T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE HEMŞİRE, SAĞLIK MEMURU VE EBELERİN KADROLAMA DURUMLARI VE HAREKETLİLİKLERİNİN İNCELENMESİ

115031

HAZIRLAYAN
NURCAN UYSAL

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. GÜLSEREN KOCAMAN

İZMİR-2002

"İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hemşire, Sağlık Memuru ve Ebelerin Kadrolama Durumları ve Hareketliliklerinin İncelenmesi" isimli bu tez 20.06.2002 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI
Jüri Üyesi

TEŞEKKÜR

Mesleki gelişmemde ve tez çalışmalarımı yaptığım dönem süresince rehberliği ile beni destekleyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'a; araştırma verilerimin toplanmasına izin veren İl Sağlık Müdürü Sayın Op. Dr. R. Gür USTAOĞLU'na; İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Sayın Doç. Dr. Ali GÜRBÜZ'e; Başhemşire Sayın Mürüvvet GÖKÇE'ye; Başhemşire Yardımcılarına ve tüm çalışma arkadaşlarıma; sabır ve desteklerinden dolayı aileme teşekkürlerimi sunarım.

Nurcan UYSAL

İÇİNDEKİLER **Sayfa No**

Tablolar Dizini i

Şekiller Dizini iii

Türkçe Özet iv

İngilizce Özet vi

1. **GİRİŞ** ---- 1

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi ---- 1

1.2.Araştırmanın Amacı ---- 4

2. GENEL BİLGİLER ----5

2.1. SAĞLIK İNSANGÜCÜ PLANLAMASI ---- 5

2.1.1. Sağlık İnsangücü Planlamasının Aşamaları ---- 7

2.1.2. Sağlık İnsangücü Planlaması Metodları ---- 8

2.1.2.1.İnsangücü/Nüfus Oranı Metodu ---- 8

2.1.2.2. Sağlık İhtiyaçları Metodu ---- 8

2.1.2.3. Hizmet Hedefleri Metodu ---- 8

2.1.2.4 Sağlıkla İlgili Talepler Metodu ---- 9

2.1.2.5. İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Metodu (WISN) ---- 9

2.2.TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSANGÜCÜ DURUMU VE PLANLAMASI---- 10

2.2.1. Türkiye'de Sağlık İnsangücü Planlaması Sorunları ---- 11

2.2.2. Sağlık İnsangücü Arz-Talep Analizleri ----13

2.2.3. Türkiye'deki Mevcut Hemşire-Ebe ve Sağlık Memuru Sayısı ve Kurumlara Dağılımları ----15

2.2.4. Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru İnsangücünün Coğrafi Dağılımı ----16

2.2.5. Personel Hareketliliği ---- 18

2.2.6. Nakiller ---- 20

2.3. HEMŞİRE İNSANGÜCÜ PLANLAMASI ---- 21

2.3.1. Hemşire İnsangücü Planlaması Metodları ----24

2.3.1.1. İyi Hizmet Modelleri ----24

2.3.1.2. Standartlar Ve Kriterlere Göre Planlama ----24

2.3.1.3. İnsangücü/Nüfus Oranı ----24

2.3.1.4. Personel Merkezli Analiz ---------- 25
2.3.1.5. Hasta Merkezli Analiz ---------- 25
2.3.2. Hemşirelik Aktiviteleri Sınıflama Sistemleri ---------- 25
2.3.3. Kurumiçinde Hemşire İnsangücü Dağılımının Yapılması ----------27
2.3.3.1. Vaka Yöntemi ---------- 29
2.3.3.2. Fonksiyonel Yöntem ----------29
2.3.3.3. Ekip Hemşireliği Yöntemi ---------- 29
2.3.3.4. Primer Hemşirelik ----------29
2.3.3.5. Modüler Hemşirelik ----------30
3.GEREÇ VE YÖNTEM ---------- 32
3.1.Araştırmanın Türü ----------32
3.2.Araştırmanın Yeri ---------- 32
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ---------- 33
3.4.Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması ---------- 33
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi ----------34
3.6.Süre ---------- 34
3.7. Terimlerin Tanımı ----------34
4. BULGULAR ---------- 35
4.1.Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarına İlişkin Bilgiler ----------35
4.2. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kadro Standartları ve Birimlere Göre Dağılımına İlişkin veriler ---------- 38
4.3.Bakım Zamanlarının Dağılımına İlişkin Bulgular ---------- 42
4.4.Kurumiçi Hareketlilikleri ve Bunu Etkileyen Faktörler ---------- 43
4.5. Kurumlararası Hareketlilikleri ve Bunu Etkileyen Faktörler ----------49
5. TARTIŞMA ---------- 55
5.1.Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalışma Yaşantıları ---------- 55
5.2.Kadro Doluluk Durumu, Yataklı Birimlerde Hemşire/Hasta Oranları ve Hasta Başına Düşen Hemşire Bakım Saatleri ----------57
5.3. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Mesai Saatlerinde ve Nöbetlerde Direk ve İndirek Hasta Bakımıyla, Meslek Dışı İşlevlere Ayırdıkları Zaman ----------59
5.4. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumiçi Hareketlilikleri ----------60

5.5. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumiçi Hareketliliklerini Etkileyen Faktörler ---------- 61
5.6. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumlararası Hareketlilikleri ---------- 61
5.7. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumlararası Hareketliliklerini Etkileyen Faktörler ---------- 62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ----------65
7. KAYNAKLAR ---------- 68
8. EKLER ---------- 74
Ek-1: Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşire/Ebe/Sağlık Memurlarının Profillerini Belirleme Soru Formu
Ek-2: Kliniklerdeki Hemşire-Ebe / Hasta Oranlarının Belirlenmesine Yönelik Veri Toplama Formu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Türkiye Genelinde Yataklı Tedavi Kurumları ve Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire, Sağlık Memuru ve Ebe Sayılarının Dağılımı ---------- 15

Tablo2: Türkiye'de Hemşire, Sağlık Memuru ve Ebelerin Bölgelere Göre Dağılımları ve Kişibaşına Nüfus Oranları (1998)----------17

Tablo 3: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Yaş, Medeni Durum, Çocuk Sayısı Ve Eğitim Durumları ---------- 35

Tablo 4: Araştırma Kapsamına Alınan hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Çalışma Yaşantılarına İlişkin Bulgular ----------36

Tablo 5: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Son Bir Yılda Kurumdışı ve Kurumiçi Eğitimlere Katılma Durumları ----------37

Tablo 6 : Hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Mezun Oldukları Okula Göre, Aldıkları Temel Eğitimi Yeterli Bulma Durumları ----------37

Tablo 7: Kadro Standartları Yönetmeliğine Göre (26 Ekim 1994) İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ndeki Hemşire ve Ebe Sayılarıyla Mevcut Durumun Karşılaştırılması ----------38

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yataklı Birimlere Göre Dağılımlarıyla, Haftaiçi ve Hafta Sonu Hemşire ve Hasta Sayıları ---------- 39

Tablo 9: Kliniklerde Gündüz, Gece ve Haftasonu Nöbetlerde Hemşire/Hasta Oranları ve Hasta Başına Düşen Hemşire Bakım Saatlerinin Dağılımı ----------41

Tablo 10: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Mesai Saatlerinde ve Nöbetlerde Direk ve İndirek Hasta Bakımıyla, Meslek Dışı İşlevlere Ayırdıkları Zamanın Dağılımı ----------42

Tablo 11 : Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Son Bir Yılda Kurumiçi Yer Değiştirme Sıklıkları ----------43

Tablo 12: Son Bir Yılda Kurumiçinde Yer Değiştiren Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yer Değiştirme Nedenleri ---------- 43

Tablo 13 : Son Bir Yılda Kurumiçinde Bir ve İki Kez Yer Değiştiren Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumiçi Yer Değişim Tablosu ---------- 44

Tablo 14: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalıştıkları Birimlere Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketlilikleri ---------45

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tablo 15: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Medeni Durumlarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması ----------46

Tablo 16: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çocuk Sayılarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması ----------46

Tablo 17: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yaşlarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması ----------47

Tablo 18: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Eğitim Durumlarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması ----------47

Tablo 19: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Nöbet Sayılarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması----------48

Tablo 20: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Hasta Sayılarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması ----------48

Tablo 21: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalışma Şekline Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması ----------49

Tablo 22: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumlararası Hareketlilik Sayıları ---------- 49

Tablo 23: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Son Yer Değişim Nedenlerine Göre Dağılımları ---------- 50

Tablo 24: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Medeni Durumlarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması ----------51

Tablo 25: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çocuk Sayılarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması ---------- 51

Tablo 26: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Eğitim Durumlarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması ----------52

Tablo 27: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yaşlarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması ----------52

Tablo 28: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Nöbet Sayılarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması ----------53

Tablo 29: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Hasta Sayılarına Göre Kurumlararsı Hareketlilik Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması ----------53

Tablo 30: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalışma Şekline Göre Kurumlararsı Hareketlilik Sayısı Ortalamalarının Karşılaştırılması ----------54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 : İnsangücü İhtiyacının Saptanması ----------14

Şekil 2 : Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Şeması ----------31

ÖZET

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE HEMŞİRE, SAĞLIK MEMURU VE EBELERİN KADROLAMA DURUMLARI VE HAREKETLİLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Sağlık personelinin yetersizliği önemli bir sorundur. Bu konuda yaşanan önemli sorunlardan birisi personel dağılımında yapılan hatalar, diğeri personel verimliliğini olumsuz yönde etkileyen kurumiçi ve kurumlararası hareketliliktir. Sağlık insangücü kaynaklarının planlanmasında mevcut durumun saptanması yeni planlamalara yol gösterici olacaktır. Bu görüşten yola çıkarak planlanan bu araştırmanın amacı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşire, sağlık memuru ve ebelerin; birimlere dağılımını, kadrolama durumlarını, mesai saatleri ve nöbetlerde hasta/hemşire oranlarını, bakım zamanlarının dağılımını, kurumiçi ve kurumlararası hareketliliklerini ve bunu etkileyen etmenleri incelemektir.

Araştırmanın örneklemini hastanede çalışan toplam 460 hemşire, sağlık memuru ve ebe oluşturmuş, veriler Mayıs 2001'de toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak hemşire, sağlık memuru ve ebelerin profilini belirleme soru formu ile hemşire/hasta oranlarının belirlenmesine yönelik veri toplama formu kullanılmıştır.

Kliniklerdeki hemşire sayısı 6-8 arasında değişmektedir. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde sekiz saatlik gündüz mesaisinde bir hemşireye düşen hasta sayısı 4.5 - 8.8, nöbetlerde 13.6 - 30.9'dur. Hasta başına, 24 saatte, hemşire bakım saati dahiliye ve cerrahi klinikleri için 1.4 – 2.7 saat, yoğun bakımlar için 4.8 – 24.0 saat arasında değişmektedir. Hemşirelerin gündüz direk hasta bakımına ayırdıkları süre nöbete göre düşük, indirek bakım ve meslek dışı işlevlere ayrılan zaman fazladır. Hemşirelerin %15.6'sının kurumiçinde yılda bir kez, %1.5'inin iki kez yer değiştirdikleri belirlenmiştir. Medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yaş, nöbet sayısı, bakılan hasta sayısı ve çalışma şeklinin kurumiçi yer değişikliklerinde belirleyici bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır.

Örnekleme alınan personelin %83.7'sinin çalışma yaşamları süresince 1 - 7 kez kurum değiştirdikleri saptanmıştır. Yer değiştirme nedenleri; eş durumu, yer değiştirme isteği, aileye yakınlık, eğitim, büyük şehirde yaşamak, köy şartlarının zorluğu, zorunlu tayin, istifa etme ve geçici görevle tayindir. Kurumlararası hareketlilik ortalamaları evlilerde, 2 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda, sağlık meslek lisesi ve açıköğretim fakültesi önlisans mezunlarında, 30 ve üzeri yaştakilerde anlamlı olarak yüksek bulunurken, nöbet sayısı, bakılan hasta sayısı ve çalışma şeklinin yer değişiminde etkili olmadığı

belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre planlamacılar, hastane başhemşireleri ve araştırmacılar için öneriler sunulmuştur

Anahtar Kelimeler: Kadrolama, Hareketlilik, Hemşirelik.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

ABSTRACT

A STUDY ABOUT STAFFING AND STAFF MOVEMENT OF NURSES AND MİDWİFES AT İZMİR ATATÜRK TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

The shortage of health personnel is a problem of great importance. One of the important problems experienced is the maldistribution of personnel, the other is the movement inside and outside the hospital which affects the productivity of the staff in a negative way The assessment of the present condition in the planning of health manpower will be a good guide for the future plans to be made. From this point of view, the aim of this study is to examine the distribution of nurses and midwifes among the units, their staffing profile, working hours, patient-nurse ratio on each shift, nursing hours, their movement trends inside and outside the institution and affecting factors.

Data were obtained from 460 nurses and midwifes staffed in a teaching hospital during the May of 2001. The questionnaire included items about demographics, working conditions and movement profile of the sampling. The data for the staffing profile obtained from the monthly patient-nurse records in every unit.

The number of nurses working at clinics ranged from 6-8. The number of patients per nurse ranged from 4.5 and 8.8 during the day shift and 13.6 and 30.9 during the night shift in medical and surgical units. Nursing hours per patient day ranged from 1.4 and 2.7 hours for medical and surgical clinics and ranged from 4.8 and 24.0 for intensive care units. The time spent for direct care was less than the indirect care in the day shifts. It has been determined that 15.6% of the nurses have been moved once a year, 1.5% of them have been moved twice a year in the institution. There has been no significant effect of demographic characteristics and working conditions on movement in the institution.

Results showed that 83.7% of the sampling have been moved 1 - 7 times between the health care institutions throughout working life. The reasons of movement outside the institutions were marital status, individual desire, willing to be close to their family, education, desire to live in big cities, difficult working conditions in villages, obligatory appointment, resignation, temporarily appointment. The movement number has been found high among the married with 2 or more children, among the graduates baccalaureate and associate degree programs , among the staff older than 30. Implications for planners, nurse managers and researchers from the research are recommended.

Key Words: Staffing, Movement, Nursing.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yüzyılımızda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) temel amacını "21. Yüzyılda Herkes İ Sağlık-21 Hedef" olarak belirlemiştir (1). Sağlık Bakanlığı tarafından 25 Aralık 2(tarihinde doküman haline getirilen "Sağlık 21-Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef Stratejileri" kamuoyuna duyurulmuştur (2). "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" hedefleri ulaşmak için yapılacak çalışmalarda öncelikli konulardan birisi de sağlık hizmetlerin insan kaynaklarının geliştirilmesidir. Sağlık insangücünün nitel ve nicel açıdan yeterlili ile uygun bir şekilde istihdamının bilimsel verilere dayalı olarak izlenmesine gereksinir vardır.

Herkes için sağlık hedeflerine ulaşmak için sağlık ekibinde etkin bir konumd bulunan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının sayısı ve nitelikleri son derece öner kazanmaktadır. Ancak ülkelerin çoğunda hemşire, ebe, sağlık memuru, doktor ve diğer sağlık personelinin dağılımında dengesizlik vardır. Ülkemizde sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir. Hemşire ve ebeler için en çok karşılaşılan sorun personel eksikliğidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye gelişmiş ülkelerin %95'i, gelişmekte olan ülkelerin %83'ü hemşire ve ebe azlığından söz etmektedir (3,4,5,6,7,8,9,10). Türkiye'nin 2000 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) tahminleri doğrultusunda 100.000 hemşireye ihtiyaç olduğu ileri sürülmektedir (11). DPT sekizinci beş yıllık kalkınma planında, sağlık personelinin sayı ve nitelik olarak geliştirilmesi ve dengeli dağılımının sağlanması amacına yer vermektedir (3).

