



HEMŞİRELERİN İŞ YÜKÜ ALGILARI İLE SAĞLIKTA KALİTE ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YASEN TÜFEKÇİ

Yüksek Lisans Tezi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
İzmir Ekonomi Üniversitesi

İzmir

2021

**HEMŞİRELERİN İŞ YÜKÜ ALGILARI İLE SAĞLIKTA
KALİTE ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YASEN TÜFEKÇİ

İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Anabilim Dalı'na
Yüksek Lisans Tezi
olarak sunulmuŐtur.

İzmir
2021

ÖZET

HEMŞİRELERİN İŞ YÜKÜ ALGILARI İLE SAĞLIKTA KALİTE ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tüfekçi, Yasen

Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Şermin Tükel Akay

Mart, 2021

Literatürde iş yükü fazlalığının hemşirelerin hizmet kalitesini etkilediği sonucu birçok çalışma tarafından tespit edilmiştir. Hemşirelerin algıladıkları iş yükü arttıkça kalite algılarının nasıl değiştiği bilinmemektedir. Bu bağlamda bu çalışmada hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan 23-65 yaş arası 79 hemşire oluşturmaktadır. Veri toplama aşamasında “Demografik Bilgi Formu”, “NASA-TLX İş Yükü Algısı Ölçeği” ve “Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığından değişkenler arasındaki ilişkiler “Spearman’s Korelasyon Testi” ile test edilmiştir. Çalışmamızda örneklem sayısı göz önünde bulundurulduğunda, $r=0.31$ ve üzerindeki korelasyon katsayılarının %95 güven aralığında ve %80 güç düzeyinde oldukları hesaplandı. Buna göre; “Hasta Yararı” kalite alt boyutu ile; “Zihinsel İş Yükü”(r=-0,400) ve “Rahatsızlık Seviyesi”(r=-0,532) arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır(p<0,05). “Performans” ile “Ölçme ve Değerlendirme”(r=0,480), “Kurum Yararı”(r=0,472), “İnsan Kaynakları Kullanımı”(r=0,522) ve “Çalışan Yararı”(r=0,570) kalite alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir(p<0,05). Ayrıca, “İnsan Kaynakları Kullanımı” kalite alt boyutu ile; “Zihinsel İş Yükü”(r=0,313) ve “Efor”(r=0,396) arasında; “Zihinsel İş Yükü” ile

“Ölçme ve Değerlendirme” ($r=0,320$) ve “Kurum Yararı” ($r=0,334$) kalite alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki ve “Kalite Eğitimi” kalite alt boyutu ile “Efor” ($r=-0,319$) arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu bulunmuştur($p<0,05$). Hastanede gerçekleştirilen kurum ve çalışan yararına yapılan iyileştirmelerin, insan kaynaklarının doğru kullanımının hemşirelerin algıladıkları iş yükünde artış ile ilişkili olduğu; hemşirelere kalite eğitimleri verilmesinin ve hasta yararına yapılan düzenlemelerin ise hemşirelerin algıladıkları iş yükünde azalma ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: İş yükü algısı, sağlıkta kalite, kalite algısı, hemşire, sağlık hizmetleri.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED WORKLOAD AND PERCEIVED HEALTHCARE QUALITY IN NURSES

Tüfekçi, Yasen

Master Program in Healthcare Quality and Patient Safety

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Şermin Tükel Akay

March, 2021

It has been determined by many studies in the literature that excessive workload affects the service quality of nurses. It is not known how the perceived healthcare quality changes in relation to increased perceived workload of nurses. In this context, this study aims to determine the relationship between perceived workload and perceived healthcare quality in nurses. The sample of the study consists of 79 nurses between the ages of 23-65 years working in Dokuz Eylül University Hospital. "Demographic Information Form", "NASA-TLX Workload Index" and "Perceived Healthcare Quality Scale" we reused in data collection. Since the data did not conform to normal distribution, the relationships between variables were tested with "Spearman's Correlation Test". Considering the sample size in our study, it was calculated that the correlation coefficients $r=0.31$ and above were within 95% confidence interval and 80% power level. According to this; moderate negative correlations were found between "Patient Benefit" quality sub-dimension and "Mental Demand" ($r=-0.400$) and "Frustration" ($r=-0.532$) ($p<0.05$). "Performance" workload parameter was positively correlated with "Measurement and Evaluation" ($r=0.480$), "Institutional Benefit" ($r=0.472$), "Human Resources Use" ($r=0.522$) and "Employee Benefit" ($r=0.570$) ($p<0,05$). In addition, "Human

Resources Use" quality sub-dimension was positively correlated with "Mental Demand"($r=0.313$) and "Effort"($r=0.396$). Positive weak correlations were found between "Mental Demand" and "Measurement and Evaluation"quality sub-dimension($r=0.320$) and "Institutional Benefit"($r=0.334$). Negative weak correlation was found between "Quality Education" quality sub-dimension and "Effort"($r=-0.319$)($p<0.05$). It has been concluded that the improvements made in the hospital for the benefit of the institution and employee and the correct use of human resource were related to the increased workload perceptions of nurses; the provision of quality training to nurses and the regulations made for the benefit of patients were related to decreased workload perceptions of nurses.

Keywords: Workload perception, quality in health, nurse, quality perception, health services.

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanma aŐamalarında bilgi ve deneyimlerini paylaŐan, rehberlik ederek beni destekleyen, bana büyük sabır ile yol gösteren danıŐmanım Sayın Dr.Őđr.Üyesi Şermin Tükeli'e ve destekleriyle her zaman yanımda olan annem Ayşe Dinç'e ve benim canım çekirdek ailem oğlum Amir Armani ve eŐim Emir Hacımustafaoğlu'na teŐekkürlerimi sunuyorum.

Yasen Tüfekçi



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLO LİSTESİ	X
ŞEKİL LİSTESİ	XI
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XII
BÖLÜM 1: GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Sorusu	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Araştırmanın Varsayımları	3
1.5. Araştırmanın Amacı.....	3
1.6. Araştırmanın Önemi	3
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER	5
2.1.Sağlık Hizmetleri	5
2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	5
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	8
2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	8
2.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
2.1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	9
2.1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	10
2.2. Kalite Tanımı ve Kalite Kavramının Gelişimi.....	10
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	11
2.3.1.Hemşirelikte Kalite	16
2.4. Kalite Algısı.....	17
2.5. Sağlıkta Kalite Algısı	19
2.5.1. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı	20
2.6. İş Yükü Kavramı	22
2.7. İş Yükü Algısı.....	23

2.8. Hemşirelikte İş Yükü Kavramı ve İş Yükü Algısı	24
2.8.1. Hemşirelik İş Yükünün Sınıflandırılması	27
2.8.1.1. Birim Düzeyinde İş Yükü	27
2.8.1.2. İş Düzeyinde İş Yükü	27
2.8.1.3. Hasta Düzeyinde İş Yükü	27
2.8.1.4. Durum Düzeyinde İş Yükü	28
BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	29
3.4.1. Demografik Bilgi Formu	29
3.4.2. İş Yükü Algısı Anketi	29
3.4.3. Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği	30
3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	31
3.6. Araştırma Etiği	32
BÖLÜM 4: BULGULAR	33
BÖLÜM 5: TARTIŞMA	38
BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER	43
KAYNAKÇA	45
EKLER	52
EK-A: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	52
EK-B: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	54
EK-C: İŞ YÜKÜ ALGISI ANKETİ	55
EK-D: SAĞLIKTA KALİTE ALGISI ÖLÇEĞİ	57
EK-E: ETİK KURUL İZİNİ	60
EK-F: HASTANE İZİNİ	61

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. İş Yükü Algısı Ölçeği'nin Normallik Testi Sonuçları.....	31
Tablo 2. Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği'nin Normallik Testi Sonuçları	31
Tablo 2. Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği'nin Normallik Testi Sonuçları (Devamı).....	32
Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo -Demografik Özellikleri.....	33
Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo -Demografik Özellikleri (Devamı)	34
Tablo 4. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Dağılımları	34
Tablo 4. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Dağılımları (Devamı)	35
Tablo 5. Hemşirelerin İş Yükü Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Dağılımları	35
Tablo 6. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı ile İş Yükü Algısı Arasındaki İlişki	36

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli15



KISALTMALAR LİSTESİ

ACSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DEU: Dokuz Eylül Üniversitesi

E: Effort

F: Frustration

İEÜSB: İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri

MD: Mental Demand

M.Ö.: Milattan Önce

NASA-RTLX: The National Aeronautics and Space Administration-Raw Task Load Index

NASA-TLX: The National Aeronautics and Space Administration-Task Load Index

P: Performance

PD: Physical Demand

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TD: Temporal Demand

TUSİAD: Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği

BÖLÜM 1: GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

“Sağlık hizmetleri” bireysel olarak değerlendirilemeyen, tüm toplumu kapsayan, ertelenemez ve geçiştirilemeyen, amacı ve yapısı birbirinden farklı birden çok kurum ile kurum çalışanını kapsayan, insan emeği gerektiren, hizmetlerde belirli bir standardı yakalamanın, kaliteyi ölçmenin ve kalite kontrolünün zor olması gibi sebeplerle diğer hizmet sektörlerinden ayrılan, dinamik ve karmaşık bir sosyal yapıdır (Aygır ve Önsüz, 2017; Saltık, 2018; Sert, 2019; Thompson et al., 2016).

Hemşireler toplumun sağlık hizmetleriyle tanıştığı ilk temas noktası olan ve bireylerin sağlığının bozulmaması için alınan önlemleri içeren koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinden başlayarak, ayakta ve yataklı hizmet veren sağlık kurumlarında görev alan, bireylerin kaza ya da hastalık sonucunda kaybettikleri bedensel ve zihinsel becerilerin yeniden kazanılmasını sağlayan rehabilitasyon hizmetlerinde de aktif olarak rol alan primer bakım vericilerdir (Büyükkaraman, 2014; Ertem, 2008; Kırac, 2016; Şölen, 2019).

Sağlık hizmetlerinde insan yaşamı söz konusu olduğu için enjeksiyon uygulamasında dahi hayati risk meydana gelebilir bu sebeple; sağlık hizmetinde primer bakım verici olan hemşirelerin sayısından çok, sahip olduğu niteliklerin ve yeteneklerinin önemli olduğu sonucuna varılmaktadır. Çünkü sadece hemşire açığını kapatmak üzere personelin niteliğine dikkat edilmeden yürütülen eğitim programlarından mezun olan hemşirelerin istihdam edilmesi durumunda, sağlık hizmetinin niteliği ve kalitesi zarar görmektedir (Arısoy, 2017; Köse, 2020; Ülker, 2018).

Günümüzün "tüketici odaklı" sağlık hizmetleri pazarlarında, alınan hemşirelik bakımının kalitesiyle ilgili hasta merkezli memnuniyet ölçüsü, hastane kalite yönetim sistemlerinin önemli bir bileşenidir. Hastaların, problemlerinin doğru bir şekilde teşhis edilip tedavi edilmesine, işlevlerinin yeniden kazandırılmasına ve / veya semptomlarının giderilmesine ihtiyacı vardır (Karaca ve Durna, 2019). Hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicisi olarak da hizmet kalitesi kavramı ön plana çıkmış ve kaliteli hizmet sunması gereken grup da iç müşteri sayılan sağlık çalışanları olarak gösterilmiştir (Yorulmaz ve Pirol, 2019).

Toplumda ve sağlık sektöründe yaşanan değişimler, teknolojideki gelişmeler, bireylerin sağlığını yükseltmeye ve iyilik halini arttırmaya yönelik yapılan

çalışmalar; hemşirelerin kendilerini geliştirmelerini, yaşam boyu öğrenme ilkesini benimsemelerini, öğrendikleri yeni teorik bilgi ve uygulama becerilerini hastalarda uygulayıp sonuçlarını izlemelerini gerektirmektedir (Kılıç ve Taşçı, 2009; Sarmasoğlu ve Görgülü, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin gelişimi; kaliteyi ilke edinmiş yönetim anlayışının oluşması, kaliteyi önemseyen yöneticiler ve hemşire kadrosu, kaliteyi her daim vurgulayan hemşirelik yetiştirme programları ve kalite alanında araştırma yapan akademisyenlerle mümkün olmaktadır (Ovayolu ve Bahar, 2006). Hemşirelik mesleğinde yoğun iş temposu, hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığı, hasta bakımı ve bakım hariç yürütülen diğer faaliyetler, hasta bireylere fiziksel, sosyal ve emosyonel destek verme, hasta yakınlarıyla sürekli temas halinde olma gibi durumlardan dolayı iş yükü ve işe bağlı gerginlik düzeyi fazladır. Ayrıca hemşirelerin işten beklentileri, ön yargıları, değer ve inanç sistemleri, çalışma doyumları da iş yükü algılarını değiştirmektedir (Nacar, 2019; Özyer, 2016).

Hemşirelerin çalışma ortamında iş yüklerinin artması; iş yerindeki şartları zorlaştırmakta ve hemşirelerin tıbbi hata yapma olasılığını yükseltmekte ve tıbbi hatalardan kaynaklı hasta ölümlerinin/yaralanmalarının artmasına, hasta bakımının niteliğinin ve güvenliğinin düşmesine, hemşirelerin düşük iş tatmini, duygusal yorgunluk, tükenmişlik, yıpranmışlık, yoğun stres ve anksiyete yaşamasına sebep olmaktadır (Karacabay et al., 2020; Nacar, 2019; Ross et al., 2018).

Hemşirelik mesleği; geliştirilen bakım ölçütleri ile hasta bireylerin gereksinim duyduğu hemşirelik bakımının belli bir gelişmişlik seviyesine ulaşmasını garanti eder (Ovayolu ve Bahar, 2006). Sağlık sektöründe hastaların kaliteli bir biçimde bakım alması için gereken şartlardan birincisi hastalarla 7/24 ilgilenen bakım verici konumundaki hemşireleri kaliteyi önemseyen bireyler olarak yetiştirmektir. Kaliteli hemşirelerin benimsediği bireyselleştirilmiş bakım; her bireyin biricik olduğunu ve hastaların gereksinimlerini karşılamak üzere hemşirelik bakımının bireye özgü uyarlanması önemini vurgular (Oliveira et al., 2016; Ovayolu ve Bahar, 2006; Toru, 2020).

Sağlık kurumlarının performanslarının iyileştirilmesi ve sağlık kurumlarında kalite göstergelerinin kullanımının yaygınlaşması, hastanın sağlık çalışanından kaynaklı nedenlerle maddi ve manevi zararı uğramasıyla ilgili davaların artmış olması sebebiyle; sağlık işletmelerinde kalite ve akreditasyon temelli kurum kültürü oluşturulması ve kurum kültürünü oluşturan sağlık profesyonellerinin iş yüklerinin

azaltılması için doğru planlamalar yapıp uygulanması, tıbbi hata nedeni olabilecek durumların belirlenmesi “hemşireliğin geleceği” ve “hasta güvenliği” için hayati önem arz etmektedir. Bu bağlamda hastaya 7/24 bakım veren hemşirelerin kalite çalışmaları hakkındaki görüşleri ile kalite algılarının belirlenmesi, iş yüklerinin azaltılıp kalite algılarının olumluya dönüştürülmesi, hastalara kaliteli hizmet sunulması ve hemşirelerin iş yükü algılarıyla kalite algıları arasındaki ilişkinin tespit edilmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Sorusu

Hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasında ilişki yoktur.

H₁: Hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasında ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.6. Araştırmanın Önemi

Sağlık kurumlarının büyük bir kısmını oluşturan hastanelerin son zamanlarda belirli kriterlere göre puanlanması, kıyaslamaların yapılması, öte yandan mali politikaların bu doğrultuda değerlendirilmesi gibi gelişmeler, sağlık sektörünün paydaşları tarafından özellikle önemsenmektedir. Bu bağlamda sağlık işletmelerinin performans düzeylerinin arttırılmasına yönelik çalışmaların yapılması, öte yandan yapılan tıbbi hata ve malpraktis tartışmaları; kurumları kalite standartlarına uygun faaliyet yürütme ve akredite olma gibi harici değerlendirme yöntemlerini uygulamaya sevk etmiştir. Bütün bu gelişmelere istinaden gerek özel gerek kamu hastaneleri için yeni rekabet stratejileri belirleme, güçlü olan farklı yönlerini ortaya koyabilme, sürdürülebilir karlılığın devamı, sektör dinamiklerine uyum gibi hızlı gelişmeler, hastaneleri, kalite ve akreditasyon perspektifinde bir kurum kültürü oluşturmaya zorlamaktadır (Kaya, 2013).

Çağdaş sağlık hizmetinin nitelikleri arasında gösterilen, hastayı merkeze alan

etkili, taraf tutmayan hizmet gibi maddeler arasında yer alan önemli maddelerden “güvenli” ilkesi; sağlık hizmetinin hastaya yarar değil zarar vermesinin, hastada sakatlık ya da ölüm meydana gelmesinin ve sağlık çalışanlarının hata yapmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Bu açıdan hemşirelerin tıbbi hata yapmalarının önlenmesi için iş yüklerinin azaltılması ve primer görevleri olan hasta bakımını efektif bir biçimde sunulabilmeleri için sağlıkta kalite algılarının olumlu hale dönüştürülmesi çok önemlidir (Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Literatürde ‘hemşirelerin iş yükü algılarını’ NASA-TLX yöntemiyle değerlendiren ve sağlıkta kalite algılarını ölçen çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. 1998 yılında Hart ve Staveland tarafından geliştirilen NASA-TLX yönteminin; güvenilirlik, etkinlik ve duyarlılık gibi özelliklerin tümünü içerdiği gözlemlendiğinden dolayı diğer yöntemlere göre daha etkin olduğu söylenebilir (Kılıç Delice, 2016). Bu yüzden NASA-TLX yöntemi seçilmiştir. Ayrıca literatürde hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek bir sağlık kurumunda yürütülmesinden, araştırma sonuçlarının kişisel beyana dayalı olmasından ve ankete katılan hemşirelerin, katılım tarihindeki bilgi, algı ve düşüncelerini yansıttığından; kesitsel bir araştırmanın tüm sınırlılıklarına sahiptir.

BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Hizmetleri

2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Günümüzde bireylerin hem sosyal hem de ekonomik yönden daha iyi şartlarda yaşam sürdürmeyi istemesi bir hak olarak değerlendirilirken; bu optimal yaşam düzeyine sahip olmanın en temel unsuru da bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterli ve etkin bir şekilde faydalanabilmesidir (Sert, 2019). Bir ülkede iyi yapılandırılmamış, kötü yönetilen, yetersiz organize olmuş ve yetersiz finanse edilen sağlık sistemleri o ülkeye yarar sağlamaktan daha çok zarar verebilmektedir (Aksungur, 2020).

Sağlık hizmetleri bireysel değil toplumsal olarak değerlendirilen, insan yaşamı söz konusu olduğu için ertelenemeyen sosyal hizmetlerdir (Aygır ve Önsüz, 2017). Bir ülkede her bireye sağlık hizmeti sunulabilmesi için, o ülkedeki sağlık sisteminin bu durumu destekler nitelikte olması önem arz etmektedir. Sağlık sistemleri; çevresiyle sınırlarının ayrılması zor olan, amacı ve yapısı birbirinden farklı birden çok kurum ile kurum çalışanını kapsayan, ülke çapında örgütlenmiş karmaşık bir sosyal yapıdır(Saltık, 2018; Sert, 2019).

