)’nin ortopedi kliniğinde çalışan hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada da hemşirelerin, hastaların korku ve endişeleri hakkında onlarla konuşmaları ve hastaların durum değişikliklerinde onları anlama konusunda oldukça olumlu yaklaşım içinde oldukları görülmüştür. Altıok ve ark. (2011)’nin aktardığı Brunton ve Beaman (2000) tarafından yapılan çalışmada, hemşireler hastayla konuşma, hastaya saygı gösterilmesi, hastaya karşı duyarlı olma, birey olarak hastaya özel davranma ve hastayı dikkatlice dinleme davranışlarının önemli olduğunu vurgulamışlardır.

BBÖ’nün hasta bireyin günlük hayatı içerisindeki uğraşlarını, alışkanlıklarını, seçimlerini, değer ve inançlarını, aile arasındaki bağlarını, iş tecrübelerini ve bunun yanında daha önceki hastane deneyimlerini içine alan “hastanın kişisel yaşam durumu” alt boyutunun çalışmaya katılan hemşireler tarafından en olumsuz olarak algılanan alt boyut olduğu görülmüştür. Her bir bireyin sahip olduğu farklı değer, geçmiş ve tecrübelerin olması bireyleri birbirinden bağımsız ve ayrıcalıklı kılar. Bu nedenle de bakımın tüm bu özelliklere dikkat edilerek verilmesi bireyselleştirilmiş bakım açısından önem arz etmektedir (Altıok ve ark., 2011). Bireye özgü ya da

bireyselleştirme olarak kavramsallaştırılan bu eylem biçimi, hasta bireyin değerlerini anlamak, önemsemek ve kabul etmeyi gerektirir (Acaroğlu ve ark., 2007). Suhonen ve ark. (2011a) tarafından Türkiye'nin de içinde bulunduğu yedi farklı ülkede çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada Türkiye ve çalışmaya dahil edilen diğer beş ülkedeki hemşireler tarafından en olumsuz algılanan alt boyutun “hastanın kişisel yaşam durumu” olduğu görülmüştür. Türkiye’de yoğun bakım, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerle Can (2013) ve Özdemir (2015) tarafından yapılan farklı çalışmalarda da çalışma bulguları ile uyumlu olarak hastanın kişisel yaşam durumu boyutunun en olumsuz algılanan boyut olduğu görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda da bireylerin hemşirelik bakımları esnasında klinik durumlarının dikkate alındığı ve bakım ile ilgili kararlara katılımlarının sağlandığı, fakat kişisel yaşam durumlarının daha az dikkate alındığı sonucuna varılmıştır (Charalambous et al., 2010; Suhonen et al., 2010b; 2010c; 2011c; Berg et al., 2012; Papastavrou et al., 2015). Bu da hemşirelerin bireyin inançları, düşünceleri, deneyimleri, değerleri ve duygularına göre bakımın bireyselleştirilmesinde bireyi diğer insanlardan ayrıcalıklı kılan ve bireyselliğini oluşturan bu özelliklerinin daha az dikkate alındığını göstermektedir (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

BBÖ’nün “kişisel yaşam durumu” alt boyutunda hemşirelerin hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorma konusunda olumlu düşünce içinde oldukları görülmüştür. Ailelerin hasta bakımına katılımlarının sağlanması bütüncül sağlık yaklaşımının bir parçasıdır ve ailenin bakıma katılması hastanın kendi bakımını üstlenmesinde ona cesaret vermektedir. Aynı zamanda bu durum aile üyelerinin de sürece dahil olarak hasta bakımına katılmalarıyla ailede de hemşirelere karşı güven duygusu oluşmasına neden olmaktadır (Uzun ve ark., 2002; Özgürsoy ve Akyol, 2008).

BBÖ’ nün hastanın “kişisel yaşam durumu” alt boyutunda hemşirelerin hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıkları ve daha önceki hastane deneyimlerini sorma konusunda olumsuz algı içerisinde oldukları görülmüştür. Çalışma bulguları ile uyumlu olarak Suhonen ve ark. (2011c)’nın yapmış oldukları çalışmada BBÖ’nün kişisel yaşam durumu alt boyutu

maddelerinde hemşirelerin, hastaların daha önceki hastane deneyimleri ve günlük yaşam aktiviteleri konusunda daha olumsuz algı içinde oldukları belirtilmiştir. Berg ve ark. (2012)'nın yapmış oldukları çalışmada ise bu çalışmanın sonucunun aksine hastaların günlük yaşamlarındaki aktiviteleri ve günlük alışkanlıkları en olumlu algılanan madde olmuştur. Hastaneye yatan bireyler duygusal desteğe ve özel bakıma ihtiyaç duyarlar. Hastane ortamı hasta bireylerin gözünden bakıldığında hastalar için karmaşık, yabancı ve endişe verici bir ortamdır. Her bireyin hastaneye yatma karşısındaki duygusal tepkileri ve yaşamış oldukları deneyimleri farklılık içermektedir ve hemşirelerin tutumları da bu deneyimin olumlu ya da olumsuz sonuçlanmasında etkili olabilmektedir. Hasta birey bu duruma motive olmaya çabalarken, bununla beraber temel insani gereksinimlerini ve günlük alışkanlıklarını da devam ettirme çabası içindedir. Daha önce hastanede yatma deneyimi olan bazı hastaların stresleri daha fazla olabilmektedir. Bazı hastalarda günlük yaşantılarındaki aktif yaşama rağmen pasif olmayı gerektiren alışılmamış hastane ortamı ve rol değişiklikleri hasta bireyde negatif sonuçlara neden olmaktadır. Bu durum zaman zaman hastalık bulgularını artırmakta ve buna bağlı olarak iyileşmeyi de geciktirmektedir (Coşkun ve Akbayrak, 2001; Ortabağ ve ark., 2010).

Hastaların gereksinimlerini etkili olarak karşılamada değer, inanç, tutumların önemi vurgulanmasına rağmen hemşirelerin bütüncül yaklaşım içinde bakım sunmadıkları söylenebilir. Oysa hastanın kişisel yaşam tarzı ve hastane ile ilgili deneyimleri hastanın verilen bakıma olan tutumunu etkileyebilir. Bireysel bakım içinde her hastanın belirli durumu kişiselleştirilmediği takdirde bakım geleneksel rutin bakıma dönüşür. Sağlık hizmeti veren kurumlar her hastanın bireysel bakım ihtiyaçlarına yanıt vermelidir. Bu nedenle hemşirelik yöneticileri hastalarla sağlık çalışanları arasında işbirliğine dayalı etkileşimleri teşvik eden bir çerçeve oluşturmakla yükümlüdür (Amaral et al., 2014). Bu nedenle hastanelerde var olan kalite ve verimlilik standartlarının bireyselleştirilmiş bakımın önemine yani hastaların bireysel değerlerini, isteklerini, inanç ve tutumlarını, uğraşlarını, alışkanlıklarını içeren kişisel yaşam durumuna odaklanması gerektiği düşünülmektedir.

BBÖ'nün bir diğer alt boyutu ise bilgiye temellenmiş olan “karar verme kontrolü” olarak adlandırılmaktadır. Bu boyut, hasta bireyin hastalık ve tedavileri hakkında istek, düşünce ve duygularını kapsayan kendi görüşlerini ifade ederek, seçim yapma ve alternatifler edinmesine imkan tanımaktadır (Charalambous et al., 2010; Acaroğlu ve Şendir, 2012). Hastayı bakımı ve tedavisi konusunda alınacak kararlara dahil etmek ve bu kararlarda ortak bir zemin bulmaya çalışmak, hastanın tedaviye uyumunu da artırmaktadır (Şahin ve Artıran İğde, 2014). Çalışmaya katılan hemşirelerin BBÖ'nün karar verme kontrolü alt boyutunda “hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım” maddesi konusunda oldukça olumlu bir algı içerisinde oldukları görülmüştür. Çalışma sonucu literatür ile uyumluluk göstermektedir (Suhonen et al., 2011c; Berg et al., 2012). Hemşirelik bakımı, hemşire ve hasta arasındaki karşılıklı alma ve verme ilişkisine dayalı bir iletişim şeklidir. Bu süreçte hemşire, birey için bakım verme eyleminde bulunurken hasta da bunun farkındadır. İletişim esnasında gündelik dilde kullanılan, herkesin anlayabileceği kelimelerle söylemek istediklerini basit bir biçimde ifade etmesi hemşirelerin anlaşılır olmasını da beraberinde getirecektir. Aksi halde tıbbi terim kullanmaları ya da hastaların anlayabilecekleri şekilde açıklama yapmamaları hasta ve hemşire arasında iletişim sorunlarına neden olacaktır (Altıok ve ark., 2011). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 8 Mayıs 2014 tarih ve 28994 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin Bilgi Vermenin Usulü’ nü içeren 18. maddesinde de “bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheyi yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir” şeklinde ifade edilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin hastalarına bakım verirken onlarla hem doğru iletişim kurdukları hem de hasta hakları yönetmeliğine uygun hareket ettikleri ifade edilebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin BBÖ'nün karar verme kontrolü alt boyutunda “hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım” maddesine olumsuz algı içinde oldukları görülmüştür. Aynı şekilde Suhonen ve ark. (2011c) ile Berg ve ark. (2012)’nın yaptıkları çalışmalarda da en olumsuz algılanan alt boyut maddesi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin bu maddeyi bireyselleştirilmiş bakımın önemli olmayan öğelerinden biri olarak nitelendirdikleri tespit edilmiştir. Oysa ki; banyo

yapmak, bakımın bir parçasıdır ve hasta konforunu sağlayan girişimlerden birisidir. Diğer bir ifade ile, hijyenik bakım bireyin psikolojik ve fiziksel gereksinimlerine cevap vermektedir (Zaybak ve Yapucu Güneş, 2009).

4.3.Ölçekler ile Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmaya katılan hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının (genel hemşire memnuniyetinin) çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. İki ve üzeri çocuk sahibi olan hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının daha olumlu olduğu görülmektedir. Saygılı (2008) ve Özyer (2016) tarafından yapılan çalışmalarda da çocuk sahibi olan katılımcıların çalışma ortamlarını diğer katılımcılara göre daha olumlu algıladıkları belirtilmiştir. Çocuk sahibi olan çalışan hemşirelere gerek yönetmeliklerle yapılan düzenlemeler, gerek meslektaşlarının desteği, gerekse anlayışlı yönetim şekli ile birlikte personel istihdamının yeterli olduğu kurumlarda nöbet, vardiya gibi çalışma şekillerinde kolaylık sağlanabiliyor olması hemşirelerin iş yükü algılarını diğer hemşirelere göre daha olumlu algılamalara neden olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda çocuk sahibi olmak çalışan anne ve babaların sorumluluk duygusunu artırmakta ve kolaylıkla iş değişikliği ya da işi bırakma gibi duygulara yönelmeyi engelleyerek çalışma ortamı memnuniyetine yönelttiği ifade edilebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin bireysel iş yükü algısı çalışılan kuruma, kurum yatak kapasitesine ve görevlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışılan kurumlara göre ilçe hastanelerinde çalışan hemşirelerin diğer hastanelerde (özel, merkez devlet ve üniversite) çalışan hemşirelere göre bireysel iş yükü algısının oldukça olumlu olduğu (genel hemşire memnuniyetinin yüksek olduğu) görülmüştür. Aynı zamanda kurum yatak kapasitesinin de detayları incelendiğinde 200 ve altı yatak kapasitesine sahip

hastanelerde bireysel iş yükü algısının olumlu olması ilçe hastanelerinde algının olumlu olmasını destekler niteliktedir. Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada da ilçe devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamı algılarının merkez hastanelerinde çalışan hemşirelerden olumlu olduğu görülmüştür.