Türkiye'nin Avrupa Birliğine adaylığı sürecinde yapması gereken uyum çalışmalarından birisi Ulusal Sağlık Reformunun gerçekleştirilmesidir. Bu reformun gerçekleştirilmesi Türkiye'nin başlıca sağlık sorunlarının çözümünden geçmektedir. Ülkedeki sağlık hizmetlerinin coğrafi, kentsel ve kırsal farklılıkları, etkili sağlık hizmetleri sunumu için kaynaklarda rasyonel kullanımın sağlanamaması en önemli sorunlardan birisidir. Gerek finansal, gerek donanım, gerekse insangücü açısından kıt kaynaklara sahip olan sağlık hizmet sektörü, bu kaynaklardan en üst düzeyde yararlanmada, hizmetin etkinlik ve verimliliğini etkileyici faktörleri soruşturmak ve planlamak ihtiyacı içindedir. Kaynak israfının engellenmesi için öncelikle mevcut durumun belirlenmesi çözüme ulaştırıcı çabaların yönünü belirleyecek ilk adımı oluşturmaktadır (12,13,14).

Sağlık insangücü planlaması; makro ve mikro planlamayı içeren insangücü arz ve ihtiyacını, insangücü dağılımını, personel standartlarını, görev tanımlarını, görev ihtiyaçlarının belirlenmesini ve tüm bunlarla ilgili denetim yapısını kurmayı kapsayan bir süreçtir. Makro açıdan insangücü planlaması ülke ekonomisinin ihtiyaç duyduğu işgücünü nicelik ve nitelik açısından belirlemek ve belirlenen hedeflere ulaşmak için yapılanlardır. Mikro açıdan insangücü planlaması ise, kurum ve kuruluşun amaçlarına ve görevlerine uygun olarak personel istihdamını gerçekleştirmek ve personelden verim elde etmeyi amaçlamaktır.

Sağlık insangücünde öncelikli olarak ele alınması gereken iki temel alan, sağlık insangücünün ülkenin şartlarına ve önerilen sağlık sistemine uygun olarak eğitilmesi ve bunların ülke çapında dengeli dağılımıdır. Sağlık insangücünün niceliği ve niteliği, kamu kadrolarına ve nüfusa göre değil Dünya Sağlık Örgütü'nün 53. Dünya Sağlık Asamblesi'ndeki sağlık insangücüyle ilgili önerileri ve iş yükü yöntemlerine göre planlanmalıdır. Sağlık insangücü planlamaları geleceğe yönelik yapılmalıdır. Türkiye'de insangücü planlanmasında, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), meslek örgütleri ve ilgili diğer kuruluşlar etkili bir koordinasyon içinde çalışmalıdır (4,14,15).

Sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar çeşitli olup hastaneler, ülkemizde yataklı tedavi kurumlarının temelini oluşturur (13). Hastanelerde hasta bakım kalitesinden yönetici hemşireler sorumlu tutulmaktadır. Yönetici hemşirelerden hasta bakım standartlarını saptaması ve bu standartlara ulaşmak için gerekli planlamaları yapması beklenmektedir. Bu planlamalardan biri de hemşirelik insangücü planlamasıdır. Hemşirelik insangücü planlaması; hemşirelik personeli gereksinimlerinin belirlenmesi, kurumlarda belli bir çalışma düzeyinin sürdürülmesi için gerekli olan bakımı verebilecek insangücünü sayısal ve niteliksel olarak sağlama ve belirleme sürecidir (16,17).

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalışma profillerinin belirlenmesi, bireysel özelliklerinden oran incelemelerine, alan çalışmalarından bilgi bankalarından yararlanılmasına kadar geniş kapsamlı çalışmalar gerektirir. Hemşire, ebe ve sağlık memurluğu hakkında bir bilgi bankası oluşturmak için, bu insangücünün eğitimini, görev yetki ve sorumluluklarını, mesleğin yasal durumunu gelecek için yapılan planlar ışığında incelemek gereklidir (5,6).

Ülkemizdeki yanlış sağlık insangücü politikaları, bazı hastanelerde hemşire sayısında fazlalık bazılarında sayıca yetersizlik olmasına neden olmaktadır. Hastane işletmecilerinin az sayıda hemşireyle çok sayıda hasta bakımı politikası güderek kısa vadede kar etmeyi düşünmesi, yönetici hemşirelerin bölümlere yanlış hemşire dağılımı yapması, vardiyalara doğru orantıda hemşire dağılımının yapılmaması gibi nedenlerle yataklı tedavi kurumlarında hasta/hemşire oranları istenilen nitelikte olmamaktadır (5,9,18).

Hasta/Hemşire oranındaki yetersizliğin sonuçları ülke, kurum, hasta ve hemşire açısından değerlendirilmelidir. Ülke açısından; yüksek mortalite, hastane enfeksiyonlarında artış, hastaların hastanede kalış sürelerinin uzaması gibi nedenlerle ülke çapında ekonomik kayıplara neden olur. Kurum açısından; hasta memnuniyetsizliği, hasta sayısında azalma, prestij ve maddi kayıplar, hastane enfeksiyon oranında artış ve uzun süre yatak işgali gibi olumsuzluklar söz konusudur. Hasta açısından; memnuniyetsizlik, kuruma ve hemşireye karşı güvensizlik, iyileşme sürecinde uzama nedeniyle maddi kayıp ve yaşam kalitesinde düşüşlere neden olur. Hemşire açısından; tükenmişlik, özgüven eksikliği, yeni meslek arayışı, mesleki doyumsuzluk görülür (6,18).

Falik'in araştırmasında Amerika'da yetersiz sayıda olan uzman hemşirelerin yerlerinin daha az beceri sahibi, daha düşük maliyetli hemşire işgücüyle doldurulmaya çalışıldığı ve bunun sonucunda uzman hemşirelerin işyükünün çok arttığı, bakımda kalitenin düştüğü ve hasta memnuniyetsizliğinin arttığı belirlenmiştir. Hemşire personelinin azlığı nedeniyle yaşlanan bir işgücü tablosunun oluştuğu bildirilmiştir (19).

Blegen, Goode ve Reed'in araştırmasında hemşire sayısının yeterli olması sonucunda hemşirelerin bakım saatleri oranının artmasıyla ilaçla tedavi uygulama hatalarında, hastaların düşmeye bağlı kazalarında, hasta ve ailelerin şikayetlerinde, ölüm oranlarında, enfeksiyonlarda ve yatak yarası görülme oranlarında düşüş meydana geldiği bildirilmektedir (20). Benner, hemşire sayısının az, hasta sayısının çok olduğu ünitelerde çalışan hemşirelerin yeterli bakım veremediklerini, hastanın izlenmesinde azalma, tedavilerde gecikme, raporların kötü tutulması, tıbbi hatalarda artış meydana geldiğini belirlemiştir (21).

Kurumlarda çalışan sağlık personelin çalışma yerinin sık sık değiştirildiği yani yüksek oranda personel hareketliliğinin olduğu bilinmektedir. Personel değişim hızının yüksek olması sonucunda bilgi ve beceri birikiminin oluşmadığı, örgütsel kimlik ve bütünün parçası olma anlayışının yerleşmediği görülür. Sağlık personelinin dengesiz

dağılımı nedeniyle sürekli geçici görev karmaşasının yaşanması, verimsizlik, işgücü kayıpları, personelin sisteme güvenini kaybetmesi, huzursuzluk, motivasyon eksikliği meydan gelir (22).

Sağlık sektöründe etkili hizmet sunmanın en önemli koşullarından biri, gerekli özelliklere sahip yeterli insangücünün istihdam edilmesidir. İstihdam edilen personelin hem nicel hem de nitel açıdan yeterli olması önemlidir. Dünyada ve ülkemizde hemşire sayısının yetersiz olduğu bir gerçektir. Bu durum eldeki mevcut hemşire insangücünü en verimli şekilde kullanmak zorunluluğunu doğurur. Yeterli insangücünün sağlanması ve dengeli dağılımı, bakım standartlarının belirlenmesi, hemşire işyükünün düzenlenmesi ile gerekli hemşire işgücü planlanması sağlanmış olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde bir çok sektörde olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nda da personel yetersizliği önemli bir sorundur. Personel yetersizliği durumunda, personelin doğru kullanımı konusunda yapılan planlar daha fazla önem kazanmaktadır. Bu sorun, ülkenin yaşadığı ekonomik kriz nedeniyle giderek derinleşmekte ve sağlık insangücü planlaması yaşamsal önem taşımaktadır. Bu konuda yaşanan önemli sorunlardan birisi personel dağılımında yapılan hatalar; bir diğeri de personel verimliliğini olumsuz yönde etkileyen kurumiçi ve kurumlararası hareketliliktir. Sağlık insangücü kaynaklarının planlanmasında mevcut durumun saptanması yeni planlamalara yol gösterici olacaktır. Bu görüşten yola çıkarak planlanan bu araştırmanın amacı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşire, sağlık memuru ve ebelerin;

- Çalışma özelliklerini,
- Hastanede birimlere dağılımını,
- Kadrolama durumlarını,
- Mesai saatleri ve nöbetlerde hasta/hemşire oranlarını,
- Bakım zamanlarının dağılımını ve doğrudan bakım uygulamalarına ayırdıkları zamanı,
- Kurum içi ve kurumlararası hareketliliklerini ve bunu etkileyen etmenleri incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK İNSANGÜCÜ PLANLAMASI

Bir örgütte her çeşit sağlık hizmetini üreten personelin tümü sağlık insangücünü oluşturur. İnsangücü, personel, insan kaynakları terimleri genellikle eş anlamlı olarak kullanılır. Sağlık hizmetleri özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış bir insangücü gerektirmektedir. Sağlık isangücünün nitelik ve niceliğini geliştirmeye yönelik çalışmaların en önemli aşamasını tutarlı bir sağlık insangücü politikası geliştirilmesi ve bu bağlamda planlama, eğitim ve yönetim politikalarının koordinasyonunun sağlanması oluşturmaktadır. İnsangücü geliştirme Dünya Sağlık Örgütü'nce şöyle tanımlanmaktadır: "İnsangücü planlaması, eğitimi ve yönetimi, başka bir deyişle ihtiyaçların tespiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sisteminde kalmaları için kariyer gelişimi olanaklarını sağlayacak adımların atılmasıdır" (9,23).

Günümüzde mal ve hizmet üretiminde en önemli unsur herşeyi planlayan, karar veren insandır. Hizmetin en az masrafla ve en kaliteli şekilde üretilmesi, o işle ilgili insangücünün nitelikli olmasına ve istenilen zamanda bulundurulmasına bağlıdır. İhtiyaç duyulan insangücünün nitelik ve niceliğinin belirlenmesi, insangücü planlaması ile mümkündür (23).

Planlama, kaynak kullanımının önceden belirlenmiş amaç ve öncelikler doğrultusunda denetim altına alınması ve amaçlara uygun biçimde kullanılmasıdır. Planlama, etkin yönetimin yapılması en zor, ihmal edilmesi en kolay bileşenidir (23,24). İnsan kaynakları planlamasındaki temel güçlük, planlanacak olan şeyin "insanla ilgili" olmasında yatar (25). Diğer bir ifadeyle insangücü fiziksel, psikolojik ve sosyal nitelikleriyle ölçüye vurulması çok güç, homojen özellikler göstermeyen bir üretim girdisidir (23).

İnsan kaynakları planlaması, değişen ekonomik, politik ve çevresel koşullar altında organizasyonun işgücü gerekleri belirlendikten sonra ve bu gereksinimi yanıtlayacak politika ve programların oluşturularak uygun personelin seçilmesi, yerleştirilmesi, değerlendirilmesi ve eğitimi yoluyla doğru sayıda, doğru yerde, doğru zamanda, doğru yeteneklerde personel gereksinimini karşılama sürecidir. İnsangücü planlaması, işletme için insangücü arzı ile talebini düzenlemek ve bunu işletmenin genel hedefleri ile uyumlu hale getirmek amacını gütmektedir (9,14,23,26).

İnsangücü planlamasının başarılı olabilmesi için işletme içinde insangücü ile ilgili sayısal ve niteliksel özelliklerin toplanması insangücü gereksinim ve kayıplarının kestirilmesi, işletme amaçları ve politikaları doğrultusunda yerine getirilecek görevler için en uygun elemanların işe alınması ile işgücü fazlası belirlendiğinde de bu durumun uygun bir yöntemle ortadan kaldırılmasını kapsaması gerekmektedir. Buna göre insangücü planlaması, işletmelerin insangücü gereksinimlerinin ne olduğunu ve hangi insangücü sorunlarının ivedi çözüm beklediğini belirlemeye yardımcı olmalıdır. Böyle bir amaç işletmenin etkinliğini arttıracak ve çalışanların istenilen başarı düzeyine erişmelerini sağlayacaktır (23).

Sağlık sistemleri yönetiminin amacı, sağlık bakımını sağlayacak popülasyonun en etkin ve yeterli olacağı organizasyonları sağlamaktır. Bu temel amacın yan amaçlarından bir tanesi, çalışacak kişilerin nitelik ve sayısı için doğru kararlar verebilmektir (27). Personel planlamasının doğru yapılmasının bazı önşartları bulunmaktadır. Bu önşartlar şunlardır:

1- Personelin, örgütün işini oluşturan eylemlere ve iş analizlerine dayalı olarak yapılmış görev tanımları bulunmalıdır.
2- Hizmet kullanım araştırmaları olmalıdır.
3- Örgütten ayrılacak personelin görev ve ayrılma zamanlarına ait planlama yapılmalıdır.
4- Personel planlaması yeterli bir dönemi kapsamalıdır (Uzun vadeli olmalıdır).
5- Personel planlaması, örgütün personel kaybına uyacak dinamiklikte olmalıdır (24,28).

Dünya Sağlık Örgütü İnsangücü Geliştirme Bilimsel Grubu'nun gelişmekte olan ülkelere sağlık insangücü planlamasında tavsiye ettiği veriler şunlardır (5):

- Demografik Bilgiler,
- Ekonomik bilgiler,
- Sağlık statüsü ve ihtiyaçlar,
- Nüfusun sağlık hizmetlerini kullanımı,
- Sağlık insangücü temini,
- Sağlık sistemi ve sağlık insangücü kullanımı,
- Sağlık insangücü eğitimi,

- Ülke genelinde sağlık insangücü planlaması.

2.1.1. Sağlık İnsangücü Planlamasının Aşamaları:

Sağlık insangücü planlama süreci, birbirini izleyen, ardışık ve birbirine bağımlı bir dizi etkileşimler zincirinden oluşmaktadır. Bu süreç, Hall & Mejia ile Hornby & R Shipp & Hall tarafından, farklı kaynaklarda, birbirinden çok farklı olmayan aşam ifade edilmektedir. Hall & Mejia'ya göre bu süreç planlama döneminin başlayışı ile a değerlendirme dönemi son basamaktır ancak bu süreç dinamiktir ve sürekli tekrarlar c Sürecin birinci aşaması, planlama döneminin başlayışı; ikincisi, durum analizi çalışmanın planlanması; üçüncüsü, verilerin toplanması ve analizi; dördüncüsü, plan politika oluşturulması; beşincisi, planın uygulanması ve altıncı aşama değerlendirme (5,29).