Sağlık hizmetleri, toplumdaki önemli hizmet sektörlerinden biridir. Hizmet sektöründe insanlarla daha fazla muhatap olunduğu için insan faktörü, sağlık sektöründe ayrı bir önem taşımaktadır (Akgün Çıtak ve Uysal, 2012; Altıntaş, 2014). Sağlık hizmetleri; insan emeğinin yüksek olması, yerine başka bir hizmetin konulamaması, ertelenememesi, hizmet taleplerinin önceden kestirilememesi, sağlık hizmetlerini sunan kişilerin uzmanlaşma oranlarının yüksek olması, sağlık taleplerinin kişiye göre farklılaşmasından dolayı hizmetlerde belirli bir standardı yakalamanın, kaliteyi ölçmenin ve kalite kontrolünün zor olması, kar amacı güden ve gütmeyen birden çok kurum ve kuruluşu içerdiği için rekabetin diğer hizmetlerden farklı olması gibi sebeplerden dolayı diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır (Saltık, 2018; Thompson et al., 2016).

Sağlık hizmetlerinin boyutunu ve kapsamını hizmeti alan kişi değil hekim belirler.Sağlık hizmetleri depolanamadığı için üretildiği anda tüketilir ve bu hizmetler imin, ne zaman, ne kadar ihtiyaç duyabileceği önceden tahmin edilemez. Sağlık hizmetlerinin etkin olarak sunulabilmesi ve herkesin bu hizmetlerden

faydalanabilmesi için sağlık sisteminin sadece nitel değil, nicel ozelliklerinin de geliştirilmesi gereklidir (Arısoy, 2017; Somunoğlu et al., 2012).

Sağlık sistemlerinin temel fonksiyonları; yonetim, finansman, hizmetlerin sunumu ve kaynakların sağlanması fonksiyonu olarak 4 grupta incelenmektedir. Yonetim fonksiyonu; kamu ya da ozel sektorun kendine ozgu hedefler belirlemelerini, sağlık sektorunun durumunu değerlendirmelerini, sağlık sektorunu takip edebilmeleri için halk sağlığı surveyansı gibi veri tabanları oluşturmalarını, yonetimsel duzenlemeleri, liderlik ve karar verme sureclerini kapsar. Sunum fonksiyonu; hastalıkların tanısı, tedavisi ve tam olarak iyileşemedikleri ya da sakat kaldıkları durumda başka birine bağımlı olmadan rehabilite edilmesini sağlamak için sunulan hizmetlerle birlikte hastalıkların oluşmadan ozce onlenmesi ve toplumun mevcut sağlık durumunun yukseltilmesini sağlayan birinci, ikinci ve ucuucu basamak sağlık hizmetlerine yonelik faaliyetleri icerir. Kaynakların sağlanması fonksiyonu; sağlık hizmetini sunacak hekim, hemşire, eczacı gibi sağlık çalışanlarını iceren insan kaynaklarını, hastaneler, sağlık merkezleri, laboratuvarlar gibi sağlık hizmetinin sunulacağı sağlık birimlerini, hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılacak ilaçlar ile tıbbi malzemelerin teminini, sağlığın geliştirilmesi ile hastalıkların onlenmesini kapsayan sağlık bilgi sistemlerini kapsar. Finansman fonksiyonu; gelir elde etme (kaynaklardan elde edilen finansal hareketler), fon biriktirme (farklı kaynaklardan elde edilen fonların ortak bir paydada bir araya getirilmesi) ve hizmet satın almayı (farklı kaynaklardan toplanan gelirlerin bireysel ya da kurumsal olarak sağlık hizmeti sunucularına hizmet karşılığı verilmesi) icerir (Sert, 2019).

Sağlık sistemlerinin temel amaçları; toplumun mevcut sağlık duzeyini optimum duzeyeye çıkarmak için eğitim, refah, istihdam gibi diğer sektorlerle birlikte hareket etmek, toplumdaki her bireyin ihtiyaçlarına uygun ve herkesin eşit oranda ulaşılabilir olduğu hizmetler için guvence sağlamak ve böylece sağlık alanındaki eşitsizlikleri gidermektir (Sert, 2019). Hastalar sağlık sektorunde kendilerine verilen hizmeti diğer sektorlerdeki gibi doğrudan denetleyemezler; tamamen sağlık personeline bağımlıdırlar. Bu sebeple hasta ve hasta yakınlarının bakım ihtiyaçlarının doğru şekilde belirlenmesi, ihtiyaçlarının karşılanması, doğru şekilde bilgilendirilip eğitilmesi çok ozemlidir (Altıntaş, 2014).

Hemşireler hastalara primer bakım veren sağlık personeli olduğundan; sağlık sektorunde ozemli değerşimi ve donuşumu yaratabilecek potansiyele de sahiptirler

(Kılıç ve Taşçı, 2009). Globalleşme ile birlikte toplumsal dinamikler, sağlık politikaları ve sağlık sektörü de yenilenmektedir (Akgün Çıtak ve Uysal, 2012). Toplumda ve sağlık sektöründe yaşanan değişimler, teknolojideki gelişmeler, bireylerin sağlığını yükseltmeye ve iyilik halini arttırmaya yönelik yapılan çalışmalar; hemşirelerin kendilerini geliştirmelerini, yaşam boyu öğrenme ilkesini benimsemelerini, öğrendikleri yeni teorik bilgi ve uygulama becerilerini hastalarda uygulayıp sonuçlarını izlemelerini gerektirmektedir (Sarmasoğlu ve Görgülü, 2014; Şahin ve Başak, 2019).

Hemşirelerden bilgi birikimi artan teknolojiye hakim olmaları, farklı disiplinlerle bir arada çalışmaları, bakım ihtiyacı ve istekleri giderek artan hasta grubuna hizmet vermeleri ve görevlerini en iyi şekilde yapmaları beklenmektedir (Karahan ve Kav, 2018; Şahin ve Başak, 2019). Hemşirelik mesleğinin esas bakım olduğu ve bakım alanlar da hasta bireyler olduğu için; hemşirelik bakımının başarı ölçütü de “hasta memnuniyeti”dir (Çolak Okumuş ve Uğur, 2017).

Ülkemizde farklı eğitim seviyelerine sahip hemşirelerce yürütülen hasta bakımının güçlenmesi için hemşirelerin bağımlı işlevlerinden çok bağımsız işlevlerini ön plana çıkarmaları, eleştirel düşünmeyi tüm görevlerinde sergilemeleri gerekmektedir; hemşirelerin kendilerini geliştirip, sağlık bakımının kaliteli ve güvenli sunumuyla istenmeyen sağlık sonuçlarının da azalması beklenmektedir (Gürol Arslan et al., 2009; Karahan ve Kav, 2018). Çünkü hemşirelerin klinik karar verme becerilerini geliştirmeleri; klinik alanda bakım masraflarını düşürmekte, bakım kalitesini arttırmakta, tıbbi hataları azaltmakta ve eldeki kaynakların daha etkin kullanımını sağlamaktadır (İbrahimoglu et al., 2019). Dünya Sağlık Örgütü de hemşirelerin sağlık sisteminin bel kemiği olduğunu ve hemşirelerin sorumluluğu altındaki bireylere bakım verirken yeterli yetkinliğe ulaşamaması halinde olumsuz sağlık çıktılarının yüksek olacağını belirtmiştir (Filiz ve Dikmen, 2017; Ülker, 2018).

İçinde bulunduğumuz çağda bilgi ve teknolojinin hızlı gelişimi; nitelikleri daha üstün olan personel ihtiyacını arttırmakta, sağlık sektörü hızla değişip güçlenmekte, bireyler arasındaki ilişkinin en yaygın yaşandığı meslek dalı olan hemşirelikte; mesleğini benimsemiş, bakımı altındaki bireye en üst düzeyde bakım vermeye çabalayan hemşirelere ihtiyaç da çoğalmaktadır (Aydınlı ve Biçer, 2019; Bilgiç et al., 2017; Şahin ve Başak, 2019).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Genel açıdan baktığımızda sağlık hizmetinin primer amacı; hasta bireye en kısa sürede, en makul fiyatta, güler yüzlü ve şefkatli, sadece medikal tedaviyi değil alternatif tedavi yöntemlerini de sunarak etik kurallar çerçevesinde en iyi medikal tedavinin sunulmasıdır (Burçoğlu Karaca, 2014).

Sağlık hizmetlerinin genel sınıflandırılmasında; birinci sırada “koruyucu ikinci sırada “tedavi edici”, üçüncü sırada “rehabilite edici” ve son sırada “sağlığın geliştirilmesi” hizmetleri yer almaktadır (Bozkurt, 2020).

2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; toplumun sağlık hizmetleriyle tanıştığı ilk temas noktalarıdır (Ertem, 2008). Bu hizmetler hem kişilerin hem de toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi amacıyla bireye ve çevresine yönelik alınacak önlemleri kapsar (Tan, 2016). Her ülkenin birinci basamak diye adlandırılan koruyucu sağlık hizmetleri için farklı yapıları olsada bizim ülkemizde aile sağlığı merkezleri (ASM), tıp merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri (ACSAP) bu hizmeti veren kurumlara örnek verilebilir (Ertem, 2008).

Koruyucu sağlık hizmetleri denildiğinde aklımıza bireylerin sağlığının bozulmaması için alınan önlemler gelmektedir (Büyükkaraman, 2014). Daha geniş bir tanımlamayla toplumdaki bireylerin sağlıklarını tehlikeye sokacak virüslere karşı dirençli olmasını sağlayacak, hastalanmaları halinde en kısa zamanda tanı konularak hastalığa uygun tedaviyi almasını ve bireylerin hastalık sürecini en az hasarla atlmasına yardımcı olacak hizmetler bu gruba girmektedir (Şölen, 2019). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesi için sağlık hizmetinin; halkın yaşadığı en ücra köşelere kadar gitmesi ve nüfusun yoğun yaşadığı halkadan başlayarak daha az yoğunlukta yaşadığı alana kadar planlı ve programlı bir biçimde örgütlenmesi gerekmektedir (Çakır, 2017).

Koruyucu sağlık hizmetleri; bireye ve çevreye yönelik hizmetler olarak iki grupta incelenmektedir Bireye yönelik hizmetlere; yaş grubuna ve riskli gruplara yönelik aşılama planlanması, erken tanı testlerinin uygulanması, beslenme hizmetlerinin sağlanması, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi, ilaçla korumanın sağlanması, bireylere ve ailelerine sağlık eğitimlerinin verilmesi örnek verilebilir. Çevreye yönelik hizmetlere; çevresel atıkların zararsızlaştırılması, vektörlerin kontrolü, temiz suyun temin edilmesi, çevredeki

kirliliğin önlenmesi, gıda kontrollerinin yapılması, hava kirliliğiyle ve kimyasal etkenlerle yani radyasyonla savaş verilmesi, gürültü kirliliğinin önlenmesi örnek verilebilir (Ertem, 2008; Şölen, 2019).

Sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimlik uygulamaları başarılı bir şekilde uygulansa da hiçbir zaman hak ettiği değeri görememiştir. Çünkü bireylerde hastalıklardan korunma aşaması nerdeyse hiçbir etki bırakmazken, hastalıklarla savaşıma aşamasında yaşadıkları şeyler onlarda daha derin izler bırakmaktadır. Bireyler sağlıklarını korumaya çalışırken korudukları şeyi hiç kaybetmedikleri için sağlıklarının değerini anlayamamakta, ancak sağlıklarını kaybedince nasıl bu duruma geldiklerini fark edebilmektedir (Uyar Söyler, 2019).

2.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

ASM'lerdeki sağlık ekibi; koruyucu hizmetlerde hedeflerini gerçekleştirmek için ellerinden geleni yapmalarına rağmen birtakım sebeplerle tedavi edici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulabilmektedir (Uyar Söyler, 2019). Bu hizmetler primer olarak hekimlerin yetkisi altında olsa diğer sağlık profesyonellerinin destekleriyle hasta bireye sunulmaktadır (Saltık, 2018).

Tedavi edici hizmetler hastalara ayakta ve yatarak hizmet veren sağlık kurumları tarafından yürütülmektedir ve bu kurumlara örnek olarak aile hekimliği poliklinikleri (birinci basamak), verem savaş dispanserleri (birinci basamak), devlet hastaneleri /özel hastaneler (ikinci basamak), üniversite hastaneleri / eğitim ve araştırma hastaneleri (üçüncü basamak) ve kanser hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri vb. özel dal hastaneleri (üçüncü basamak) verilmektedir (Büyükkaraman, 2014; Saltık, 2018; Uyar Söyler, 2019).

2.1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri bireylerin kaza ya da hastalık sonucunda kaybettikleri bedensel ve zihinsel becerilerin yeniden kazanılmasını sağlayan, kişiyi mümkün olduğunca eski üretkenliğine kavuşturan, yeni durumuna alışmasını sağlayarak üretken hale getiren ve topluma uyum sağlamasını kolaylaştıran, yataklı ya da yataksız sağlık kurumları tarafından verilen hizmetlerdir (Kavuncubaşı, 2009; Kıracı, 2016).

Rehabilitasyon hizmetleri “tıbbi rehabilitasyon” (bedensel kalıcı bozukluk ya da sakatlıkların düzeltilmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amacıyla verilen hizmetler) ve “sosyal rehabilitasyon” (sakatlık ya da özür durumu bulunan

kişilerin sosyal yaşama yeniden kazandırılması, başka birine bağımlı olmadan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi amaçlarıyla yapılan işe uyumlandırma ve yeni iş bulma gibi hizmetler) olarak 2 gruba ayrılarak incelenmektedir (Büyükkaraman, 2014).

Bir ülkede sunulan sağlık hizmetleri ve bu hizmetin kalitesi; o ülkede koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerine ayrılan kaynak ile orantılı olarak artmaktadır. Çünkü gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre maddi kaynaklar daha fazla olduğu için sağlık harcamalarına daha fazla finansman ayrılmaktadır (Sert, 2019).

2.1.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Günümüzde birçok hastalığın primer sebebi olarak; kişilerin yaşam tarzı ve sağlık alışkanlıkları gösterilmiş ve sağlığın korunması konusu üzerine daha çok yoğunlaşmıştır (Sert, 2019). Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde kişinin kendi sağlık sorumluluğunu alması önem arz etmektedir ve bu hizmetlerin amacı toplumu oluşturan her bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının toplumla eşit seviyede devam ettirilmesini sağlamaktır (Şölen, 2019).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin yürütüldüğü kurumlara ise ASM, ACSAP, spor tesisleri, sağlık eğitim merkezleri ve fitness kulüpleri verilebilmektedir (Sert, 2019).

2.2. Kalite Tanımı ve Kalite Kavramının Gelişimi

Kalite, kökeni Latince “qualis” sözcüğünden türeyen bir sözcüktür ve bir hizmetin nasıl olması gerektiğini gösteren kriterleri ifade eder (Şölen, 2019). Günümüzde her birey aldığı her çeşit ürün ya da hizmetin kalitesini sorgulamakta ve kalitenin arttırılmasını talep etmektedir (Ertuğrul ve Sarı, 2019).

Kalite kavramının tanımı ve anlamı kullanım maksadına göre farklılık gösterebilmektedir ve çoğu kişiye göre kalite; “ender bulunan”, “lüks”, “pahalı”, “olumlu niteliklere sahip olan”, “üstün olan”, benzerlerinden ayrı” şeklinde tanımlanmaktadır (Şölen, 2019). Kalite kavramı diğer tanımlarıyla; tatmin edici bir üretimin en düşük maliyetle tüketicilerin ihtiyaçlarını giderebilmesi, hizmet alıcılarının ihtiyaçlarına uygunluk derecesi, insana yatırım ve müşteri beklentilerinin de önüne geçmek olarak ifade edilebilir (Büyükkaraman, 2014).

Kalite kavramı daha çok subjektif bir kavram olduğundan; bireylerin zevklerine, yaşamlarına, geleneklerine, içinde yaşadıkları toplumun yapısına göre

farklılık göstermektedir. Ancak kalite kavramının ölçülebilir, standartları olan ve mevzuatlarla belirlenen objektif bir yönü de mevcuttur (Korkmaz ve Çuhadar, 2017). Kalite süreci ihtiyaçların karşılanmasından müşterilerin memnuniyetine kadar, amaca uygunluğa ve hizmet etkinliğine giden yolda planlı, programlı, kusursuzluğu hedefleyen dinamik yani değişken bir süreçtir (Uyar Söyler, 2019).

Kalite kavramı tarihte ilk kez M.Ö. 2150 tarihli Hammurabi Kanunları'nda geçmektedir ancak modern anlamda kalitenin başlangıcını 1950'li yıllarındaki savaş sonrası Japonya'sında görmek mümkündür. Japonya'daki kalite çalışmalarında müşteri bağlılığını arttırarak ve müşterilerin düşük fiyat arayışını en aza indirgeyerek rekabet avantajı sağlamanın temel prensibi olarak "sürekli gelişme" kavramı vurgulanmıştır ve bu kavram Japoncada "kaizen" (daha iyi) sözcüğüyle ifade edilmiştir. Yani bu sözcüğün Japonya'da kalite çalışmalarının niçin sonu olmayan ve sürekli gelişime açık bir yolculuğa benzetildiğini bize daha iyi açıklamaktadır. Türkiye'deki kalite çalışmaları ise diğer ülkelere göre daha geç başlangıçlı olmakla birlikte 1990'lı yıllarda TUSİAD (Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği) önderliğinde başlamıştır (Oksay, 2016).

Kalite kavramı 1950 yılındaki başlangıcından 1980 yılına kadar daha çok "ürün kalitesi" alanına odaklanırken; 1980 yılından sonra yalnızca ortaya çıkan ürünün kalitesine değil ürün üretim aşamasındaki tüm sürecin güvenilir, verimli ve etkili bir şekilde işlenmesini hedefleyen "hizmet kalitesi" kavramının kullanımı yoğunlaşmaya başlamıştır (Oksay, 2016).

Kaliteli hizmet sağlamak; günümüzün rekabet dünyasında başarıyı yakalamak ve piyasada kendi varlıklarını sürdürmek için önemli bir strateji olarak kabul edilirken, kaliteyi gerçekleştirmek ve kalitenin devamlılığını sağlamak asla tesadüfi bir durum değildir (Yorulmaz ve Pırol, 2019). Yapılan çalışmalar verilen hizmet kalitesinin, kurumun başarısını olumlu yönde etkilediğini, müşterilerde güven ve sadakat oluşturarak diğer kurumlarında yer aldığı rekabet ortamında ona avantaj sağladığını ve müşteri memnuniyetini arttırdığını göstermektedir (Kokoç ve Ersöz, 2020).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

İnsan yaşamında sağlık vazgeçilmez bir unsurdur ve sağlık kurumları da kişilerin istedikleri sağlık düzeyine ulaşılmasında önemi yadsınamaz yapılardır. Dolayısıyla insan yaşamında bu denli önemli olan sağlık kurumlarında verilen

hizmetlerin birinci kalitede olması da o derece önemlidir (Arısoy, 2017). Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin birinci adımı olarak görülmektedir (Kaya, 2013).