Hastanelerde sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının klinik ve yoğun bakım hemşirelerine göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Sorumlu hemşirelerin, birimde birlikte çalıştıkları hemşirelerin doğasından anlamaları ve insanlara yönelik tutumlarıyla onlar için uygun çalışma ortamları hazırlamaları gerekmektedir (Erkan ve Abaan; 2006). Bütün bunları yaparken üst yöneticiler ile sürekli iletişim halinde kalarak yaşadığı sıkıntıları ya da gerekli olan ihtiyaçları onlara iletmeli ve teminini sağlamalıdır. Yalçın ve Baykal'ın (2012) yapmış oldukları çalışmada sorumlu hemşirelerin daha az sessiz kalma davranışı sergilediği belirlenmiştir. Aynı zamanda Tel ve ark. (2012)'nin yapmış oldukları çalışmada sorumlu hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeylerinin klinik hemşirelerine göre düşük olması çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Sorumlu hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının diğer hemşirelere göre daha olumlu olmasının nedeni olarak üstlerine düşüncelerini rahat ifade edebilmeleri, uygun çalışma ortamının oluşmasında katkı sağlıyor olmaları aynı zamanda diğer hemşirelere göre nöbet sayılarının az olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma bulgularından farklı olarak Özyer (2016) tarafından yapılan çalışmada bireysel iş yükü algısı ile yapılan görev arasında anlamlı farklılık olmadığı ifade edilmiştir. Bu farklılığın nedeninin çalışmaya katılan hemşire sayısının düşük olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada sorumlu hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının da klinik ve yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ve hastaların bireyselliklerini daha fazla destekledikleri saptanmıştır. Sorumlu hemşireler birimlerinde birlikte çalıştıkları hemşireler, hekimler ve diğer tüm ekip üyeleri ile birlikte hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimde odak noktası olmaları nedeniyle hemşirelik bakımının koordinasyonundan sorumludur. Özdemir (2015) tarafından

yapılan çalışmada da sorumlu hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları klinik hemşirelerinden anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma yılına göre bireysel iş yükü algıları farklılık göstermektedir. Aynı kurumda 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin bireysel iş yükü algısı diğer hemşirelere göre daha olumludur. Bir kurumda uzun süre çalışan ve deneyim kazanan hemşirelerin genel hemşire memnuniyetleri daha fazladır. Deneyimle beraber mesleki ilişkileri gelişen hemşirelerin çalıştıkları kurumu daha çok benimseyerek kurumun çıkarlarına daha fazla önem verdikleri ve hasta bakımında kullandıkları kaynaklara daha rahat ulaştıkları ve iş doyumunda artış ile memnuniyetlerinin arttığı görülmüştür. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda benzer değerlendirmeler yapıldığı görülmektedir. (Yamashita, 1995; Mollaoğlu ve ark., 2005; Bingöl, 2006; Sezgin, 2007). Hem çalışılan hastanenin çalışma şartlarına ve politikalarına zaman geçtikçe uyum göstermeleri hem de çalışma yılı fazla olan hemşirelere gerekli yönetmeliklerle daha az vardiyalı çalışma saatleri getirilmesi gibi nedenlerin bireysel iş yükü algısı üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Literatürde deneyimin, çalışma ortamı algısı üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren bir çok çalışma mevcuttur (Margall ve Duquette, 2000; Meretoja et al., 2004b; Sezgin, 2007; Stuenkel et al., 2007). Saygılı (2008)'nın yapmış olduğu çalışmada da görev yılı arttıkça bireysel iş yükü algısının daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgularından farklı olarak Özeyer (2016) tarafından yapılan çalışmada; çalışma yılının bireysel iş yükü algısına etkisinin olmadığı ifade edilmiştir. Bu farklılığın çalışmaya katılan örneklem sayısının düşük olmasından kaynakladığı düşünülmektedir.

Aynı birimde 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bu çalışma ile uyumlu olarak hemşirelerin aynı birimde çalışma yılı arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Suhonen et al., 2011c; Can, 2013;). Benzer olarak Idvall ve ark. (2012)'nin, klinik hemşireleri ile yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin mesleki tecrübe süresinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Bolton ve

ark. (2007)'nın yaptığı çalışmada ise mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin var olduğu ve mesleki olarak işbirliği içinde olunan, olumlu çalışma ortamının var olduğu birimlerde hastalarda bası yarası ve düşme olayının gelişme sıklığının azaldığı ifade edilmektedir. Aynı zamanda hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını ölçmeye yönelik yapılan bazı çalışmalarda da çalışma sonucundan farklı olarak hemşirelerin deneyimleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir (Suhonen et al., 2010b; 2011b; Özdemir, 2015).

Hemşirelik, vardiya sistemine dayanan çalışma düzenini beraberinde getiren ve 24 saat aktif çalışmayı gerektiren bir sağlık disiplini. İnsan organizması normal olarak gündüz çalışmaya gece ise dinlenmeye organize olmuştur. Fakat vardiyalı çalışma sisteminde, insan organizmasının normal işleyişinin aksine dinlenme gereksiniminin ortaya çıktığı saatlerde aktif çalışmayı gerektirmektedir. Bu da hemşirelerin ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (Peker ve Karagöz; 2014). Yapılan çalışma sonucunda hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının günlük mesai süreleri, vardiya türü ve aylık nöbet tutup tutmamalarına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Detaylı incelendiğinde ise günlük mesai süreleri sekiz saat olan, vardiya türü olarak sadece gündüz çalışan ve nöbeti olmayan hemşirelerin bireysel iş yükü algılarının (genel hemşire memnuniyetinin) diğer çalışan hemşirelere göre daha olumlu olduğu saptanmıştır. Gerek kliniklerde gerek yoğun bakımlarda gündüz vardiyasında veri giriş elemanı ya da tıbbi sekreterlerin bulunması nedeniyle hemşirelerin görev tanımı dışındaki pek çok işi yapmak zorunda kalmaması, aynı zamanda gündüz vardiyasında çalışan hemşire sayısının akşam ve gece vardiyasında çalışan hemşire sayısına oranla daha fazla olması, yapılması gereken işlerin hemşireler arasında uygun şekilde dağılması gibi etkenlerin hemşirelerin genel memnuniyetini artırdığı düşünülmektedir. Aynı zamanda devamlı nöbet sistemi ile çalışan kişilerde uykusuzluğa bağlı stres, gerginlik ve anksiyete gibi sonuçlar ortaya çıkabileceğinden çalışma ortamlarını olumsuz algılamalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Literatürde çalışma sonuçları ile uyumlu çalışmalara rastlanmıştır. Saygılı (2008) tarafından yapılan çalışmada sadece gündüz çalışan sağlık çalışanlarının genel çalışma ortamı

algılarının gündüz+nöbet şeklinde çalışanlara göre daha olumlu olduğu belirtilmiştir. Ayaz ve Beydağ (2014)'ın hemşirelerin iş yaşamını etkileyen etmenleri araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada yalnızca gündüz vardiyasında çalışan, aynı zamanda hiç nöbet tutmayan hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada günlük mesai süresi sekiz saat olan hemşirelerin günlük mesai süresi 16 ve 24 saat olan hemşirelere göre bireyselleştirilmiş hasta bakımını daha fazla destekledikleri saptanmıştır. Günlük normal çalışma saatini aşp, bazen personel eksikliği bazen kurumların yanlış politikaları nedeniyle günlük 16 ya da 24 saat çalışmak zorunda kalan hemşirelerin çalışması esnasında dikkat eksikliği, özensizlik, nazik olmama gibi davranışlara yönelerek hasta bakımına odaklanmasını güçleştirebildiği düşünülmektedir. Benzer yapılan çalışmalarda hemşirelerin çalışma süresi arttıkça genel iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir (Durmuş ve Günay, 2007; Aksoy ve Polat, 2013). Literatürde hemşirelerin günlük çalışma süresinin bireyselleştirilmiş bakım algısına etkisini ölçen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmada mesleki sertifikaya sahip olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının sertifika sahibi olmayan diğer hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yani eğitilmiş ve alana özgü uygulamalara yönelik sertifikasyon programlarını başarıyla tamamlamış hemşireler hastanın hemşirelik bakımında bireyselliğe daha çok önem vermektedir. Hemşirelik sertifika programları son yıllarda gittikçe yaygınlaşmakta olup; pek çok hemşire, mesleki kariyerlerinde ilerleme gerçekleştirmek için bu programlara katılmaya başlamıştır. Özdemir (2015) tarafından yapılan çalışmada, çalışma sonucumuzdan farklı olarak hemşirelerin sertifikalı kurs ya da eğitim programlarına katılma durumlarına göre bireyselleştirilmiş bakım algılarında farklılık bulunmamıştır. Farklılık nedeni incelendiğinde ise; çalışmamızda sadece hemşirelik alanındaki mesleki gelişimi ve alana özgü uygulamaları destekleyen sertifika durumu dikkate alınırken; Özdemir (2015) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelik ve hemşirelik dışı sertifika programları dikkate alınmıştır. Literatürde benzer başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleğini sevme durumlarına göre bireysel iş yükü ve bireyselleştirilmiş bakım algılarında farklılıklar bulunmuştur. Mesleğini çok seven hemşirelerin, mesleğini hiç sevmeyen ya da az seven hemşirelere göre bireysel iş yükü algıları daha olumlu ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin mesleğini severek yapması, çalıştığı kurumu ve meslektaşlarını daha çok benimsemesine, mesleki ilişkilerinin ve iş doyumlarının daha fazla olmasına, tüm bunların sonucu olarakta çalışma ortamlarını olumlu algılamalarına etki etmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2010). Can (2013) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin mesleğini yapmaktan memnun olma düzeyleri artıkça bireyselliğe verdiği önemin arttığı ve bakımın bireyin tercihleri, alışkanlıkları ve ihtiyaçları doğrultusunda verildiği bulunmuştur. Karamanoğlu ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, mesleğini seven hemşirelerin sevmeyenlere göre mesleki profesyonelliklerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Beydağ ve Arslan (2008)' in yaptıkları çalışmada da, mesleğini severek yapan hemşirelerin bu durumu mesleki davranışlarına yansıttıkları sonucuna ulaşılmıştır.

4.4.Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hemşirelerin bireysel iş yükü algısı olumlu yönde arttıkça BBA ölçeğinin “klinik durumdaki bireysel özellikleri” alt boyutunu daha yüksek oranda destekledikleri görülmüştür. Çalışma ortamını olumlu olarak değerlendiren hemşireler hasta bireyin hastalığına verdiği yanıtlarının, hastalığı ile ilgili duygularının ve ne hissettiklerinin, hastalıklarının onlar için ne ifade ettiğinin önemli olduğunu düşünmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin genel bireysel iş yükü algıları (genel hemşire memnuniyeti) ile genel bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum genel hemşire memnuniyetinin artmasıyla hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olacağını göstermektedir.

Yani hemşireler çalışma ortamlarını daha olumlu algıladıkça hastaların bakımlarında bireyselliklerini daha yüksek oranda destekleyecekleri algılanabilir.

Hemşirelerin genel bireyselleştirilmiş bakım algısı ile BİYA ölçeğinin “birim desteği” alt boyutu arasında regresyon ve korelasyon analizi sonucunda doğrusal bir bağlantı olduğu görülmüştür. Birim desteği konusunda olumlu düşünen hemşirelerin yani ekipman ya da hizmet konusunda tüm ihtiyaçları zamanında ve eksiksiz karşılanan hemşirelerin hastalarının bakımlarında bireyselliğe daha çok önem verdikleri düşünülmektedir. Kalisch ve ark. (2009) yeterli oranda karşılanmayan malzemelerin bakımı engellediğini ya da bakımda hatanın oluşmasına neden olduğunu yaptıkları çalışma ile ortaya koymuşlardır. Fiziksel kaynakların yeterli olmaması ve çalışma ortamında yeterli birim desteğinin sağlanmaması durumunun hemşirelerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerini artırdığı, iş gücü kayıplarına neden olduğu ve en önemlisi de tıbbi hataların oluşmasını sağlayarak hemşirelik bakımı verdikleri hastaların risk altına alınmasıyla da bakımın kalitesinin düşmesine neden olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Ergüney ve ark., 2001; Browning et al., 2007; Kebapçı ve Akyolcu, 2011). Çalışma sonuçları literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Hemşirelerin genel bireyselleştirilmiş bakım algısı ile BİYA ölçeğinin doğrudan iş yükü ve meslektaş desteği altboyutu arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Foxall ve ark. (1990) tarafından yapılan çalışmada yoğun bakım gibi birimlerde çalışan hemşirelerin iş yüklerinin diğer klinik ve polikliniklerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu bulunmuş ve iş yükünün artması nedeniyle de hemşirelerin bakım verme performansında olumsuzluklara neden olduğu belirtilmiştir. Akyol ve Kankaya (2017) tarafından yoğun bakım hemşirelerinin performans engellerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin vardiyalarında teslim aldıkları hasta sayısı (iş yükünü belirleyen ölçütlerden biri) ile bakım kalitesi arasında anlamlı farklılık bulunmuş ve çalıştıkları vardiyada sundukları bakımın kalitesine yönelik belirttikleri engellerin içerisinde “bugün, sadece hastaların en belirgin problem ve şikayetlerini mi göz önünde bulundurdunuz?” ifadesinin en çok görülen performans engeli olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda; hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça, bakım verilen hastaların bakım kalitesinde ve hemşirelerin iş doyumunda azalma olduğu belirtilmiştir (Aiken et al., 2002a; Aiken et.al., 2002b). Aiken ve ark. (2002b)’nın hemşire-hasta oranları ve önlenebilir hasta ölümlerinin ilişkisini tespit etmek için yapmış oldukları bir çalışmada; hemşire iş yüküne eklenen her bir cerrahi hasta için hemşire bakımı altında bir hasta ölüm oranı %7 artmıştır. Fazla iş yükü hemşirelerin bireyselleştirilmiş hasta bakımını yeteri kadar uygulayamamalarına neden olmaktadır.