Hornby, sağlık insangücü planlaması aşamalarını şu şekilde belirtmiştir (30):

1) Hazırlık aşaması: Çalışma grupları oluşturularak ülkeye ait uzun vadeli demografik projeksiyonlar, sağlık hizmet öncelikleri, sağlığa ayrılan kaynaklar gibi konularda bilgi toplanır. Tüm çalışmanın taslağı ve zaman tablosu belirlenir.
2) Mevcut insangücü ve kurumlar hakkında rapor hazırlanması.
3) Sağlık insangücünün gelecekteki durumunun tahmin edilmesi.
4) Sağlık insangücü gereksinimi, kalite, kantite ve dağılımın belirlenmesi.
5) Mevcut kaynaklar ve gereksinimler arasındaki uyumsuzlukların belirlenmesi.
6) Belirlenen uyumsuzlukların çözümüne gidilmesi.
7) Organizasyona ve yönetime ait sorunların çözümlenmesi.
8) İnsangücü stratejilerinin ve çerçeve planın belirlenmesi.
9) Ayrıntılı sağlık insangücü gelişim planının hazırlanması.
10) Uygulama ve izleme.

Hall, Mejia ve Hornby'ın insangücü planlama aşamaları göz önünde bulundurularak insangücü planlaması dört evrede gerçekleştirilir:

1- Beklenen bakımın standart ve özelliklerine göre kurumsal amaçların ve politikaların belirlenmesi,
2- Nitelikli bakımı sağlayacak personelin sayı ve kalitesini belirlemek için uygun yöntemlerin kullanılması,
3- Personel politika ve rehberlerine uygun olarak personel görevlendirme sistemlerinin geliştirilmesi,

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURU... DOKÜ...

4- Elde edilen ürünlerin değerlendirilmesi ve personelin kaliteye olan etkisinin karar verilmesidir (14).

2.1.2. Sağlık İnsangücü Planlaması Metotları

Hornby & Ray & Shipp & Hall'a göre gelecekteki sağlık insangücü ihtiyacı, mevcut ve önerilen sağlık programları için gerek duyulan kişilerin sayısıdır. İnsangücü ihtiyaçları tahmin yöntemlerinin her biri farklı bilgilere ihtiyaç gösterir ve bu bilgilerin kullanımıyla farklı yollardan sonuca varılır. Sağlık insangücü planlamasında kullanılacak yöntemin seçimini etkileyen faktörler şunlardır:

- Planlanan insangücü tipi,
- Hükümetlerin yönelimleri ve sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu,
- Planlama kapasitesi,
- Uygun veriler,
- Sağlık sektörü üzerindeki hükümetin uygulamaları kontrol derecesi,
- Özel sektörün rolü ve bu rolün ölçüsü,
- Ülkenin gelişme düzeyi.

Sağlık insangücü planlaması çalışmalarında başlıca dört yöntem kullanılır. Her bir yöntem planlanan durumun verilerine göre diğerlerinden daha az veya çok uygun olabilen avantaj ve sınırlılıklara sahiptir (29,31).

2.1.2.1. İnsangücü/Nüfus Oranı Metodu:

Diğer metotlara göre daha temel demografik ve insangücü temini verilerine ihtiyaç gösterir. Bu yöntem genellikle varolan sağlık insangücü/nüfus oranını kullanır ve onu gelecekte çıkması muhtemel olan sağlık insangücü/nüfus oranı ile karşılaştırır.

2.1.2.2. Sağlık İhtiyaçları Metodu:

Toplumun biyolojik ihtiyaçlarını temel alır. Planlamacı, topluma optimal sağlık hizmeti sunabilmek için ne tipte ve ne kadar insangücüne ihtiyacı olduğu şeklindeki soruyu cevaplandırmaya çalışır.

2.1.2.3. Hizmet Hedefleri Metodu:

Verilen hizmetin hedeflerine temellendirilir. Genellikle sağlık otoriteleri tarafından konulan mevcut sağlık hizmetlerinin hedeflerini, sağlık ihtiyaçları, ekonomik talepler, hizmeti temin sistemi, yataklı ve acil hizmetler ve koruyucu hizmetlerin değişik tiplerini kapsayan çok sayıda faktöre bağlıdır. Sağlık sistemleri tarafından üretilen hizmetler ve toplum tarafından ihtiyaç duyulan hizmetlerin standart ve normları kullanılır.

2.1.2.4 Sağlıkla İlgili Talepler Metodu:

Demografik, ekonomik, coğrafi ve diğer değişkenlerin bir fonksiyonu olarak sağlık hizmetlerinin kullanımında temel bilgilere ihtiyaç duyar. Bu metod gerçekte kişilerin ne kadar ve ne tür sağlık hizmeti kullandığını ve elde edilen bu hizmetlerin maliyetini araştırır. Mevcut hizmetlerin yaş, cins ve gelir grupları tarafından kullanım oranları belirlenir. Bu oranlar daha sonra nüfus yapısında gelecekte olacak değişikliklere projekte edilir. Planlamacı, hizmette karşılanmayan talepleri de hesaba katabilir.

2.1.2.5. İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Metodu (WISN):

Sağlık personelinin istihdamında kuruluşların iş yükleri yanı sıra, bu iş yükünü oluşturan bileşenler ve hangi personel grubu tarafından verileceği son derece önemlidir. Bu görüşten hareketle gelişmekte olan ülkelere yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi (WISN-Workload İndicators of Staffing Need) geliştirmiştir. Bu yöntemle, her bir personel kategorisinin gerçekleştirdiği iş miktarı ve bu işler için belirlenmiş standartlar dikkate alınarak hesaplanmış personel ihtiyacı belirlenir.

WISN yöntemi; sağlık personeli tarafından gerçekte üstlenilen işe dayanmakta olup, çıktıları her yönetim seviyesinde kullanılabilmekte, kolay anlaşılabilmekte ve uygulanabilmektedir. Bununla birlikte farklı sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen farklı hizmetler veya aktiviteler için birim zamanlar oluşturulmakta ve bunlar *Aktivite Standartları* olarak adlandırılmaktadır. Bu aktivite standartları, hesaplamalara doğrudan etki eden çok önemli bir bileşendir. Bu bileşenleri, uzmanlar, kurum ya da personel bazında belirler. Her iki şekilde de öncelikle kurum ve personel grupları temelinde yapılan aktiviteler ve sunulan hizmetler listelenir. Bu hizmetlerin gerçekleştirileceği süreler zaman birimi üzerinden oluşturulur. Aynı hizmetin sunulduğu farklı ve hatta aynı tip kurumlarda, kullanılan malzeme, araç gereç farklılıklarından dolayı, kurumların işyükleri farklı olacaktır. Ayrıca kurumun hizmet istatistiklerinin doğruluğu da önem kazanmaktadır. Bir önceki yılın hizmet istatistiklerinin kullanılması, bizim gibi personel hareketliliğinin çok fazla olduğu ülkelerde bir sonraki yılın işyükünün hesaplanmasında isabetliliği azaltabilecektir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü İnsan Kaynakları Bölümü tarafından bu yöntem kullanılarak çalışmalar yapılmıştır (32).

Modern bir yönetim anlayışını ifade etmekte olan "İnsan Kaynakları Yönetimi"; insan kaynaklarının sağlanması ve koordine edilmesine yönelik yönetim karar ve hareketlerini oluşturur (33,34,35). Yapılan araştırmalar sonucunda insan faktörünün

işletmelerde özellikle verimlilik konusunda öneminin anlaşılması ve bu konunun gelişmesi personel yönetimi disiplinini insan kaynağı disiplinine dönüştürmüştür (36). Yirmibirinci yüzyılda rekabet, bilgi teknolojisi ve insan kaynakları üzerinde yoğunlaşacaktır. Nitekim personel idaresinden personel yönetimine, oradan da insan kaynakları yönetimine geçiş, böyle bir eğilimin sonucudur. Klasik personel yönetimi, organizasyonun mevcut personelinin yönetimini konu alırken, insan kaynakları yönetimi, organizasyon dışındaki personel potansiyelini, hatta organizasyonun değerini artırması açısından tüm toplumu dikkate alır. Bu modern yönetim şekli örgütte dinamik bir yapı oluşturarak, değişim yönetimini sağlayabilmelidir çünkü günümüzde insan kaynakları yönetimi "değişim yönetimi" olarak algılanmaktadır (25).

Sağlık sistemlerinde insangücü yönetimini makro (ülkesel ya da bölgesel) ve mikro (hizmetin verildiği birimler) olmak üzere iki düzeyde incelemek mümkündür. Makro düzeyde, istihdam, diğer bir deyişle global olarak sağlık personelinin işe alınması, ataması ve dağılımı yer almaktadır. Türkiye'de kamu sektörü açısından bakıldığında sağlık insangücü yönetiminin büyük ölçüde istihdam yönetimini kapsadığı görülmektedir. Mikro düzeyde ise ücretlendirme, motivasyon, teşvik, terfi ve iş organizasyonu gibi konular yer almaktadır. Sağlık sektöründe profesyonel yöneticilik kavramı yeterince gelişmediğinden mikro konuları içeren faktörlere verilen önem azdır. Oysa bu faktörler personelin işe bağlılığı ve personel hareketliliği, dolayısıyla verilen hizmetin kalitesi ile yakından ilgilidir (9,23).

İnsan kaynaklarının, organizasyona kazandırılması ve koordine edilmesi, insan kaynakları yöneticisinin görev ve sorumluluklarıdır. Yönetici, bir zaman dilimi içinde bir takım amaçlara ulaşmak için insan, para, hammadde, malzeme, makine, demirbaş vb. üretim araçlarını bir araya getirerek bunlar arasında uygun bir bileşim sağlamak için bir takım faaliyetlerde bulunmak zorundadır (23,37).

2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSANGÜCÜ DURUMU VE PLANLAMASI

Geniş anlamıyla kadrolama, işgücü gerekleri belirlendikten sonra bu gereklere uygun personelin seçimi, yerleştirilmesi, değerlendirilmesi ve eğitimi suretiyle örgüt içindeki pozisyonların doldurulmasıdır. Kadrolamada ilk aşama, söz konusu işi yürütecek pozisyonların tespitidir. İkinci aşama pozisyonlara gereken nitelik ve sayıda elemanların bulunması, seçilmesi, eğitilmesi ve tayiniyle ilgilidir (23,38).

İşgücü verimliliği, personel başına üretilen mal ya da hizmet miktarı ya da bunun parasal değeri ile ölçülür. Dolayısıyla işgücü verimliliğini açıklayan değişkenlerin başında personel sayısı gelir ve işgücü verimliliğini arttırabilmek için öncelikle personel sayısının gerçekçi olarak tespiti, bunun içinde nesnel ve ölçülebilir ölçütler ve yöntemlerin geliştirilmesi gerekir. Oysa bugün hastanelerimizde kadrolamada nesnelliği sağlayacak, böylece verimliliğin arttırılmasına katkıda bulunacak bir yöntemden söz etme olanağı yoktur (38).

Hastanelerin işleyişini belirleyen yasal düzenlemelerin çoğu bilimsel esaslara dayanmamakta ya da günümüz koşullarına uygunluk göstermemektedir. Örneğin, hastanelerin yatak ve işgören kadrolarını belirleyen Kadro Dağılım ve Kadro Kıstas Yönetmeliklerinde esas alınan kıstaslar belirsiz ve yetersiz olup, bu yönetmelikte hastanelerin ve servislerin gerek birbirlerine göre, gerekse kendi içlerinde değişen iş yükünü, bu iş yükünün önemli bir bileşeni olan hasta karması dikkate alınmamıştır. Ayrıca kadroların oluşturulmasında gerçekçi bir iş analizi ve iş dizaynı yapılmamıştır. Bu durum hastanelerde işgören verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir (39).

2.2.1. Türkiye'de Sağlık İnsangücü Planlaması Sorunları:

Türkiye'de 1960'lardan bu yana sağlık sektöründe bazı gelişmeler sağlanmış ancak bu gelişmeler istenilen düzeye ulaşamamıştır. Sorunların en önemli bölümünü de sağlık insangücüne yönelik sorunlar oluşturmaktadır. Sağlık insangücü alanındaki bu sorunlar şöyle özetlenebilir (9,40):

- Sağlık personelinin coğrafi ve kır/kent dağılımında dengesizlikler,
- Sağlık personelinin birbirlerine oranındaki dengesizlik; hekim sayısına oranla ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni sayısının yetersizliği,
- Sağlık personelinin temel eğitiminin, mezunları sahadaki, özellikle birinci basamaktaki uygulamalara hazırlamaktaki yetersizliği,
- Sağlık personelinin eğitim kalitesinin fiziksel kapasite, öğretim elemanı ve eğitim materyali yetersizlikleri nedeniyle düşüklüğü,
- Ebelik/hemşirelik personelinin profesyonel statüsünün, eğitim düzeyinin ve mesleki örgütlenmesinin yetersiz olması nedeniyle, istenilen düzeyde olmaması,
- Tüm sağlık personelinin ücretlerinin yetersizliği; sağlık personelinin motivasyonunun düşüklüğü, ücret ve terfinin performansla ilişkilendirilmemiş olması; gelişme düzeyi düşük bölgelerde çalışmayı özendirici önlemlerin olmaması,

- Personel istihdamı ve yönetiminin çok merkeziyetçi ve esneklikten yoksun (uygun kadro standartlarının eskiliği, mevcut standartların işyükü ve k kullanımından ziyade nüfus ve yatak sayılarına dayalı olması,
- Sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuatın yetersi görev analizlerinin olmaması,
- Sağlık personelinin sürekli eğitimi konusunda koordinasyon eksikliklerinin olması; eğitimlerin izlenmesi, personel istihdamına ve özlük haklarına yansıtılmasıyla ilgili düzenlemenin olmaması.

Ülkemizde sağlık insangücü planlamasıyla ilgili çalışmalar Dr. Refik Sayda döneminde başlamış ve ilk olarak sayısal yetersizlik üzerinde durulmuştur. Planlı dönen geçildikten sonra her dönemde sağlık insangücü planlamasına yer verilmiş olmasın rağmen istenilen sonuca ulaşılamamıştır. Bardak (2000) Türkiye'de Sağlık İnsangücünü durumuyla ilgili hazırlamış olduğu raporunda planlamaların istenilen düzeyde olmadığını, işbirliği ve koordinasyon eksikliği olduğunu, verilerin toplanması ve yorumlanmasında yetersiz kalındığını belirtmektedir (41). İnsan kaynaklarının planlanmasındaki başarısızlık Hornby tarafından en az altı nedenle açıklanmaktadır (42):

- Kurumların politikalarıyla, ulusal personel politikalarının bağlantısı yoktur.
- Eğitim politikalarıyla, personel politikaları birbirinden bağımsızdır.
- İşe alma uygulamaları, genellikle politika değiştirme becerisi sınırlı olan, ülkelerin sağlık bakanlıklarınca belirlenir.
- Politika yapanlar arasında bilgi ve koordinasyon zayıftır.
- Politikaları desteklemek için yürütme kapasitesi yetersizdir.
- Politikalar tüm sağlık organizasyonu tarafından yeterince bilinmez ya da anlaşılmaz (42).