“Sağlık hizmetlerindeki kalite anlayışı” sağlık sistemindeki tüm grupların yani iç müşteri olarak tanımlanan sağlık çalışanlarının da ihtiyaçlarını ve beklentilerini de gözetir (Yorulmaz ve Pırol, 2019).

Sağlık kurumları müşterisi denildiğinde, geçmişte sadece hasta bireyler akla gelirken; günümüzde hastalar dışında sağlık hizmetleri üretim sürecindeki tüm bireyler yani sağlık profesyonelleri de bu bağlamda değerlendirilmeye başlanmış ve hem çalışanların hem de müşterilerin kalite algısı önem kazanmıştır (Koyuncu, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin başlangıcı M.Ö. V. yüzyılda Hipokrat’ın yazdığı hekimlerin mesleki davranış kurallarını anlatan metine kadar yani yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. M.Ö. 2000’de Mısır papirüslerinde tıbbi uygulama standartlarını anlatan belgeler, M.Ö. 1100’de Chou hanedanının hekimlerin sınava tabi tutulmasının gerekliliğini savunması sağlıkta kalite kavramının çok eski dönemlere dayandığını kanıtlar nitelikteki diğer belgelerdendir (Uyar Söyler, 2019).

Ülkemizde ise “sağlıkta kalite” kavramı sağlık kurumlarının gündemine; 16 Kasım 2002 tarihindeki Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlığı” başlığı altında Sağlık Bakanlığınca sunulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) ile birlikte girmiş ve bu bağlamda ortaya konan birtakım standartlar Sağlıkta Kalite Standartları adı altında açıklanmıştır (Oksay, 2016).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile herkesi tek çatıda birleştiren genel sağlık sigortası düzenlenmiş, devlet hastaneleri yeniden organize edilmiş, sağlık kurumlarının sorumlulukları yeniden tanımlanmış, aile hekimliklerinin hizmet sunumu güçlendirilmiş, kademeli bir sevk sistemi oluşturulmuş, akılcı ilaç ve malzeme sistemi geliştirilmiş, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık kurumlarının oluşmasına öncülük olunmuş ve sağlık çalışanlarının hastalar hakkında etkili karar verme sürecini destekleyen sağlık bilgi sistemlerinin kurumlarda uygulanması başlatılmıştır (Pala, 2016).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlatılmasıyla kalite standartları, kısa sürede kurumların vazgeçilmezi olmuş ve ilk zamanlar sadece devlet hastanelerinde uygulanan standartlar daha sonra bütün sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Ertaş ve Çelik, 2018).

Sağlık hizmetlerinde “kalite” tanımlanması oldukça zor bir kavram olmakla beraber; hizmet verenlerin sağlık bakımında ve tedavide çok iyi seviyelerde olması bile hastalık durumundaki birey için yeterli olmayabilmektedir (Uyar Söyler, 2019). Sağlık alanında yeni ortaya konan politikalarla birlikte; artan ve karşılanması mümkün olmayan sağlık harcamalarının azaltılması ve kalitesi düşük olan sağlık hizmetlerinin verimli hale getirilmesi amaçlanmıştır (Oksay, 2016).

Düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için; istenmeyen olay sayısının azaltılması, az eğitilmiş ya da eğitimsiz hizmet sunucularının azaltılması, tanıda kullanılan araç ve gereçlerinin yetersizliği sorununun çözülmesi, hastaların ilaç ve tedavilere erişiminin gecikmesinin engellenmesi ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele ihtiyacının azaltılması konularına önem verilmektedir (Avcı, 2018).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi formülize edilecek olursa; “Sağlık Hizmetleri Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı” şeklinde ifade edilmektedir. Teknik kalite; teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standartlara uygunluğunu, tedavi sanatı ise hizmet verilen ortamın genel özellikleri ve sağlık profesyonellerinin hasta bireylere yani müşterilere yönelik tutumları ile davranışlarını kapsamaktadır (Örtlek et al., 2017).

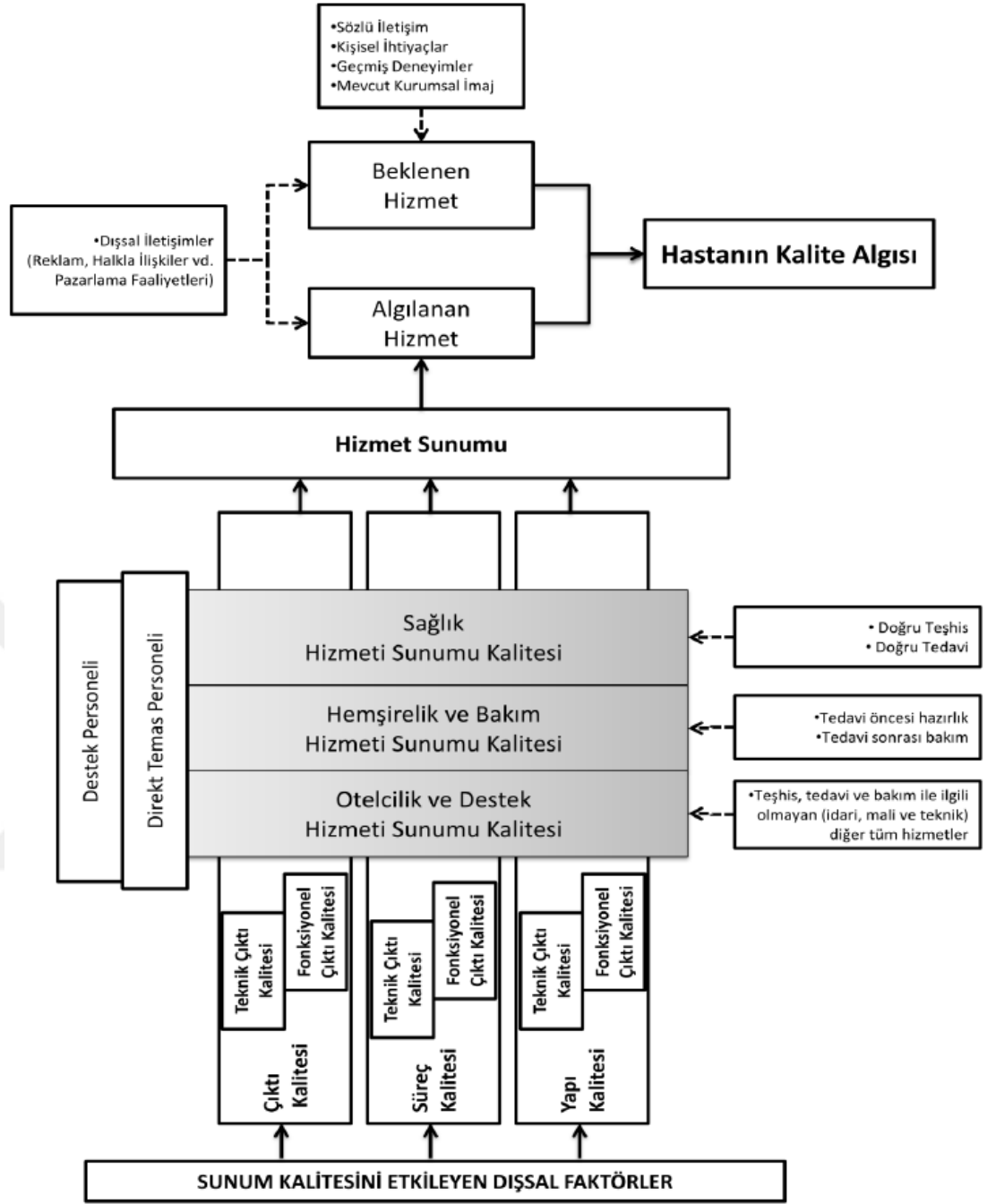
Söz konusu olan unsurun insan yaşamı olduğu ve yapılan en ufak bir hatanın dahi geri dönüşü olmayacağı göz önüne alınırsa; sağlık sektöründe çalışanların kendilerini sürekli geliştirmelerinin, yenilikleri takip etmelerinin ve hastalara verdikleri hizmette kaliteyi yakalamalarının bir ihtiyaçtan çok zorunluluk olduğunun farkına varılabilir (Oksay, 2016). Ne yazık ki kalitenin önemi genellikle sağlık kurumları ya da hastalar hayal kırıklıklarına uğradıklarında, gereksiz zaman kaybı yaşadıklarında ve fazladan mali ödemelerle karşılaştıklarında anlaşılmaktadır (Kaya, 2013).

Sağlık hizmetlerinde kalite Donabedian’ın tanımına göre; hizmet sürecinin tüm aşamalarındaki kazançlar ve kayıplar dengelendikten sonra, hastanın iyilik halini optimum düzeye çıkarması beklenen hizmettir (Kaya, 2013). Diğer bir tanımla sağlık hizmetlerinde kalite; uluslararası geçerlilikteki göstergelere uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, müşterilerin beklenti ve gereksinimlerinin tam olarak karşılanabilmesidir (Koyuncu, 2014).

Sağlık hizmetinde kalitenin ölçülmesi; imalat ya da diğer hizmet sektörlerinde kalitenin ölçülmesine nazaran daha yeni ve olgunlaşmamış bir konu

olduğu için sağlıkta kalite ölçümünün kendine özgü yaklaşımları olmalıdır (Deniz ve Büyük, 2017).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışında adeta bir lider olan Donabedian; sağlık hizmetlerinde kalitenin “etkenlik” (optimum koşullar sağlandığında sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlık sektörünü iyileştirme yeteneği), “etkililik” (sağlık sektöründe ulaşılabilecek olan hedeflere gerçekte ulaşma derecesi), “verimlilik” (sağlıkta meydana gelebilecek iyileşmeleri azaltmadan sağlık hizmetinin maliyetinin düşürülmesi), “optimallik” (sağlık sektöründe meydana gelebilecek değişimlerin hizmet maliyetiyle dengelenmesi), “kabul edilebilirlik” (sağlık hizmetinin hasta bireylerinin ve ailelerinin beklentilerine ve arzularına uygun olması), “yasallık”(sağlık hizmetinin etik değerlere, devlet tarafından belirlenen yasa ve normlara uyması) ve “hakkaniyet” (sağlık hizmetlerinin dağıtımında doğru ve adil bir paylaşım yapılması) olmak üzere çeşitli nitelikleri olduğunu vurgulamıştır (Kaya, 2013).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli

Yukarıdaki şekilde sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyicileri ile bunların birbirleriyle ilişkileri şematize edilmiştir. Bu modelde sağlık kurumunun verdiği hizmetler Donabedian'ın (1988) tanımladığı yapı, süreç ve çıktı şeklindeki yapı; sunum kalitesini etkileyen dışsal faktörler üzerine oturtulmuş; hastanın kalite algısı (beklenen hizmet ile algılanan hizmet) ve hizmet sunumu (sağlık hizmetinin sunumu, hemşirelik bakımının sunumu ve otelcilik-destek hizmetlerinin sunumu) sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen diğer faktörler olarak modelde yerini almıştır (Kayral, 2014).

2.3.1.Hemşirelikte Kalite

Hemşirelik hizmetleri tüm insanların ihtiyaçlarını karşılamak için ilgi ve fedakârlık göstermek anlamına gelmekte; hemşireler de sağlığı geri kazanmak, iyileştirmek ve sürdürmek için bakımı yönlendirmektedirler (Craven et al., 2015). Bakım, hemşirelikte temel bir kavram olarak kabul edilmektedir ve bakım davranışları ile süreçlerini tanımlamak için önemli çalışmalar yapılmıştır (Edvardsson et al., 2016).

Toplumda yaşayan bireyler; sağlık, esenlik, hastalık ya da ölümle sonlanan yaşamlarının bir yerinde bakım ile karşılaşmışlardır ya da her an karşılaşabilirler. Hemşireliğin temel amacı; sağlığı korumada ya da hastalık gelişmişse tedavisinde görev almak, toplum ve birey için bilgi kaynağı olmak ve onlara ihtiyaç duyduğu bakımı vermektir (Toru, 2020).

Donabedian'ın (1988) kalite değerlendirme çerçevesi hemşirelikte kalite değerlendirmelerinde sürekli olarak kullanılmıştır. Bu çerçeve, bakımı sağlayan hemşirelerin özellikleri (yapı), bu hemşirelerin müdahaleleri (süreç) ve hastaları için sonuçlar arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır(Burston et al., 2013).

Toplumda ve sağlık sektöründe yaşanan değişimler, teknolojiadaki gelişmeler, bireylerin sağlığını yükseltmeye ve iyilik halini arttırmaya yönelik yapılan çalışmalar; hemşirelerin kendilerini geliştirmelerini, yaşam boyu öğrenme ilkesini benimsemelerini, öğrendikleri yeni teorik bilgi ve uygulama becerilerini hastalarda uygulayıp sonuçlarını izlemelerini gerektirmektedir (Kılıç ve Taşçı, 2009; Sarmasoğlu ve Görgülü, 2014; Şahin ve Başak, 2019).

Hemşirelik eğitimi öğrencilerin teorik eğitimden hızlı bir şekilde hastalık ve hastalarla uğraşan meslek yaşamlarına geçişlerini sağlayacak şekilde tasarlanmıştır (Lungberg, 2008). Hemşirelik okullarında öğrencilere verilen eğitimin amacı; hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı ya da hasta bireylere ve onların yakınlarına ihtiyaç duydukları bakımı sunabilmeleri için gerekli eleştirel düşünme becerileri ve psikomotor yetenekleri geliştirmek ve etik sorunlarla baş etme becerisi kazandırmaktır (İbrahimoglu et al., 2019).

Sağlık hizmetinin hata kabul etmeme özelliği düşünüldüğünde hemşire insan gücünün niceliğinden çok niteliği daha önemli hale gelmektedir. Sadece hemşire açığını kapatmak üzere niteliğine dikkat edilmeden yürütülen eğitim programlarından mezun olan hemşirelerin istihdam edilmesi durumunda, sağlık hizmetinin niteliği ve kalitesi zarar görmektedir (Köse, 2020).

Sağlık çalışanları arasında en kalabalık meslek grubunun hemşireler olması, hemşirelerin hastalara primer bakım veren kişiler olması ve hasta bireylerin hemşirelere kolayca ulaşabilir olması, hemşirelerin verdiği bakımın niteliği hasta bireylerin memnuniyetlerinin önemli bir ölçütüdür (Cerit ve Çoşkun, 2018). Hasta memnuniyeti ölçümü de sağlık profesyonellerine performansları hakkında önemli bilgiler sağlar ve böylece toplam kalite yönetimine katkıda bulunur (Karaca ve Durna, 2019).

Uluslararası raporlar; mali baskılar ve hasta beklentisi gibi faktörlerle birleşen hasta güvenliğine ilişkin endişeleri vurgular ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sundukları hizmetin kalitesini göstermelerini talep eder (Burston et al., 2013).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması ihtiyacı, sağlıkla ilgili bilgi ve teknolojideki gelişmeler, sağlık hizmetlerine ilişkin beklenti ve görüşlerdeki değişiklikler, bireylerin sağlık hizmetlerine katılımının artması ve sağlıkta maliyet ile rekabet gücünün artması ile belirlenmiştir (Karaca ve Durna, 2019). Sağlık hizmetlerinde kalitenin gelişimi; kaliteyi ilke edinmiş yönetim anlayışının oluşması, kaliteyi önemseyen yöneticiler ve hemşire kadrosu, kaliteyi her daim vurgulayan hemşirelik yetiştirme programları ve kalite alanında araştırma yapan akademisyenlerle mümkün olmaktadır (Ovayolu ve Bahar, 2006).

2.4. Kalite Algısı

Algılama, bireyin zihninde dünyanın resmini çizmek için girdileri seçip, düzenleyip yorumladığı bir süreçtir. Gregory ve diğerlerine (1995) göre algı, bir bireyin çevre hakkındaki bilginin farkına vardığı ve onu yorumladığı süreçler dizisidir. Bir durumu veya olayı yorumladığımızda, ona yanıt verme konumuna geçeriz. Algılama, tüketicinin hayatında önemli bir rol oynar. İş ortamı dahil çevremiz, dikkatimizi çekmeye çalışan sayısız uyaranla doludur. Algımızın kalitesi, uyaranları veya duyularımıza ulaşan bilgileri işleme ve yorumlama şeklimize bağlıdır (Agyekum et al., 2015).

Kalite kavramı da bireyler tarafından oluşturulan bir olgu olması özelliğiyle bireyin kaliteyi nasıl algıladığı konusu da hizmet piyasasında üstünde durulması gereken önemli bir bileşen olarak vurgulanmıştır. “Kalite algısı” tüketici konumundaki bireyin hizmet veya ürün kullanımından sonra vardığı zihnindeki değerlendirme, tüketicinin kaliteye bakış açısı, müşteriyi ürüne almaya iten ve ürünün pazar payı ile fiyatlarına etki eden, müşterinin düşüncesinde oluşan algı olarak farklı tanımlarla açıklanabilmektedir. Yani kalite algısı, bu tanımlardan da

anlaşılacağı üzere; ürün ya da hizmet kalitesi algısı olarak iki şekilde incelenmektedir (Yorulmaz ve Pirol, 2019).

Tüketiciler, bilinen ihtiyaçlarını karşılama temelinde bir ürün veya hizmet satın alırlar. Bu ürünün belirli ihtiyaçları karşılamak için seçimi, tüketicinin bu ihtiyaçları karşılayabilecek ürün kalitesi hakkındaki algısına bağlıdır. Perrault ve diğerlerine (1997) göre birçok işletme yöneticisi, bir ürünün üretilmesiyle ilgili teknik ayrıntılara kapılır, ancak çoğu müşteri veya tüketici ürünü, kalitesi ve sağladığı toplam memnuniyet açısından düşünür. Ancak farklı tüketiciler kaliteyi farklı şekillerde algılar. Bazıları, fiyatı yüksek olan bir ürünün bir tüketici için yüksek kalitede olduğu algısına sahiptir (Agyekum et al., 2015).

Ürün kalitesi algısına daha ayrıntılı değinecek olursak; gerçek hayatta her tüketicinin bilgi kapasitesi ve kalite algısı açısından belirli farklılıkları vardır. Bilgi yetenekleri açısından bakıldığında, bir firma yeni bir ürün çıkardığında, ürünü öncelikli dağıtacakları kişiler; işletmeye ilk kez dikkat eden tüketicilerdir. İkinci olarak, ilgili bilgiler tüketicinin sosyal ağına yayılacaktır ve ürünle ilgilenen tüketiciler ürünü satın almak için daha büyük bir olasılık olacaktır. Dolayısıyla, tüketicinin bu kısmı güçlü bir bilgi kapasitesine sahipken, işletmeye dikkat etmeyen tüketicilerin bilgi kapasitesi nispeten zayıftır. Kalite algısı açısından bakıldığında ise, ürünlerin fiyat indirimi veya indirim promosyon bilgileri, ürünlere ilk kez dikkat eden tüketicilere iletilerek sosyal ağ üzerinden yayılarak tüketicinin tüketim davranışını etkileyecektir. Bu nedenle, her tüketicinin kalite algısında büyük farklılıklar meydana gelmektedir. Tüketiciler sonsuz bilgi kapasitesine sahip olduklarında, ürünler hakkındaki tüm bilgileri tam olarak algılayabilirler. Tüketicinin bilgi kabiliyeti yetersiz kaldığında ürün bilgisi ve kalitesi hiç anlaşılabilir (Yuan et al., 2019).