AbuAlRub (2004) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin çalışma ortamlarında meslektaşlarından gördüğü sosyal desteğin artmasıyla iş performanslarının da anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmada hemşirelere yönelik sosyal desteğin artmasıyla hemşirelerin stres algısının önemli düzeyde azaldığı ve böylece iş performanslarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Meslektaşlar arasında arkadaşlıktan uzak, düşmanca diyaloglar içinde olan bir kurumun çalışanları devamlı bir gerilim içindedir, birbirlerine güvenleri yoktur ve birbirlerine karşı yardımsever hareket edemezler (Uslusoy, 2010). Çalışılan birimde hemşireler arasında meslektaş desteğinin mevcut olması durumunda çalışma ortamı daha pozitif hale geleceği için hemşirelerin bakımlarında hastaların bireyselliğine daha fazla önem verecekleri düşünülmektedir. Çünkü mutlu ve olumlu çalışma ortamı ile hemşirelerin iş performansının artmasıyla, işlerine daha profesyonel yaklaşacakları ifade edilebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı ile en düşük ilişkisi bulunan alt boyutun önümüzdeki bir yıl içinde mevcut konum ya da kurumlarında kalmayı planlamış olup olmadıkları niyetlerini içeren “işte kalma niyeti” alt boyutu olduğu görülmüştür. Çalışmada BİYA ölçeği alt boyutlarının BBA üzerindeki etkisine yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları da korelasyon sonuçlarını desteklemektedir. BİYA ölçeğinin yönetici desteği ve işte kalma niyeti alt boyutlarının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Yani hemşirelerin mevcut konumlarında kalma ya da değişiklik niyeti içinde olmalarının ve ihtiyaçları hakkında yöneticilerinin hangi

ölçüde yardımcı olduğu konusunda algılarını ölçen yönetici desteğinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını düşük düzeyde etkilediği saptanmıştır.

Sonuç olarak yapılan bu çalışmada hemşirelerde bireysel iş yükü algısının (genel hemşire memnuniyetinin-çalışma ortamı algısının) bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu, bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde en yüksek etkiye sahip bireysel iş yükü algısı alt boyutunun da birim desteği olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Olumlu çalışma ortamlarının hemşireleri pozitif yönde etkileyerek, hizmetlerde mükemmelliği desteklemesi sonucu sağlık çalışanlarının performansında, hasta sonuçlarında ve yeniliklerde yararlı etkilerinin olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Baumann; 2007; Mollaoğlu ve ark., 2010; Tan ve ark., 2012). Çalışma sonucu literatür ile benzerlik arz etmektedir. Çalışma ortamından memnun olan, hasta bakımı için özellikle çalışma ortamındaki gerekli olan fiziksel kaynaklar, ekip desteği (sosyal hizmet uzmanları, manevi destek görevlileri, eczaneden yeterli destek gibi...) gibi konularda gerekli desteği alan hemşirelerin hastaların bakımlarında bireyselliği daha fazla destekleyecekleri, böylelikle hastalara bireyselleştirilmiş bakımın sunulacağı ve hasta çıktılarında daha fazla olumlu sonuçların ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonucunda;

- Hemşirelerin BİYAÖ'nün "hasta bakımı için ihtiyaç duyduğum ekipman-donanım (tansiyon aleti, pulseoksimetre, değerlendirme ölçekleri, tekerlekli sandalye, ateş ölçerler vb.) servisimde mevcuttur; servisimdeki hemşire arkadaşlarım, ailemden birisine bakım verirse kendimi rahat hissederim; servisimdeki hemşirelerle iyi bir ekibiz" maddelerini en olumlu algıladıkları,
- Hemşirelerin BİYAÖ'nün "buradaki iş yükümden dolayı servis/birim ve/veya görev değişikliği düşünüyorum; bir hastada yaşam tehlikesi (mavi kod, yaşamı tehdit eden tanı alması gibi) olduğunda veya hasta öldüğünde, hasta ve/veya ailesine manevi destek vermek için kurumumda bir manevi destek görevlisi hazır bulunur; iş yükümü düşündüğümde, önümüzdeki bir yıl içinde şu an ki servis ve/veya görevimde kalmayı planlamıyorum" maddelerini en olumsuz algıladıkları,
- Hemşirelerin BİYA'nın olumlu yönde en fazla meslektaş desteğinden etkilendiği,
- Hemşirelerin BİYA'nın en az yönetici desteğinden etkilendiği,
- Hemşirelerin BİYA ölçeğinin birim desteği alt boyutunda yer alan çalışılan klinikte ihtiyaç duyulduğunda hastalara ya da yakınlarına manevi destek vermek için kurumda manevi destek görevlisi bulunması ile ilgili maddeye hemşirelerin oldukça olumsuz algı içinde oldukları,
- Hemşirelerin doğrudan iş yükü algılarının mevcut personelin işi yapabilecek yeteneğe sahip olması ve işlerin adil bir şekilde dağıtılması ile ilgili olduğu,
- BİYA'nın ilçe devlet hastanelerinde ve 200 altı yatak kapasitesine sahip hastanelerde olumlu olduğu, aynı zamanda çalışılan birim ile ilişkili olmadığı ancak sorumlu hemşirelerde klinik ve yoğun bakım hemşirelerine göre daha olumlu olduğu,
- BİYA'nın aynı kurumda 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde, hiç nöbet tutmayan ve sadece gündüz mesaisinde 8 saat çalışan hemşirelerde daha olumlu olduğu,

- Hemşirelerin BBÖ'nün "hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım; hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum; hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım" maddelerini en olumlu algıladıkları,
- Hemşirelerin BBÖ'nün "hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım; hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri); hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım" maddelerini en olumsuz algıladıkları,
- Hemşirelerin BBÖ'nün "klinik durumda bireysel özellikler" alt boyutunu en olumlu algıladıkları,
- Hemşirelerin hastalarının bakımlarında BBÖ'nün bireyin inançları, düşünceleri, deneyimleri, değerleri ve duygularına göre bakımın bireyselleştirilmesinde bireyi diğer insanlardan ayrıcalıklı kılan ve bireyselliğini oluşturan "kişisel yaşam durumu" alt boyutunu daha az dikkate aldıkları ve özellikle bu boyut içerisinde hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıkları ve daha önceki hastane deneyimlerini sorma konusunda olumsuz algı içinde oldukları,
- Hemşirelerin BBÖ'nün karar verme kontrolü alt boyutunda hastaların ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sormaları konusunda olumsuz algı içinde oldukları,
- BBA'nın aynı birimde 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde ve aynı zamanda sorumlu hemşirelerde, günlük çalışma süresi 8 saat olan hemşirelerde ve mesleki sertifikaya sahip olan hemşirelerde daha olumlu olduğu,
- BİYA ve BBA'nın mesleğini çok sevenlerde daha olumlu olduğu,
- Hemşirelerde bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ve bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde en yüksek etkiye sahip BİYAÖ alt boyutunun ise birim desteği olduğu ve bunu doğrudan iş yükü ile meslektaş desteği alt boyutlarının takip ettiği,
- BBA üzerinde en düşük etkiye sahip alt boyutların ise yönetici desteği ve işte kalma niyeti olduğu saptanmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşirelerin bireysel iş yükü ve bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörlerin incelendiği çoklu merkezleri içeren çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin bireysel iş yükü ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının farklı ölçüm araçları kullanılarak farklı merkezlerde yapılarak karşılaştırılması,
- Hemşirelerin BİYA'nın olumlu yönde en fazla meslektaş desteğinden etkilenmesi nedeniyle kurumlarda meslektaş ilişkilerinin artırılmasına yönelik programlar, etkinlikler ve eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin BİYA'nın en az yönetici desteğinden etkilenmesi nedeniyle; olumlu çalışma ortamının oluşturulmasında hemşirelik yöneticilerine yönetim organizasyonu, etkin liderlik, iletişim ve örgüt psikolojisi gibi konularda eğitim programlarının düzenlenmesi ve katılımlarının sağlanması,
- Yöneticiler tarafından olumlu çalışma ortamının değerlendirilmesi için belirli aralıklarla hemşirelere yönelik çalışan memnuniyet anketi düzenlenerek, anket sonucunda çalışma ortamındaki yapısal zayıflıkların belirlenmesi ve bu konuda gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması,
- Çalışma BİYA ile çalışma saatleri arasında ampirik bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Yöneticiler tarafından çalışma saatleri ile ilgili olumsuz etkileri azaltmak ya da en aza indirmek amacıyla çalışma koşullarının rasyonel bir şekilde düzenlenmesi konusunda düzenlemeler yapılması ve çaba sarfedilmesi,
- Kurumlarda gerekli durumlarda hastalara ya da yakınlarına manevi destek vermek için manevi destek görevlilerinin istihdam edilmesi ve bu uygulamalar konusunda hemşirelerin ve hastaların bilgilendirilmesi,
- Hemşirelerin iş yükünü olumlu algılamaları için çalışacakları klinik seçilirken hemşirenin kendi yeteneğine uygun görevlerin verilmesi ve çalışan performansının da nesnel ölçütlerle adaletli olarak değerlendirilmesi ve çalışılan klinikte işlerin adil dağıtımına ilişkin düzenlemelerin yapılması,
- İş yükü ile ilgili olumsuz hemşirelik algılamalarını tetikleyen faktörlerin etkili bir şekilde belirlenmesine yardımcı olmak için; iş yükü ölçütlerine yönetici

ve meslektaş desteği gibi faktörlerinde katılarak değerlendirmelerin yapılması,

- Hemşirelerin bakım uygulamalarında hastalarının kişisel yaşam durumları ve aynı zamanda ne zaman banyo yapmayı tercih etmeleri hususunda olumsuz algılamalarına neden olan engellerin belirlenerek, bunun önüne geçilmesi için gerekli eğitimlerin hemşirelere verilmesinin sağlanması, hastalardan gerekli bilgiyi almalarını sağlayan formların içeriğinin hastaların günlük yaşamlarında sürdürdükleri aktiviteleri, daha önceki yaşadıkları hastane deneyimlerini ve banyo yapma ihtiyaçlarını da içine alacak şekilde düzenlenmesi,
- Hemşirelik hizmetleri yönetiminin, yataklı birimlerde hemşire açığını minimize ederek, hemşirelik mesleğini ilgilendiren alanlarda çalışmalarını sağlayarak ve uygulama alanlarını eğitim normuna uygun hale getirerek olumsuz çalışma koşullarının iyileştirilmesiyle genel hemşire memnuniyetinin ve işte kalma niyetinin artırılması, bireyselleştirilmiş bakım kalitesinin yükseltilmesi,
- Hemşirelerin hastalarının bakımlarında bireyselliklerini daha yüksek oranda desteklemeleri için bir klinikte deneyim kazanmış hemşirelerin zorunlu durumlar haricinde istekleri dışında yer değişikliği yapılmaması, hemşirelerin çalıştıkları birim ile ilgili mesleki sertifikaya sahip olmaları için gerekli kurumsal desteğin sağlanarak mesleki sertifikalı çalışan personel sayısının artırılması önerilmektedir.

ÖZET

Hemşirelerin Bireysel İş Yükü Algısının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelerin bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan çalışmaya Mart-Mayıs 2016 tarihleri arasında Afyonkarahisar il merkezi ve ilçe hastanelerinde çalışan 424 klinik hemşiresi dahil edilmiştir. Veriler hemşire tanıtım bilgi formu, Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-Hemşire A versiyonu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde dağılımı ve aritmetik ortalama kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki ve etki Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Modeli ile incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %86,3'ü kadın olup, çoğunluğu 35-44 yaş arasındadır. Hemşirelerin %35,4'ünün lisans mezunu, %50'sinin Merkez Devlet Hastanesinde çalıştığı, %32,5'inin çalışma yılının 1-5 yıl arası olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği puan ortalamaları $3,50 \pm 0,67$ iken, Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği puan ortalamalarının $3,48 \pm 0,82$ 'dir. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği'ne göre hemşirelerin olumlu yönde en fazla “meslektaş desteği”, en az “yönetici desteği” alt boyutlarından etkilendikleri bulunmuştur. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği'ne göre ise hemşirelerin en olumlu “klinik durumda bireysel özellikler”, en olumsuz “kişisel yaşam durumu” alt boyutlarını algıladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin genel bireysel iş yükü algısı ile genel bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon -ilişki- bulunmuştur. Regresyon analizine göre bireysel iş yükü algısındaki (genel hemşire memnuniyeti) bir birimlik artış bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde 0,447 birimlik bir artışa neden olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu; bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde en yüksek etkiye sahip bireysel iş yükü alt boyutunun birim desteği olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, bireysel iş yükü, bireyselleştirilmiş bakım, çalışma ortamı, algı.

SUMMARY

The Influence of Individual Workload Perception of Nurses on Individualized Care Perceptions

Aim: The purpose of this study was to examine the influence of individual workload perception of nurses on individualized care perceptions.

Method: A total of 424 clinic nurses working at the hospitals in the Afyonkarahisar city centre and districts during March and May 2016 were included in the current research planned as a descriptive study. The data were collected with the nurse introduction information form, the Individual Workload Perception Scale, and the Individualized Care Scale-Nurse A version. In the analysis of the data, score, percentage distribution, and arithmetic mean were implemented. The correlation between the scales were analysed with the Pearson Correlation Analysis and Regression Model.