Türkiye'de sağlık insangücü politikalarını saptayan ve uygulayan başlıca üç kuruluş vardır. Bunlar Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)'dur. DPT, genel hedefleri ve sağlık insangücünün eğitimi için bazı sayısal hedefler belirler. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili bölümleri ve YÖK sağlık insangücünün arzu edilen nitelik ve nicelik açısından eğitilmesini ve üretilmesini sağlar. Sağlık insangücünün istihdamından ise büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı sorumludur. DPT tarafından yapılan beş yıllık planlarda ayrıntılı ve uzun süreli plan yapılmadığı genel hedefler belirlenmekle yetinildiği görülmektedir. Bu planlar kantitatif olup, gelişmiş ülkelerdeki sağlık personeli

başına düşen nüfus esas alınmaktadır. Bu üç kuruluş arasındaki koordinasyon eksikliği, yetki ve sorumluluk dağılımındaki dengesizlik nedeniyle tutarlı bir politika izlenememiştir. Sağlık insangücü planlamasında, planı yapanlar, insangücü talebinde bulunanlar, istihdam edenler ile bu insangücünü yetiştirenler, eğitenler arasında sıkı işbirliği kurulmak zorundadır. Bu üç kuruluş Dünya Sağlık Örgütü İnsangücü Geliştirme Bilimsel Grubu'nun gelişmekte olan ülkelere sağlık insangücü planlamasında tavsiye ettiği verileri ortak şekilde toplayarak ülke için en uygun insan kaynakları planlama yöntemi geliştirmelidir (28). Bunun için konuyla ilgili yapılan araştırmalar kaynak olarak kullanılmalıdır. Türkiye'de sağlık insangücü planlaması konusunda, kapsamlı bir araştırma ilk kez Taylor, Dirican ve Deuschle tarafından 1963-1968 yılları arasında yapılmıştır (23).

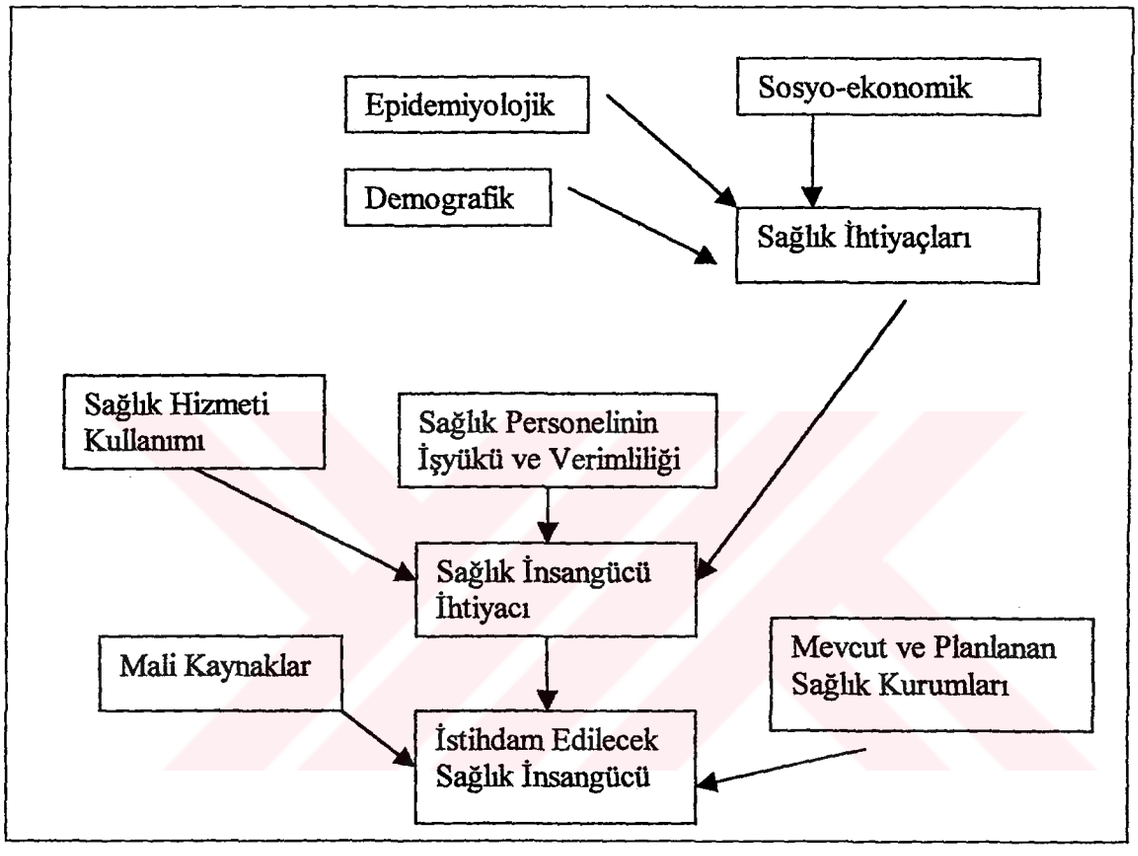
2.2.2. Sağlık İnsangücü Arz-Talep Analizleri:

Sağlık insangücü planlaması Dünya Sağlık Örgütü'nün de yıllarca üzerinde çalışmalar yürüttüğü ve bu konuda ülkelerin kendi koşullarına göre uygulayabileceği araçlar geliştirdiği bir alandır. Bu çalışmaların ürünlerinden biri sağlık insangücü arz ve ihtiyaç modelleri yazılımıdır. Planlamacılara ve politika belirleyicilere yardımcı olacak bir makro planlama aracı olan sağlık insangücü arz ve ihtiyaç projeksiyon modelleri yazılımı Hall tarafından geliştirilmiştir. Bu yazılım kullanılarak ülkesel düzeyde projeksiyonlar hazırlanabilecektir. Mikro düzeyde planlama araçlarının geliştirilmesine yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Saptama Yönteminin Türkiye'de uygulama çalışmaları yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nda son yıllarda, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü bünyesinde, sağlık insangücü planlamasına yönelik sağlık personeli ile ilgili bilgileri içeren veri tabanı oluşturulmuş, mevcut durum analizi yapılmıştır. Bunu planlamanın en önemli aşamalarından biri olan sağlık insangücü arz ve ihtiyaç projeksiyon modellerinin oluşturulması takip etmiştir. Projeksiyon modelleri, ortaya çıkacak arz-ihtiyaç- finansal kaynak tablosunu ortaya koymak ve muhtemel sorunları önceden saptayarak, bunlara yönelik stratejiler geliştirmek amacıyla kullanılan bir araçtır (43,44).

İnsangücü planlaması, personel arzı ve ihtiyacı saptandıktan sonra bu ikisi arasındaki dengeyi kuracak stratejiler geliştirilmesi esasına dayanır. Personel arzı, belirlenmiş bir zaman dilimi içinde hizmet vermeye hazır bulunan işgücü olarak tanımlanabilir. Personel arzını belirleyen, sektörde halen aktif olarak çalışan personel sayısı, okullardan her yıl mezun olan öğrenci sayısı, ölüm, istifa ve emeklilik gibi

nedenlerle sektörden kayıplardır. Gelecekteki personel arzını saptamak için, eldeki mevcuda okullardan mezun olacak personelin eklenmesi ve ölüm, emeklilik ve istifa gibi nedenlerle oluşacak kayıpların çıkarılması gereklidir (43,44).

Şekil 1: İnsangücü İhtiyacının Saptanması



Kaynak (44): Sağlık İnsangücü Arz ve İhtiyacı Projeksiyon Çalışmaları. Sağlıkta Strateji, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayın Organı, Mart 1995.

Sağlık insangücü ihtiyacının saptanmasında günümüze kadar kullanılmış yöntemlerden hiçbiri tatminkar olmamıştır. Sağlık insangücü ihtiyacının saptanması Şekil 1'den anlaşılacağı gibi karmaşıktır. Bunun nedeni, nüfusun epidemiyolojik, demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerinden kaynaklanan sağlık ihtiyaçlarını saptayabilecek ve bu ihtiyacı sağlık insangücü ihtiyacına dönüştürebilecek bir yöntemin olmamasıdır. İhtiyaç belirlemek için bugüne kadar Türkiye'de ve dünyada kullanılan başlıca yöntem nüfus/personel oranlarıdır (1000 nüfusa düşen hekim, hemşire, ebe, vs. sayısı gibi). Bu yöntem sağlık personelinin sayıca az olduğu dönemlerde toplam personel ihtiyacını ve eğitim kurumlarında yetiştirilmesi gereken personel sayısını belirlemek açısından yararlı

olmuş; ancak insangücünün sayısal yetersizliği giderilip dağılım ve nitelik sorunları ön plana çıktığında yetersiz kalmıştır. Ülke şartlarını yansıtan, gerçek sağlık insangücü ihtiyacını belirleyebilmek için ülkenin demografik ve epidemiyolojik özelliklerini, hizmet kullanımını, işyükünü ve tüm bunlarla birlikte finansal kaynakları dikkate alan yöntemlerin kullanılması gerekmektedir (9,43,44).

2.2.3. Türkiye'deki Mevcut Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru Sayısı ve Kurumlara Dağılımları:

Tablo 1: Türkiye Genelinde Yataklı Tedavi Kurumları ve Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire, Sağlık Memuru ve Ebe Sayılarının Dağılımı

Kuruluşlar		Hemşire	S. Memuru	Ebe
Sağlık Bakanlığı (1999)	Yataklı(n=734)	24.717	***	12.196
	Yataksız	15.500	***	25.832
	Toplam	40.217	25.760	38.028
SSK (1998)	Yataklı (n=115)	8.964	***	1.684
	Yataksız	***	***	***
	Toplam	8.964	***	1.684
Üniversite (1998)	Yataklı (n=42)	10.766	2.653	125
Özel (1998)	Yataklı (n=260)	3.355	***	1.083
	Yataksız	***	***	***
	Toplam	3.355	2.071	1.083
Diğer Kamu (1998)	Yataklı (n=20)	5.583	***	147
	Yataksız	***	***	***
	Toplam	5.583	2.363	147
TOPLAM		**68.885**	**35.656**	**41.067**

*** Mevcut istatistiklerde veri bulunmamaktadır.

Kaynak (11): Ülker S. Buldukoğlu K. Aksayan S. ve ark. Türkiye'de Hemşirelik. Temel Mesleki Eğitimi İle İnsangücü'ne İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Ankara, Mayıs 2001

Türkiye genelinde yataklı tedavi kurumları ve temel sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire, sağlık memuru ve ebe sayılarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan hemşire, ebe ve sağlık memuru sayılarının diğer kurumlara göre fazla olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde 1998 yılında toplam 68.885 hemşire, 35.656 sağlık memuru, 41.067 ebe bulunmaktadır. Hemşirelerin 40.217'si, sağlık

memurlarının 25.760'ı, ebelerin 38,028'si Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda çalışmaktadır (11).

Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kuruluşlarında kadro kıstaslarına göre, hemşire sayısında 27.525 eksik, ebe sayısında ise 5.063 fazlalık görülmektedir. Bu durum ebelerin hemşirelikle ilgili görevlerde, hatta hemşirelik kadrolarında yer aldıklarına ilişkin gerçek yaşamdaki gözlemleri desteklemektedir. Sağlık memurluğu bölümünden mezun olan erkekler "erkek hemşire" olarak kabul edilmelidir. Çünkü bunların eğitim programları hemşireliğe eşdeğerdir. Ayrıca, sağlık meslek liselerinin toplum sağlığı yada sağlık memurluğu bölümüne alınan öğrenci sayısı çevre sağlığı, röntgen, laboratuar teknisyenliği bölümüne alınanlardan her zaman çok daha fazla olmuştur (%86). Diğer bir deyişle sağlık memuru kadro unvanı altında yer alan personelin %86'sını toplum sağlığı bölümü mezunları oluşturmaktadır. Bu, Sağlık Bakanlığı 1999 istatistiklerine göre 35.000 erkek hemşire demektir. Ancak ne Sağlık Bakanlığı ne de DPT bu sayıyı mevcut hemşire sayılarına katmamaktadır (11).

Avrupa standartlarına göre 283 kişiye bir hemşire düşmesi gerekirken bu sayının çok daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak bu hesaplama, endüstrileşmiş ülkelerin üstesinden geleceği bir hesaplamadır. Bu sayı esas alınırsa Türkiye'nin kuşkusuz hemşire açığı vardır. Ancak, Türkiye varolanı istihdam edememekte ya da ucuz işgücüne dönüştürmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı ve yataksız kuruluşlarda Kadro Kıstas Yönetmeliği'ne göre halen hemşire sayısında 31.607, ebe sayısında ise 14.349 eksik olduğu bildirilmiştir (11).

2.2.4. Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru İnsangücünün Coğrafi Dağılımı

Türkiye'de sağlık insangücünün bölgeler arası dağılımında dengesizlik vardır. Farklılıklar sadece kır-kent arasında değil aynı zamanda doğu-batı arasında da mevcuttur. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının bölgelere göre dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir (45,46). En fazla hemşire (17.435) ve ebe (8.848) Marmara Bölgesi'nde, sağlık memurları (9.758) İç Anadolu Bölgesi'nde istihdam edilmişlerdir. En az hemşire (5.313) Doğu Anadolu Bölgesi'nde, ebe ve sağlık memurları en az Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bulunmaktadır. Hemşire, ebe ve sağlık memuru insangücünde özellikle üç büyük metropolde yığılma vardır.

Tablo 2 : Türkiye'de Hemşire, Sağlık Memuru ve Ebelerin Bölgelere Göre Dağılımları ve Kişibaşına Nüfus Oranları (1998)						
Bölge	**Hemşire**		**S. Memuru**		**Ebe**	
	Hemşire/ Nüfus	**Sayı**	**Sağlık Memuru/ Nüfus**	**Sayı**	**Ebe/Nüfus**	**Sayı**
Marmara	928	17.435	2.178	7.431	1.829	8.848
Ege	782	10.819	1.483	5.697	1.176	7.155
Akdeniz	1.051	7.664	1.602	5.029	1.230	6.554
Karadeniz	940	8.346	1.303	6.018	1.297	6.053
İç Anadolu	766	13.619	1.084	9.758	1.559	6.787
D. Anadolu	853	5.313	1.430	3.297	1.435	3.363
G.D. Anadolu	2.152	7.119	3.313	2.480	3.668	2.221
TOPLAM		**70.315**		**39.710**		**40.981**

Kaynak (45,46): Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1998, Yayın No:627, Ankara, Aralık 1999.
Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1999, Yayın No:631, Ankara, Ekim 1999.

Coğrafi dağılımdaki dengesizliğin nedenleri arasında sağlık kurum ve kuruluşlarının dağılımındaki dengesizlik ile illerin gelişmişlik düzeyi, ekonomik, sosyo-ekonomik ve bölgesel koşullar sayılabilir. Gelişmişlik düzeyi azaldıkça nüfus/sağlık personeli oranlarında artış görülmektedir (9,24).

Bölgeler arasında hemşire, insangücü ve diğer sağlık personeli yönünden ciddi sayısal farklar vardır. Zorunlu hizmet ve mali destek Doğu ve Güneydoğu'da personel devir hızını düşürememiştir. Coğrafi dağılımı dengelemek açısından Sağlık Bakanlığı, geçmişte uygulamada yetersiz, kalan iki ana politika izlemiştir (9,11):

1- Sağlık personeli sayısını arttırmak: Bu uygulamada, sağlık personelinin işlevleri, iş yükleri ve kalitesi göz önüne alınmadığından istenilen sonuca ulaşılamamıştır.