Tüketiciler, bir ürünün kalitesini belirlemek için farklı değişkenler kullanır. Bu kalite, söz konusu tüketicinin gözünde yatmaktadır. Bir tüketiciye yüksek kalitede gibi görünen bir şey diğerinden daha düşük kalitede olabilir. Birçok tüketici fiyatı ürün kalitesinin bir göstergesi olarak kullansa da tüketicilerin fiyat, değer ve ürün kalitesi arasında bir ilişki olup olmadığına dair şüpheler vardır ve herhangi bir bilgi yokluğunda fiyatın kendisi ürün kalitesinin güçlü bir göstergesi olarak kabul edilir (Agyekum et al., 2015).

Hizmet kalitesi algısını daha kapsamlı irdelenecek olursak; “hizmet kalitesi” müşteri memnuniyeti ile belirlenir, işveren markası için temel bir bileşen olarak

kabul edilir ve müşteri beklentilerinin, gerçek hizmet performansı ile karşılaştırılmasından ortaya çıkar. Algılanan hizmet kalitesi memnuniyetin öncülüdür ve doğrudan olumlu müşteri memnuniyetini etkiler (Pramanik, 2016). Hizmetin ürün çıktısından farklı olarak soyut nitelikte olup bireysel yargılardan oluşması, hizmet kalitesi kavramının tanımlanmasını zorlaştırır (Akman ve Kopuz, 2020).

“Hizmet”, genellikle depolanamayan ve kullanımda kaybolan bir mal veya kişisel iletişim gerektiren faaliyetler olarak tanımlanır. Bir hizmetin üretilmesi için müşteri ve üretici olmak üzere iki ekonomik birim gereklidir. Müşteri, hizmetin tanımlanmasında ve değerlendirilmesinde kilit bir role sahip olduğundan, hizmet yöneticilerinin müşterilerin beklentilerini ve algılarını net bir şekilde anlaması çok önemlidir. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, yönetime gelecekteki düzeltmeler için hizmetlerdeki boşlukları bulma ve müşterilere tatmin edici hizmetler sunmak için önemli faktörleri bulma fırsatı vermektedir (Pramanik, 2016). Bu bağlamda Oliver (1980), “kalite”nin müşteri memnuniyetini etkileyen ve müşterilerin hizmet aldığı kuruluşun hizmetlerine güvenme beklentisini artıran anahtar faktör olduğunu ifade etmiştir (Pramanik, 2016).

2.5. Sağlıkta Kalite Algısı

Sağlık hizmetlerindeki sınırlı kaynaklara rağmen maliyetlerin yükselmesi ve hasta grubunda beklentinin yükselmesi sınırlı kaynaklar ve çeşitli klinik müdahaleler, sağlık işletmelerini hizmet kalitesini ölçmeye ve iyileştirmeye odaklanmasına neden olmuştur (Abbasi-Moghaddam et al., 2019). Bir ülkenin sağlam bir sağlık sektörü ve ekonomik büyümesi, biri olmadan diğeri ilerleyemeyeceği için birbirini tamamlar (Kondasani ve Panda, 2016).

Üstün hizmet kalitesi sunmak, sağlık hizmetleri sektöründe temel bir gerekliliktir; çünkü müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati ile sonuçlanır. Sağlık hizmetlerinde hastanın hizmet kalitesi algısı, hastane için büyümenin temel belirleyicisidir; çünkü kalitenin hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir rolü vardır (Kondasani ve Panda, 2016).

Pakdil ve Harwood (2005) müşterilerin tatmin edilmesinin; hastaların şikayetlerini azalttığını, hastanelerin zaman ve maliyetten tasarruf edilmelerini sağlayabileceğini belirtmişlerdir. Bu nedenle, hizmet kalitesi her kuruluş için kademeli olarak kritik bir hedef haline gelmiş, hizmet kalitesini artırmak ve müşteri memnuniyetini sağlamak, sağlık hizmeti sağlayıcılarının başarısının anahtarı olarak gösterilmiştir (Pramanik, 2016). Hastanın hizmet kalitesi algısı, hasta memnuniyeti

ve hastane karlılığına ulaşmadaki birincil rolü nedeniyle bir sağlık kuruluşunun başarısının temel belirleyicisidir (Kondasani ve Panda, 2016).

Geçmişte klinik kalite değerlendirme süreci hastaların görüşleri ve geri bildirimleri dikkate alınmadan yürütülüyordu; ancak günümüzde, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde hastaların görüşlerinin önemi vurgulanmaktadır ve sadece hastalar verilen hizmetin klinik etkinliğe güvenilmesi pek desteklenmemektedir (Abbasi-Moghaddam et al., 2019).

Hastaların sağlık hizmetlerinde kalite algısını belirleyen önemli noktalar; hizmet sunucuları olan sağlık personelinin konularında uzman olması, sağlık hizmetinin sunulduğu ortam ve hizmetin zamanlaması, sağlık hizmetinin güvenilir, doğru, esnek olması ve süreklilik arz etmesidir (Güven et al., 2020).

Hastaların sağlık hizmeti kalitesine bakış açısı birkaç nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, hastaneler tarafından sunulan hizmetlerin yüksek kalitesi, hasta memnuniyeti, gelecekte hizmetleri yeniden kullanma isteği, doktorun önerisine uyma vb. konularla ilişkilidir. İkinci olarak, hasta geribildirimi ve algıları, hastane hizmetlerine yönelik birçok akreditasyon ve izleme programı için önemli gerekliliklerdir. Üçüncüsü, hasta tarafından algılanan yüksek kalite, sağlık kurumlarının mali performansı ve karlılığı ile etkili ve olumlu bir şekilde ilişkilidir (Abbasi-Moghaddam et al., 2019).

2.5.1. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı

Sağlık sistemindeki en büyük sağlık hizmet sağlayıcısı olan hemşirelerin, sağlık kuruluşlarında performans iyileştirmenin her alanında çok önemli bir rol oynamaktadır (Akhu-Zaheya et al., 2018). Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gelişmesiyle birlikte “hasta memnuniyeti” kavramı daha çok ön plana çıkmış ve hasta memnuniyetinin sağlanmasının en önemli koşulunun “hemşirelik bakımı” olduğu vurgulanmıştır (Koç, 2020). Hastaların beklentilerini ve memnuniyetini hemşirelik bakımı kalitesiyle ölçmek, hemşireliği geliştirmek gibi süreçler, sağlık yöneticileri için çok önemli bilgiler sağlar (Karaca ve Durna, 2019). Hemşirelik uygulamalarında bakım veya bakım yapmamanın maliyeti, sağlık sistemi için finansal sonuçların yanı sıra fiziksel ve duygusal hasta sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Edvardsson et al., 2016).

Hemşirelik mesleği; geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve kriterleri ile hasta bireylerin gereksinim duyduğu hemşirelik bakımının belli bir gelişmişlik seviyesine ulaşmasını garanti eder (Ovayolu ve Bahar, 2006). Geçmişte kullanılan

geleneksel bakım modeli yerine hastayı biyo-psiko-sosyal bir bütün ve kendine özgü bir birey olarak gören “hemşirelik süreci”nin uygulanması hemşirelikte kaliteli bakımın uygulanması için önemli bir adımdır.(Ovayolu ve Bahar, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakımın ilk şartı; kaliteyi önemseyen hemşireler yetiştirmektir. Kaliteli hemşirelerin benimsediği bireyselleştirilmiş bakım; her bireyin biricik olduğunu ve hastaların gereksinimlerini karşılamak üzere hemşirelik bakımının bireye özgü uyarlanması önemini vurgular. Hastalara verilecek kaliteli bakım, eğitimsiz ve sayısı yetersiz olan hemşirelerle başarılmaz (Ovayolu ve Bahar, 2006; Toru, 2020). Sağlık kurumuna başvuran hasta bireylere verilen güvenli ve kaliteli bakımın artırılması için hemşirelik öğrencilerine kapsamlı ve öğrenme süreçlerini destekleyici bir hemşirelik eğitimi verilmesi çok önemlidir (Filiz ve Dikmen, 2017; Sarmasoğlu et al., 2016; Ülker, 2018). Ayrıca teknik bakımın yanı sıra, hemşirelerin bilgilendirici, duygusal ve pratik destek sağlayan nitelikli mesleki bilgi, tutum ve becerilere sahip olması gerekir (Karaca ve Durna, 2019).

Hasta ve çalışanlarda risk yönetimiyle güvenliğin sağlanması ve hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının memnuniyeti için sağlık çalışanlarının kalite algısının belirlenmesi önemlidir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında; çalışanların kalite yönetimine gönüllü olarak katılmaları ve yönetimdekilerin de kalite çalışmalarına liderlik etmeleri gerektirmektedir (Örtlek et al., 2017).

Günümüzün "tüketici odaklı" sağlık hizmetleri pazarlarında, alınan hemşirelik bakımının kalitesiyle ilgili hasta merkezli memnuniyet ölçüsü, hastane kalite yönetim sistemlerinin önemli bir bileşenidir.

Hastaların, problemlerinin doğru bir şekilde teşhis edilip tedavi edilmesine, işlevlerinin yeniden depolanmasına ve / veya semptomlarının giderilmesine ihtiyacı vardır (Karaca ve Durna, 2019). Hastaların görüşleri, sağlayıcılara neyin önemli olduğunu söyleyebilecek en iyi kaynaktır, bu nedenle bu bilgiler sağlık bakımı planlaması ve değerlendirmesinde kullanılabilir. Sağlık alanındaki tüm bu değişiklikler ve gelişmeler, tedavi hizmetlerinin kalitesinin sorgulanması yoluyla hemşirelik dahil tüm sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını gerektirir (Karaca ve Durna, 2019). Çünkü kurumdaki kalite uygulamalarının ve kalite hakkında çalışanlara verilen hizmet içi eğitimlerin çalışanların kalite algısını etkilediği ve kalite kavramının çalışanlar tarafından hastaya iyi bir hizmet şeklinde sunma şeklinde algılandığı bilinmektedir (Yorulmaz ve Piro, 2019).

Literatürde hemşirelerin sağlıkta kalite algısıyla ilgili çok az sayıda çalışmaya

rastlanmıştır ve hemşirelikte kalite çalışmaları daha çok; toplam kalite yönetimi, hastane yönetiminde kalite uygulamaları, hizmet sektöründe kalite yönetimi, sağlık sektöründe hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti, hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler, hemşirelikte kalite göstergelerinin kullanımı, hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörler ve hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri konularına yoğunlaşmıştır. Bu açıdan hemşirelerin sağlıkta kalitesi algısı ile iş yükü algısı arasındaki ilişkiyi incelediğimiz çalışmamız ulaşılabildiğimiz literatürde bu konuda yapılmış ilk ve özgün bir çalışma olma niteliği taşımaktadır.

2.6. İş Yükü Kavramı

Günümüzde bireylerin yaşamlarının büyük bir bölümü iş ortamında geçmektedir. Bu nedenle insanların yaşamlarına yönelik bakış açıları diğer bir deyiş ile yaşamlarını nasıl algıladıkları, iş ortamında yaşadıkları olay ve durumlardan etkilenmektedir. Bireylerin mesleklerindeki öncelikli hedeflerinin para kazanmak olduğu söylene de meslek çalışanları işlerine para kazanmanın ötesinde belirli bir bağlılık ve aidiyet duygusuyla bağlanırlar (Erdem, 2020).

Özellikle de yaptığı işler diğer bireyler tarafından kolaylıkla denetlenemeyecek durumda olan ve hizmeti alanlar adına hem hayati hem de acil kararlar vermek durumunda olan; askerler, polisler ve sağlık personelleri gibi kişilerin para kazanmanın ötesinde mesleklerine yönelik bağlılık duygusu hissetmeleri çok önemlidir (Erdem, 2020).

İş yükü, örgütteki çalışanların yapabileceklerinden fazla roller üstlenerek uzun zaman çalışmaları ile kendilerini zorlayıcı ve ezici görevleri yapma durumunda olmaları olarak ifade edilmektedir (Erdem, 2020). İş yükünün literatürdeki farklı tanımlarına değinecek olursak (Altay ve Turunç, 2018; Baltacı, 2017; Kanbur, 2018):

İş yükü kavramı, belli bir zaman dilimi içinde ve bir kazanç hedefiyle tamamlanan görevi ifade etmektedir. Yapılan işin miktarı, zorluğu, karmaşıklık düzeyi arttıkça o işi yerine getirmekle yükümlü olan bireyin iş yükü de fazlalaşmaktadır. İş yükünün fazlalaşması ise o işi yapmakla görevli çalışanın sınırlarını zorlamakta, kendisinden kapasitesinin üstünde iş beklentisinin olduğunu düşünen çalışanın ruh ve beden sağlığı bu durumdan olumsuz olarak etkilenmektedir (Kanbur, 2018).

“İş yükü” çalışan başına düşen iş hacmi olarak tanımlanmakta, örgütün taleplerinin eldeki kaynakları aştığı durumda ve eldeki kaynakların talepleri karşılayamadığı durumlarda örgüt faaliyetlerinin düşmesine sebep olabilen, kısıtlı

zamanda birden çok işin bitirilmesi gerektiği durumlarda çalışanların üzerinde baskı durumunu arttıran çalışma yaşamı kalitesinin kritik unsurudur (Altay ve Turunç, 2018).

İş yükü, bir işletmenin çalışanından belirli bir süre içerisinde ya da belirli bir üretim takvimi içerisinde yapmasını beklediği toplam iş olarak tanımlanmaktadır. “Bireysel iş yükü” kişi üzerinde baskı oluşturur ve normalde yürüttüğü işten daha fazla işi yükler. Bireyin işe karşı oluşturduğu içsel tepkiler, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu, sürekli mola vermesi, iş yapmaya isteksiz olması gibi durumlar kişinin bireysel iş yükünü olumlu ya da olumsuz etkiler. İşine karşı içinde ön yargı bulunan, sürekli mola verdiği için işleri git gide biriktiren çalışanlar zamanla iş yüklerinin arttığını hissederler (Baltacı, 2017). “Örgütsel iş yükü” ise; örgüt içinde belirlenmemiş iş tasarımı, çalışanlar ve yöneticiler arasında dengenin kurulamaması, çalışanın sorumluluğunun diğerlerinden fazla olması, işin gerektirdiği yabancı dil bilgisi ya da analitik beceriler vb. niteliklerin varlığıdır (Baltacı, 2017). “Çevresel iş yükü”; çalışanların örgüt ve örgüt paydaşları tarafından oluşturulan, çalışma alanının aydınlığı, sıcaklığı, temizliği gibi ergonomik değişkenlerin etkilediği çalışma istekliği/isteksizliği durumudur. Aynı zamanda çalışma hayatının önemli kavramlarından biri olan “iş yükü”, iş kalitesi, verimlilik, çalışan performansı ve iş doyumu kavramları ile olan ilişkisi bağlamında da ele alınmakta ve araştırılmaktadır (Baltacı, 2017).

2.7. İş Yükü Algısı

“İş yükü” çalışanlar arasında genellikle olumsuz bir kavram olarak algılanan, görev tanımının belirsiz, örgüt çalışanlarında kimin hangi işi nasıl yapacağını belirsiz olduğu durumlarda çalışanları daha çok sıkıntıya sokan, çalışanlarda fiziksel ve psikolojik sıkıntılara yol açabilen bir stres kaynağıdır (Baltacı, 2017).

Örgütlerdeki çalışma süresi, işletmelerin üretim miktarı ve seviyesi, çalışan bireylerin yaptığı işe ilişkin zihinsel beklentileri bile iş yükünün algılanmasına rol oynamaktadır (Altay ve Turunç, 2018).

İş yükü algısı; bireyin yapması gereken işin normalin üzerinde olduğunu düşünmesi ve kendisini baskı altında hissetmesidir. İş yükünün literatürde bireysel ve örgütsel performansa katkı sağladığını savunan çalışmalar olsa da çoğunlukla; çalışanların işe yönelik dikkatlerini azalttığı, yorgunluğa sebep olduğu, çalışanların performansını düşürdüğü, işin bitirilme süresini uzattığı, iş tatmin ve motivasyonunu düşürdüğü, çalışanların tükenmişlik ve damgalanma yaşamalarına neden olduğu

bilinmektedir (Baltacı, 2017; Nacar, 2019). Çalışan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin, iş tecrübelerinin ve işteki pozisyonlarının iş yükü algılarını değiştirebileceği düşünülmektedir (Nacar, 2019).

2.8. Hemşirelikte İş Yükü Kavramı ve İş Yükü Algısı

Sağlık hizmetleri birçok farklı disiplini bir arada bulunduran, teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, acil ve hayati kararlar almayı gerektiren dinamik bir sistemdir (Karacabay et al., 2020).

Sağlık hizmetlerinde en kalabalık meslek grubunu oluşturan hemşirelerin ve hemşirelik mesleğinin odağı insandır. Her insan aynı sağlık sorununa sahip olsa bile yaşam biçimleri, fiziksel sağlıkları, kültürleri, yaşadıkları ortam, deneyimleri ve kişisel ilişkileri açısından birbirinden çok farklı olduğundan “hemşireler”; içinde buldukları durumda neyin önemli olduğuna karar veren, alternatif çözümler üretebilen, bilgi birikimleri ve teorik uygulama becerileri doğrultusunda bakım sorumluluğunu aldıkları hastalara etik kurallar çerçevesinde hemşirelik sürecini baz alarak kaliteli hizmet vermekle yükümlü primer bakım vericilerdir (Fidancı et al., 2012; Kılıç ve Taşçı, 2009).

Hemşireler esas görevleri olarak tanımlanan bakım görevlerini yerine getirirken sadece fiziksel emek ve zaman harcamazlar, psikolojik, sosyal ve duygusal yönlerden de emek harcarlar. Yani hemşireler zihinlerini sürekli meşgul eden ve adeta yük sayılabilecek bir uğraşı hayatları boyunca icra ederler (Avcı, 2019). Hemşirelik eskiden sadece hastalara primer bakım veren bir meslek olarak değerlendirilirken; sağlık alanındaki değişimlerle birlikte profesyonel bir hemşire bakım verici, koruyucu, savunucu, karar verici, yönetici, rehabilite edici ve eğitici rolleri üstlenmiştir (Göriş et al., 2014).