Results: In the present study, 86,3% of the nurses were female and most of them were between 35 and 44 years old. Of the nurses, 35,4% had bachelor's degree, 50% were working at the Central State Hospital, and 32,5% had work experience of 1-5 years. The mean scores of the nurses' Individual Workload Perception Scale and Individualized Care Scale were $3,50 \pm 0,67$ and $3,48 \pm 0,82$, respectively. According to the Individual Workload Perception Scale, it was revealed that the nurses were positively influenced by the subscale of "support of colleague" at most and by the subscale of "support of manager" at least. It was determined that the nurses perceived the subscale of "clinical situation" as the most positive one and "personel life situation" as the most negative one according to the Individualized Care Scale. It was found that there was a positive and meaningful correlation -relationship- between nurses' perceptions of general individual workload and general individualized care. According to the Regression analysis, it was detected that an unit increase in the perception of individual workload (overall nurse satisfaction) caused an increase of 0,447 in the perception of individualized care.

Conclusion: It was concluded that the perception of individual workload had a meaningful effect on the perception of individualized care. It was found that the subscale of the individual workload "support of unit" had the highest effect on the perception of individualized care.

Key Words: Nurse, individual workload, individualized care, working environment, perception.

KAYNAKLAR

- ABAAN, S., DUYGULU, S. (2008). Perceived Leadership Behavior And Its Relationship to Organizational Commitment, Job Satisfaction and Intent to Leave among Staff Nurses. 4th International Nursing Management Conference, Turkey.
- ABUALRUB, R.F. (2004). Job Stress, Job Performance and Social Support among Hospital Nurses, *Journal of Nursing Scholarship*. 36(1): 73-78.
- ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M., KAYA, H., SOSYAL, E. (2007). Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 15(59): 61-67.
- ACAROĞLU, R., SUHONEN, R., ŞENDİR, M., KAYA, H. (2010). Reliability and Validity of Turkish Version of the Individualised Care Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 20: 136-145
- ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M. (2012). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 20(1):10-16.
- ADAMS, A., BOND, S. (2000). Hospital Nurse's Job Satisfaction, Individual and Organizational Characteristics. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3): 536-543.
- AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., FOR THE INTERNATIONAL HOSPITAL OUTCOMES RESEARCH CONSORTIUM. (2002a). Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1):5-13.
- AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., SOCHALSKI, J., SILBER, J.H. (2002b). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*. 288(16):1987-1993
- AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., LAKE E.T., CHENEY, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *J Nurs Adm.* 38(5): 223-229.
- AIKEN, L.H., SLOANE, D.M., CIMIOTTI J.P., CLARKE, S.P., FLYNN, L., SEAGO, L.A., SPETZ, J., SMITH, H.L. (2010). Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Services Research*. 45: 904-921.
- AIKEN, L.H., SERMEUS, W., VAN DEN HEED, K., SLOANE, D.M., BUSSE, R., MCKEE, M., BRUYNEEL, L., RAFFERTY, A.M., GRIFFITHS, P., MORENO-CASBAS, M.T., TISHELMAN, C., SCOTT, A., BRZOSTEK, T., KINNUNEN, J., SCHWENDIMANN, R., HEINEN, M., ZIKOS, D., SJETNE, I.S., SMITH, H.L., KUTNEY-LEE, A. (2012). Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States. *BMJ*. 344: e1717.
- AKAY, D., DAĞDEVİREN, M., KURT, M. (2003). [Çalışma Duruşlarının Ergonomik Analizi](#). *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*. 18(3):73-84.
- AKÇA AY, F. (2015). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.
- AKSOY, N., 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.

- AKYOL, A., KANKAYA, H. (2017). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Performans Engellerinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 21(1):7-15.
- AL-KANDARI, F., THOMAS, D. (2008). Adverse Nurse Outcomes: Correlation to Nurses' Workload, Staffing, and Shift Rotation in Kuwaiti Hospitals. *Applied Nursing Research*. 21: 139– 146.
- ALTAY, B., GÖNENER, D., DEMİRKIRAN, C. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteginin Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 15(1): 10-16.
- ALTIOK, H.Ö., ŞENGÜN, F., ÜSTÜN, B. (2011). Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. <http://www.deuhyoedergi.org>. 4(3): 137-140.
- AMARAL, A.F.S., FERREIRA, P.L., SUHONEN, R. (2014). Translation and Validation of the Individualized Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*. 7(1):90-101.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). What is Nursing? Erişim: [<http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>] Erişim Tarihi: 22.12.2016
- ANDREWS, G.J., BRODIE, D.A., ANDREWS, J.P., HILLAN, E., GAIL THOMAS, B., WONG, J., RIXON, L. (2006). Professional Roles and Communications in Clinical Placements: A Qualitative Study of Nursing Students' Perception and Some Models for Practice. *International Journal of Nursing Studies*. 43: 861-874.
- ARCAK, R., KASIMOĞLU, E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. *Dicle Tıp Derg.* 33(1): 23-30
- ATTREE, M. (2001). Patients and Relatives' experiences and Perspectives of Good” and “not so Good” Quality Care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456.
- AYAZ, S., BEYDAĞ, K.D. (2014). Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Etmenler: Balıkesir Örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2(1): 60-69.
- AYHAN, S. (2006). Sıralı Lojistik Regresyon Analiziyle Türkiye'deki Hemşirelerin İş Bırakma Niyetini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Osmangazi Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü.
- BABADAĞ, K. (1997). Hemşirelik ve Değerler. Yayınlanmamış Profesörlük Çalışması.
- BABAYİĞİT, M.A., KURT, M. (2013). Hastane Ergonomisi. *İstanbul Med J*. 14:153-159
- BADIR A, HERDMAN E.A. (2008). Critical Care Nurses' Perceptions of Patient Safety in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*. 23(4):159-168
- BALANUYE, B. (2014). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- BARNARD, D., STREET, B., LOVE, A, W. (2006). Relationships Between Stressors, Work Supports, and Burnout among Cancer Nurses. *Cancer nursing*. Vol: 29 (4). 338-345.
- BAŞBAKANLIK MEVZUATI GELİŞTİRME VE YAYIN GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. Yayınlanma Tarihi: 02.05.2007. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>] Erişim Tarihi: 07.10.2016
- BAŞBAKANLIK MEVZUATI GELİŞTİRME VE YAYIN GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. Yayınlanma Tarihi: 08.03.2010. Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim: [<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010>]

[/03/201003084.htm/20100308.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm](http://03/201003084.htm/20100308.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm) Erişim Tarihi: 22.12.2016

- BAŞBAKANLIK MEVZUATI GELİŞTİRME VE YAYIN GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. Yayınlanma Tarihi: 19.04.2011. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>] Erişim Tarihi: 08.03.2017
- BAŞBAKANLIK MEVZUATI GELİŞTİRME VE YAYIN GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. Yayınlanma Tarihi: 08.05.2014. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm>] Erişim Tarihi: 08.03.2017
- BATIGÜN, A.D., ŞAHİN, N.H.(2006). İş Stresi ve Sağlık Psikolojileri Araştırmaları İçin İki Ölçek: A-Tipi Kişilik ve İş Doyumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1):32-45.
- BAUMANN, A., O BRIEN-PALLAS, L., ARMSTRONG-STASSEN, M., BLYTHE, J., E BOURBONNAIS, R., CAMERON, S., IRVINE DORAN, D., KERR, M., MCGILLIS HALL, L., V ZINA, M., BUTT, M., RYAN, L. (2001). Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation. http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/pscomcare_e.pdf
- BAUMANN, A. (2007). International Council of Nurses, Positive Practice Environments: Quality Workplaces=Quality Patient Care. Information and Action Tool Kit.
- BENDAK, S. (2003). 12-h Workdays: Current Knowledge and Future Directions. *Work & Stress*. 17(4): 321-336.
- BERG, A., SUHONEN, R., IDVALL, E. (2007). A Survey of Orthopaedic Patients' Assessment of Care Using the Individualised Care Scale. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 11: 185–193
- BERG, A., IDVALL, E., KATAJISTO, J., SUHONEN, R. (2012). A Comparison Between Orthopaedic Nurses' and Patients' Perception of Individualised Care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 16: 136–146
- BEYDAĞ, K., ARSLAN, H. (2008). Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7): 76-87.
- BİLAZER, F.N., KONCA, G.E., UĞUR, S., UÇAK, H., ERDEMİR, F., ÇITAK, E. (2008). 7 Gün-24 Saat /Hasta Başında. Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Erişim: (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/hemsirelik-yayinlari/yayinlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx>). Erişim Tarihi: 05.10.2016
- BİNGÖL, N. (2006). Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İşDoyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık bilimleri Enstitüsü.
- BOLTON, L.B., AYDIN, C.E., DONALDSON, N., BROWN, D.S., SANDHU, M., FRIDMAN, M., ARONOW, H.U. (2007). Mandated Nurse Staffing Ratios in California: A Comparison of Staffing and Nursing-Sensitive Outcomes Pre-And Postregulation. *Policy, Politics, Nursing Practice*. 8(4):238-250.
- BROWNING, L., RYAN, C., THOMAS, S., GREENBERG, M., ROLNIAK, S. (2007). Nursing Specialty and Burnout, Psychology. *Health and Medicine*. 12:248-54.
- BRUNTON, B., BEAMAN, M. (2000). Nurse Practitioners' perceptions of their Caring Behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*. 72(11): 451-456.
- CAI, C., ZHOU, Z. (2009). Structural Empowerment, Job Satisfaction, and Turnover Intention of Chinese Clinical Nurses. *Nursing and Health Sciences*. 11: 397–403

- CAN, Ş. (2013). Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- CAN, Ş., ACAROĞLU, R. (2015). Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle İlişkisi. *F.N. Hem. Derg.* 23(1): 32-40.
- CARAYON, P., GÜRSES, A.P. (2008). Nursing Workload and Patient Safety—A Human Factors Engineering Perspective. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*: Vol. 2: 203-216
- CHARALAMBOUS A., KATAJISTO J., VALIMAKI M., LEINO-KILPI H., SUHONEN R. (2010). Individualised Care and the Professional Practice Environment: Nurses' Perceptions. *International Nursing Review*. 57: 500–507
- CHO, S.H., JUNE, K.J., KIM, Y.M., CHO, Y., YOO, C.S., YUN, S.C., SUNG, Y.H. (2009). Nurse Staffing, Quality of Nursing Care and Nurse Job Outcomes in Intensive Care Units. *Journal of Clinical Nursing*. 18(12):1729-1737.
- COOMBER, B., BARRIBALL, K.L. (2007). Impact of Job Satisfaction Components on Intent to Leave and Turnover for Hospital-based Nurses: A Review of the Research Literature. *International Journal of Nursing Studies*. 44(2):297-314.
- CORTIS, J.D., KENDRICK, K. (2003). Nursing Ethics, Caring and Culture. *Nursing Ethics*. 10: 77-88.
- COŞKUN, A. (1996). Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. *Perinatoloji Dergisi*. 4(3): 181-184
- COŞKUN, H., AKBAYRAK, N. (2001). Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 5(2): 63-68.
- COX, K. (2003). (06/01/2016) [kcox@cmh.edu] Individual Workload Perception Scale User's Manual. Kansas City, Mo: Children's Mercy Hospitals and Clinics. Alıcı: [pozyurek@aku.edu.tr]
- COX, K.S., ANDERSON, S.C., TEASLEY, S.L., SEXTON, K.A., CARROLL, C.A. (2005). Nurses' Work Environment Perceptions When Employed in States With and Without Mandatory Staffing Ratios and/or Mandatory Staffing Plans. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 6(3): 191-197
- COX, K.S., TEASLEY, S.L., ZELLER, R.A., LACEY, S.R., PARSONS, L., CATHRYN, C.A., WARD-SMITH, P. (2006). Know Staff's "Intent to Stay". *Recruitment & Retention Report*. Nursing Management. 13-15.
- COX, K.S., TEASLEY, S.L., LACEY, S.R., CARROLL, C.A., SEXTON, K.A. (2007). Work Environment Perceptions of Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 22(1): 9-14.
- COX, T., TEASLEY, S., LACEY, S., OLNEY, A. (2010). (06/01/2016) [kcox@cmh.edu]. Individual Workload Perception Scale- Revised (IWPS-R) User's manual, 2 nd Edition. Children's Mercy Hospitals and Clinics. Alıcı: [pozyurek@aku.edu.tr].
- COWDEN, T., CUMMINGS, G., PROFETTO-MCGRATH, J. (2011). Leadership Practices and Staff Nurses' intent to Stay: a Systematic Review. *Journal of Nursing Management*. 19(4):461-477.
- DAĞDEVİREN, M., ERASLAN, E., KURT, M. (2005). Çalışanların Toplam İş Yükü Seviyelerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Model ve Uygulaması. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*. 20(4): 517-525.