2- Zorunlu Hizmet: Bu politika, hizmet kalitesi ve sağlık personelinin iş doyumuyla ilgili sorunlar yaratmıştır. 1995 yılından itibaren zorunlu hizmet uygulaması kaldırılmış yeni mezunların Sağlık Bakanlığı'nda istihdamı için sınav sistemi getirilmiştir. Günümüzde yeni mezun olan hemşire, ebe, sağlık memurlarının "Devlet Memurluğu Sınavına" girmeleri ve yeterli puan almaları gerekmektedir.

Ergin'in 1993-1994 yıllarında yapmış olduğu "Sağlık personelinin sağlık alanındaki uygulamalarla ilgili tutumları" konulu araştırmasında sağlık personelinin düşük gelişme

düzeyindeki bölgelerde çalışmayla ilgili tercihleri sorulmuş ve bu bölgelerde çalışmayı teşvik amacıyla "daha yüksek ücret, lojman, ileri eğitim olanakları ve çalışma ortamının iyileştirilmesi" gibi önlemler alındığı takdirde araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %40'ı ile sağlık memurları ve sağlık teknisyenlerinin %58'i düşük gelişme düzeyindeki illerde çalışmayı istediklerini belirtmişlerdir. Aynı araştırma sonuçlarına göre sağlık personeli yaşayacağı bölgeyi seçerken sırasıyla en fazla eğitim olanakları, sosyal çevre, yüksek gelir elde etme olanağı ve kültürel etkinlikler önem kazanmaktadır. Bu etkenlere bağlı olarak ve Sağlık Bakanlığı'nın personel atama politikalarına göre sağlık personelinin kurumlararası nakilleri söz konusu olmaktadır (47).

Sağlık kurumları için gerekli olan insan gücünü temin etmenin başlıca iki yolu vardır: Birinci yol, dış kaynaklardan personel istihdam edilmesidir. İkinci yol ise iç kaynaklar olup, kurum ya da örgüt içerisindeki kişilere yeni işler verilmesi, başka iş alanlarına kaydırılması, bazı işlerin birleştirilmesi şeklinde olabilir (28). Bu durumda kurum içinde veya kurumlararasında personel nakilleri gündeme gelmektedir.

2.2.5. Personel Hareketliliği

İnsan kaynakları yönetiminde performans kriterlerinden biri personel değişim oranının hesaplanması ve personel hareketliliğinin yakın takibe alınmasıdır. Personelin sürekli çalışıp çalışmadığı, sık sık işten ayrılma ve yeni eleman alma durumlarının olup olmadığı konusunda personel devir hızı kavramı fikir vermektedir. Personel devir hızı kavramı, işletme personelinin işletmeye giriş ve çıkışlarının ölçüsünü veya derecesini gösterir. Personel değişim oranı, bir işletmede belirli bir dönem içinde çalışan personelin, o dönem içinde işten ayrılan personele yüzdesini ifade eder (48).

$$\text{Personel Değişim Oranı} = \frac{\text{İşten Çıkanlar}}{\text{Ortalama İşgören Sayısı}} \times 100$$

Burada ortalama işgören sayısını bulmak için şu formül kullanılır:

$$\frac{\text{Dönem başı işgören sayısı + Dönem sonu işgören sayısı}}{2}$$

İşe giren ve çıkanların oranını belirlemeyi sağlayan diğer förmül şöyledir:

$$\frac{\text{Belirli bir zamanda işten ayrılanlar}}{\text{Bu zaman içinde işe alınanların ortalama sayısı}} \times 100$$

Bu yöntem, belirli bir dönem içerisinde (örneğin bir yıl) işten ayrılan çalışanların oranını göstermektedir.

İstikrar Endeksi :

$$\frac{\text{Bir ya da daha fazla yıl süren hizmet dönemi içinde yer alan işgücü sayısı}}{\text{Bir yıl önce işe alınan işgücü sayısı}} \times 100$$

İstikrar endeksi, işgücünün genellikle istikrarlı seyredip seyretmediğinin, ne şekilde dalgalanmalar gösterdiğinin bulunmasını sağlamaktadır. Bu endeks işyerindeki problemlerin ortaya çıkarılabilmesine ve üzerinde odaklanılabilmesine yardımcı olmaktadır.

İnsan kaynakları yönetiminde, çalışanların işletmede devamlılığını sağlamak ve devir hızını düşürmek verimliliğin gereklerindendir. İşten ayrılmalarla ilgili istatistikler, insan kaynakları departmanları için önemli bir performans kriteri niteliğini taşımaktadır. Sirkülasyon oranının çok yüksek olması, mevcut işlerin aksamasına, eğitim harcamalarının artmasına, oluşan ekiplerin sürekli dağılmasına ve kalanların moral grafiğinin gerilemesine yol açabilmektedir (48).

Andersen tarafından yapılan bir araştırmada genel olarak personel devrinin başlıca nedenlerinin ücretler, kariyer gelişimi ve çalışma koşulları olduğu bulunmuştur. İnsanların iş bırakma nedenleri kişisel ve işe bağlı unsurlar diye iki bölüme ayrıldığında kişisel nedenler yaş, eğitim seviyesi, beklentiler ve ailevi durumlar iken işe bağlı sebeplerin ücretlendirme, stres, iş tatmini ve örgüte bağlılık değişkenleri üzerinde odaklaştığı gösterilmiştir. Andersen, düşük iş tatmininin işe gelmeme ve işi bırakma eğilimleri ile yakından ilişkili olduğunu gözlemlemiş ve çalışanın örgüte bağlılığı ne kadar fazla ise işi bırakma eğiliminin o oranda düşük olduğunu saptamıştır (49).

Personel devri üzerinde yapılan bir araştırma sonucunda sirkülasyon oranlarının Kanada'da 20.5, Amerika'da 19.6 iken Avrupa'da bu oranların 17.9 ile 23.0 arasında değiştiği bulunmuştur. Diğer bir araştırmaya göre çalışanların neden işlerini bıraktıkları sorulduğunda %34'lük bir oranla en fazla tekrarlanan yanıtın daha iyi fırsatlar olduğu

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

saptanmıştır. Onu hemen %32'lik oranla daha yüksek ücret yanıtı takip etmiştir. Kariyer değişimi, işinden memnun olmama, ailevi durumlar, emeklilik gibi diğer nedenler %5 ve %10 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. Bir başka araştırmada işletmenin tepe yöneticilerine personel devrinin sorun olup olmadığı sorusu yöneltmiş ve çıkan sonuçlar şirket büyüklüklerine göre incelenmiştir. 25 - 49 çalışanı olan 126 işletme %88 oranında, 50 - 99 çalışanı olan 210 işletme %85 oranında, 100 - 249 çalışanı olan 229 işletme %81 oranında ve son olarak 250 ve üzeri çalışanı olan 386 işletme ise %80 oranında personel devrinin işletmeleri için büyük bir sorun olduğunu belirtmiştir (48).

Scott personel eksikliği ve hızlı personel devri ile başetme metotlarını şu başlıklar altında toplamıştır (21):

- İleriye dönük, kliniklerde çalışan hemşirelerin devir oranı ihtimallerini planlamak,
- Koordinasyonun iyi yapılması ve hemşirelerin gün içinde yapılacakların önceliklerini belirleyerek aşırı iş yükünü engellemek,
- Takım ruhunu kullanmak ve devam ettirmek,
- Hemşirenin aşırı hasta yüküyle çalıştığı koşullarda destek hizmetlerle hemşirenin yükünü azaltmak.

2.2.6. Nakiller:

Hastaneler dinamik bir yapıya sahiptir ve bu nedenle kurumlarda personel hareketleri söz konusudur. Bu hareketlerden birisi de nakillerdir. Nakiller, işgörenlerin bir işden başka bir işe, bir birimden başka bir birime ya da bir işyerinden başka bir işyerine veya yeni bir coğrafik bölgeye yatay geçişlerini veya atanmalarını içerebilmektedir. Nakiller, ya bizzat yönetim tarafından ya da yönetimin onayı ile işgören tarafından başlatılabilir. Bunlar, işgörenlerin örgütsel amaçlar açısından daha yüksek öncelik taşıyan pozisyonlara hareket etmeleri, aşırı personele sahip bir departmandaki bir kısım personelle diğer departmanlarda bulunan boş kadroları doldurmak ya da işgörenleri ilgilerine ve yeteneklerine daha uygun pozisyonlara yerleştirmek gibi birçok amaça sahiptir. Görüldüğü gibi nakiller, işletme içi yatay geçişleri ifade etmektedir. İşgörenler ya da örgütün gereksinmelerinden dolayı ya da kendi istekleriyle şimdiki durumlarından pek farklı olmayan işlere nakledilebilirler (50) Kocaman'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin %60.5'inin kurumdan ayrılma nedeninin nakiller olduğu belirtmektedir (51).

Nakil işlemine çeşitli nedenlerle başvurulmaktadır. Hastanelerde yeni birimlerin açılması, bazı birimlerde çalışanların işten ayrılması gibi nedenlerle sağlık personelinin

çalışma yeri ve pozisyonlarında geçişler sağlanabilir. Bunların dışında çalışanların bulundukları ortamda yaşadıkları çatışmalar ya da iş yoğunluğu gibi nedenlerle başka birimlere nakillerini isteyebilirler. Bu istekler özellikle çalışanların ilk amirlerine iletilerek tartışılır ve uygun görülürse yer değişimi yapılır. Çalışanların başka bir birime nakledilmelerine karşı direnmeleri yaygın olan bir durumdur. Nakiller veya iş yeri değişikliklerinin etkin bir biçimde yönetimi duyarlı politikaları gerektirir. Yeni işin önceki işle eşdeğer olduğu düşünülse de nakil kalıplaşmış alışkanlıklarda bir değişikliği gerektirir. Nakillere karşı direnme, personel nakillerinin zorunlu olmasının nedenleri ve nakil için personelin seçilme esaslarını belirlemek suretiyle azaltılabilir. Ayrıca amirler, işyeri değiştirilecek bireylere seçmede söz hakkı verirlerse, daha az direnme ile karşılaşırlar (50).

2.3. HEMŞİRE İNSANGÜCÜ PLANLAMASI:

İnsan gereksinimlerini karşılamak amacı ile mal ve hizmet üretimi gerçekleştiren işletmelerin en önemli üretim girdilerinden birini iş gücü oluşturmaktadır. Bu nedenle üretim sürecinin planlanmasında iş gücünün, ya da gereksinim duyulacak personelin sayısının planlanması öncelik taşır (14). İş gücü verimliliği personel başına düşen mal, hizmet miktarı ya da bunun parasal değeri ile ölçülmektedir. Dolayısıyla iş gücü verimliliğinin açıklayan değişkenlerin başında personel sayısı gelir. İş gücü verimliliğini arttırabilmek için özellikle gerekli personel sayısının tespiti, bunun içinde nesnel ve ölçülebilir ölçütler ve yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir (14,38,52).

Hemşirelik işgücünün incelenmesi, "bakım hizmeti veren personel" adı altında birçok personelin toplanması, kıdemler arasında ayrım yapılamaması ve insan kaynakları planlaması sırasında belirlenen nitelik ve yeterlilikler dolayısıyla karmaşık bir hal almıştır. Birçok ülkede iyi eğitimli bakım hizmeti veren personel azdır ve uygun nitelikli hemşire istihdamında zorluklar yaşanmaktadır. Hirschfeld ve arkadaşlarının Dünya Sağlık Örgütü'ne üye 106 devletin katılımıyla (1993) yapmış oldukları çalışmada gelişmiş ülkelerin %56'sında, gelişmekte olan ülkelerin %73'ünde, az gelişmiş ülkelerin %76'sında hemşire yetersizliği olduğunu belirlemişlerdir (53,54). Falik'in araştırmasına göre; Amerika'da 2000 yılında 2.696.540 kayıtlı hemşire (RN) vardır ve 1996 yılından bu yana %5.4 oranında artış gerçekleşmiştir. Bu büyüme oranının önceki oranlara göre en düşük olduğu saptanmıştır. Amerikan Hastaneler Birliği Özel İşgücü Gözlem Raporlarına göre yurt çapındaki hastanelerde %11 oranında kayıtlı hemşire (RN) eksikliği vardır ve yaklaşık olarak bugün 126.000 kayıtlı hemşireye ihtiyaç vardır (19).

Bazı ülkelerde hemşire eksikliği ile birlikte yüksek iş hareketliliği oranı görülmektedir. İşten ayrılma oranları da ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, demografik etkenler, hükümet politikaları, statü ve iş koşullarından etkilenmektedir. Türkiye'de hemşirelerin %90'ının 40 yaşından önce mesleklerini bıraktıkları, %46.6'sının evlenme ile görevden çekildikleri saptanmıştır (51). Bilgili'nin SSK hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma koşullarından kaynaklanan ve sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok faktörün bulunduğunu (nöbet sayısı ve hasta sayısının fazla olması, iş doyumsuzluğu ve özel nedenler gibi) ve bu nedenle genç yaşta işi bıraktıklarını ya da emekli olduklarını belirtmektedir. İleri yaş grubundaki hemşire sayısının az olmasının (>40 yaştakiler %4) bu görüşü destekler nitelikte olduğunu ifade etmektedir (55). İşten ayrılma konusunda yapılan çalışmalarda ayrılmayı etkileyen faktörlerin demografik özellikler, işin özellikleri, iş doyumsuzluğu, iş yoğunluğu, sağlık bakım ortamının yetersiz olması gösterilmektedir (51,56). Argon, hastanelerde çalışan hemşirelerle ilgili bu sorunların hastane ortamı ve bu ortamdaki yaşantılarla ilgili olduğunu belirtmektedir (56). Kocaman'ın bir üniversite hastanesinde yaptığı sekiz yıllık inceleme periyodunda hastaneye alınan hemşirelerin %26.9'unun ayrılmış olduğu saptamıştır (51). Yılmaz'ın çalışmasında hemşirelerin işten ayrılma nedenlerinin başında %62.9 ile özel sebepler yer almaktadır. Yılmaz'ın da belirttiği gibi işten ayrılmanın en güçlü göstergesi olarak tanımlanan işten ayrılma niyeti ülkemizde yapılan araştırmalarda %47.7, %63 ve %78 oranlarında saptanmıştır (57).

Etkili insangücü planlaması, sağlık hizmetinin verimli işletilmesinde yaşamsal öneme sahiptir. Price Waterhouse 2000 Projesi'nde maliyet ve hemşire insangücü konusundaki raporda da bu konuya özellikle dikkat çekilmektedir. Bu ilginin önemli bir nedeni, önümüzdeki yıllar için planlanan bakım düzeyini sağlamak için gerekli sayıda hemşireye sahip olunup olunmayacağı konusuna odaklanılmasıdır. Price Waterhouse 2000 Projesi, görevden ayrılan yetişmiş personelin yerinin nasıl doldurulacağı, maliyeti ve personel israfı ile ilgilidir. Projede, bu konudaki bilgi eksikliklerinin insangücü planlamasını zorlaştırdığı ve yetişmiş hemşire personelinin görevde tutulmaları gerektiği vurgulanmıştır (58).

Hemşire insan gücü planlaması, hemşirelik personelinin gereksinimlerinin belirlenmesi, işletmelerde belli bir çalışma düzeyinin sürdürülmesi için gerekli olan bakımı verebilecek insan formüle edilmelidir. Ayrıca ülkenin sağlık düzeyi, sorunları,

gereksinimleri, sağlık politikası, hemşirelik eğitimi, aktiviteleri ve hemşire sayısı dikkate alınmalıdır (15,59,60).