Sağlık hizmetleri finansmanı ve ekonomisindeki değişiklikler, sağlık hizmeti sunumunun kalitesi, hasta odaklı bakıma artan önem ve hemşirelerdeki sayısal yetersizlikler; araştırmacıları hemşirelerin nasıl çalıştıklarını ve nasıl zaman geçirdiklerini araştırmaya itmektedir (Alghamdi, 2016). Sürekli gelişen sağlık hizmetleri endüstrisinin bir sonucu olarak hemşirelik işinin doğasını anlama çabaları son zamanlarda artmıştır. Hemşire iş yükü, personel ve hasta sonuçlarıyla ilgili sorunlar birçok hükümet, işveren ve hemşirelik profesyoneli için giderek daha fazla ilgi gören alanlar haline gelmiştir (Alghamdi, 2016).

Hemşirelik iş yükünün nasıl optimize edileceği, hasta bakımının güvenliği ve kalitesi, hemşirelerin iş tatmini ve sağlığı, nitelikli hemşirelik personelinin eksikliği

ve sağlık hizmetlerinin genel maliyet etkinliği tüm dünyada sağlık hizmetlerinde pek çok tartişmalı güncel konulardandır (Junttila et al., 2016).

Farklı hastane ortamlarında hemşirelik faaliyetlerinin hayati niteliği, hastaya sağlanan hemşirelik bakımının kalitesini etkilemektedir. Hasta güvenliğini sağlamak için yetkin ve yeterli sayıda hemşire sağlamak, hemşire yöneticileri ve hastane yöneticileri tarafından alınan en önemli kararlardan biri olmaya devam etmektedir. Kanada Hemşireler Derneği (2003), hemşirelik iş yükünü anlamının, hemşirelik yoğunluğunu lme ve en iyi hemşirelik uygulamasına ulaşma sürecinin anahtar bileşeni olduğunu vurgulamaktadır (Alghamdi, 2016). "Hemşirelik iş yükü" kavramının netleştirilmesi, hemşirelik profesyonellerinin sağlık hizmeti sistemine katkısını açıklamak için bir yol haritası sağlamaktadır (Alghamdi, 2016).

Duffield vd. (2006) iş yükü kavramını, hemşirelerin sağlık hizmetlerinde normal çalışma yaşamlarının bir parçası olarak her gün dahil oldukları durumlar ve etkinlikler olarak belirlemiştir. Cordova vd. (2010), iş yükünün, belirli bir hasta grubu ve hemşirelik gereksinimlerine göre belirli bir dönemde yapılması gereken müdahalelerin zamanının, karmaşıklığının ve hacminin bir fonksiyonu olduğunu belirtmiştir (Ross et al., 2018).

Hemşirelik mesleği çalışma ortamından kaynaklanan olumsuz etkenlerden dolayı yoğun iş yüküne sahiptir. Hemşire başına düşen hasta sayısı, çalışma şekilleri, hastaların bakım gereksinimleri, hemşirelerin bakım dışında gerçekleştirdiği faaliyetleri hemşirelik iş yükünü etkiler. Ayrıca hemşirelerin işten beklentileri, n yargıları, değer ve inanç sistemleri, çalışma doyumları da iş yükü algılarını değiştirmektedir. Hemşirelerin alışma ortamında iş yüklerinin artması; iş yerindeki koşulları zorlaştırmakta ve hemşirelik girişimleri sırasında hata yapma olasılığını arttırmaktadır (Nacar, 2019).

Hemşirelik iş yükünün hem hasta hem de hemşire üzerindeki etkisi iyi bir şekilde belgelenmiştir; artan iş yükü, daha düşük hasta bakımı ve güvenliğinin yanı sıra daha yüksek anksiyete, stres, tükenmişlik ve hemşirelerin yıpranmasına yol açar. Hastalar için olumsuz etkiler, hastanın olumsuz olaylar yaşamasını ve kurtarılamamasını; hemşireler için olumsuz etkiler, düşük iş tatmini, duygusal yorgunluk, tükenmişlik ve hemşire değişiminin artmasını içerir (Ross et al., 2018).

Yeterli personel ve kaynaklar, idari destek ve ekip çalışması iş birliğinin hasta güvenliğini artırdığı ve düşük iş tatmini, kesinti ve yüksek iş yükü gibi faktörlerin hasta güvenliği riskini artırdığı gösterilmiştir (Ross et al., 2018). Güvenli hasta

bakımı gerçekleştirmek için gereken personel miktarını belirlemek için iş yükü ölçüm sistemleri kullanılmaktadır (Swiger et al., 2016). Twigg ve Duffield (2009), yeterli personel düzeylerini belirlemek için hemşirelik iş yükünü ölçmenin gerekli bir ön koşul olduğunu varsaymışlardır. Bu nedenle, hemşirelik iş yükü ölçümü, personel amaçları için hemşirelik faaliyetini ölçmek için bir yöntem olarak tanımlanabilir. Bu nedenle hemşirelik iş yükü ölçümleri, belirlenen amaçlara ulaşmak için gereken hemşire sayısını belirlemekten çok; hemşirelerin çalışmalarının gerçek doğasına ve nihayetinde maliyetine katkıda bulunan değişkenleri yakalamakla ilgilenmelidir (Alghamdi, 2016).

Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi hatadan kaynaklanan hasta ölümlerinin tahminleri yılda 98.000 ila 400.000 arasında değişmektedir. Bu hatalar hasta güvenliğini tehlikeye atar ve sağlık kurumlarına olan güveni azaltır. Hemşire personel alımı; açık bir şekilde hasta güvenliği, bakım kalitesi ve maliyet ile bağlantılıdır. Yaygın olarak belirtilen bir istatistiğe göre, hemşirenin iş yüküne eklenen her bir ek cerrahi hasta, hemşirenin iş yükünü ve hastanın ölme olasılığını %7 arttırmaktadır (Swiger et al., 2016). Sağlık hizmetlerinde yapılan tıbbi hataların çoğunlukla hemşirelerden kaynaklı olduğu yapılan analiz ve istatistik raporları ile ortaya konmuştur. Bu hataların sebeplerinin hemşire sayısının yetersiz olması, yoğun çalışmalarına rağmen görev dışı işlerinde yüklenmesi, yoğun stres, meslekte tecrübesizlik ve iş yükünün fazlalığına bağlı yorgunluk olduğu belirlenmiştir (Karacabay et al., 2020).

Akut bakım ortamında hemşireler kendilerine uygun miktarda iş verildiğinde, kaliteli bakım sağlayabilirler ve hasta sonuçlarını iyileştirebilirler (Swiger et al., 2016). Kritik hastaların bakıldığı bir bölüm olan yoğun bakım ünitesinde hastaların klinik değişimlerinin hızlı olması, hastalara çok fazla sayıda müdahale yapılması ve kullanılan cihaz çeşitliliğinin fazla olması nedeniyle tedavi sırasında advers olayların meydana gelme olasılığı daha yüksektir (Oliveira et al., 2016).

Yoğun bakım ortamında, hemşirelik bakımı ve hasta güvenliğinin kalitesi yalnızca profesyonellerin niteliklerine değil, aynı zamanda mevcut uygun insan kaynakları kotasına da bağlıdır. İnsan kaynakları ile yoğun bakımdaki hastaların ihtiyaç duyduğu bakım arasındaki sayısal ve niteliksel uyumsuzluk, bakım sürecinde görev alan personelin aşırı iş yükü altında ezilmesine ve başarısızlıklara neden olabilir (Oliveira et al., 2016).

Sağlıksız çalışma ortamları, hemşirelerin işlerini yapma ve etkili hasta bakımı

sağlama becerilerini etkiler. Klinik bakım görevleri ve sorumlulukları ile aşırı yüklenmiş olan çalışanların hata yapma veya hasta advers olaylarına yol açan düşük kaliteli hizmetler sunma olasılığı daha yüksektir (Nayebi et al., 2017). Etkili hemşirelik işgücü planlaması, hemşirelerin memnuniyetsizliğini, hasta memnuniyetsizliğini ve hemşirelik bakımının orantısız bir şekilde dağılımını önleyecek, hasta güvenliğini artıracak ve olumsuz veya tehlikeli olayların meydana gelmesini önleyecektir (Goh et al., 2017).

2.8.1. Hemşirelik İş Yükünün Sınıflandırılması

Hemşirelik mesleğinde iş yükü hesaplamada hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı ya da bakım verilen süre baz alınmaktadır ancak bu hesaplamada hastanın kliniği, hastalığın ciddiyeti, hastanın bakım gereksinimleri, kurumdaki hiyerarşik düzen gibi birçok faktör göz önüne alınmadığı için birçok eleştiriye maruz kalabilmektedir (Avcı, 2019).

Literatürde hemşirelik iş yükü kavramları “birim”, “hasta”, “iş”, ve “durum” olmak üzere dört ana başlık altında sınıflandırılmaktadır (Nacar, 2019).

2.8.1.1. Birim Düzeyinde İş Yükü

İş yükü sınıflamasının ilk ana başlığı olan birim iş yükünün en önemli ölçütü; hemşire başına düşen hasta oranıdır (Nacar, 2019). Hemşire-hasta oranı hesaplaması kullanımının kolay olması sebebiyle sıklıkla kullanılır (Almenyan et al., 2021). Hasta oranına göre yeterli ve dengeli dağılımın yapılmaması, hemşireden beklenen görevlerin tanımlarının belirsizliği hemşirelerin iş yükünü arttırabilmektedir (Nacar, 2019).

Hasta sayısını artırılarak veya hemşire sayısı azaltılarak hemşire-hasta oranının azalması, artan iş yükü ile ilişkilendirilmektedir. Sonuç olarak da hemşire iş yükünün artması; hastalarda komplikasyonların ve ölüm oranlarının artmasına neden olabilmektedir (Almenyan et al., 2021).

2.8.1.2. İş Düzeyinde İş Yükü

İş düzeyine göre yapılan hesaplamalarda hemşirelerin işleri, unvanları, çalıştıkları birimin yapısı ve özellikleri dikkate alınmaktadır. Örneğin iki farklı yoğun bakımda çalışan hemşirenin çalışma koşulları farklı olduğundan dolayı iş yükleri hesaplamalarında farklı sonuçlar elde edilmektedir (Nacar, 2019).

2.8.1.3. Hasta Düzeyinde İş Yükü

Bu hesaplamada hastanın kliniği yani gereksinim duyduğu tedavi ve bakım faaliyetleri ile hastalıklarının şiddeti dikkate alınmakla beraber son zamanlarda

yapılan çalışmalarda ekipman yetersizliği ve iletişim eksikliği gibi faktörlerin de hasta düzeyinde iş yükünü arttırabileceği belirtilmiştir (Nacar, 2019).

2.8.1.4. Durum Düzeyinde İş Yüğü

Hemşirenin tecrübesi, bakım verilen hasta sayısı, hastanın klinik durumu gibi belirteçler durum düzeyinde iş yükünü etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda hasta yakınlarının ihtiyaçlarının, ekip arasındaki etkisiz iletişimin, yetersiz malzemenin ve fiziksel çalışma şartlarının durum düzeyinde iş yükünü etkilediği belirtilmektedir (Nacar, 2019).



BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tasarlanmış “tanımlayıcı-ilişkisel” bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma DEU Hastanesi’nde çalışan hemşirelerle Haziran 2020 – Temmuz 2020 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini DEU Hastanesi’nde çalışan 750 hemşire oluşturmaktadır. %95 güven aralığında bu evreni temsil edecek ulaşılması gereken en düşük örneklem sayısı 73 olarak tespit edilmiştir.

Bizim araştırmamızın örneklemini 23-65 yaş arası 79 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın ilk aşamasında araştırmaya dahil edilmek üzere 96 hemşirenin cevapladığı anketler toplanmış olsa da 17 hemşire soru kağıdında yer alan bazı sorulara yanıt vermediğinden çalışmaya dahil edilememiştir. Örneklem sayısı göz önünde bulundurulduğunda, G-power 3.0 programında $r=0.31$ ve üzerindeki korelasyon katsayılarının %95 güven aralığında ve %80 güç düzeyinde oldukları hesaplanmıştır (Hulley et al., 2013).

3.4. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmada katılımcıların cinsiyet, yaş vb. bireysel özelliklerini sorgulayan “Demografik Bilgi Formu”, iş yükü algılarını ölçen “İş Yükü Algısı Anketi” ve sağlıkta kalite algılarını ölçen “Sağlıkta Kalite Algısı Anketi” kullanılmıştır.

3.4.1. Demografik Bilgi Formu

Bu formu araştırmayı yürüten kişi hazırlamıştır. Bu formda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışılan birim, birimde / kurumda çalışılan süre ile ilgili bilgiler yer almaktadır (EK-4).

3.4.2. İş Yükü Algısı Anketi

Çalışmada katılımcıların iş yükü algılarını ölçmek için NASA-TLX(The National Aeronautics and Space Administration-Task Load Index) Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek; 1998 yılında Hart ve Staveland tarafından geliştirilmiştir (Emeç ve Akkaya, 2018; Yener et al., 2019). Bu ölçek ilk geliştirildiğinde havacılık sektöründe kullanılmış olsa da sonra askeriye, otomobil sektörü, sağlık alanı ve bilişim teknolojileri olmak üzere hemen hemen her alana yaygınlaşmış,

geliştirildiğinden bu yana neredeyse literatürdeki 550 çalışmada kullanılmıştır (Kılıç Delice, 2016).

NASA-TLX Ölçeği ülkemizde ilk defa Karadağ ve Cankul (2015) tarafından hekim ve hemşirelerin zihinsel iş yüklerini ölçmede kullanılmıştır ve aynı zamanda bu çalışmada NASA-TLX ölçeğinin güvenilirliğini belirten Cronbach Alpha değeri 0.782 olarak hesaplanmış ve iş yükü algısı anketinin güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiştir (Karadağ ve Cankul, 2015).

NASA TLX, “bireylerin algıladığı iş yükü”nü uğraşın gerektirdiği zihinsel ve fiziksel özellikler, işte beklenen performans ve efor seviyesi, zaman baskısı ve rahatsızlık hissi düzeyi olmak üzere altı farklı boyutu dikkate alarak belirleyen, birçok sektörde uygulanabilen bir ölçektir (Emeç ve Akkaya, 2018; Yener et al., 2019).

NASA-TLX yöntemi, iş yükünü zihinsel iş yükü (MD: Mental Demand), fiziksel iş yükü (PD: Physical Demand), zamansal iş yükü (TD: Temporal Demand), performans (P: Performance), çaba (E: Effort) ve rahatsızlık seviyesi (F:Frustration) şeklinde altı faktörlü olarak inceler. Yöntemin puanlaması belirtilen altı faktörün işe etkisi; "çok düşük" ile "çok yüksek" arasında işaretlenerek yapıdır ve iş yükü algısı 0-20 puan aralığında değerlendirilir (Emeç ve Akkaya, 2018; Yener et al., 2019).

3.4.3. Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği

Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği; Bayer ve Baykal (2017) tarafından geliştirilmiştir ve ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması da aynı kişilerce 2018 yılında gerçekleştirilmiştir. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeğinin “Yönetim ve Liderlik (12 soru)”, “İnsan Kaynakları Kullanımı (14 soru)” “Kalite Eğitimi (6 soru)” “Ölçme ve Değerlendirme (6 soru)” ve “Kalite Uygulamalarının Yararları” şeklinde beş alt boyutu bulunmaktadır. Kalite Uygulamalarının Yararları alt boyutu ise Çalışan Yararı (8 soru), Hasta Yararı (14 soru) ve Kurum Yararı (10 soru) şeklinde üç alt boyutta incelenir (Bayer ve Baykal, 2018; Yorulmaz ve Pirol, 2019).

Ölçek 5’li Likert tipindedir ve ölçeğin maddelerine “1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kısmen katılıyorum, 4- Katılıyorum ve 5- Tamamen katılıyorum” arasında puan verilir. Ölçeğin her bir alt boyutundan en düşük “20” en yüksek “100” puan alınacak şekilde standartlaştırılmıştır. Ölçek alt boyutlarından alınan puanın düşük olması bireyin kalite algısının “olumsuz”, yüksek olması ise olumlu olduğuna işaret eder (Bayer ve Baykal, 2018).

Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde ölçek maddelerinin faktör yüklerinin

0,40 ve 0,97 arasında ve güvenilirliğini gösteren ölçek toplam Cronbach alfa değerinin 0,94 olduğu (alt boyutlarının güvenilirliğinin 0,78 - 0,94 arasında değiştiği) ifade edilmiştir (Bayer ve Baykal, 2018).

3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler(ortalama, standart sapma, minimum-maximum, frekans ve yüzde dağılımları) kullanılarak incelenmiştir. Verilerin değerlendirmesi ise %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde yapılmıştır. Sürekli verilerin normallik testleri “Kolmogorov-Smirnov” ve “Shapiro-Wilk’s” ile yapılmıştır (Tablo1 ve Tablo2). Normallik analizleri sonucunda $p < 0,05$ bulunduğu için araştırmamızda toplanan verilerin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Dolayısıyla değişkenler arasındaki ilişkinin test edilmesinde non-parametrik “Spearman’s Korelasyon Testi” kullanılmıştır.

Tablo 1. İş Yükü Algısı Ölçeği'nin Normallik Testi Sonuçları

İş Yükü Algısı	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Zihinsel Talep	0,265	79	0,000	0,807	79	0,000
Fiziksel Talep	0,151	79	0,000	0,925	79	0,000
Zamansal Talep	0,246	79	0,000	0,851	79	0,000
Performans	0,148	79	0,000	0,919	79	0,000
Efor	0,145	79	0,000	0,944	79	0,002
Rahatsızlık	0,250	79	0,000	0,841	79	0,000

Tablo 2. Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği'nin Normallik Testi Sonuçları

Sağlıkta Kalite Algısı	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Yönetim Liderlik	0,168	79	0,000	0,918	79	0,000
İnsan Kaynakları	0,127	79	0,003	0,953	79	0,006

Tablo 2. Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği'nin Normallik Testi Sonuçları (Devamı)

Sağlıkta Kalite Algısı	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Kalite Eğitimi	0,206	79	0,000	0,925	79	0,000
Ölçme Değerlendirme	0,134	79	0,001	0,870	79	0,000
Kurum Yararı	0,200	79	0,000	0,886	79	0,000
Çalışan Yararı	0,155	79	0,000	0,922	79	0,000
Hasta Yararı	0,106	79	0,028	0,961	79	0,017

3.6. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Ekonomi Üniversitesi Etik Kurul'undan 28.02.2020 tarihli ve B.30.2.İEÜSB.0.05.05-20-053 sayılı Etik kurul onayı alınmıştır (EK-5).

Çalışmanın yapıldığı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden 16.06.2020 tarihli ve 72298583-18.98-E.38098 sayılı izin alınmıştır (EK-6). Ayrıca araştırmaya dahil edilen hemşirelere araştırmadaki amaç ve bu çalışmada kendisinden ne beklendiği açıklanarak “sözel” ve çalışmaya başlamadan önce katılımcıların çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair katılımcı onam formu imzalatılarak hemşirelerin “yazılı” izinleri alınmıştır (EK-1).