- DEMİRGÖZ BAL, M. (2014). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsangücü Planlama Yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 3(1): 148-154.
- DEMİRKAYA, S. (2014). Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Yükü ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DİNÇ, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 74-82.
- DOĞAN, H., ÜNGÜREN, E. (2012). Örgüt İklimi ve İş Tatmini İlişkisi: Hemşirelere Yönelik Karşılaştırmalı Bir Analiz Çalışması. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*.4(8): 27-45.
- DOZIER, A.M., KITZMAN, H. J., INGERSOLL, G. L., HOLMBERG, S., SCHULTZ, A. W. (2001). Development of an Instrument to Measure Patient Perception of the Quality of Nursing Care. *Research in Nursing and Health*. 24 (6): 506-517.
- DUFFIELD, C., DIERS, D., O'BRIAN-PALLAS, L., AISBELT, C., ROCHE, M., KING, M., AISBELT, K. (2011). Nursing Staffing, Nursing Workload, the Work Environment and Patient Outcomes. *Applied Nursing Research* . 24(4):244-255.
- DURMUŞ, S., GÜNAY, O. (2007). Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 29(2): 139-146.
- DUYGULU, S., KUBLAY, G. (2008). Yönetici Hemşirelerin ve Birlikte Çalıştıkları Hemşirelerin Liderliğe İlişkin Değerlendirmeleri ve Yönetici Hemşirelerin Sahip Oldukları Liderlik Özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 1-15.
- EKİCİ, D., GÜRÇAY, E. (2013). Özel Bir Hastanede Hemşireler Çalışma Zamanlarını Nasıl Kullanıyorlar? 7.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 27-29 Eylül 2013/Konya Bildiri Kitabı.76-85.
- ERGÜNEY, S., TAN, M., SİVRİKAYA, S., ERDEM, N. (2001). Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4:63-73.
- ERKAN, E., ABAAN, S. (2006). Devlete ve Özel Sektöre Bağlı Hastanelerde Çalışan Servis Sorumlu Hemşirelerinin İşe ve İnsana Yönelik Liderlik Yönelimlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1-13.
- EROĞLU, E.K. (2011). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- FINGELD-CONNETT, D. (2008). Meta-synthesis of Caring in Nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 17: 196-204.
- FOXALL, M., ZIMMERMAN, L., STANDLEY, R., BENE, R. (1990). A Comparison of Frequency and Sources of Nursing Job Stress, Hospice and Surgical Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 15(5): 577-584.
- GARDULF, A., SODERSTRO, M.L., ORTON, M.L., ERIKSSON, L.E., ARNETZ, B., NORDSTRÖM, G. (2005). Why do Nurses at a University Hospital Want to Quit their Jobs? *Journal of Nursing Management*. 13: 329-337. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2005.00537.x>
- GÖÇMEN AVCI, G., TÜRKER, S., ÇİFÇİ, M., SÜRÜCÜ, Ş. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Derg.* 4:21-4

- GREENHAUS, J.H., PARASURAMAN, S., GRANROSE, C.S., RAMINOWITZ, S., BEUTELL, N.J. (1989). Sources of Work-Family Conflict among Two-Career Couples. *Journal of Vocational Behavior*. 34(2):133-153.
- GÜNAYDIN, S.C. (2001). İşletmelerde Örgütsel Adalet ve Örgütsel Güven Değişkenlerinin Politik Davranış Algısı ve İşbirliği Yapma Eğilimine Etkisini İnceleyen Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- HAKMAL, H., KARADAĞ, M., DEMİR, C. (2012). Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerine Etki Eden Faktörler: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(3): 181-187.
- HAYDARİ, S.M., KOCAMAN, G., TOKAT, M.A. (2016). Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin İşten ve Meslekten Ayrılma Niyetleri ile Örgütsel ve Mesleki Bağlılıklarının İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 3(3): 119-131.
- HAYES, L.J., O'BRIEN-PALLAS, L., DUFFIELD, C., SHAMIAN, J., BUCHAN, J., HUGHES, F., LASCHINGER, H.K.S., NORTH, N., STONE, P.W. (2006). Nurse Turnover: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*. 43: 237-263
- HAYES, L.J., O'BRIEN-PALLAS, L., DUFFIELD, C., SHAMIAN, J., BUCHAN, J., HUGHES, F., LASCHINGER, H.K.S., NORTH, N. (2012). Nurse Turnover: A Literature Review – An Update. *International Journal of Nursing Studies*. 49: 887-905.
- HONG, S.J. (2015). Perception of Safety Attitude and Priority and Progress of Safe Practices of Nurses in Emergency Room. *International Journal of u-and e- Service, Science and Tecnology*. 8(11):125-138.
- IDVALL, E., BERG, A., KATAJISTO, J., ACAROGLU, R., ANTUNES DA LUZ, M.D., EFSTATHIOU, G., KALAFATI, M., KANAN, N., LEİNO-KİLPİ, H., LEMONİDOU, C., PAPASTAVROU, E., SENDİR, M., SUHONEN, R. (2012). Nurses' Sociodemographic Background and Assessments of Individualized Care. *Journal of Nursing Scholarship*. 44(3): 284-293.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2006). International Nurses Day 2006. Safe Staffing Saves Lives. *Information and Action Tool Kit*. ICN. Jean-Marteau. CH-1201 Genava. [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf] Erişim Tarihi: 04.02.2017
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2007). Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care. *Information and Action Tool Kit*. ICN. Jean-Marteau. CH-1201 Genava. [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf] Erişim Tarihi: 20.10.2016
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2016). Nurses: A Force for Change: Improving Health Systems' Resilience. *Information and Action Tool Kit*. Jean-Marteau. CH-1201 Genava. [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_kit_2016.pdf] Erişim Tarihi: 20/04/2017
- JUNG, H.S., JUNG, H.S. (2001). Establishment of overall workload assessment technique for various tasks and workplaces. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 28: 341-353.
- KALISCH J. B., LANDSTROM G., WILLIAMS, R.A. (2009). Missed Nursing Care: Errors of Omission. *Nurs Outlook*. 57:3-9.
- KANBAY, Y., ÜSTÜN, B. (2009). Kars ve Artvin İllerinde Hemşirelerin İş Ortamı ile İlgili Stresörleri ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2(4): 155-161.

- KANG, H. (2015). Geriatric Hospital Nurses' Perceived Barriers to Research Utilization and Empowerment. *Asian Nursing Research*. 9:65-72ç
- KARABULUT, N., ÇETİNKAYA, F. (2011). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Motivasyon Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(1):14-23.
- KARADAĞ, G., SERTBAŞ, G., GÜNER, İ. Ç., TAŞDEMİR, H. S., ÖZDEMİR, N. (2002). Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu*. 5(6): 8-15.
- KARADAĞ, G., UÇAN, Ö. (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. *Fırat Sağ Hiz Derg*. 1(3): 42-51
- KARADAĞ, M., AKMAN, N., DEMİR, C. (2013). Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetmel ve Örgütsel Sorunlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16(1): 16-26
- KARADAĞ, M., CANKUL, H.İ. (2015). Hemşirelerde Zihinsel İş Yüğü Değerlendirmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 18(1): 26-34
- KARAMANOĞLU, A.Y., ÖZER, F.G., TUĞCU, A. (2009). Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 14:12-17.
- KARAÖZ, S. (2004). Hemşirelerin Politik Gücü. *C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 8(1): 30-36.
- KAYA, N. (2008). Yaşam Modeli. BABADAĞ, K., ATABEK AŞTI, T., *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. 1. Baskı. sy. 1-7.
- KEBAPÇI, A., AKYOLCU, N. (2011). Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med*. 11(2): 59-67.
- KESER, A. (2006). Çağrı Merkezi Çalışanlarında İş Yüğü Düzeyi ile İş Doyumu İlişkisinin Araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 11(1): 100-119.
- KILIÇ, S.S., AYDIN AVCI, İ., İSMAİLOĞLU, A.A., YAZAR, S. (2014). Klinik Hemşirelerinin Çalışma Saatlerinde İş Yüğülerinin ve Sürelerinin Tanımlanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(4): 1032-1044.
- KNOOP, R. (1995). Relationships among Job Involvement, Job Satisfaction and Organizational Commitment for Nurses. *Journal of Psychology Interdisciplinary & Applied*. 129(6) : 643-649.
- KOBERICH, S., FARIN, E. (2015). A Systematic Review of Instruments Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centred Nursing Care. *Nursing Inquiry*. 22(2): 106-120
- KRAMER, M., MAGUIRE, P., BREWER, B.B. (2011). Clinical Nurses in Magnet Hospitals Confirm Productive, Healthy Unit Work Environments. *Journal of Nursing Management*. 19(1):5-17.
- LACEY, S.R., COX, K.S., LORFİNG, K.C., TEASLEY, S.L., CARROLL, C.A., SEXTON, K. (2007). Nursing Support, Workload, and Intent to Stay in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*. 37(4): 199-205.
- LACEY, S.R., TEASLEY, S.L., COX, K.S., OLNEY, F.A., KRAMER, M., SCHMALENBERG, F.C. (2011). Development and Testing of an Organizational Job Satisfaction Tool Increasing Precision for Strategic Improvements. *The Journal of Nursing Administration*. 41(1): 15-22.
- LAND, L., SUHONEN, R. (2009). Orthopaedic and Trauma Patients' Perceptions of Individualized Care. *International Nursing Review*. 56: 131-137

- LAUVER, D.R., WARD, S.E., HEIDRICH, S.M., KELLER, M.L., BOWERS, B.J., BRENNAN, P.F., KIRCHHOFF, K.T., WELLS, T.J. (2002). Patient-Centered Interventions. *Research Nursing&Health*. 25: 246-255.
- LAU-WALKER, M. (2006). A Conceptual Care Model for Individualized Care Approach in Cardiac Rehabilitation – Combining Both Illness Representation and Self-Efficacy. *British Journal of Health Psychology*. 11: 103–117.
- LIN, S., LIN, C., YEH, M.C., LIN, S., HWANG, Y. (2011). A Psychometric Evaluation of the Taiwan Version of the Individual Workload Perception Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 20: 494-503.
- LU, H., BARRIBALL, K.L., ZHANG, X., WHILE, A.E. (2012). Job Satisfaction Among Hospital Nurses Revisited: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*. 49: 1017-1038.
- MADENOĞLU KIVANÇ, M. (2014). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. ATABEK AŞTI, T., KARADAĞ, A. *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Bölüm 15. sy. 218-226.
- MADENOĞLU KIVANÇ, M., KESKİN, G. (2014). Bakımın Yönetimi. ATABEK AŞTI, T., KARADAĞ, A. *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Bölüm 16. sy. 228-234.
- MARGALL, M., DUQUETTE, A. (2000). Working Environment in a University Hospital Nurses' Perceptions. *Enfermeria Intensiva*. 11(4):161-169.
- MCCARTHY, G., TYRRELL, M.P., LEHANE, E. (2007). Intent to “leave” or “stay” in Nursing. *Journal of Nursing Management*. 15; 248-255. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00648.x>
- MCNEESE-SMITH, D.K., NAZAREY, M. (2001). A Nursing Shortage: Building Organizational Commitment among Nurses / Practitioner Application. *Journal of Health Care Management*. 46(3):173-187.
- MEAD, S., HILTON, D., CURTIS, L. (2014) Erişim: http://www.intentionalpeersupport.org/wp-content/uploads/2014/02/PeerSupport_A-Theoretical-Perspective.pdf Erişim Tarihi: 30.03.2017
- MERETOJA, R., ISOAHO, H., LEINO-KILPI, H. (2004a). Nurse Competence Scale: Development and Psychometric Testing. *Journal of Advanced Nursing*. 47(2): 124-133.
- MERETOJA, R., LEINO-KILPI, H., KAIRA, A.M. (2004b). Comparison of Nurse Competence in Different Hospital Work Environments. *Journal of Nursing Management*. 12:329-336.
- MEVZUATI GELİŞTİRME VE YAYIN GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. Mevzuat Bilgi Sistemi. Yayımlanma Tarihi: 10.06.2003. İş Kanunu. Erişim : [\[http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf\]](http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf) Erişim Tarihi: 07.10.2016
- MILLER, E.T., SPILKER, J. (2003). Readiness to Change and Brief Educational Interventions: Successful Strategies to Reduce Stroke Risk. *Journal of Neurosurgical Nursing*. 35: 215–222.
- MITCHELL, P. H., FERKETICH, S., JENNINGS, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Image:Journal of Nursing Scholarship*. 30 (1):43–46.
- MOLLAOĞLU, M., KARS FERTELLİ, T., ÖZKAN TUNCAY F. (2005). Hemşirelerde Tükenme ve Otonomi Düzeylerinin İncelenmesi. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 20(4): 259-266.