Ülkemizde hemşire insangücünün kalite ve kantitesine yönelik tartışmalar devam etmektedir. Sağlık personeli ülke ihtiyacı doğrultusunda bir eğitim almamakta, mezuniyet sonrası eğitimler yetersiz kalmakta, istihdam, ücret, özlük haklar, ülke geneline dengeli dağıtılmama, mevzuat yetersizliği gibi sorunlar hala devam etmektedir (9). Temel eğitim ve hizmetiçi eğitimler hemşire insangücünün kalitesinin arttırılmasında en önemli iki etkendir. Bilgiç'in dört farklı hastanede (SSK, Üniversite, Devlet Hastanesi, Özel) yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin okulda aldıkları eğitimi uygulamaya geçirmede kendilerini yetersiz buldukları ve %84.3'ünün mezuniyet sonrası hizmetiçi eğitimlere gereksinim duydukları belirlenmiştir (61). Kantek'in Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yaptığı araştırmada hizmetiçi eğitimlere katılan hemşirelerin %79'u eğitimlerde edindikleri bilgileri çalışma ortamında kullandıklarını ifade etmişlerdir (62). Taşçı'nın çalışmasında hemşirelerin %83'ü hizmetiçi eğitimleri yararlı buldukları gösterilmiştir. Bu sonuçlar eğitimlerin gerekli olduğunu desteleyen önemli bir bulgudur (63). Bu sonuçlar mesleki temel eğitimdeki eksiklikleri ve hizmetiçi eğitim programlarının önemini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Hemşire insangücü ihtiyacı belirlenirken genellikle nüfus/hemşire; hekim/hemşire; yatak/hemşire oranları kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın bu oranlara dayanarak hazırladığı 1994 tarihli Kadro Yönetmeliği'ne göre hastanelerde çalışacak sağlık personeli sayısı belirlenmektedir (64). Ancak gerçeğe en yakın hesaplamalar hemşirelerin, ebelerin, sağlık memurlarının görev alanlarına giren işlerin –ülke koşulları ve birey yararı gözetilerek- optimum standartların belirlenmesi ve belirlenen standarttaki işi hangi nitelikteki insangücünün, hangi birim zamanda yerine getirebileceğinin hesaplanmasıyla ortaya çıkabilir. Soyer'in de belittiği gibi sağlık personeli ihtiyacı yönünden ülkeler veya toplumlar için verilebilecek standart bir sayı/oran yoktur. Çünkü bir toplumda olması gereken sağlık personeli sayısını belirleyen faktörlerin başlıcaları olan nüfus kompozisyonu, hastalıklar kompozisyonu, toplumun sağlık kültürü ve sektörün sağlık hizmeti sunma anlayışı gibi faktörler toplumdan topluma farklılık gösterir. Bu farklılığın doğal sonucu olarak da her toplumun sağlık personeli sayısı standardı farklı olmak zorundadır (11,65).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

2.3.1. Hemşire İnsangücü Planlaması Metodları:

Hemşireler, hizmetlerin geniş yapısı ve sayılarının çokluğu nedeniyle sağlık insangücü sisteminin en önemli bileşenlerinden biridir. Hemşireliğin fonksiyonlarında, felsefesinde, araştırmalarında bir gelişmişlik göze çarpmaktadır. Yeni görevler, hemşirelik kategorilerinin gelişmesi, çalışmalar ve kariyer hareketliliği günümüzün önemli konularındandır. Hemşireler ve insangücü planlamacıları, bunlarla baş edebilmek için, yeni gelişmeler eşliğinde mantıklı planlamalar yapmalıdırlar. Hemşirelik gereksinimlerini değerlendirebilmek için kullanılacak planlama metotlarından başlıcaları şunlardır (66):

1) İyi hizmet modelleri,
2) Standartlar ve kriterlere göre planlama,
3) İnsangücü/Nüfus oranı,
4) Personel merkezli analiz,
5) Hasta merkezli analiz.

2.3.1.1. İyi Hizmet Modelleri: Bu metotda bir ülke veya bölgedeki, iyi çalışan birimlerdeki hemşirelerin yapısı ve sayısı, benzer birimlerdeki planlama çalışmaları için esas alınır. Bu modelin avantajı, gerçeklere dayalı olmasıdır. Buna rağmen bir birimdeki başarı durumu, oradaki kişiler, kişisel ilişkiler ve benzer faktörler sonucunda olabilir ve bunun başka bir birime yansıtılarak başarı sağlanması oldukça zordur.

2.3.1.2. Standartlar ve Kriterlere Göre Planlama: Bu metot aşağıda örneklenen çeşitli standart ve kriterleri taban alır.

a) Özel bir grup (örneğin doğum servisindeki hamileler) için gereken bakım gereksinimleri ve temas sıklığı
b) Her bakım ünitesine düşen hemşire sayısı
c) Çeşitli personel kategorileri arasındaki oran (personel/yardımcı personel)

Zamanla bu standartlar değişebildiği için planlamada kullanılmadan önce iyice gözden geçirilmelidir. Eğer literatürden alınan değerler, benzer durumlarda kullanılabilirse yararlı olabilir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve benzer kuruluşlar, çeşitli kliniklerdeki hemşirelik standartlarını yayınlamaktadırlar. Ayrıca bölgesel gereksinimleri iyi bilen uzmanlar, çalışan hemşireler, bakım uzmanları tarafından standartlar geliştirilebilir.

2.3.1.3. İnsangücü/Nüfus Oranı: Belirlenmiş bir nüfusa hizmet gitmesi için en uygun sağlık insangücü standardından hareketle planlama yapılmasıdır.

2.3.1.4. Personel Merkezli Analiz: Hemşirelerin işlevlerini inceleyen iki ayrı çalışma vardır. Birincisi hemşirelerin çeşitli alanlarda (örneğin okul hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, doğum hemşireliği gibi) geçirdikleri zamanı ölçen zaman çalışmalarıdır. İkincisi hemşirelerin hazırlık seviyesine uygun fonksiyon gösterip göstermediğini belirleyen aktivite çalışmalarıdır.

Bu metodun, personel ilişki bozuklukları, yüksek maliyetli nitelikli insangücü gibi kısıtlamaları vardır. Çalışmaların çoğu hemşirelerin zamanlarının 1/3'ünü gereksiz işlerle geçirdiklerini göstermektedir. Planlamacılar bu durumu göz önünde bulundurarak personelin verimliliğini arttırmalıdır.

2.3.1.5. Hasta Merkezli Analiz: Bu yöntem personel gereksinimlerini hastanın durumuna (bilinç, hareketlilik, tedavi) ve karekteristiklerine (yaş, cinsiyet) göre değerlendirir. Çalışmaların çoğunda dört hasta bakım sınıfı tespit edilmiştir (Çok Yoğun - Yoğun - Orta - Minimal Destek Gerekenler). Hemşirelik bakımı için gerekli zaman, her hastanın ve grubun ortak sınıfına göre tespit edilir. Bakım zamanına, direk bakım, indirek bakım, yönetim ve diğer faaliyetler de dahil edilir.

2.3.2. Hemşirelik Aktiviteleri Sınıflama Sistemleri

Aktivite, hemşirelik personelinin hasta ünitelerindeki izlenebilir işlemler ya da olaylardaki davranışları olarak tanımlanmaktadır. Hastanın gereksindiği prosedürlerin listelenmesi ile hemşire aktiviteleri sınıflandırılır ve aktiviteler benzerlik gösterdiği ortak alanlarda toplanarak kategorilere ayrılır. Kategoriler doğrudan ve dolaylı bakımı kapsamaktadır.

Bazı araştırmacılar hasta bakım aktivitelerini altı kategoriye ayırmışlardır. Bunlar:

a) Direkt bakım aktiviteleri: Hastayla direk ilgili olan banyo, tedavi gibi işlemleri içerir.
b) Dolaylı bakım aktiviteleri: İlaç hazırlama, kayıtların tutulması gibi hasta başında yapılması zorunlu olmayan işlevler yer alır.
c) Ünite bakım aktiviteleri: Ekipman bakımı, ünitenin malzeme gereksinimi gibi işlemler yer alır.
d) Personelin eğitimi: Eğitim aktiviteleri, hizmetiçi eğitimler yer alır.
e) Kişisel zaman aktiviteleri: Çay içme, özel görüşmeler gibi faaliyetler vardır.
f) Malzeme ya da ekipman beklenerek harcanan boş zaman kategorisidir (15,67).

Hasta bakımı direkt ve indirekt bakım aktiviteleri olarak iki grupta incelenebilir.

1- Direkt bakım aktiviteleri: Hastaya yatak başında uygulanan aktivitelerdir. Hemşirelik bakımında direkt bakım en önemli bakım grubunu kapsar. Hastanın beslenmesi, boşaltımı, vücut hijyeninin sağlanması, hayati bulguların alınması, hastanın hareket ettirilmesi, pozisyon verme, laboratuvara gidecek örneklerin (kan, idrar, balgam v.b) hastadan alınması, hastanın ilaç tedavisinin yapılması, mayi takibi, solunum desteğinin sağlanması, hastanın eğitimi, hastayla iletişim kurma gibi bakım aktivitelerini içerir.

2- İndirekt bakım aktiviteleri: Yönetim, işlemlerin hazırlanması ve planlanması gibi işlemleri içeren ve hastadan uzakta yapılan aktivitelerdir. Nöbet çizelgelerinin hazırlanması, doktor istemlerini kayıt etme, ilaçların temin edilmesi, hastaya yapılan işlemlerin kayıt edilmesi, ilaç kartı hazırlama, nöbet teslim raporları yazma, refakatçıyla görüşme, malzemelerin dezenfeksiyonu ve bakımı, doktor ile görüşme, telefon ile görüşme, personel ile görüşme ve personelin eğitimi gibi aktiviteleri içerir (68,69,70). Direkt ve indirekt hasta bakımı aktiviteleri dışında kalan zamanda da diğer aktiviteler olarak adlandırılan hemşirelerin iletişimi, servis malzemelerinin bakımı, yönetim faaliyetlerini kapsayan ünite aktiviteleri ile çay içme, kahvaltı, yemek, hijyen, tuvalet, giyinme ve hemşireye bağlı olmayan boş bekleme zamanlarını da içeren kişisel aktivitelerdir.

Hemşirelerin direk, indirek ve diğer bakım aktivitelerine ayırdıkları zaman dağılımlarını ölçen çalışmalar yapılmıştır. Hemşirelerin direk bakıma ayırdıkları zamanı Ançel %22, Uysal %43, Platin %39, Hendrickson %31 ve Roche %41.2 olarak saptamıştır. İndirek bakıma harcanan zamanı Ançel %19.6, Uysal %41.3, Platin %30, Hendrickson %45 ve Roche %46.1 olarak belirlemiştir. Hemşirelik dışı işlevlere harcanan zamanı Ançel %39.1 (12), Uysal %7.8 - %15.7 (68), Platin %31 (69), Hendrickson %23 (70), Roche %12.7 (71) olarak saptamıştır. Urden ve Roode 15-23 saatlerindeki vardiya çalışmasında hemşirelerin direk bakıma %39, indirek bakıma %49 kişisel aktivitelere %12, 23-07 saatlerinde direk bakıma %22, indirek bakıma %19.6, diğer aktivitelere %39.1 zaman harcadıklarını saptamıştır (72). Zaman ölçüm çalışmalarında farklı sonuçların elde edilmesi farklı veri toplama yöntemlerinin kullanılması ve farklı bakım standartları ile ilgilidir. Hemşirelik araştırmalarında en yaygın olarak gözlemsel ölçüler ve çalışanların bildirim yöntemleri kullanılmaktadır. Aktivite ölçümlerinde çalışanların bildirimi yöntemi geniş

popülasyonlar için ucuz ve etkilidir. Buna karşılık anımsama sorunu vardır ve geçerlik ve güvenirliğin dikkatli çalışılmasını gerektirir (14).

Sağlık Bakanlığı tarafından, yataklı tedavi kurumlarında görev yapan hemşirelerin aktivite standartlarını belirlemek amacıyla 12-14 Temmuz 1995'de 27 hemşireden oluşan bir komiteyle "İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Hemşirelik Aktivite (Performans) Standartaları Belirleme" workshopu yapılmıştır. Bu toplantıda bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız hastalara yönelik hemşirelik aktivitelerinin standartaları saptanmıştır. Ankara'da 6-8 Aralık 1995 yılında aynı komiteyle ikinci workshop yapılmış bu toplantıda acil servis, poliklinik, ameliyathane ve pediatri için hemşirelik aktivite standartları belirlenmiştir (73). Ülkemizde, hemşire işgücü planlaması konusunda bu tür çalışmaların başlatılması önemli bir adım olmakla birlikte; yönetici hemşireler bu tür verileri işgücü planlamasında halen kullanmamaktadırlar.

2.3.3. Kurum İçinde Hemşire İnsangücü Dağılımının Planlaması

Dar anlamda kadrolama, kurum içinde faaliyetlerin yürütülmesini sağlayacak pozisyonların tespiti ve bu pozisyonlara gereken nitelik ve sayıda elemanların bulunması, seçilmesi, eğitilmesi ve yerleştirilmesidir (38). Hemşire insangücünün kurumiçinde sayısal ve niteliksel olarak planlaması yapılırken;

- Hastaların kurumdan ve hemşirelik hizmetlerinden beklediği bakımın özelliklerini ve standartlarını içeren amaçlar belirlenmeli,
- Bakımı verecek sayı ve kalitede personeli belirlemek için özgün yöntemler kullanılmalı,
- Personel politika, prosedür ve rehberlerine uygun olarak personel görevlendirme sistemi geliştirilmeli,
- Elde edilen sonuçların değerlendirilmeli ve personel planlamasının kaliteye olan etkisi incelenmelidir (59).

Hasta gereksinimlerinin ve gerekli hemşire sayısının belirlenmesinde hasta sınıflama ve iş yükü sistemlerini kullanmak, objektiflik ve kolaylık sağlamasına rağmen bir çok hastanede personel dağılımı, iş yükü raporlarına dayanmaktadır. Hasta sınıflandırılması, hastaya gerekli olan hemşire saati ve becerisine göre bir denetleme ve dereceleme yöntemidir. Bir çok araştırmacı hasta sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Rowland'ın dahili-cerrahi birimler için geliştirdiği sınıflamada hastalar dört gruba ayrılmış ve sınıflara göre hastaların direk bakım için gereksindiği saatler hesaplanmıştır. Bir hasta gününde (24

saat), en az hemşirelik bakımı gerektiren hasta için ortalama 2.8 saat, ortalama düzeyde bakım gerektiren hasta için 4.3 saat, ortalamanın üstende bakım için 5.8 saat ve maksimum düzeyde bakım gerektiren hastalar için 8.6 saat hemşirelik bakım saati gerekmektedir (60). Güngör ve Bahtiyar'ın (1999) Bayındır Tıp Merkezi'nde yaptıkları çalışmada, Rasch'ın "hasta bağımlılık düzeyi saptama skalası" rehberliğinde yapılan hasta sınıflamasına göre hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulan süreler şu şekilde hesaplanmıştır (18): 24 saatte bağımsız hasta 2 saat, alt düzey bağımlı hasta 4 saat, orta düzey bağımlı hasta 10 saat, üst düzey bağımlı hasta 14 saat ve en üst düzey bağımlı hasta 14 saatten fazla hemşirelik bakım zamanına ihtiyaç duymaktadır. Güngör& Bahtiyar'ın çalışmasında ayrıca hastaların bağımlılık düzeyleri gözönüne alınarak hasta/hemşire oranları belirlenmiştir. Bir hemşirenin bakabileceği hasta sayısı bağımsız hastalar için 10.5, alt düzey bağımlı olanlar için 5.25, orta düzey bağımlı olanlar için 3, üst düzey bağımlı olanlar için 1.5 ve en üst düzey bağımlı olanlar için 1 hasta olarak saptanmıştır. Alcan'ın (1997) Bayındır Tıp Merkezi'ndeki çalışmasında yoğun bakım hastaları için 24 saat sürekliliğin sağlanmasında hemşire/hasta oranı 3.2 olarak standardize edilmiş, her şiftte hasta başına en az bir hemşire düşmesi, bakım kalitesi göstergesi olarak değerlendirilmiştir (74).