BÖLÜM 4: BULGULAR

Araştırmada yer alan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri belirlenmiş ve elde edilen veriler Tablo 3'te verilmiştir. Yapılan analizlere göre araştırmada yer alan hemşirelerin yaş ortalamaları $33,09 \pm 3,527$ (27-43) olarak tespit edilmiştir. Çalışmadaki hemşirelerin %85'ini (67 hemşire) kadın, %15'ini (12 hemşire) ise erkekler oluşturmuştur. Ayrıca araştırmadaki hemşirelerin %89,9'u (71 hemşire) lisans mezunu ve %64,6'sı (51 hemşire) ise evlidir.

Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo -Demografik Özellikleri

Yaş	X ± SS	Min	Max
	33,09 ± 3,527	27	43
	n		%
Cinsiyet			
Kadın	67		85
Erkek	12		15
Eğitim Durumu			
Önlisans	1		1,3
Lisans	71		89,9
Yüksek Lisans	4		5,1
Doktora	3		3,8
Medeni Durum			
Bekar	25		31,6
Evli	51		64,6
Boşanmış	3		3,8
Çalışılan Birim			
Kalp Damar Yoğun Bakımı	10		12,7
Anestezi Yoğun Bakımı	10		12,7
Kardiyoloji Yoğun Bakımı	8		10,1
Dahiliye Yoğun Bakımı	9		11,4
Kan Alma Birimi	7		8,9
Dahiliye Servis	9		11,4
Kulak, Burun, Boğaz Servisi	5		6,3
Üroloji Servisi	5		6,3
Fizik Tedavi Servisi	6		7,6

Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo -Demografik Özellikleri (Devamı)

	n	%
Kardiyoloji Servisi	6	7,6
Geriatri Servisi	4	5,1
Çalışma Süresi		
1-5 Yıl Arası	2	2,5
6-10 Yıl Arası	44	55,7
11-15 Yıl Arası	31	39,2
16-20 Yıl Arası	1	1,3
21 Yıl ve Üzeri	1	1,3
Kurumda Çalışma Süresi		
1-5 Yıl Arası	30	38
6-10 Yıl Arası	41	51,9
11-15 Yıl Arası	5	6,3
16-20 Yıl Arası	3	3,8
Birimde Çalışma Süresi		
1-5 Yıl Arası	57	72,2
6-10 Yıl Arası	21	26,6
11-15 Yıl Arası	1	1,3
Toplam	79	100

Araştırmadaki hemşirelerin %12,7'si (10 hemşire) kalp damar yoğun bakımında, %12,7'si (10 hemşire) anestezi yoğun bakımında, %11,4'ü (9 hemşire) dahiliye yoğun bakımında, %11,4'ü (9 hemşire) dahiliye servisinde ve %10,1'i (8 hemşire) kardiyoloji yoğun bakımında çalışmaktadır. Çalışmadaki hemşirelerin %55,7'si (44 hemşire) 6 – 10 yıl arasında çalışmaktadır. Ayrıca hemşirelerin %51,9'u (41 hemşire) 6 – 10 yıl arasında şu an buldukları kurumda ve %72,2'si (57 hemşire) 1 – 5 yıl arasında şu an buldukları birimde çalışmaktadır.

Tablo 4. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Dağılımları

Kalite Algısı	X ± SS	Min	Max
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	62,36 ± 7,442	43,33	93,33
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	54,90 ± 9,311	40,00	80,00
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	60,56 ± 10,382	20,00	88,00

Tablo 4. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Dağılımları (Devamı)

Kalite Algısı	X ± SS	Min	Max
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	68,54 ± 8,349	26,00	82,86
Kurum Yararı Alt Boyutu	68,87 ± 12,345	36,00	82,22
Çalışan Yararı Alt Boyutu	68,02 ± 11,854	21,00	100,00
Hasta Yararı Alt Boyutu	63,00 ± 8,848	37,00	81,54

Araştırmada yer alan hemşirelerin kalite algıları değerlendirilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 4’te verilmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmadaki hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği’nin Yönetim ve Liderlik alt boyutu puan ortalaması $62,36 \pm 7,442$, İnsan Kaynakları Kullanımı alt boyutu puan ortalaması $54,90 \pm 9,311$, Kalite Eğitimi alt boyutu puan ortalaması $60,56 \pm 10,382$, Ölçme ve Değerlendirme alt boyutu puan ortalaması $68,54 \pm 8,349$, Kurum Yararı alt boyutu puan ortalaması $68,87 \pm 12,345$, Çalışan Yararı alt boyutu puan ortalaması $68,02 \pm 11,854$ ve Hasta Yararı alt boyutu puan ortalaması $63,00 \pm 8,848$ olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Hemşirelerin İş Yükü Algısı Ölçeği Alt Boyutları Puan Dağılımları

İş Yükü Algısı	X ± SS
Zihinsel Talep	15,30 ± 4,923
Fiziksel Talep	15,08 ± 3,731
Zamansal Talep	15,73 ± 2,823
Performans	13,90 ± 4,517
Efor	14,15 ± 3,146
Rahatsızlık Seviyesi	15,30 ± 4,866

Araştırmada hemşirelerin iş yükü algıları değerlendirilmiş ve analiz sonuçları Tablo 5’te verilmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmadaki hemşirelerin İş Yükü Algısı Ölçeği’nin Zihinsel Talep alt boyutu puan ortalaması $15,30 \pm 4,923$,

Fiziksel Talep alt boyutu puan ortalaması $15,08 \pm 3,731$, Zamansal Talep alt boyutu puan ortalaması $15,73 \pm 2,823$, Performans alt boyutu puan ortalaması $13,90 \pm 4,517$, Efor alt boyutu puan ortalaması $14,15 \pm 3,146$ ve Rahatsızlık Seviyesi alt boyutu puan ortalaması $15,30 \pm 4,866$ olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı ile İş Yükü Algısı Arasındaki İlişki

Kalite Algısı	İş Yükü Algısı											
	Zihinsel Talep		Fiziksel Talep		Zamansal Talep		Performans		Efor		Rahatsızlık Seviyesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Yönetim ve Liderlik	-0,234	0,038	0,298	0,008	-0,035	0,756	-0,117	0,304	0,001	0,992	-0,279	0,013
İnsan Kaynakları Kullanımı	0,313	0,005	0,028	0,806	0,072	0,527	0,522	0,000	0,396	0,000	0,037	0,748
Kalite Eğitimi	-0,164	0,149	-0,041	0,721	-0,221	0,051	-0,106	0,351	-0,319	0,004	-0,235	0,037
Ölçme ve Değerlendirme	0,320	0,004	-0,192	0,090	0,051	0,652	0,480	0,000	-0,093	0,416	0,010	0,928
Kurum Yararı	0,334	0,003	-0,154	0,176	-0,098	0,437	0,472	0,000	0,000	0,998	0,090	0,432
Çalışan Yararı	0,192	0,090	-0,07	0,543	-0,049	0,669	0,570	0,000	0,252	0,025	0,096	0,400
Hasta Yararı	-0,400	0,000	0,062	0,588	-0,264	0,019	0,020	0,858	-0,271	0,016	-0,532	0,000

Araştırmada hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İş Yükü Algısı Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman's korelasyon katsayıları Tablo 6'da verilmiştir.

Örnekleme sayısı göz önünde bulundurulduğunda, $r=0.31$ ve üzerindeki

korelasyon katsayılarının %95 güven aralığında ve %80 güç düzeyinde oldukları hesaplanmıştır.

“Yönetim ve Liderlik” alt boyutu ile; Zihinsel Talep alt boyutu ($r=-0,234$) ve Rahatsızlık Seviyesi alt boyutu ($r=-0,279$) arasında negatif yönlü zayıf, Fiziksel Talep alt boyutu ($r=0,298$) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır.

“İnsan Kaynakları Kullanımı” alt boyutu ile; Zihinsel Talep alt boyutu ($r=0,313$) ve Efor alt boyutu ($r=0,396$) arasında pozitif yönlü zayıf, Performans altboyutu ($r=0,522$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

“Kalite Eğitimi” alt boyutu ile Efor alt boyutu ($r=-0,319$) ve Rahatsızlık Seviyesi alt boyutu ($r=-0,225$) arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır.

“Ölçme ve Değerlendirme” alt boyutu ile; Zihinsel Talep alt boyutu ($r=0,320$) pozitif yönlü zayıf ve Performans alt boyutu ($r=0,480$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

“Kurum Yararı” alt boyutu ile; Zihinsel Talep alt boyutu ($r=0,334$) pozitif yönlü zayıf ve Performans alt boyutu ($r=0,472$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

“Çalışan Yararı” alt boyutu ile; Performans alt boyutu ($r=0,570$)pozitif yönlü orta düzeyde ve Efor alt boyutu ($r=0,252$) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır.

“Hasta Yararı” alt boyutu ile; Fiziksel Talep alt boyutu ($r=-400$) ve Rahatsızlık Seviyesi alt boyutu ($r=-0,532$) arasında negatif yönlü orta düzeyde, Zamansal Talep alt boyutu ($r=-0,264$) ve Efor alt boyutu ($r=-0,271$) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır.

BÖLÜM 5: TARTIŞMA

Bu araştırmada hemşirelerin sağlıkta kalite algıları ile iş yükü algıları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın hipotezi doğrulanarak hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasında orta dereceli ilişki olduğu tespit edildi. Hemşirelerin iş yükü algısını gösteren alt parametrelerinden zihinsel talep, performans, efor, rahatsızlık seviyesi ile kalite algısının en çok yönetim ve liderlik, hasta yararı ve insan kaynakları kullanımı alt boyutları arasında ilişkiler bulundu.

Ayrıca araştırmamızda hemşirelerin sağlıkta kalite algısında en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun “Kurum Yararı” en düşük puan ortalamasına sahip boyutun “İnsan Kaynakları” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin “İş Yükü Algısı Ölçeği”nden aldığı puanlara bakarak hemşirelerde en yüksek düzeyde algılanan iş yükünün “Zamansal Talep” alt boyutu, en düşük düzeyde algılanan iş yükünün “Performans” alt boyutu olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin çalışan yararına ilişkin algıları arttıkça performans ve efor algılarının arttığı, hasta yararına ilişkin algıları arttıkça zihinsel ve zamansal iş yükü, efor ve rahatsızlık seviyesi algılarının azaldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yönetim ve liderlik algıları arttıkça fiziksel iş yükleri de artmakta; zihinsel iş yükü ve rahatsızlık seviyeleri ise azalmaktadır.

Hemşirelerin işe alım görev dağılımı, iş paylaşımı gibi konularda kalite çalışmalarını sürdüren insan kaynaklarının doğru kullanıldığı konusundaki algıları arttıkça; hemşirelerin çalışırken verilen görevin yapılmasında başarılı olması ve görevlerini yerine getirirkenki efor ve performans algıları pozitif yönde artmaktadır. Hemşireler çalışırken zihinsel ve algılama aktivitelerine daha az ihtiyaç duymaktadır, yani aralarında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Hastanede gerçekleştirilen kalite çalışmaları ve hemşirelere verilen kalite eğitimleri sonucunda hemşirelerde oluşan kalite algıları ile hemşirelerin görevlerini yerine getirirken algıladıkları efor ve rahatsızlık seviyesi arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken ağır çalışma yüklerinin azaldığı yönündeki algıları, kendilerini güvende, memnun, zarar görmemiş hissetmeleri ve ayrıca hissettikleri zaman baskısında ki azalış; hasta yararına olan uluslararası hizmet, hasta gereksinim ve beklentilerinin doğru değerlendirilip karşılanması, hasta düşme ve enfeksiyon oranlarının azaltılması vb. şeklindeki aktivitelerde artış gösterir.

Müşteri memnuniyetinin sağlanması, fiziksel koşulların iyileştirilmesi, teknolojik açıdan en uygun hizmetin verilmesi şeklinde tanımlanan ‘kurum yararı’na gerçekleştirilen hizmetler artıkça hemşirelerin performans algısı ve görevin icrasının hatasız ve kesin olduğu algısı artmaktadır.

Günümüzde sağlık hizmetinin kalitesi kavramının gelişmesiyle birlikte “hasta memnuniyeti” kavramı daha çok ön plana çıkmış ve hasta memnuniyetinin sağlanmasının en önemli koşulunun “hemşirelik bakımı” olduğu vurgulanmıştır (Koç, 2020).

Hemşirelik mesleği çalışma ortamından kaynaklanan olumsuz etkenlerden dolayı yoğun iş yüküne sahiptir. Hemşire başına düşen hasta sayısı, çalışma şekilleri, hastaların bakım gereksinimleri, hemşirelerin bakım dışında gerçekleştirdiği faaliyetleri hemşirelik iş yükünü etkiler. Ayrıca hemşirelerin işten beklentileri, ön yargıları, değer ve inanç sistemleri, çalışma doyumları da iş yükü algılarını değiştirmektedir (Nacar, 2019).

Hemşirelerin çalışma ortamında iş yüklerinin artması; tıbbi hata yapma olasılıklarını ve tıbbi hatalardan kaynaklı hasta ölümlerinin/yaralanmalarının artmasına, hasta bakımının niteliğinin ve güvenliğinin düşmesine, hemşirelerin düşük iş tatmini, duygusal yorgunluk, tükenmişlik, yıpranmışlık, yoğun stres ve anksiyete yaşamasına sebep olmaktadır (Karacabay et al., 2020; Nacar, 2019; Ross et al., 2018).

Karadağ ve Cankul hekimlerin zihinsel iş yükünü değerlendirdiği çalışmasında; hekimlerde en fazla zihinsel iş yükü oluşturan faktörün “Zaman Darlığı Baskısı”, en az yük oluşturan faktörün ise “Fiziksel Zorlanma” olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Hekimler zaman baskısını; yaptıkları işin daha çok zaman, beceri ve yetenek gerektirdiği şeklinde açıklamışlardır. Aynı çalışmada Karadağ ve Cankul hekimlerin tuttukları nöbet sayısı arttıkça Fiziksel Talep boyutunda zihinsel iş yüklerinin arttığını, hekimlerin zihinsel iş yüklerinin Performans, Fiziksel Talep, Zaman Darlığı Baskısı ve Rahatsızlık boyutları açısından çalıştıkları bölüme göre farklılık gösterdiğini, hekimlerin meslekten genel memnuniyet düzeyleri düştükçe Rahatsızlık boyutunda zihinsel iş yüklerinin arttığını, yaşlı olan hekimlerin genç hekimlere oranla daha fazla zihinsel iş yükü tariflediklerini ancak hekimlerin cinsiyetlerine göre zihinsel iş yükü algılarının değişmediğini ifade etmişlerdir (Karadağ ve Cankul, 2015).

Karadağ ve Cankul hekimlerle yaptıkları çalışmadan farklı olarak

hemşirelerde de zihinsel iş yükünün sosyokültürel özelliklerine göre değişip değişmediğini araştırmak için çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada hemşirelerde en fazla zihinsel iş yükü oluşturan faktörün “zaman darlığı baskısı” olduğunu ve hemşirelerin zihinsel iş yüklerinin %66,44’ünün hasta bakımı%33,56’sının ise yönetim faaliyetlerinden kaynaklandığını görmüşlerdir (Karadağ ve Cankul, 2015). Bu çalışmada da zamansal talep alt boyutu en yüksek puan ortalamasına sahiptir. Çalışma sonuçları birbirini desteklemektedir.

Ayrıca hemşirelerin zihinsel iş yükleri; yaş, medeni durum, çocuksayısı, çalıştıkları bölüm, meslekteki toplam çalışma süreleri, bu hastanede çalışılan süre, tutulan nöbet sayısı, hastanedeki statüleri ve çalıştıkları vardiyaya göre farklılık gösterirken, eğitim durumu, meslekten memnuniyetleri ve günlük bakım verilen hasta sayısı değişkenlerinin hemşirelerin zihinsel iş yüklerine etki etmemiştir (Karadağ ve Cankul, 2015).

Kılıç Delice çalışmasında acil serviste çalışan hekimlerin zihinsel iş yükünü ölçmek için NASA-RTLX (The National Aeronautics and Space Administration-Raw Task Load Index) yöntemini kullanmış ve acil servis hekimlerinin zihinsel iş yüklerine en çok “çaba” ve en az “performans” alt boyutunun etki ettiğini ifade etmişlerdir (Kılıç Delice, 2016).

Weigl ve arkadaşları genel cerrahi, ortopedi, kardiyojoloji ve gastroenteroloji servislerinde görev yapan 29 hekim ile gerçekleştirdikleri çalışmada, yaş gruplarına göre zihinsel iş yükü düzeylerinin farklılık gösterdiğini ve yaşlı olan hekimlerin zihinsel iş yüklerinin daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (Weigl et al., 2012).

Hoonakker ve arkadaşları 8 hastanenin 21 yoğun bakımında görev yapan 757 yoğun bakım hemşiresinin zihinsel iş yüklerini değerlendirmek için yaptıkları çalışmalarında kadınların zihinsel iş yüklerinin erkeklerden daha fazla olduğunu ve genç hemşirelerin ileri yaştaakilere göre daha az zihinsel iş yükü bildirdiklerini saptamıştır (Hoonakker et al., 2011).

Emeç ve Akkaya bir devlet hastanesinde çalışan hekimlerde zihinsel iş yüküne en fazla etkisi olan faktörü “Zihinsel Talep” en az etkisi olan faktörü “Fiziksel Talep” olarak ifade etmişlerdir (Emeç ve Akkaya, 2018).

Karaağaç ve Bağlama, dijital hastanede ve dijital olmayan standart hastanelerde çalışan dahiliye hemşirelerinin zihinsel iş yükleri ve tıbbi hataya eğilimlerini karşılaştırdıkları araştırmalarında; hemşireler üzerine zihinsel iş yükü oluşturan en etkili faktörün “çaba” olduğunu, dijital hastane sistemlerini kullanan

hemşirelerin zihinsel açıdan daha az yorulduğunu ve bu sistemlerin kullanan hemşirelerin zamanı daha etkin yönettiklerini, iş yüklerinin azaldığını, tedavi ve bakımda daha doğru kararlar verebildiklerini ifade etmişlerdir (Karaağaç ve Samancığlu Bağlama, 2020).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre Efor/çaba alt boyutunun hemşireler tarafından diğer alt boyutlara göre daha az zihinsel iş yükü algısı oluşturduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları birbirini desteklememektedir fakat gelecekteki çalışmalarda dijital hastanelerde hemşirelerin kaliteyi nasıl etkileyeceği önemli sorun teşkil etmektedir.

Tubbs-Cooley ve arkadaşları yenidoğan, pediatrik ve yetişkin yoğun bakım hemşireleri arasında genel iş yükünü değerlendirdikleri araştırmalarında yoğun bakım hemşirelerinin genel iş yükünü NASA-TLX ölçeği ile değerlendirmişler, bu yöntemdeki 6 faktörden 4'ü kullanılarak yoğun bakım hemşirelerinin genel iş yükünü güvenilir şekilde ölçmüşlerdir (Tubbs-Cooley et al., 2018).

Yorulmaz ve Pirol hemşirelerin kalite algılarını değerlendirdikleri çalışmalarında; Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği'nden yüksek puana sahip alt boyutun "Kalite Çalışmalarının Yararı" en düşük ortalamaya sahip alt boyutun "Yönetim ve Liderlik" olduğu görülmüştür (Yorulmaz ve Pirol, 2019).