- MOLLAOĞLU, M., KARS FERTELLİ, T., ÖZKAN TUNCAY, F. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 5: (15). 17-30.
- MORGAN, S., YODER, L.H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*. 30: 6–15
- MOUSAVIFAR, S., NAZARI, A. A. (2008). Measurement of Direct and Indirect Nursing Care Times Among Inpatients in Different Wards of Hospital in Iran-Semman. OR14. International Nursing Management Conference, 13-15 Ekim, Antalya, <http://www.inmc.2008>, (18.07.2017)
- NAHCİVAN, N. (2014). Sağlık Bakım Sistemi. ATABEK AŞTI, T., KARADAĞ, A. *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Bölüm 3. sy. 38-55.
- NANTSUPAWAT, A., NANTSUPAWAT, R., KULNAVİKTİKUL, W., MCHUGH, M.D. (2015). Relationship Between Nurse Staffing Levels and Nurse Outcomes in Community Hospitals, Thailand. *Nursing and Health Sciences*. 17: 112-118.
- NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P., MATTKE, S., STEWART, M., ZELEVINSKY, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *N Engl J Med*. 346:1715-1722. [May 30, 2002](https://doi.org/10.1056/NEJMsa012247) DOI: 10.1056/NEJMsa012247.
- NEILL, D. (2011). Nursing Workload and the Changing Health Care Environment: A Review of the Literature. *Administrative Issues Journal: Education, Practice, And Research*. 1(2):132-143
- NUR, D. (2011). Kamu Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 14:230-240
- O'BRIEN-PALAS, L., DUFFIELD, C., HAYES, L. (2006). Do We Really Understand How To Retain Nurses?. *Journal of Nursing Management*. 14: 262–270.
- O'BRIEN-PALLAS, L., MURPHY, G.T., SHAIMAN, J. (2008). Understanding the Costs and Outcomes of Nurses' turnover in Canadian Hospitals. Nursing Health Services Research Unit. Nursing Turnover Study. FRN 66350. Final Report. https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf/en/roi_nurse_turnover_2009_e.pdf?la=en Erişim Tarihi: 10.01.2017
- OKTAY, S., TATAR, U. (1994). Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetiçi Eğitimi ve Hizmet Sunumu Etkinliklerinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni*. 8(32):14-23.
- OKUMUŞ, H. (1991). Hastaların Bakım Gereksinimlerine Göre Hasta-Hemşire Oranının Saptanması Üzerine Bir Çalışma. *Hemşirelik Bülteni*. 5(20):47-56.
- ORTABAĞ, T., TOSUN, N., BEBİŞ, H., YAVA, A., ÇİÇEK, H., AKBAYRAK, N. (2010) Yatağın Diğer Tarafı: Hemşirelik Yüksek Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Eğitim Amaçlı Hastaneye Yatma Deneyimleri. *Güllhane Tıp Dergisi*. 52: 189-197.
- ÖZDAMAR, K. (2001). SPSS ile Biyoistatistik. Kaan Kitabevi. Eskişehir. 4. Baskı.
- ÖZDEMİR, N.G. (2015). Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ÖZEL, N. (2005). Hemşirelerin Çalışma Ortamında Ergonomi Kurallarına Uyumunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ÖZGÜRİSOY, B.N., AKYOL, A.D. (2008). Yoğun bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 12(1-2): 33-38.

- ÖZKOÇ, Ö. (2005). Hastanelerde İşgücü Verimliliğini Etkileyen Faktörler ve Çalışanların İşgücü Verimliliği Konusundaki Tutumlarını Ölçmeye Yönelik Özel Bir Hastanede Yapılan Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÖZLER, N.D.E., YILDIRIM, H.B. (2015). Örgütsel Güven ile Psikolojik Sermaye Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*. 5:163-188.
- ÖZTUNÇ, G. (2014). Hemşireliğin Doğası. ATABEK AŞTI, T., KARADAĞ, A. *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Bölüm 2. sy. 26-34.
- ÖZYER, Y. (2016). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ÖZYÜREK, P., KILIÇ, İ. (2017). Validity And Reliability Study of Turkish form of the Revised Individual Workload Perception Scale. *8th Congress Eorna Colossus of Perioperative Nursing. 4-7 May 2017. Rhodes Island, Greece. Abstract Book*. EPO37. 210-211. [http://eornacongress.eu/wp-content/uploads/2017/05/abstracts_book.pdf] Erişim Tarihi: 15.10.2017
- PAPASTAVROU, E., ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M., BERG, A., EFSTATHIOU, G., IDVALL, E., KALAFATI, M., KATAJISTO, J., LEINO-KILPI, H., LEMONIDOU, C., DEOLINDA, M., DA LUZ, A., SUHONEN, R. (2015). The Relationship between Individualized Care and the Practice Environment: An International Study. *International Journal of Nursing Studies*. 52:121-133.
- PARLAR, S (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. *TAF Prev Med Bull*. 7(6):547-554.
- PEKER, A., KARAGÖZ, S. (2014). Vardiya Sistemiyle Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri. *Toplum ve Hekim*. 29(2): 140-149.
- POLAT, N. (2008). Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- PRICE, M. (2002). Job Satisfaction of Registered Nurses Working in An Acute Hospital. *British Journal of Nursing*. 11(4): 275-280.
- RADWIN, L.E. (2000). Oncology Patients' Perceptions of Quality Nursing Care. *Research in Nursing and Health*. 23(3): 179-190.
- RADWIN, L.E., ALSTER, K. (2002). Individualized Nursing Care: An Empirically Generated Definition. *International Nursing Review*. 49:54-63.
- RAFFERTY, A.M., CLARKE, S.P., COLES, J., BALL, J., JAMESE, P., MCKEEF, M., AİKEN, L.H. (2007). Outcomes of Variation in Hospital Nurse Staffing in English Hospitals: Cross-sectional Analysis of Survey Data and Discharge Records. *Int J Nurs Stud*. 44(2): 175-182.
- ROBINSON, J.H., CALLISTER, L.C., BERRY, J.A., DEARING, K.A. (2008). Patient-Centered Care and Adherence: Definitions and Applications to Improve Outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20: 600-607.
- ROPER, N., LOGAN, W., TIERNEY, A. (2006). The Elements of Nursing a Model for Nursing Based on a Model of Living. 4. ed., Tokyo: Churchill Livingstone. 8-123.
- ROTHBERG, M.B., ABRAHAM, I., LINDENAUER, P.K., ROSE, D.N. (2005). Improving Nurse-to-Patient Staffing Ratios as a Cost-effective Safety Intervention. *Medical Care*. 43(8):785-791.

- SAYGILI, M. (2008). Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- SAYGILI, M., ÇELİK, Y. (2011). Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 14(1): 39-71.
- SCHAEFER, J.A., MOOS, R.H. (1996). Effects of Work Stressors and Work Climate on Long-Term Care Staff's Job Morale and Functioning. *Research in Nursing & Health*. 19: 63-73.
- SCHMIDT, L. A. (2003). Patients' perceptions of Nursing Care in the Hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*. 44(4): 393-399.
- SEZGİN, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- SHERWOOD, G.D. (1997). Meta-synthesis of Qualitative Analysis of Caring: Defining a Therapeutic Model of Nursing. *Advanced Practice of Nursing Quarterly*. 3: 32-42.
- SPENCE LASCHINGER, H.K., LEITER, M., DAY, A., GILIN, D. (2009). Workplace Empowerment, Incivility, and Burnout: Impact on Staff Nurse Recruitment and Retention Outcomes. *Journal of Nursing Management*. 17(3):302-311.
- STEWART, M., BROWN, J.B., DONNER, A., MCWHINNEY, I.R., OATES, J., WESTON, W.W., JORDAN, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal of Family Practice*. 49 (9): 796-804.
- STUENKEL, D., NGUYEN, S., COHEN, J. (2007). Nurses' Perceptions of Their Work Environment. *Journal of Nursing Care Quality*. 22(4):337-342.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, M., KATAJISTO, J. (2000). Individualized care in a Finnish Healthcare Organization. *Journal of Clinical Nursing*. 9: 218-227.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2002). "Individualised Care" from Patients', Nurses' and Relatives' Perspective-a Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*. 39: 645-654.
- SUHONEN, R., LEINO-KILPI, H., VALIMAKI, M. (2005a). Development and Psychometric Properties of the Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 11(1): 7-20.
- SUHONEN, R., LEINO-KILPI, H., VALIMAKI, M. (2005b). Individualized Care, Quality of Life and Satisfaction with Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing*. 50(3): 283-292.
- SUHONEN, R., SCHMIDT, L. A., RADWIN, L. (2007). Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1): 77-85.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2008). A Review of Outcomes of Individualised Nursing Interventions on Adult Patients. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (7):843-860.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2009a). The Driving and Restraining Forces that Promote and Impede the Implementation of Individualised Nursing Care: A Literature Review. *International Journal Of Nursing Studies*. 46(12): 1637-1649.

- SUHONEN, R., GUSTAFSSON, M.L., KATAJISTO, J., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2009b). Individualized Care Scale – Nurse Version: a Finnish Validation Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16: 145-154.
- SUHONEN, R., BERG, A., IDVALL, E., KALAFATI, M., KATAJISTO, J., LAND, L., LEMONIDOU, C., SCHMIDT, L.A., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2010a). Adapting the Individualized Care Scale for Cross-cultural Comparison. *Scand J Caring Sci*. 24:392–403.
- SUHONEN, R., GUSTAFSSON, M.L., KATAJISTO, J., VALIMAKI M., LEINO-KILPI H. (2010b). Nurses' perceptions of Individualized Care. *Journal of Advanced Nursing*. 66(5): 1035–1046.
- SUHONEN, R., GUSTAFSSON, M.L., KATAJISTO, J., VALIMAKI M., LEINO-KILPI H. (2010c). Individualized Care Scale – Nurse Version: a Finnish Validation Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16:145–154.
- SUHONEN, R., PAPASTAVROU, E., EFSTATHIOU, G., LEMONIDOU, C., KALAFATI M., DA LUZ M.D.A., IDVALL, E., BERG, A., ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M., KANAN, N., SOUSA, V.D., KATAJISTO, J., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2011a). Nurses' perceptions of Individualized Care: An International Comparison. *Journal of Advanced Nursing*. 67(9): 1895–1907.
- SUHONEN, R., EFSTATHIOU, G., TSANGARI, H., JAROSOVA, D., LEINO-KILPI, H., PATIRAKI, E., KARLOU, C., BALOGH, Z., PAPASTAVROU, E. (2011b). Patients' and Nurses' perceptions of Individualised Care: an International Comparative Study. *Journal of Clinical Nursing*. 21: 1155–1167.
- SUHONEN, R., ALIKLEEMOLA, P., KATAJISTO, J., LEINO-KILPI, H. (2011c). Nurses' assessments of Individualised Care in Long-term Care Institutions. *Journal of Clinical Nursing*. 21: 1178–1188.
- SÜRER, P. (2009). Hastanede Çalışan Hemşirelerde İşgücü Devir Hızı ve Ayrılma Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ŞAHİN, A.O. (2006). Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi ile İlgili Bir Çalışma. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ŞAHİN, G., ARTIRAN İĞDE, F.A. (2014). Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 5(3): 38-43.
- ŞENDİR, M., ACAROĞLU, R., KANAN, N., SUHONEN, R., KATAJISTO, J. (2010). Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-Hemşire Versiyonu'nun Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği. *1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongre Kitabı*. Ege Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü, İzmir, 21-23 Ekim 2010, 129.
- TAN, M., POLAT, H., AKGÜN ŞAHİN, Z. (2012). Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 4:67-68.
- TANRIVERDİ, H., ADIGÜZEL, O., ÇİFTÇİ, M. (2010). Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 11: 101-122.
- TAŞOCAK, G. (2014). Hemşirelik ve Hemşirelik Eğitimine Genel Bakış. ATABEK AŞTI, T., KARADAĞ, A. *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Bölüm 1. sy. 18-23.
- TAYFUR, Ö., ARSLAN, M. (2012). Algılanan İş Yükünün Tükenmişlik Üzerine Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Aracı Rolü. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 30(1): 147-172.