'Kalite çalışmaları yararı'; 'Kurum yararı', 'Hasta yararı' ve 'Çalışan yararı' alt boyutlarının toplamı olarak nitelendirilmiştir. Bu çalışmada da bu üç boyut yüksek puan ortalamalarına sahiptir ve hemşirelerin algıları sağlıkta kalite çalışmalarının en fazla kurum yararına olacağı yönündedir. Diğer bir bulgu olan 'Yönetim ve Liderlik' alt boyutu bu çalışmada orta düzeyde bir puan ortalamasına sahip olup diğer çalışmanın sonucunu desteklememektedir.

Ayrıca hemşirelerin ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ile yaş, medeni durum, çalışma süresi ve çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, çalışılan kurumda çalışma süresi ve cinsiyet ile ölçek alt boyutlarından alınan puan arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Yorulmaz ve Pirol, 2019).

Gökmen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesindeki hemşirelerin kalite algısını ölçmede Şükran Pirhan'ın "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi:Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, 2014" isimli yüksek lisans tez çalışmasında oluşturduğu 25 soruluk anketi kullanmıştır. Çalışmasında yaş, cinsiyet, kurumda çalışma süreleri, eğitim durumu, kurumdaki görevler, medeni durum değişkenleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında anlamlı

bir farklılık bulamamıştır (Gökmen, 2018).

Bayer kalite belgesi alan hastanelerde çalışan hemşirelerin kalite algısını değerlendirdiği doktora tezinde hemşirelerin Sağlıkta Kalite Algısı Ölçeği'nden aldıkları en yüksek puanın “Kalite Eğitimi” alt boyutu ve en düşük puanın “İnsan Kaynakları Kullanımı” alt boyutu olduğunu bulmuştur. Araştırmanın değişkenleriyle yapılan karşılaştırmalarda ise çalışılan hastane, iş yerindeki statü ve çalışma süresinin kalite algısını artırdığını ve değişkenler ile ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıkların olduğunu bulmuştur, ancak hemşirelerin yaş grupları, cinsiyet ve eğitim durumları açısından ölçek alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar tespit etmemiştir (Bayer, 2016).

Bu çalışma da hemşireler tarafından en düşük puan ortalaması insan kaynakları alt boyutu olarak skorlanmıştır ve bu bağlamda çalışmaların sonuçları birbiriyle örtüşmektedir. Lakin kalite eğitimi alt başlığı ortalama bir puan ortalamasına sahip olup hemşirelerin algılarının, hastanede yapılacak olan kalite çalışmalarının ve eğitimlerinin en yüksek düzeyde önem arz etmediği yönündedir.

BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri insan yaşamı söz konusu olduğu ve hem amaçları hem de yapıları birbirinden çok farklı olan kurum ile kurum çalışanını kapsayan bir sektör olduğu için; hem hizmetten yararlanan birey, hem de hizmeti veren sağlık çalışanlarının yoğun stres altında kaldığı diğer hizmet sektörlerine göre daha karmaşık bir sosyal hizmettir.

Sağlık hizmetinin bel kemiğini oluşturan hemşirelerin; bilgi birikimi artan teknolojiye hakim olması, farklı disiplinlerle bir arada çalışması, bakım ihtiyacı ve istekleri giderek artan hasta grubuna hizmet vermesi, sağlıkta kalite standartlarını anlayıp içselleştirmesi ve çalışmak zorunda kaldığı zorlu koşullarda dahi iş yükü altında ezilmeyip görevlerini en iyi şekilde yapmaları “primer sorumlulukları” olarak görülmektedir.

Çalışmamızın “H₁: Hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasında ilişki vardır” hipotezi doğrulanarak hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasında orta dereceli ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda “İnsan Kaynakları”, “Kurum Yararı” ve “Çalışan Yararı”nın iş yüküyle pozitif yönlü; “Kalite Eğitimi” ve “Hasta Yararı”nın iş yüküyle negatif yönlü; “Yönetim ve Liderlik”in “Fiziksel İş Yükü” ile pozitif yönlü, “Zihinsel İş Yükü” ve “Rahatsızlık” ile negatif yönlü ilişkisi bulunmuştur.

Hastanede gerçekleştirilen kurum ve çalışan yararına yapılan iyileştirmelerin, insan kaynaklarının doğru kullanımının hemşirelerin iş yükü algılarıyla pozitif yönlü ilişkisi olduğu; hemşirelere kalite eğitimleri verilmesinin ve hasta yararına yapılan düzenlemelerin hemşirelerin iş yükü algılarıyla negatif yönlü ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde hemşirelerin iş yükü algılarını değerlendiren ve sağlıkta kalite algılarını ölçen çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ayrıca literatürde hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu bağlamda bu çalışmanın korelasyon analizleri sonucunda ulaşılan; “insan kaynaklarına verilen önem ile çalışanların performans algılarının yükselmesi arasında ilişki olduğu” ve “çalışanların kendilerini güvensiz ya da gergin hissetmelerinin önlenmesi ile hasta memnuniyetinin de artması arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığı” ve “kalite çalışmalarına hemşirelerin de dahil edilmesi sonucunda çalışan performans algılarının iyileşeceği yönünde ilişki kurulması” sonuçlarına

varılmıştır. Bu sonuçlar iş yükü algısı ile kalite algısı arasında ilişki olduğunu göstermekte ve bu kavramların hemşirelik mesleğindeki önemini arz ederek, kalite ve iş yükü kavram içeren çalışmaların çoğaltılması, sağlık kurumlarındaki kalite çalışmalarına hemşire yöneticilerin ve hemşirelerin de dahil edilmesi önerilmektedir.

Ayrıca gelecekte yapılacak olan araştırmalarda; ilgili çalışmanın geniş bir kitleye genellenebilmesi açısından birden fazla sağlık kurumunda ve daha fazla sayıda sağlık personeli ile yürütülmesi; hemşirelerin yoğun iş temposuna bağlı çalışmaya katılmalarının zor olmasından dolayı çalışmanın online olarak yürütülmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Abbasi-Moghaddam, M. A., Zarei E., Bagherzadeh, R., Dargahi, H., Farrokhi, P. (2019) *Evaluation of Service Quality From Patients'*. BMC Health Services Research, 19(170), ss. 1-7.
- Agyekum, C. K., Haifeng, H. ve Agyeiwaa, A. (2015) *Consumer Perception of Product Quality*. Microeconomics and Macroeconomics , 3(2), ss. 25-29.
- Akgün Çıtak, E. ve Uysal, G. (2012) *Kavram Analizi: Eleştirel Düşünme*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(3), ss. 3-9.
- Akgün, S. ve Al-Assaf, A. F. (2007) *Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürünü Nasıl Oluşturabiliriz?*. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Cilt 3, ss. 42-47.
- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R. ve Hani, S. B. (2018) *Quality of Nursing Documentation: Paper-based Health Records Versus Electronic-based Health Records*. Journal of Clinical Nursing, Cilt 27, ss. 578-589.
- Akman, E. ve Kopuz, K. (2020) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Algısı: SERVQUAL Model İncelemesi*. ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 10(3), ss. 866-880.
- Aksungur, A. (2020) *Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi*. Ankara: Abide Aksungur.
- Alghamdi, M. G. (2016) *Nursing Workload: A Concept Analysis*. Journal of Nursing Management, Cilt 24, ss. 449-457.
- Almenyan, A. A., Albuduh, A. ve Al-Abbas, F. (2021) *Effect of Nursing Workload in Intensive Care Unit*. Cureus, 13(1), ss. 1-5.
- Altay, M. ve Turunç, Ö. (2018) *İş Yüğü, Çalışma Yaşam Kalitesi Ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi: Lider-Üye Etkileşiminin Ve Örgütsel Bağlılığın Aracılık Rolü*. Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 9(17), ss. 181-229.
- Altıntaş, A. (2014) *Hasta Hakları ve Etkili İletişim*. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 3(3), ss. 6-17.
- Arısoy, D. Ş. (2017) *Sağlık Hizmetlerine Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama*. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , 19(3), ss. 1079-1102.
- Avcı, A. (2019) *Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik İş Yüğü Algısı ve İş Yüğü'nün İncelenmesi*. Ankara: Ahmet Avcı.
- Avcı, K. (2018) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri*

- Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü*. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, ss. 1-5.
- Aydınlı, A. ve Biçer, S. (2019) *Hemşirelik eğitiminde güncel yaklaşımlar*. Sağlık Bilimleri Dergisi, 28(1), ss. 38-42.
- Aygar, H. ve Önsüz, M. F. (2017) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*. Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 2(1), ss. 26-32.
- Baltacı, A. (2017) *İş Yükü ve Performans Arasındaki İlişkiler: Ampirik Bir Araştırma*. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(1), ss. 101-121.
- Bayer, N. (2016) *Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Hemşirelerin Kalite Algısı*. İstanbul: Nükhet Bayer.
- Bayer, N. ve Baykal, Ü. (2018) *Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 5(2), ss. 86-99.
- Bilgiç, Ş., Temel, M. ve Çelikkalp, Ü. (2017) *Hemşirelik öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük, öz yeterlilik ve umut düzeylerinin değerlendirilmesi: Tekirdağ örneği*. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 4(3), ss. 117-126.
- Bozkurt, İ. (2020) *Hizmet, Sağlık Hizmeti ve Hastane Kavramları*. Sağlık Yönetiminde Güncel Konular. Ankara: İktisad Yayınevi, ss. 85-117.
- Burçoğlu Karaca, Ş. (2014) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Araştırma)*. Aydın: Şükran Burçoğlu Karaca.
- Burston, S., Chaboyer, W. ve Gillespie, B. (2013) *Nurse-sensitive Indicators Suitable to Reflect Nursing Care Quality: A Review and Discussion of Issues*. Journal of Clinical Nursing, Cilt 23, ss. 1785-1795.
- Büyükkaraman, E. (2014) *Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Hasta Memnuniyeti (Antalya İli Örneği)*. İstanbul: Ebru Büyükkaraman.
- Cerit, B. ve Çoşkun, S. (2018) *Hasta ve Hemşirelerin hemşirelik Bakım Kalitesine İlişkin Alguları*. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 9(2), ss. 103-109.
- Craven, R. F., Hirnle, C. ve Jensen, S. (2015) *Hemşirelik Esasları*. İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları. Ankara: Palme Yayıncılık, ss. 2-14.
- Çakır, R. (2017) *Kırsal Mahallelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Bursa İli Örneği*. Bursa: Rukiye Çakır.
- Çolak Okumuş, D. ve Uğur, E. (2017) *Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2), ss. 104-109.
- Deniz, N. ve Büyük, K. (2017) *Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Kalite Algılarının*

- Değerlendirilmesi*. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi, 3(3), ss. 52-69.
- Edvardsson, D., Watt, E. ve Pearce, F. (2016) *Patient Experiences of Caring and Person-Centredness are Associated with Perceived Nursing Care Quality*. Journal of Advanced Nursing, ss. 1-11.
- Emeç, Ş. ve Akkaya, G. (2018) *Sağlık Sektöründe Zihinsel İş Yükü Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama*. Ergonomi, 1(3), ss. 156-162.
- Erdem, A. T. (2020) *Mesleki Özdeşleşmenin Tükenmişliğe Etkisinde İş Yükü Algısının Aracılık Rolü: Hemşirelere Yönelik Bir Araştırma*. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, Cilt 11, ss. 89-103.
- Ertaş, H. ve Çelik, Ö. (2018) *Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Araştırma*. Sağlık Yönetimi Dergisi, 2(1), ss. 18-40.
- Ertem, Ü. T. (2008) Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, ss. 111-119.
- Ertuğrul, İ. ve Sarı, G. (2019) *Hizmet Kalitesi Ölçümünde Servqual Tekniği: Bir Üniversite Uygulaması*. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 11(1), ss. 21-35.
- Fidancı, B. E., Çınar, F. İ., Yıldız, D., Akar, F., Türk, A., Tuncer, S., Bala, A., Kökçe, B. D. (2012) *Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Gülhane Tıp Dergisi, Cilt 54, ss. 35-39.
- Filiz, N. Y. ve Dikmen, Y. (2017) *Hemşirelik Eğitiminde Aktif Öğrenme Yöntemlerinin Kullanımı: Jigsaw Tekniği*. Journal of Human Rhythm, 3(3), ss. 145-150.
- Goh, M. L., Ang, E. N. K., Chan, Y. H., He, H. G., Vehviläinen-Julkunen, K. (2017) *Patient Satisfaction Is Linked to Nursing Workload in a Singapore Hospital*. Clinical Nursing Research, ss. 1-22.
- Gökmen, N. (2018) *İstanbul Tıp Fakültesi'nde Çalışan Hemşirelerde Kalite Algısının Belirlenmesi*. İstanbul: Neslin Gökmen.
- Göriş, S., Bilgi, N. ve Korkut Bayındır, S. (2014) *Hemşirelik eğitimde simülasyon kullanımı*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(2), ss. 25-29.
- Gürol Arslan, G., Demir, Y., Khorshid, L. ve Eşer, İ. (2009) *Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), ss. 72-80.
- Güven, E., Tevfik, A. T., Cerit, Ç. ve Ebru, R. (2020) *Sağlık Hizmetleri ve Hizmet*

- Algısı: Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Hizmet Algularının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma.* Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 3(2), ss. 213-232.
- Hoonakker, P., Carayon, P., Gurses, A., Brown, R., McGuire, K., Khunlertkit, A., Walker, J. M. (2011) *Measuring Workload of ICU Nurses With A Questionnaire Survey: The NASA Task Load Index (TLX).* IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering, 1(2), ss. 131-143.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. *Designing clinical research : an epidemiologic approach.* 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams Wilkins; (2013) Appendix 6C, page 79.
- İbrahimoğlu, Ö., Mersin, S. ve Saray Kılıç, H. (2019) *Hemşirelik Eğitim Müfredatı ve Öğrenme Çıktıları.* Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 9(1), ss. 12-16.
- Junttila, J. K., Koivu, A., Fagerström, L., Haatainen, K., Nykanen, P. (2016) *Hospital Mortality and Optimality of Nursing Workload: A Study on the Predictive Validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing System.* International Journal of Nursing Studies, Cilt 60, ss. 46-53.
- Kanbur, E. (2018) *Aşırı İş Yükünün İş ve Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkisi: İşe Bağlı Gerginliğin Aracı Rolü.* İş ve İnsan Dergisi, 5(2).
- Karaağaç, M. ve Samancığlu Bağlama, S. (2020) *Dijital Hastane Sistemlerinin Hemşirelerin Zihinsel Dijital Hastane Sistemlerinin Hemşirelerin Zihinsel İş Yükü Ve Tıbbi Hataya Eğilimlerine Etkisi.* Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 7(2), ss. 215-226.
- Karaca, A. ve Durna, Z. (2019) *Patient Satisfaction with The Quality of Nursing Care.* Nursing Open, Cilt 6, ss. 535-545.
- Karacabay, K., Savcı, A., Çömez, S. ve Çelik, N. (2020) *Cerrahi Hemşirelerinin İş Yükü Alguları ile Tıbbi Hata Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.* Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(3), ss. 404-417.
- Karadağ, M. ve Cankul, İ. H. (2015) *Hekimlerde Zihinsel İş Yükü Değerlendirilmesi.* International Journal of Social Science, Issue 35, ss. 361-370.
- Karadağ, M. ve Cankul, İ. H. (2015) *Hemşirelerin Zihinsel İş Yükü Değerlendirmesi.* Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(1), ss. 26-34.
- Karahan, A. ve Kav, S. (2018) *Hemşirelikte mesleki yetkinlik.* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5(2), ss. 160-168.
- Kaya, S. (2013) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, ss. 2-30.

- Kayral, İ. (2014) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli*. Verimlilik Dergisi, 3(3), ss. 65-81.
- Kılıç Delice, E. (2016) *Acil Servis Hekimlerinin NASA-RTLX Yöntemi ile Zihinsel İş Yüklerinin Değerlendirilmesi: Bir Uygulama Çalışması*. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 30(3), ss. 645-662.
- Kılıç, A. N. ve Taşçı, S. (2009) *Hemşirelik Eğitimi ve Eleştirel Düşünme*. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 5(2), ss. 187-195.
- Kıraç, S. M. (2016) *Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Hizmetleri*. İstanbul: Sıla Mine Kıraç.
- Koç, A. (2020) *Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımını Algıları ve İlişkili Faktörler*. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3(2), ss. 31-41.
- Kokoç, M. ve Ersöz, S. (2020) *Yükseköğretim Kurumlarının Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi için Kullanılan Ölçek ve Boyutların Araştırılması*. Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 8(4), ss. 1290-1302.
- Kondasani, R. K. R. ve Panda, R. K. (2016) *Service Quality Perception and Behavioural Intention: A Study of Indian Private Hospitals*. Journal of Health Management, 18(1), ss. 1-16.
- Korkmaz, S. ve Çuhadar, U. (2017) *Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3(1), ss. 72-87.
- Koyuncu, A. G. (2014) *Hastanelerde Hizmet Kalitesi Algısı: Doktor ve Hemşireler ile Yapılan Bir Çalışma*. Ankara: Ayşe Gözde Koyuncu.
- Köse, A. (2020) *Sağlığın Dönüşümünde Hemşire İnsan Gücü*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(3), ss. 300-306.
- Lungberg, K. M. (2008) *Promoting self-confidence in clinical nursing students*. Nurse Educator, 33(2), ss. 86-89.
- Nacar, S. (2019) *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları İş Yükünün Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumlarına Etkisi*. Gaziantep: Serap Nacar.
- Nayebi, B. A., Mohebbifar, R., Azimian, J. ve Rafiei, S. (2017) *Estimating Nursing Staff Requirement in An Emergency Department of A General Training Hospital: Application of Workload Indicators of Staffing Need (WISN)*. International Journal of Healthcare Management, ss. 1-6.

- Oksay, A. (2016) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(14), ss. 181-192.
- Oliveira, A. C., Garcia, P. C. ve Nogueira, L. S. (2016) *Nursing Workload and Occurrence of Adverse Events in Intensive Care: A Systematic Review*. Journal of School of Nursing, 50(4), ss. 679-689.
- Ovayolu, N. ve Bahar, A. (2006) *Hemşirelik ve Kalite*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1), ss. 104-110.
- Örtlek, M., Yanık, A., Kalkan, A. C., Topaloğlu, S., Kalaner, A., Baç, A. (2017) *Sağlık Çalışanlarının Hastane Kalite Çalışmalarına Yönelik Görüşleri ve Kalite Algısı*. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3(2), ss. 37-51.
- Özyer, Y. (2016) *Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Durumları*. Ordu: Yasemin Özyer.
- Pala, K. (2016) *Türkiye'de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci*. Antalya, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Pramanik, A. (2016) *Patients' Perception of Service Quality of Health Care Services in India: A Comparative Study on Urban and Rural Hospitals*. Journal of Health Management, 18(2), ss. 1-13.
- Ross, C., Rogers, C. ve King, C. (2018) *Safety Culture and An Invisible Nursing Workload*. Collegian, ss. 1-7.
- Saltık, S. (2018) *Yatarak ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Kalite Algularının Hastane Türleri Üzerine Araştırılması*. İstanbul: Serdar Saltık.
- Sarmasoğlu, Ş., Dinç, L. ve Elçin, M. (2016) *Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Beceri Eğitimlerinde Kullanılan Standart Hasta ve Maketlere İlişkin Görüşleri*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13(2), ss. 107-115.
- Sarmasoğlu, Ş. ve Görgülü, S. (2014) *Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazırlık Düzeyleri*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(3), ss. 13-25.
- Sert, S. (2019) *Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019)*. Tekirdağ: Sinan Sert.
- Somunoğlu, S., Ağırbaş, İ., Tengilimoğlu, D., Çelik, Y., Erdem, R., Akbulut, Y., Eriğüç, G. (2012) *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Swiger, P. A., Vance, D. E. ve Patrician, P. A. (2016) *Nursing Workload in the Acute-Care Setting: A Concept*. Nursing Outlook, ss. 1-11.