- TEASLEY, S.L. SEXTON, K.A., CARROLL, C.A., COX, K.S., RILEY, C., FERRIELL, K. (2007). Improving Work Environment Perceptions for Nurses Employed in a Rural Setting. *The Journal of Rural Health*. 23(2): 179-182.
- TEERI, S., LEINO-KILPI, H., VALIMAKI, M. (2006). Long-term Nursing Care of Elderly People: Identifying Ethically Problematic Experiences Among Patients, Relatives and Nurses in Finland. *Nursing Ethics*. 13(2): 116-129.
- TEKİN, F. (2011). Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TEL, H., TEL AYDIN, H., KARABEY, G., VERGİ, İ., AKAY, D. (2012). Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik ve Stresle Başetme Durumu. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2:47-52.
- TOP, M., GİDER, Ö., ÜNALAN, D. (2010). Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin (Faktörlerin) İncelenmesi: Kayseri ve Kocaeli İllerindeki Hemşireler Üzerine Bir Alan Araştırması. *İstanbul Üniversitesi, İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*. 66.
- TOURANGEAU, A.E., CRANLEY, L.A. (2006). Nurse Intention to Remain Employed: Understanding and Strengthening Determinants. *Adv Nurs*. 55 (4):497-509.
- TÜRK DİL KURUMU. Erişim: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.582ac1783a20b4.63822632] Erişim Tarihi: 15.11.2016
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ. (2005). Yenidoğan Yoğun Bakım Birimlerinde Bebek Ölümleleriyle İlgili Komisyon Raporu. Erişim: [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/bebek_olumleri.pdf]. Erişim Tarihi: 10.03.2017
- TÜRKMEN, E. (2015). **Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama.** *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 69-80.
- TÜRKMEN, E., USLU, A. (2011). Özel Bir Hastanede Hemşirelerin Dolaylı Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *İ.U.F.N. Hem. Derg.* 19(2): 60-67.
- TÜRKMEN, E., BADIR, A., BALCI, S., TOPÇU, S.A. (2011). “Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2: 5-20.
- T.C. RESMÎ GAZETE. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim: [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/05/20050505-12.htm>] Erişim Tarihi: 07.10.2016
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Güncelleme Tarihi: 11.05.2009. Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-465/sayisi2368--rg-tarihi31121980--rg-sayisi17207--saglik-p-.html>] Erişim Tarihi: 07.10.2016
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Güncelleme Tarihi: 22.05.2015. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-461/657-sayili-devlet-memurlari-kanunu.html>]. Erişim Tarihi: 07.10.2016
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Güncellenme Tarihi: 12.04.2016. "Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü" İmzalandı. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/558/hastanelerde-manevi-destek-sunmaya-yonelik-isbirligi-protokolu-imzalandi.html>]. Erişim Tarihi: 17.05.2017

- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU. SAKARYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ. Erişim: http://www.sakarya.khb.saglik.gov.tr/19336_manevi-destek-ve-rehberlik-bir. Erişim Tarihi: 17.05.2017
- UĞURLU, E.S. (2014). Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(3): 187-191.
- UĞURLU, Z., KARAHAN, A., ÜNLÜ, H., ABBASOĞLU, A., ELBAŞ, N.Ö., IŞIK, S.A., TEPE, A. (2015). The Effects of Workload and Working Conditions on Operating Room Nurses and Technicians. *Workplace Health & Safety*. 63(9): 399-407.
- ULUSOY, H. (2008). Güvenli İstihdamın Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(3): 106-112.
- URAL, A., KILIÇ, İ. (2013). Bilimsel Araştırma Süreci ve Spss ile Veri Analizi. Detay Yayıncılık. Ankara. sy. 44.
- USLUSOY, E.Ç. (2010). Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Meslektaş Dayanışmasının İş Doyumu ile İlişkisi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- UZUN, Ö., ÖZER, N., AKYIL, R.Ç. (2002). Bazı Cerrahi Kliniklerde ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri. *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni*. 34: 39-45.
- ÜNSAL, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık&Hastalık, Hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(1): 11-25.
- VANDENBERGH, N., SKIBICKI, J., PRATTER, N. (1998). Workload Measurement for Resource Nurses in the Critical Care Unit, A Pilot Study. *Official Journal of Canadian Critical Care Nurses*. 9:16-18.
- VİCDAN, A.K., KARABACAK, B.G., ALPAR, Ş.E. (2015). 2012-2014 NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre Sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences*. 12(2): 1626-1636. doi: 10.14687 / ijhs.v12i2.3060.
- YALÇIN, B., BAYKAL, Ü. (2012). Özel Hastanelerde Görevli Hemşirelerin Sessiz Kaldığı Konular ve Sessiz Kalma Nedenleri ile İlişkili Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 9(2): 42-50.
- YAMASHITA, M. (1995). Job Satisfaction in Japanese Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 22(1): 158-164.
- YAPRAK, E. (2009). Hemşirelerin İşten Ayrılma Niyetlerini Belirleyen Faktörler: Örgüt İklimi, Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- YAZICI, S.Ö., KALAYCI, I. (2015). Hemşirelerin Çalışma Ortam ve Koşullarının Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*. 3(3): 379-383.
- YILDIRIM, D. (2006). Hemşirelerin Servislerde Hastalarla İlgili ve Diğer İşlere Ayırdıkları Sürenin Belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi*. 14(56): 177-192.
- YILDIRIM, D., AYCAN, Z. (2008). Nurses' Work Demands and Work-family Conflict: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*. 45:1366-1378.
- YOU, L.M., AIKEN, L.H., SLOANE, D.M., LIU, K., HE, G.P., HU, Y., JIANG, X.L., LI, X.H., LI, X.M., LIU, H.P., SHANG, S.M., KUTNEY-LEE, A., SERMEUS, W. (2013). Hospital Nursing, Care Quality, and Patient Satisfaction: Cross-sectional Surveys of Nurses and

Patients in Hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50: 154-161.

WARD, S., DONOVAN, H.S., OWEN, B., GROSEN, E., SERLİN, R. (2000). An Individualized Intervention to Overcome Patient-related Barriers to Pain Management in Women with Gynecologic Cancers. *Research in Nursing & Health*. 23: 393-405.

WATERS, K.R., EASTON, N. (1999). Individualized Care: is it Possible to Plan and Carry out? *Journal of Advanced Nursing*, 29,79-87.

WILKIN, K., SLEVIN, E. (2004). The Meaning of Caring to Nurses: an Investigation into the Nature of Caring Work in an Intensive Care Unit. *J Clin Nurs*. 13(1): 50-9.

ZAYBAK, A., YAPUCU GÜNEŞ, Ü. (2009). Yatağa Bağımlı Hastalarda Yatak Banyosunun Yaşam Bulgularına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(4): 91-95.

ZHANG, L.F., YOU, L.M., LIU, K., ZHENG, J., FANG, J.B., LU, M.M., LV, A.L., MA, W.G., WANG, J., WANG, S.H., WU, X., ZHU, X.W., BU, X.Q. (2014). The Association of Chinese Hospital Work Environment with Nurse Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave. *Nursing Outlook*. 62(2): 128-137.

ZENCİRCİ, D.A. (2010). Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 1: 67-74.

EKLER

EK-1: Hemşire Tanıtım Bilgi Formu

“Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Anket sorularını cevaplama süresi **yaklaşık 15 dakikadır**. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Kevser PAMUK’ a 5052643087 veya berra-2005@hotmail.com adresinden uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla sorabilirsiniz.”

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz? a)Kadın b)Erkek
3. Eğitim Durumunuz ? a) Lise b) Ön Lisans c) Lisans d) Yüksek Lisans e) Diğer.....
4. Lisans ya da Yüksek Lisans Mezunlu iseniz mezun olduğunuz bölüm?
5. Medeni Durumunuz? a) Evli b) Bekar
6. Çocuğunuz var mı? a) Evet (kaç çocuğunuz var?)..... b) Hayır
7. Çalıştığınız Kurum?
a) AKÜ Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi
b) Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
c) Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi
d) İlçe Devlet Hastanesi
e) Özel Hastane
8. Kurumunuzun yatak kapasitesi?
a) <200 b) 200-299 c) 300-399 d) 400-499 e) 500 ve üzeri
9. Çalıştığınız birimdeki göreviniz nedir?
a) Sorumlu hemşire b) Servis hemşiresi c) Yoğun bakım hemşiresi
10. Sağlık güvenceniz nedir? a) SGK b) Emekli Sandığı c) Sözleşmeli d) Diğer.....
11. Çalıştığınız birimin (servisin) adı?.....
12. Hemşire olarak toplam çalışma yılınız nedir?
a)<1 b)1-5 c)6-10 d)11-15 e)16 ve üzeri
13. Şu anda çalıştığınız hastanedeki toplam çalışma yılınız nedir?
a)<1 b)1-5 c)6-10 d)11-15 e)16 ve üzeri
14. Şu anda çalıştığınız birimdeki toplam çalışma yılınız nedir?
a)<1 b)1-5 c)6-10 d)11-15 e)16 ve üzeri
15. Çalıştığınız kurumda birim (servis) değişikliği yaptınız mı? a) Evet (.....kez/ay) b)Hayır
16. Günlük maksimum çalışma süreniz? a) 8 saat b) 16 saat c) 24 saat
17. Günlük çalışma şekliniz?
a) Nöbetsiz sadece gündüz mesaisi
b) Sadece nöbet usulü (16 saat ve 24 saat şeklinde)
c) Gündüz mesaisi aynı zaman da ayın belirli zamanlarında nöbet
18. Nöbetli çalışıyorsanız ayda kaç nöbet tutuyorsunuz?
a)1-2 b)3-4 c)5-6 d)7 ve üzeri
19. Sorumlunuz kaç tane birimden sorumludur?
a) 1 b) 2 c) 3 ya da daha fazla d) Bilmiyorum
20. Hemşirelik alanında herhangi bir sertifikanız (yoğun bakım, diyaliz, ameliyathane, acil hemşireliği sertifikası) var mı? Varsa yazınız
21. Bulunduğunuz birimde çalışırken aynı zamanda bir okulda eğitim görüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
22. Genel olarak mesleğinizi severek yapıyor musunuz?
a) Çok b) Orta c) Hiç d)Kararsızım

EK-2: Bireysel İş Yüğü Algı Ölçeğı-Revize (BİYAÖ-R)

		Katılım Düzeyiniz				
	Bu sorulara son 6 ayda ki günlük iş yükünüzü düşünerek cevap veriniz.	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam
1)	Mesleki profesyonelliğine saygı duyduğum hemşirelerle çalışıyorum.	1	2	3	4	5
2)	Kendimi iş yoğunluğundan bunalmış hissettiğimde diğer hemşirelerin bana yardım edeceklerini bilirim.	1	2	3	4	5
3)	Servisimdeki hemşirelerle iyi bir ekibiz.	1	2	3	4	5
4)	Birlikte çalıştığım hemşireler, birimimize özgü hasta bakımı vermede gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.	1	2	3	4	5
5)	Servisimdeki hemşire arkadaşlarım, ailemden birisine bakım verirse kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5
6)	Servisimdeki hemşireler, şu an ki işimde kalmamın önemli bir nedenidir.	1	2	3	4	5
7)	Hasta bakımı için ihtiyaç duyduğum her ekipman-donanım (tansiyon aleti, pulseoksometre, değerlendirme ölçekleri, tekerlekli sandalye, ateş ölçerler vb.) servisimde mevcuttur.	1	2	3	4	5
8)	Servisimdeki hastaların ihtiyaç duyması durumunda, kurumumda sosyal hizmet uzmanları hazır bulunur.	1	2	3	4	5
9)	Bir hastada yaşam tehlikesi (mavi kod, yaşamı tehdit eden tanı alması gibi) olduğunda veya hasta öldüğünde, hasta ve/veya ailesine manevi destek vermek için kurumumda bir din görevlisi hazır bulunur.	1	2	3	4	5
10)	Hasta bakımı için gerekli olan pansuman seti, kateter, IV setler, enjektör, nevrosim gibi malzemelere ihtiyaç duyduğumda hazırdır.	1	2	3	4	5
11)	Kurum eczanesi, tedavi sürecinde yeterli desteğı sağlar.	1	2	3	4	5
12)	Hastalarımın yeterli psikolojik/duygusal desteğı sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
13)	Hemşirelik hizmetleri müdürü izinliyken; personel sıkıntısı olduğunda birim çalışanları onunla rahatlıkla iletişim kurar.	1	2	3	4	5
14)	İş yükümle ilgili şikayetimi hemşirelik hizmetleri müdürüme iletirsem bana anlayış gösterir.	1	2	3	4	5
15)	Hemşirelik hizmetleri müdürümün desteğini hissettiğim için şu an ki pozisyonumda kalmaktayım.	1	2	3	4	5
16)	Bakımlarından memnun olmayan hasta ve hasta yakınları olduğunda hemşirelik hizmetleri müdürüm bize yardımcı olur.	1	2	3	4	5
17)	Hemşirelik hizmetleri müdürü servisteki personel yetersizliğini zamanında gidermek için gerekeni yapar.	1	2	3	4	5
18)	Hemşirelik hizmetleri müdürü , her vardiyada ihtiyaç duyulan yeterli personeli sağlamak için aktif olarak uğraşır.	1	2	3	4	5
19)	Hemşirelik hizmetleri müdürüm , servisteki temel hasta bakımını sağlama konusunda işin ehlidir/uzmanıdır.	1	2	3	4	5
20)	Servisimdeki sorumlu hemşire , gerektiğinde hasta bakımına destek verir.	1	2	3	4	5

21)	Mesai saatim içerisinde en az 30 dakika mola (yeme-içme) verilir.	1	2	3	4	5
22)	Servisimdeki görevler, adil bir şekilde dağıtılır.	1	2	3	4	5
23)	İş yükümün makul olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24)	Buradaki iş yükümden dolayı servis/birim ve/veya pozisyon değişikliği düşünüyorum.	1	2	3	4	5
25)	Hemşirelik hizmetleri müdürü veya sorumlu hemşireye iş yükümün çok ağır olduğunu dile getirdim.	1	2	3	4	5
26)	İş yükümü düşündüğümde, şu an ki çalışma ortamımdan dolayı burada kalıp çalışmayı isterim.	1	2	3	4	5
27)	İş yükümü düşündüğümde, önümüzdeki 1 (bir) yıl içinde şu an ki servis ve/veya pozisyonumda kalmayı planlamıyorum .	1	2	3	4	5
28)	İş yükümü düşündüğümde, en az 1 (bir) yıl şu an ki pozisyonumda kalmayı planlıyorum .	1	2	3	4	5
29)	İş yükümü düşündüğümde, önümüzdeki 1 (bir) yıl içinde farklı bir servis ve /veya kurumda yeni bir görev /pozisyon arama niyetindeyim.	1	2	3	4	5

EK-3: Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-Hemşire A (BBÖ-Hemşire A)

		Katılma Düzeyiniz				
	Bu bölümde <u>genel olarak verdiğiniz bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini nasıl desteklediğinize ilişkin genel tutumlarınızı</u> düşünerek cevap veriniz.	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam
A01	Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A02	Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A03	Hastalara, kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm.	1	2	3	4	5
A04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım.	1	2	3	4	5
A05	Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini öğrenmek için çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
A07	Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum.	1	2	3	4	5
A08	Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri).	1	2	3	4	5
A09	Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım.	1	2	3	4	5
A10	Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen).	1	2	3	4	5
A11	Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım.	1	2	3	4	5
A12	Hastalara, kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım.	1	2	3	4	5
A13	Hastalara, hastalık/sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım.	1	2	3	4	5
A14	Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim.	1	2	3	4	5
A15	Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim.	1	2	3	4	5
A16	Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm.	1	2	3	4	5
A17	Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım.	1	2	3	4	5

EK-4: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 53043469/050.04-121
Konu : Çalışmanız hk.