- Şahin, G. ve Başak, T. (2019) *Hemşirelik eğitiminde oyun temelli öğrenme*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3), ss. 308-314.
- Şölen, E. T. (2019) *Sağlık Sektöründe Kalite Anlayışı (Bitlis Sağlık Müdürlüğü Örneği)*. Trabzon: Emrah Tevfik Şölen.
- Tan, M. (2016) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirilmesi Bingöl Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama*. Bingöl: Muhsin Tan.
- Thompson, D. S., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L., Stanley, D. (2016) *Scoping Review of Complexity Theory in Health Services Research*. BMC Health Services Research, 16(87), ss. 1-16.
- Toru, F. (2020) *Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), ss. 46-54.
- Tubbs-Cooley, H. L., Mara, C. A., Carle, A. C. ve Gurses, A. P. (2018) *The NASA Task Load Index as a Measure of Overall Workload Among Neonatal Paediatric and Adult Intensive Care Units*. Intensive Critical Care Nursing, Cilt 44, ss. 64-69.
- Uyar Söyler, Y. (2019) *Sağlık Hizmetleri ve Kalite*. İstanbul: Yasemin Uyar Söyler.
- Ülker, T. (2018) *Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Mesleki Yetkinliklerini Değerlendirme Aracının Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*. Ankara: Türkan Ülker.
- Weigl, M., Müller, A., Vincent, C., Angerer, P., Sevdalis, N. (2012) *The Association of Workflow Interruptions and Hospital Doctors' Workload: A Prospective Observational Study*. BMJ Quality & Safety, 21(5), ss. 399-407.
- Yener, Y., Can, G. F. ve Toktaş, P. (2019) *Fiziksel Zorlanma ve Algılanan İş Yükü Düzeylerini Dikkate Alan Bir İş Rotasyonu Önerisi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi, 27(1), ss. 9-20.
- Yorulmaz, M. ve Pırol, M. (2019) *Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısının Ölçülmesi Üzerine Bir Araştırma*. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, ss. 15-21.
- Yuan, G., Han, J., Wang, Y., Liang, H., Li, G. (2019) *The Product Demand Model Driven by Consumer's Information Perception and Quality Perception*. Physica A, Cilt 535, ss. 1-10.

EKLER

EK-A: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Değerli katılımcılar;

Bu form '*Hemşirelerin İş Yükü Algıları ile Sağlıkta Kalite Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*' isimli çalışma hakkında sizi bilgilendirerek katılımınız için onay almak amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışma İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Bölümü yüksek lisans öğrencisi Yasen Tüfekçi'nin yüksek lisans tezi olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz bu formu imzalamanız istenecektir. Çalışmamızın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin iş yükü algıları ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi kayıt etmek ve incelemektir. Üç farklı ölçek içermektedir. Bunlar; Demografik bilgi formu, İş yükü Algısı Anketi, Sağlıkta Kalite Algısı Anketi.

Çalışmamız katılımcılar tarafından doldurulacak anketleri içermektedir. Araştırmaya 23-65 yaş arası Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerden 120 katılımcı dâhil edilmesi planlanmıştır. Çalışmaya katılmak, yukarıdaki ölçüm ve değerlendirmeler size hiçbir zarar vermeyecek, maddi ve manevi yük getirmeyecektir. Yapılacak tüm işlemler ve testler için herhangi bir ücret ödemeniz gerekmeyecek, maddi bir kazancınız da olmayacaktır. Çalışma boyunca oluşacak masraflar için size ve bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu'na bir maliyet yansıtılmayacaktır. Çalışmada kullanılmak üzere alınan bilgiler ve elde edilen veriler saklı tutulacak ve yalnızca İzmir Ekonomi Üniversitesi Etik Kurul Komitesine açık olacaktır. Veriler Bitirme Projesi'nde, herhangi bir yayın, rapor veya sunumda kullanılacağında isminiz gizli tutulacak, sizin tanınmanıza neden olabilecek hiçbir bilgi açıklanmayacaktır. Bu çalışmaya katılmama veya katıldığınız takdirde de çalışmayı istediğiniz aşamada bırakma hakkınız vardır. Ayrıca araştırmacı da katılımcıyı çalışma dışı bırakma hakkına sahiptir.

İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Programı yüksek lisans öğrencisi Yasen Tüfekçi tarafından yapılacak bilimsel araştırma ile ilgili

yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte hangi araştırmacıyı, hangi telefonda arayabileceğimi biliyorum (YL Öğrencisi: Yasen Tüfekçi: 5545410202, Danışmanı: Şermin Tükel: 5398257580). Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan kendi isteğim doğrultusunda çekilebilirim. Ancak bu davranışımın araştırmacıları zor durumda bırakacağını bildiğim için mümkün olduğunca çalışmanın başında katılım kararım konusunda net bir cevap vermeye çalışacağım. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma konusunda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün;

Adı Soyadı: Tarih:

Telefon Numarası: İmza:

Adresi:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı: Tarih:

Telefon Numarası: İmza:

Adresi:

EK-B: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz:.....

Yaşınız:.....

Eğitim Durumu:.....

Medeni Durum:.....

Çalışılan Birim:.....

Çalışma Süresi:.....

Kurumda Çalışma Süresi:.....

Birimde Çalışma Süresi:.....

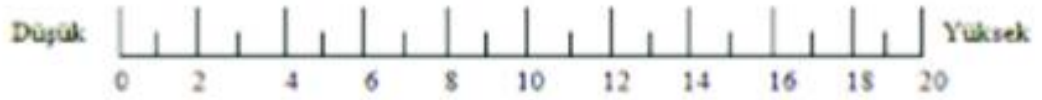
EK-C: İŞ YÜKÜ ALGISI ANKETİ

İş Yükü Boyutu	Değerlendirme Ölçeği	Açıklama
Zihinsel Talep(MD)	Düşük/Yüksek	Ne kadar zihinsel ve algılama aktivitesine ihtiyaç duyulduğu. (Düşünme, karar verme, hesaplama, hatırlatma, bakma, arama vb.) Görevin icrası hatasız ve kesin mi olmalı yoksa hata kabul edilebilir mi? Görev kolay mı zor mu? Sade mi karışık mı?
Fiziksel Talep(PD)	Düşük/Yüksek	Ne kadar fiziksel aktiviteye ihtiyaç duyulduğu. (ittirme, çekme, çevirme, kontrol etme, çalıştırma vb.) Görev basit mi yorucu mu, yavaş mı hızlı mı, gelişi güzel yapılabilir mi özel bir özen mi istiyor?
Zamansal Talep(TD)	Düşük/Yüksek	Belirli bir görevin bir aşamasını yerine getirirken ne kadar bir zaman baskısı, kısıtı üzerinizde hissetmektedirsiniz? Görevi yerine getirmek için atılan adımların hızlı ya da yavaş olması?
Performans(PL)	İyi/Kötü (yetersiz)	Verilen görevin hedeflerine ulaşmada size göre veya denetçilere göre ne derece başarılı olduğunuzu düşünüyorsunuz? Görevi yerine getirirken ne derece tatmin oluyorsunuz?
Caba/Efor (EL)	Düşük/Yüksek	Görevinizi yerine getirmek için ne kadarlık ağır çalışma gereklidir? (zihinsel ve fiziksel)
Rahatsızlık Seviyesi(FL)	Düşük/Yüksek	Görevinizi yerine getirirken kendinizi ne kadar güvensiz, gayri memnun, zarar görmüş, gerilmiş, sinirlenmiş, karışık, gevşek ya da karmaşık hissediyorsunuz?

ZİHNSEL TALEP



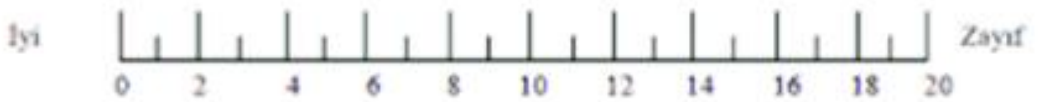
FİZİKSEL TALEP



ZAMANSAL TALEP



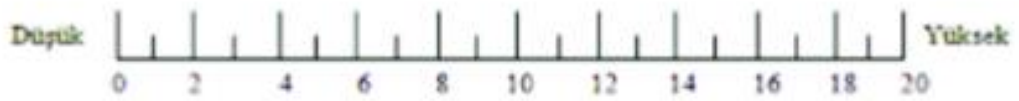
PERFORMANS



EFOR



RAHATSIZLIK SEVİYESİ



EK-D: SAĞLIKTA KALİTE ALGISI ÖLÇEĞİ

Bu çalışma, Merkezimizde çalışan personellerimizin kalite uygulamalarına yönelik algılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Anket soruları, “1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kısmen katılıyorum, 4- Katılıyorum ve 5- Tamamen katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Lütfen size en uygun gelen seçeneği boş bırakmadan işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
İFADELER	1	2	3	4	5
Yönetim ve Liderlik					
1. Hastane yönetimi, kalite geliştirme çabasında öncü ve itici güçtür.					
2. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan parasal kaynakları ayırır.					
3. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan insan kaynağını sağlar.					
4. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli komiteleri oluşturur.					
5. Hastanenin hizmet ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik bir vizyon ve misyonu vardır.					
6. Hastane yönetimi hizmet ve bakım kalitesini artırmak için gerekli değişimleri gerçekleştirir.					
7. Hastane yönetimi hizmet kalitesini artırmak için uygun ve yeterli sarf malzemeyi sağlar.					
8. Hastane yönetimi kalite çalışmalarında görünen aksaklıkları hızlı şekilde çözümler.					
9. Hastane yönetimi kalite hedeflerini tüm çalışanlara benimsetir.					
10. Hastane yönetimi, hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü oluşturmaya çalışır.					
11. Hastane yönetimi, karar alırken ilgili yöneticinin görüşünü dikkate alır.					
12. Hastane yönetimi tüm çalışanların kalite çalışmalarıyla ilgili kararlara katılımını destekler.					
İnsan Kaynakları Kullanımı					
1. Hastanenin işe alım kuralları ve süreci kalite çalışmaları çerçevesinde oluşturulur.					
2. Hastanenin kalite çalışmalarının yürütülüyor olması, adayların işe başvurusunu artırır.					
3. Kalite çalışmaları hastanenin personel sayısının artırılmasında etkili olur.					
4. Kalite çalışmaları, çalışan performans değerlendirme sisteminin adil yürütülmesini sağlar.					
5. Kalite çalışmaları, iyi işleyen bir performans değerlendirme sistemini zorunlu kılar.					
6. Kalite çalışmaları iş güvenliğine yönelik önlemler alınmasını sağlar.					
7. Kalite çalışmalarına katılma, çalışanların mesleki açıdan doyum sağlamalarında etkili rol oynar.					
8. Kalite çalışmalarına katılma çalışanların mesleki açıdan güçlenmesini sağlar.					
9. Kalite çalışmaları, bölümler ve çalışanlar arası iş birliğini destekler.					
10. Kalite geliştirme çalışmalarına katkı sağlayanlar mali olarak ödüllendirilir.					
11. Kalite geliştirme çalışmalarına katılanlar teşekkür mektubu gibi manevi ödül sistemiyle ödüllendirilir.					
12. Kalite çalışmaları, çalışanlar arasında adil bir ödül sistemi oluşturulmasını sağlar.					

13. Kalite çalışmaları, çalışanların özlük haklarının korunmasını destekler.					
14. Kalite çalışmaları, maliyeti düşürerek verimliliği artırır.					
Kalite Eğitimi					
1. Hastanede kalite çalışmalarına yönelik eğitim ve oryantasyon yapılır.					
2. Çalışanlara mesleki beceri ve performanslarını geliştirecek sürekli eğitim verilir.					
3. Hastanede çalışanların hata yapmalarını engelleyecek kontrol mekanizmaları vardır.					
4. Hastanede çalışan personel, etik kurallar konusunda bilgilendirilir.					
5. Kalite çalışmalarına karşı olumsuz tutumu önleyici eğitimlere önem verilir.					
Ölçme ve Değerlendirme					
1. Sağlık çalışanlarının mesleki yenilikleri kullanmalarına olanak sağlanır.					
2. Kalite çalışmaları kapsamında belirlenen hizmet standartları tüm çalışanlar tarafından bilinir.					
3. Kalite çalışmaları kapsamında yapılan anketlerin sonuçları hizmetin iyileştirilmesinde dikkate alınır.					
4. Kalite çalışmalarında kayıt ve belgelendirmeye önem verilir.					
5. Hastanede kayıt tutma zorunluluğu hizmetin uygun verilmesini sağlar.					
6. Kalite standartları, hizmet uygulamalarının etkinliğini ve verimliliğini sağlamada rehber olur.					
7. Kalite çalışmalarıyla risk analizinin yapılması risklerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur.					
Kurum Yararı					
1. Kalite çalışmaları hastanede bilimsel ve çağdaş hizmet sunumunu sağlar.					
2. Kalite çalışmalarıyla hastanede teknolojik açıdan en uygun hizmet verilir.					
3. Kalite çalışmalarıyla hastanenin müşteri memnuniyetinde sürekli artış sağlanır.					
4. Kalite çalışmaları hastanenin laboratuvar, radyoloji vb. tıbbi destek hizmetlerinde gelişme sağlar.					
5. Hastanenin kalite belgesine sahip olması hastalar tarafından yeğlenmesinde etkilidir.					
6. Kalite çalışmalarıyla hastanedeki ekipman ve teçhizat sürekli kontrol edilir.					
7. Kalite çalışmaları hastanenin dış paydaşları (SGK, diğer kurumlar) iş birliği geliştirmesine katkı sağlar.					
8. Kalite çalışmaları, hastaneyi yenilikçi düşüncelere açık duruma getirir.					
9. Kalite çalışmaları hastanenin fizik koşullarının iyileştirilmesini sağlar.					
Çalışan Yararı					
1. Kalite çalışmaları, sağlık çalışanlarının hizmet kalitesiyle ilgili tutum ve davranışlarını değiştirir.					
2. Kalite çalışmaları, hastaların sağlık çalışanlarına güvenini artırır.					
3. Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının yasal durumlara karşı kendisini korumasını sağlar.					
4. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının yaptığı hatayı çekinmeden raporlamasını sağlar.					
5. Kalite çalışmaları, hastaya yapılan her uygulama öncesinde kimlik doğrulamayı zorunlu kılar.					
6. Kalite çalışmaları iş güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasını zorunlu kılar.					

7. Kalite çalışmaları hasta ve çalışanların taciz ve saldırılara maruz kalmaları durumunda gerekli güvenlik önlemleri alınmasını zorunlu kılar.					
8. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamının iyileştirilmesini sağlar.					
Hasta Yararı					
1. Kalite çalışmaları hastaların uluslararası standartlarda hizmet almasını sağlar.					
2. Kalite çalışmaları hasta güvenliğinin sağlanmasında etkilidir.					
3. Kalite çalışmalarıyla hastalara bütüncül hizmet sunumu sağlanır.					
4. Hasta güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde çalışanlar bunu çekinmeden raporlar.					
5. Hasta güvenliğini etkileyen hatalarla ilgili olarak sağlık çalışanlarına eğitim verilir.					
6. Hasta güvenliğini etkileyen olaylar kalite bölümü tarafından incelenerek gerekli önlemler alınır.					
7. Kalite çalışmaları hasta ve sağlık çalışanı arasındaki çatışmaları azaltır.					
8. Kalite çalışmaları hasta gereksinimi ve beklentilerinin doğru değerlendirilerek karşılanmasını sağlar					
9. Kalite çalışmaları, hastanenin enfeksiyon oranı, düşme göstergelerini azaltır.					
10. Hastalara, hastane hizmetleriyle ilgili tanıtım kitapçığı dağıtılır.					
11. Hastalara sağlık bakım gereksinimlerinin ve sonuçlarının değerlendirildiği politikalar/süreçler mevcuttur.					
12. Hastalara gereksinimlerine uygun sağlık eğitimi verilir.					
13. Hastalara, hakları konusunda bilgi verilir.					

EK-E: ETİK KURUL İZİNİ



SAYI: B.30.2.İEÜSB.0.05.05-20-053

İZMİR EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ

28.02.2020

KONU: Etik Kurul Kararı hk.

Sayın Dr. Öğretim Üyesi Şermin TÜKEL,

27.02.2020 tarih ve 23 numaralı Etik Kurul toplantısında yöneticisi olduğunuz, İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tez Öğrencisi Yasen Tüfekçi'nin araştırmacı olarak görev aldığı "Hemşirelerin İş Yükü Algıları ile Sağlıkta Kalite Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu projeniz görüşülmüş ve projenizin etik açıdan uygun olduğuna, görüşmeye katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırma yapılacak kurumdan izin alınması gerektiği belirtilmiştir.

Gereği için bilgilerinize sunarız.

Sağlık Bilimleri Araştırmaları
Etik Kurulu



Başkan

Prof. Dr. M. İlgi ŞEMİN

Üye

Prof. Dr. Gül AKDOĞAN

Mazeretli



Üye

Prof. Dr. Sevinç İNAN



Üye

Prof. Dr. Gönül DİTÇİ HORASAN

Üye

Prof. Dr. R. Gülem ATABAY



Üye

Prof. Dr. Filiz ÖĞCE



Üye

Prof. Dr. Metiner TOSUN

EK-F: HASTANE İZİNİ



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



E-İmzalıdır

Sayı : 72298583-18.98-E.38098
Konu : Yasen TÜFEKÇİ'nin Çalışma İzni

16/06/2020

Sayın Hemşire Yasen TÜFEKÇİ

İlgi : 22/05/2020 tarih ve 55983 sayılı yazımız.

İlgi yazınızda belirtilen "Hemşirelerin İş Yükü Algıları ile Sağlıkta Kalite Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli çalışmanın hastanemizde Haziran 2020-Temmuz 2020 tarihleri arasında yapılması uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Nurettin ÜNAL
Başhekim V.



Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi
No:1606, 35340 Narlıdere/Balçova/İzmir
Tel: 0(232)412 1212
Elektronik Ağ: <http://www.hastane.deu.edu.tr/>

Bilgi İçin İrtibat:
Pakize ÖZGENÇ
Dahili:
E-Posta: pakize.ozgenc@deu.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Nurettin ÜNAL tarafından 16.06.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evra@miz: <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden K3763890X3 kodu ile doğrulayabilirsiniz.