26/02/2016
AYDIN

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Pakize ÖZYÜREK
Afyon Kocatepe Üniv.
Afyon Sağlık YO/Hemşirelik Bölümü
AFYON

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 25.02.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 25 nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım,

Prof.Dr. Nefiye KILIÇOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 25

Protokol No : 2016/785

Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Pakize ÖZYÜREK
Afyon Kocatepe Üniv.
Afyon Sağlık YO/Hemşirelik Bölümü
AFYON

Afyon/Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Pakize ÖZYÜREK'in "Hemşirelerin bireysel iş yükü algısının bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisi" başlıklı klinik araştırmasının 11.02.2016 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 22.02.2016 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1'ın son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, (Sonuç Raporu (web'e), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anketi) lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü - Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256-225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.sife.edu.tr/etikkurulu/gcek/> e-posta: gestik@adu.edu.tr

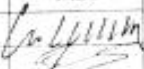
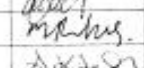
EK-5: Afyon Kocatepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Kararı

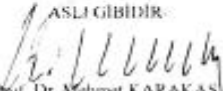
T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURUL KARARLARI

TOPLANTI SAYISI : 02 **KARAR TARİHİ : 26.02.2016**

KARAR 2016/09

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğretimci Keleşir FAYİL K'un "Hemşirelerin İş Yıkıcı Algılarının Biyoselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezi için hazırlanan Etik Değerlendirme Başvuru Formu ve Önceklerin etik açısından sakıncalı olmadığına oy birliği ile kararı verilmiştir.

ÜYENİN ADI SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehmet KARAKAŞ (Başkan)	
Sosyal ve Beşerî Bilimler	
Prof. Dr. Abdülhak ERYANUĞI (Başkan Yardımcısı)	
Sağlık Bilimleri, İnsan ve Hayat Sağlığı	
Prof. Dr. H. Hüseyin BAYRAKLI	
Hukuk	
Prof. Dr. Mustafa GÜLER	
Sosyal ve Beşerî Bilimler	
Doç. Dr. Murat PEKER	
Fen Bilimleri ve Mühendislik Bilimleri	
Doç. Dr. Alper KARADİSİLİ	
Fen Bilimleri ve Mühendislik Bilimleri	
Doç. Dr. Müjgan ÖZDEMİR ERDOĞAN	
Sağlık Bilimleri, İnsan ve Hayat Sağlığı	
Doç. Dr. I. Hakkı NAKİTÇİOĞLU	
Güzel Sanatlar-Müzik	
Doç. Dr. İsmail Cemil DEMİR	
Medikal Yöntemler/Terrazen	

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Mehmet KARAKAŞ
Bil. Araş. ve Yayın Etik Kurul Başkanı

EK-6: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/01/2016-E.293



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi



Sayı : 70847213-903.99-
Konu : Anket Uygulama İzni hk.

AFYON SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 30.12.2015 tarih ve E.53840 sayılı yazınız.

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Kevser PAMUK adlı öğrencinizin "Hemşirelerin Bireysel İş Yüklü Algısının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" adlı tez çalışması ile ilgili anketini hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Alpagan Mustafa YILDIRIM
Başhekim

EK-7: Afyonkarahisar Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi

 T.C. SAğLIK BAKANLIğI Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Afyonkarahisar Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	AFYONKARAHİSAR İL SAğİT HASTANELERİ BİRLİğİ GENEL SEKRETERLİğİ - AFYONKARAHİSAR İL KURUMU BAŞTAN KURUM 3041000150-15, TRAKYA, 774 99 - E 1425 
Sayı : 77010074/774.99 Konu : Tez Çalışması	
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜğÜNE (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı)	
Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yükek Lisans Öğrenciniz Kevser PAMUK " Hemşirelerin Bireysel İş Yüğü Algısının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi " adlı tez çalışmasını Birliğimize bağlı hastanelerde yapma talebi incelenmiş olup çalışmanın yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır. Gereğini arz ederim.	
Dr.Hasan ARSLAN Genel Sekreter a. İdari Hizmetler Başkanı 	
EKLER: Anket (4 sayfa)	

EK-8: Afyonkarahisar Özel Park Hayat Hastanesi Başhekimliği İzin Belgesi



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanı/na

Sayı: 12 04-01-2016
İlgi : 30/12/2015 tarihli 17155648-044-17545 sayılı yazınız. Anket uygulama izni hk.

İlgi yazı gereği ilgili kişi Yüksek Lisans Öğrencisi Kevser Pamuk adlı öğrencinizin tez çalışması ile ilgili olarak kurumumuzdan istemiş olduğunuz anket çalışması ekte tarafınıza sunulmuştur.

BAŞHEKİM
Opr.Dr.Süleyman Şahin



EK1 :3 adet anket çalışması

EK-9: BİYA Ölçeğini Geliştiren Karen Cox'dan e posta Yolu ile Alınan İzin Belgesi

RE: permission of Individual Workload Perception Scale from Turk...

Kimden: Teasley, Susan, L
 Kime: Pakize Ozyurek
 Bilgi: Cox, Karen
 Gonderilme Tarihi: 06 01 2016 16 02 50
 Demographic Information template REVISED 10.27.10.doc
 NEW IWPS-Revised 29 table 7.25.08.doc
 Enrollment Script Current.doc
 Lacey 2008 JONA 38 336.pdf
 Lacey 2007 JONA 37 199.pdf
 Cox 2005 PPNP 6 191.pdf
 Cox 2007 JPN 22 9.pdf
 Teasley 2007 JRN 23 179.pdf
 Lacey 2011 JONA (OJIS).pdf
 FINAL Manual 1 29 10.doc

Professor Pakize ÖZYÜREK,

Thank you for your interest in the IWPS. The tool has been revised and is now the Individual Workload Perception Scale - Revised (IWPS-R) and we updated the manual in 2010. I have attached the survey, subscale table, demographics and IWPS-R User's Manual. Also attached are some articles that we have published using the IWPS and IWPS-R.

Please let me know if you have any questions. Good luck with your master student's thesis.

Susan Teasley, MBA, MSN, RN, NE-BC, CCRC
 Manager Patient Care Services Research
 Children's Mercy
 2401 Gillham Road
 Kansas City, MO 64108
 Phone: 816-701-4551
 Fax: 816-701-5255
 steasley@cmh.edu

-----Original Message-----

From: COX, Karen
 Sent: Tuesday, January 05, 2016 7:59 PM
 To: Pakize Ozyurek
 CC: Teasley, Susan, L
 Subject: Re: permission of Individual Workload Perception Scale from Turkey

Dr. Ozyurek,

I am happy to give you permission to use the individual workload perception scale. My research associate Susan Teasley will send you an email with information. Best of luck in your research!

Karen

Karen Cox RN PhD FACHE FAAN
 Executive Vice President/Chief Operating Officer V. Fred Burry MD and Sandra Hobart Burry Chair
 in Nursing Advocacy and Leadership Children's Mercy Hospital Kansas City
 2401 Gillham Road
 Kansas City, MO 64108
 816-234-3933

> On Jan 5, 2016, at 4:30 PM, Pakize Ozyurek <pozyurek@aku.edu.tr> wrote:
 >
 > Dear COX,
 > I am Assistant Professor Pakize ÖZYÜREK. I have worked Health School Kocatepe University in TURKEY.
 >
 > I've reviewed your scale "Individual Workload Perception Scale-2005".
 > I was impressed, your scale.
 > Can I want to help to you?

> I want to use your scale in a my master students's thesis.
 >
 > Could you give allow to me, please.
 >
 > Thank you very much for your interesting.
 >
 > Best regards in Turkey
 >
 > Yrd.Doc.Dr.Pakize ÖZYÜREK
 > Afyon Sağlık Yüksekokulu
 > Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
 >
 > Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksekokulu A Blok Ali
 > Cetinkaya Kampüsü- 03200-AFYONKARAHİSAR Tel:0 272 246 28 34- Dahili
 > 71103| Fax:0 272 246 28 69
 >
 > Assistant Professor Pakize ÖZYÜREK
 > Afyon Health High School
 > Department of Surgery Nursing,
 > Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksekokulu A Blok Ali
 > Cetinkaya Kampüsü- 03200-AFYONKARAHİSAR Tel:0 272 246 28 34
 >

Electronic mail from Children's Mercy Kansas City. This communication is intended only for the use of the addressee. It may contain information that is privileged or confidential under applicable law. If you are not the intended recipient or the agent of the recipient, you are hereby notified that any dissemination, copy or disclosure of this communication is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please immediately forward the message to the Children's Mercy Information Security Officer via return electronic mail at informationsecurityoficer@cmh.edu and expunge this communication without making any copies. Thank you for your cooperation.

ORIJINALLIK RAPORU

%12

BENZERLIK ENDEKSI

%9

INTERNET
KAYNAKLARI

%7

YAYINLAR

%4

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR



acikerisim.aku.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%1



Submitted to TechKnowledge Turkey

Öğrenci Ödevi

%1



www.researchgate.net

İnternet Kaynağı

%1



www.saglikcalisanisagligi.org

İnternet Kaynağı

%1



Submitted to Beykent Universitesi

Öğrenci Ödevi

%1



dergipark.ulakbim.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1



web.firat.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

KILIÇ, İbrahim, BOZKURT, Zehra, TEKERLİ,
Mustafa, KOÇAK, Serdar and ÇELİKELOĞLU,

<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kevser Pamuk 23/09/1981 tarihinde Afyon'da doğdu.

1999 yılında Afyon Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Ebelik bölümünden mezun oldu.

Lisans eğitimini 2003-2007 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde tamamladı.

Yüksek lisans eğitimine 2015 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda başladı.

İş Deneyimleri:

- Kırıkkale Sulakyurt Hamzalı Sağlık Ocağı - Ebe (2001-2003)
- Afyonkarahisar İncehisar Çalışlar Sağlık Evi - Ebe (2003-2003)
- Afyonkarahisar İncehisar Devlet Hastanesi - Acil Servis Hemşiresi (2003-2008)
- Afyonkarahisar Göğüs Hastalıkları Hastanesi - Klinik Hemşiresi (2008-2009)
- Afyonkarahisar İncehisar Devlet Hastanesi - Başhemşire (2010-2012)
- Afyonkarahisar İncehisar Devlet Hastanesi - Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü (2012-2017)
- Afyonkarahisar Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı - Hemşire (2017- halen devam etmekte)

Katıldığı Eğitim ve Sempozyumlar:

- Motivasyon: Aktif Araştırma, Belgelendirme, Eğitim, Danışmanlık/ Sertifika Numarası: 261108003 (2008)
- Zaman Yönetimi: Aktif Araştırma, Belgelendirme, Eğitim, Danışmanlık/ Sertifika Numarası: 041208003 (2008)
- Etkili İletişim ve Beden Dili: Aktif Araştırma, Belgelendirme, Eğitim, Danışmanlık/ Sertifika Numarası:171208003 (2008)
- Performans Yönetimi: Aktif Araştırma, Belgelendirme, Eğitim, Danışmanlık/ Sertifika Numarası: 271108003 (2008)
- ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi Temeli: Aktif Araştırma, Belgelendirme, Eğitim, Danışmanlık/ Sertifika Numarası: 191208006 (2008)
- Süreç Yönetimi: Aktif Araştırma, Belgelendirme, Eğitim, Danışmanlık/ Sertifika Numarası: 281108003 (2008)
- MS Ofis 2007 Eğitimi: T.C. Sağlık Bakanlığı İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı (Bilişim Teknolojileri Koordinatörlüğü) /Belge No: MSOE-1489 (2010)
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı - Yönetici Kolaylaştırıcı Uyum Eğitimi: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü/ Belge no: TÜSP-AOYB-30 (2011)
- Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Afyonkarahisar Genel Sekreterliği (2016)
- 4. Ulusal Palyatif Bakım Sempozyumu: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Afyonkarahisar Genel Sekreterliği (2016)
- Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Ulusal Değerlendirme Oluşturulmasına Yönelik Eğitici Eğitimi – Emzirme Danışmanlığı ve Bebek Dostu Hastane Ulusal Değerlendirici Eğitimi: Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2017)