Bölümlere yapılan yeni görevlendirmeler genellikle denetçilerin ve birim amirlerinin personel ihtiyacına ilişkin kararlarına göre yapılmaktadır. Birimlerde yatan hasta çeşitleri, personele ve çevreye ilişkin faktörler personel dağılımına etki eden diğer faktörlerdir. Hasta tipleri, beklentileri, hasta yatışındaki dalgalanmalar, hastanede kalış süresi ve bakımın karmaşıklığı, personel planlamasını etkileyen hasta ile ilgili faktörlerdir. Personel politikaları, personelin eğitim ve deneyimleri, görev tanımları, hiyerarşik düzen, çalışma saati ve rotasyon politikaları, işe gelmeme gibi faktörler personelle ilgili olanlardır. Hastanenin ve birimin fiziki yapısı, yatak sayısı, malzemenin durumu, örgütsel yapı, destek hizmetlerin varlığı gibi nedenler personel planlaması yapılırken dikkate alınacak çevresel faktörlerdendir (16,59).

Her kurumun sahip olduğu hasta, personel ve çevresel özellikler birbirinden farklıdır. Leblebici ve Tektaş'ın İzmir'de 11 değişik hastanede yaptıkları çalışmada her kurumda iş yükünün, mesai saatlerinin ve yatak doluluk oranlarının birbirinden farklı olduğu belirtilmektedir. Araştırmada iş yükü; hastaneye son bir yılda yatırılan hasta sayısının mevcut hemşire sayısına bölünmesiyle hemşire başına düşen hasta yükü olarak değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre en düşük iş yükü 18 (iş yükü katsayısı 0.36) ile

Alsancak Devlet Hastanesi'nde, en yüksek iş yükü 140 (iş yükü katsayısı 1.78) ile SSK Tepecik Hastanesi'nde saptanmıştır (75).

Her kurum, kendi hemşirelik bakım politikalarına göre kliniklere hemşire insangücü dağılımı yapmaktadır. Hemşire insangücü planlaması yapılırken, "bir hemşire kaç hastanın bakımını planlayabilir? Doğrudan bakım gereksinimi olan kaç hasta vardır? Bu hastaların bakımı hemşirelerin kaç saatini alacaktır?" sorularına cevap aranmalıdır. Hemşirelerin kliniklere dağılımında kurumun sahip olduğu hemşire sayısı, hemşirelerin nitelikleri ve uygulanan bakım verme modelleri etkili olmaktadır. Genellikle kullanılan bakım verme modellerinde bazıları şunlardır (17,59):

2.3.3.1. Vaka Yöntemi:Küçük hasta grupları için ayrılan hemşirelerin, hastasının bakımını teke tek planlaması ve uygulamasıdır. Bu yöntem hasta bakımında bütünlüğü sağlamasına rağmen aynı hemşire hergün aynı hasta grubuna bakım veremeyeceği için süreklilik yoktur.

2.3.3.2. Fonksiyonel Yöntem: Hemşirelik aktiviteleri görevler halinde bölünmüştür. Bu nedenle bu yönteme "iş merkezli hemşirelik" adı verilmektedir. Bu yöntemde aktiviteler hiyerarşik olarak sıralanmıştır. Tedavi hemşiresi, yatak başı hemşiresi kavramları bu sistemin ürünüdür. Bu yöntem klasik organizasyona benzemekle birlikte tüm sorumluluk ve otorite merkezidir. Hasta hemşire ilişkisi yüzeyeldir ve bakım parçalara bölündüğü için süreklilik yoktur.

2.3.3.3. Ekip Hemşireliği Yöntemi: Bu yöntem hastanın hemşirelik bakımı için sorumlulukların ve işbirliğinin bölünmesi varsayımına dayanır. Birkaç kişiden oluşan ekip farklı eğitim ve becerilere sahiptir. Gruptaki lider hemşire bakımı planlar ve denetler grubun diğer üyelerinin aktivite ve koordinasyonundan sorumludur. Her bir hemşirelik ekibi sekiz saat boyunca aynı hasta grubuna bakım verir. Ekipteki hemşirelerin şiftleri değişir ancak ekip lideri süreklidir bu da hasta bakımının devamlılığını sağlamada yardımcı olur.

2.3.3.4. Primer Hemşirelik: Organize bir bakım modeli olan primer hemşirelik, hasta hastanede yattığı sürece onun bakımından bir hemşirenin sorumlu olmasına odaklanmıştır. Bir hemşireye verilecek hasta sayısı, hastanın hastanede kalma süresine, bakımın karmaşıklığına, bakıma katılan tıbbi ve yardımcı personel sayısına, destek sistemlerin varlığına ve çalışılan vardiyaya göre değişiklik gösterir. Araştırmalar, primer hemşirenin bakım verdiği hastalarda komplikasyonların ve hastanede yatma süresinin

daha az olduğunu göstermiştir. Primer hemşireliğin başarısı, hemşirelerin kalitesine ve yönetimsel desteğe bağlıdır.

2.3.3.5. Modüler Hemşirelik: Ekip hemşireliği ile primer hemşireliğin karmasıdır. Yeterli sayıda hemşire olmadığı durumlarda bu yönteme başvurulur. Her hemşire bir grup hasta için bakımı planlar ve bu planı olabildiğince uygular. Bakım verme modellerine göre hemşirelerin kliniklere dağıtımında kurumda çalışan hemşirelerin sayı ve nitelikleri çok önemlidir. Modellerden biri yada birkaçı seçilerek hemşirelerin kliniklere dağılımı yapılabilir. Bilgiç'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %60.7'sinin, Ayey'in çalışmasında hemşirelerin %59.8'inin iş paylaşımı yaparak iş merkezli çalıştıkları belirlenmiştir (61,76).

Bakım verme yöntemleri dışında kadrolama işleminin önemli bir parçasını çalışma çizelgelerinin düzenlenmesi oluşturur. Çünkü personelin günlük çalışma saati, rotasyon süresi, şiftlere dağılımı, bir servisten diğerine rotasyonu çalışma çizelgeleriyle belgelenir. Çalışma çizelgeleri merkezi, merkezi olmayan ve kendi kendine çalışma çizelgesi hazırlama olarak üç yöntemle yapılmaktadır (16,17,59). Merkezi sistemde, çalışma çizelgesi hemşirelik hizmetleri yönetimindeki bir idareci tarafından hazırlanır. Objektif olarak hazırlandığından eşitlik ilkesine uyulur ve kaynaklar en uygun şekilde kullanıldığı için maliyet azalır. Hemşirelerin bu çizelgeye uymak zorunda olmaları, değişiklik olanağının çok az olması olumsuz yönüdür. Merkezi olmayan sistemde çalışma çizelgesini klinik başhemşiresi hazırlar. Çizelgenin hazırlanmasının oldukça zaman alıcı olması, taraflı ve ceza amaçlı hazırlanabilir olması yönünden olumsuzlukları vardır. Üçüncü yöntemde hemşireler çalışma çizelgelerini kendileri hazırlar ve yönetime bildirirler. Her hemşire çalışma zamanını kendisi belirler böylece herkese uygun olan bir çalışma çizelgesi hazırlanmış olur.

Bazı kurumlarda dönüşümlü ya da sürekli vardiya çalışma sistemi uygulanmaktadır. Gündüz, akşam ve gece vardiyası olarak 8 saatlik üç şift yada 12 saatlik iki vardiya şeklinde uygulamalar vardır. Sürekli olan vardiya genellikle 4 hafta sürmektedir. Dönüşümlü vardiya sistemi hemşirelerde daha çok strese ve sağlık problemlerine neden olur bu nedenle hemşireler genellikle sürekli vardiya sistemini tercih etmektedirler. Vardiya çalışmasında izin günleri çalışanlara eşit olarak paylaştırılır, şiftlerde gereksiz yığılmalar engellenir, hemşirelerde ekip ruhu gelişir ve hasta bakımının sürekliliği sağlanmış olur (59).

Yapılan çalışmalar, hastanelerde hemşirelerin şiftlere dağılımının dengesiz yapıldığını göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin çalışma saatleri artmakta, gece nöbetlerinde hasta/hemşire oranı gündüze göre fazla olduğundan gece iş yükü artmaktadır. Bilgili'nin SSK hastanesinde yaptığı araştırmada nöbetlerde hemşirelerin %47.1'i 21 - 30 hasta, %42.0'ı 31 - 40 hastaya baktıkları, gündüz mesaisinde %76.8'inin 6-10 hasta baktıkları belirlenmiştir (55). Bilgiç'in dört hastanede (SSK, Üniversite, Özel ve Sağlık Bakanlığı) yaptığı araştırmada gece nöbetlerinde hemşirelerin %24.6'sının 1 - 15 hasta, %22.0'ının 16 - 30 hasta, %21.5'inin 31 - 45 hastaya bakım verdikleri, gündüz %60.2'sinin 1-15 hastaya bakım verdikleri belirlenmiştir (61). Taşçı (1998) hemşirelerin %65.6'sının gece nöbete kaldıklarını, %50.2'sinin 9 ve üzeri nöbet tuttuklarını, nöbetlerin 8 - 16 saat arasında değiştiğini, hemşirelerin %33.3'ünün 11 - 20 hasta, %28.8'inin 21 - 30 hasta baktıklarını belirlemiştir (63). Argon (2000) hemşirelerin %66.8'inin nöbetlere kaldığını, %28.6'sının haftalık toplam çalışma saatinin 40 saatten fazla olduğunu belirlemiştir (59). Leblebici ve Tektaş'ın İzmir İli'ndeki 11 hastanede (Devlet + SSK + Üniversite) yapmış oldukları araştırmada sadece bir hastanenin hemşireleri fazla çalıştırmadığı, beş hastanenin 24 saatten az, beş hastanenin de ayda 30-130 saat fazla mesai yaptırdıkları bulunmuştur (75).

Ülkemizde bir çok hastanede mevcut kurumiçi kadrolama yöntemleri yetersiz kalmaktadır. Bu durum hemşirelerin kliniklere dengesiz dağılımı yanı sıra iş yükü artışına neden olmakta ve hemşirelerde aşırı yorgunluk, bakım kalitesinde düşme ve verimsizlik gibi hizmete ve hizmet sonuçlarına yansıyan olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

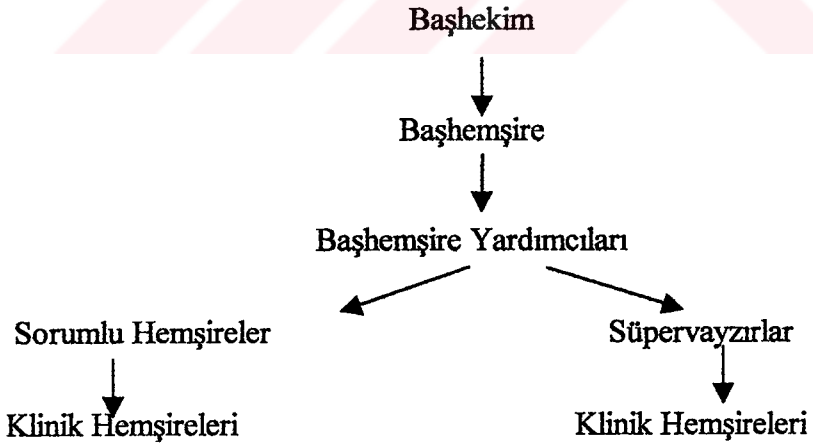
3.1 Araştırmanın Türü

Bu çalışma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalışma özelliklerini, kadrolama durumlarını, kurumiçi ve kurumlararası hareketliliklerini ve mesleki işlevlere ayırdıkları zamanı saptamak amacıyla kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma İzmir İl Merkezinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 900 yataklı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan verilere göre, il merkezinde yer alan diğer devlet hastanelerinden daha çok yatak kapasitesine ve hemşire sayısına sahip olması nedeniyle bu hastane araştırma yeri olarak belirlenmiştir.

Hastanede çalışan sağlık personelinin atamaları Sağlık Bakanlığı tarafından il merkezine yapılmakta, kurumlara dağılımını İl Sağlık Müdürlüğü gerçekleştirmektedir. Hastanede çalışacak sağlık personeli sayısı Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği'ne göre belirlenmektedir. Kadro Standartları Yönetmeliğine göre 900 yataklı eğitim hastaneleri için standart hemşire sayısı 530, ebe sayısı 70 olarak belirlenmiştir (76).



Şekil 2: Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Şeması

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşirelik hizmetleri departmanı Başhekim'e bağlı olarak çalışmaktadır (Şekil 2). İl Sağlık Müdürlüğü'nün hastaneye

görevlendirdiği hemşire, ebe ve sağlık memurlarının kliniklere dağılımı, kliniklerden gelen talepler değerlendirilerek Başhemşire tarafından yapılmaktadır.

Hastanede hemşire, ebe ve sağlık memurlarının hafta içi çalışma saatleri 07:30-15:30, 15:30-07:30 ve hafta sonları 08-08 olmak üzere üç değişik zamanlı çalışma sistemi vardır. Aynı zamanda öğrenci olan hemşirelerin hepsi gece nöbetlerinde çalışmaktadır ve nöbet sayıları aylık 9-13 arasında değişmektedir.

Hastanede yataklı birimler olarak 16 cerrahi kliniği, 10 dahiliye kliniği ve 5 yoğun bakım ünitesi vardır. Hastanenin toplam yatak sayısı 900 ve 2001 yılı doluluk oranı %75 - %90 arasında değişmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın amacı hemşirelerin kurumsal profilini incelemek olduğu için örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırma kapsamına İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan toplam 516 hemşire, ebe ve sağlık memurunun alınması planlanmıştır. Hastanede ebelerin hemşire kadrosunda çalıştırılmaları ve doğum salonu ve doğum servisi gibi ünitelerin dışında hemşirelik işlevlerinde görevlendirilmeleri nedeniyle araştırma kapsamına ebeler de alınmıştır. Sağlık memurlarının eğitim programlarının hemşirelik eğitim programlarıyla eşdeğer olması nedeniyle araştırmaya sağlık memurları dahil edilmiştir. Eğitim programları hemşirelikle eşdeğer olmayan sağlık memurları araştırmaya alınmamıştır.

Hastanede personel sayısı stabil olmayıp tayinler, geçici görevler, emeklilik gibi nedenlerle hareketlilik söz konusudur. Araştırmanın uygulanışı sırasında izin ve rapor kullananlar, tayin nedeniyle kurumdan ayrılanlar, geçici görevle gelen hemşirelerden ayrılanlar ve anket sorularını cevaplandırmak istemeyen 6 kişi örnekleme alınmamıştır. Araştırma örneklemini 334 hemşire, 120 ebe ve 6 sağlık memuru olmak üzere toplam 460 kişi oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan iki soru formu ile toplanmıştır.

1) Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşire, Sağlık Memuru ve Ebelerin Profilini Belirleme Soru Formu (Ek 1) : Bu veri formu 17 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların demografik ve mesleki özelliklerini, çalışma öykülerini ve çalışma ortamında hastaya yönelik direk ve indirek

bakıma harcadıkları zaman ile meslek dışı işlevlere harcadıkları zamanı belirleyici sorular bulunmaktadır. Araştırma kapsamına alınan personelden, direk, indirek ve diğer bakım aktivitelerine harcadıkları zamanı kabaca yüzdelik olarak bildirmeleri istenmiştir.

2) Kliniklerdeki Hemşire-Ebe / Hasta Oranlarının Belirlenmesine Yönelik

Veri Toplama Formu (Ek 2) : Formda, hasta sayıları ve gündüz/gece çalışan hemşire sayılarının bir aylık dökümü yer almaktadır. Bu form kliniklerde hemşire-ebe/hasta oranını belirlemek için sorumlu hemşirelerle birlikte, nöbet çizelgeleri ve kayıtlardan yararlanılarak doldurulmuştur. Hemşire/hasta oranlarıyla ilgili veriler 1-30 Mayıs 2001 tarihleri arası toplanmıştır. Bu veriler hemşire/hasta oranına göre hasta başına düşen hemşire bakım saatinin hesaplanmasında kullanılmıştır. Bir hemşirenin günlük çalışma saati bakım verdiği hasta sayısına bölünerek hemşirenin bir hasta için ayıracağı bakım saati hesaplanmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS paket programında analiz edilmiştir. Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri "kurumiçi son bir yıldaki hareketlilik durumu ve kurumlararası hareketlilik ortalaması" bağımsız değişkenleri ise "yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalıştığı birim, çalışma şekli, çalışma süresi, hasta/hemşire oranı, nöbet sayısı"dır.

Verilerin analizinde ki-kare önemlilik testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test), tek yönlü varyans analizi ve ileri analiz için Tukey's HSD testi kullanılmıştır.

3.6. Süre

Araştırma için Sağlık Müdürlüğü'nden ve hastane yönetiminden izin alınmıştır. Veri toplama işlemi 1-30 Mayıs 2001 tarihleri arasında, senelik izinlerin yoğun olarak kullanımı başlamadan önce yapılmıştır.

3.7. Terimlerin Tanımı

Kadrolama : İşgücü gerekleri belirlendikten sonra bu gereklere uygun personelin seçimi, yerleştirilmesi, değerlendirilmesi ve eğitimi suretiyle örgüt içindeki pozisyonların doldurulmasıdır (38).

Kurumiçi hareketlilik: Kurumda çalışan personelin herhangi bir nedenle çalıştığı birimden ayrılarak aynı kurum içinde başka bir birimde görev almasıdır.

Kurumlararası hareketlilik: Kurumda çalışan personelin tayin, geçici görev gibi nedenlerle çalıştığı kurumdan ayrılarak başka bir kurumda göreve başlamasıdır.

4. BULGULAR

Bu araştırmada istatistik analizler sonucu elde edilen bulgular şu başlıklar altında sunulmuştur:

4.1. Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarına ilişkin tanıtıcı bilgiler,

4.2. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının kadro standartları ve birimlere göre dağılımı,

4.3. Bakım zamanlarının dağılımı ve doğrudan bakım uygulamalarına ayrılan zaman,

4.4. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının kurumiçi hareketlilikleri ve bunu etkileyen faktörler,

4.5. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının kurumlararası hareketlilikleri ve bunu etkileyen faktörler.

4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarına İlişkin Bilgiler

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının sosyodemografik özellikleri ile çalışma özelliklerine ilişkin bilgiler sunulmuştur.

Tablo 3: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Yaş, Medeni Durum, Çocuk Sayısı Ve Eğitim Durumları (n=460)

	$\bar{x}$	SS
YAŞ	31.69	7.13
ÇOCUK SAYISI	0.76	0.49
MEDENİ DURUM	**SAYI**	**YÜZDE**
Evli	271	58.9
Bekar	189	41.1
EĞİTİM DURUMU		
Sağlık meslek lisesi	175	38.0
Açıköğretim fakültesi önlisans	181	39.3
Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu	77	16.8
Lisans	24	5.2
Yükseklisans	3	0.7

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının yaş ortalamaları ve çocuk sayısı ortalamaları ile medeni durum ve eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo

3'de verilmiştir. Örnekleme alınan grubun yaş ortalaması 31.69±7.13'tür. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %58.9'u evlidir ve çocuk sayısı ortalaması 0.76±0.49'dur. Örnekleme alınan personelin %38.0'ı sağlık meslek lisesi, %39.3'ü açıköğretim fakültesi önlisans, %16.7'si sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu, %5.2'si lisans ve %0.7'si yüksek lisans mezunudur.

Tablo 4: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Çalışma Yaşantılarına İlişkin Bulgular

	SAYI	YÜZDE
Çalışma Şekli	**n=460**	
Nöbetsiz	171	37.2
Sürekli gece nöbeti (7 ve üzeri)	47	10.2
Gündüz ve bazen nöbet (1-6 nöbet)	242	52.6
Aylık Nöbet Sayısı	**n=289**	
1-3	25	8.7
4-6	163	56.4
7 ve üzeri	101	34.9
Nöbetlerde Bakılan Hasta Sayısı	**n=249**	
1-10 hasta	45	18.0
11-20 hasta	54	21.8
21 ve üzeri	150	60.2
Fazla Çalışma Saati	**n=297**	
8-30 saat	88	29.6
31-60 saat	189	63.6
61-90 saat	20	6.8
Çalıştıkları Birimler	**n=460**	
Acil	35	7.6
Ameliyathane	45	9.8
Yoğun bakım	39	8.5
Dahiliye	80	17.4
Cerrahi	123	26.7
Yönetim	32	7.0
Poliklinik	89	19.3
Diğer (Radyoloji, eczane, döner sermaye, kreş)	17	3.7

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe, sağlık memurların çalışma yaşantılarına ilişkin bulgular Tablo 4'de verilmiştir. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %52.6'sı gündüz ve nöbet şeklinde (1-6 nöbet), %37.1'i nöbetsiz ve %10.2'si sürekli gece nöbeti (7 ve üzeri) tutarak çalışmaktadır. Nöbet tutanların %8.7'si ayda 1-3 nöbet, %56.4'ü ayda 4-6 nöbet, %34.9'u ise ayda 7 ve üzerinde nöbet tutmaktadır. Nöbet tutanların nöbet

ortalamaları 4.10±3.79'dur. Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde nöbetlerde bakılan hasta sayısı ortalama 21.26 ±9.65'dir. Aylık fazla çalışma saati 8-90 saat arasında değişmek üzere, ortalama 26.69 ±23.64 saat olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımlarında %7.6'sının acil serviste, %9.8'inin ameliyathanede, %8.5'inin yoğun bakımlarda, %19.3'ünün polikliniklerde, %44.1'inin dahiliye ve cerrahi servislerinde, %7.0'ının yönetimde, %3.7'sinin diğer yerlerde görev yaptıkları belirlenmiştir.

Tablo 5: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Son Bir Yılda Kurumdışı ve Kurumiçi Eğitimlere Katılma Durumları

	KURUMİÇİ EĞİTİMLER		KURUMDIŞI EĞİTİMLER	
	Sayı	%	Sayı	%
KATILAN	203	44.1	50	10.9
KATILMAYAN	257	55.9	410	89.1
TOPLAM	460	100	460	100

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının, mesleklerine yönelik olarak son bir yıl içerisinde çalıştıkları kurumda ve kurum dışındaki eğitimlere katılma durumları Tablo 5'de verilmiştir. Kurum içindeki eğitimlere %44.1'nin katıldığı, kurum dışındaki eğitimlere %10.9'unun katıldığı belirlenmiştir.

Tablo 6 : Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Mezun Oldukları Okula Göre, Aldıkları Temel Eğitimi Yeterli Bulma Durumları (n=460)

MEZUN OLUNAN OKUL	YETERLİ		KISMEN YETERLİ		YETERLİ DEĞİL		TOPLAM
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
SML	67	38.3	62	35.4	46	26.3	175
A.Ö.F. ÖNLİSANS	56	31.0	68	37.5	57	31.5	181
S.H.M.Y.O.	26	33.8	21	27.2	30	39.0	77
LİSANS VE ÜSTÜ	17	63.0	5	18.5	5	18.5	27

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının mezun oldukları okula göre, aldıkları temel eğitimin yapmakta oldukları görev için yeterliliği konusunda verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 6'de gösterilmiştir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %38.3'ü, açık öğretim fakültesi önlisans mezunlarının %31.0'ı, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunlarının %33.8'i, lisans ve lisansüstü mezunlarının %63.0'ı aldıkları eğitimi yeterli bulmaktadır.

4.2. Hemşire, Ebe Ve Sağlık Memurlarının Kadro Standartları ve Birimlere Göre Dağılımına İlişkin Veriler

Tablo 7: Kadro Standartları Yönetmeliğine Göre (26 Ekim 1994) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Hemşire ve Ebe Sayılarıyla Mevcut Durumun Karşılaştırılması

	Kadro Standartları Yönetmeliği'ne Göre Olması Gereken	Mevcut Durum (2001 Yılı)	FARK	Doluluk Oranı (%)
Hemşire	530	390	-140	73.58
Ebe	70	120	+50	171.43
TOPLAM	600	510	-90	85

Sağlık Bakanlığı'nın 26 Ekim 1994 tarih ve 22093 sayılı Resmi Gazete'de yayınladığı "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği" hükümlerine göre 900 yataklı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin standart hemşire ve ebe sayıları ile 2001 yılı mevcut sayılarının dağılımı Tablo 7'de verilmiştir. Kadro Yönetmeliğine göre standart sayı 530 hemşire, 70 ebedir. Sağlık memurları direk hasta bakımında görevlendirilmemekte, anestezi teknisyenliği, tıbbi sekreter, laborant ve röntgen teknisyeni olarak sınıflandırılmaktadır. Bu nedenle tabloya sağlık memurları dahil edilmemiştir. Hastanede hemşireliğe eşdeğer programdan mezun olan sadece 6 sağlık memuru bulunmaktadır. Sağlık memurları acil servis, kan bankası, eczane gibi birimlerde çalıştırılmaktadır. Hastanede hemşirelik hizmetlerinde görev yapan 390 hemşire, 120 ebe vardır. Standart sayı ile mevcut sayı arasında –90 fark bulunmaktadır. Kadro doluluk oranı hemşirelerde %73.58, ebelerde %171.43'tür.

Tablo 8: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yataklı Birimlere Göre Dağılımlarıyla, Haftaiçi ve Hafta Sonu Hemşire ve Hasta Sayıları

KLİNİKLER	standart yatak sayısı	kliniğin toplam hemşire sayısı	Diğer*	Haftaiçi		Haftasonu	
				hasta sayısı	hemşire sayısı	hasta sayısı	hemşire sayısı
CERRAHİ KLN.							
Plastik Cerrahi	26	7	1	20.9	3.0	19.0	1.0
1 KBB	33	8	1	24.7	3.8	18.8	1.0
2 KBB	26	7	1	25.7	3.2	25.4	1.0
Beyin Cerrahisi	29	16	-	25.7	5.6	22.9	1.0
Kalp Damar Cer.	25	7	-	24.6	4.0	25.3	1.0
1 Ortopedi	32	7	-	25.3	3.4	19.8	1.0
2 Ortopedi	31	8	-	26.4	3.8	24.8	1.0
Göz	34	8	-	32.7	3.7	25.0	1.0
Üroloji	33	8	-	31.5	3.8	29.2	1.0
1 Cerrahi	28	7	-	25.4	3.6	23.2	1.0
2 Cerrahi	34	8	1	28.5	3.4	28.5	1.0
3 Cerrahi	37	7	1	29.8	3.6	27.5	1.0
4 Cerrahi	29	7	1	28.8	3.5	24.7	1.0
1 Kadın Doğum	34	6	-	14.6	2.6	13.6	1.0
2 Kadın Doğum	30	7	1	16.2	3.2	14.5	1.0
3 Kadın Doğum	31	8	-	23.8	3.4	17.5	1.0
DAHİLİYE KLN.							
Psikiyatri	28	7	-	20.2	4.0	18.7	1.0
Nöroloji	29	15	-	22.5	4.5	21.0	1.0
Fizik Tedavi	25	8	-	24.3	4.0	19.6	1.0
Kardiyoloji	23	7	-	20.0	4.3	16.9	1.0
1 Dahiliye	38	7	1	31.0	3.6	30.8	1.0
2 Dahiliye	30	8	-	31.2	4.0	30.9	1.0
3 Dahiliye	22	7	1	20.5	3.5	20.3	1.0
Gastroenteroloji	26	7	-	20.0	3.6	18.0	1.0
Dermatoloji	23	6	1	20.5	3.0	15.3	1.0
Enfeksiyon Hast.	30	6	-	18.2	3.0	13.6	1.0
YOĞUN BAKIM							
Kalp Dam.Cer. YB	15	17	-	5.4	7.4	2.8	3.0
Beyin Cerr. Y. B.	9	**	-	7.6	3.0	7.0	2.0
Koroner Yoğun B.	13	13	-	11.4	6.8	11.0	2.0
Nöroloji Yoğ.Bak.	10	**	-	8.6	3.0	8.0	1.0
Anestezi Yoğun B.	14	16	1	8.6	8.0	8.2	2.0
TOPLAM	**817**	**250**	**11**				

*: Kliniklerde yatak başı hasta bakımı dışında, pansuman, ultrason, tedavi defteri yazma, araç-gereçlerin bakımı gibi işler için ayrılan hemşire sayısı.

** : Beyin cerrahi ve nöroloji kliniğinin içerisinde yoğun bakım üniteleri de bulunduğundan bu birimlerde çalışan hemşireler ekip olarak ayrı değildir. Hemşire ekibinin sayısı klinikler bölümünde toplam olarak verilmiştir.

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının hastanedeki tüm yataklı birimlere dağılımları, kliniklerin standart yatak sayıları, haftaiçi hasta ve hemşire sayıları, hafta sonu hasta

sayıları ve hafta sonu kliniklerde nöbet tutan hemşire sayıları Tablo 8'de verilmiştir. Tabloda verilen hasta sayıları klinikteki Nisan ayı hasta sayısı ortalamaları alınarak oluşturulmuştur.

Yataklı birimlerde toplam 242 (%52.6) hemşirenin görev aldığı geri kalan 218 (%47.4)kişinin yataksız birimler olan ameliyathane, acil servis, poliklinikler, doğum salonu ve yönetimde görev aldıkları belirlenmiştir. Kliniklerdeki yatak sayısı 22 - 37, yoğun bakımlarda 9 - 15 arasındadır. Kliniklerdeki hemşire sayıları 6 - 8, yoğun bakımlarda 13 - 17 arasında değişmektedir. Nöroloji kliniği ve nöroloji yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler ekip olarak ayrı olmayıp klinik ve yoğun bakım bölümünde dönüşümlü olarak çalışmaktadırlar. Aynı sistem beyin cerrahisi kliniği ve yoğun bakımı ünitesinde çalışan hemşireler için de geçerlidir. 29 yataklı nöroloji kliniği ve 10 yataklı yoğun bakımda 15 hemşire, 29 yataklı beyin cerrahisi kliniği ve 9 yataklı yoğun bakımda 16 hemşire görev yapmaktadır.

Toplam 11 (%2.4) klinikte mesai saatleri içinde birer hemşire yatak başı hasta bakımı işlevleri dışında görevlendirilmektedir. Bu hemşirelerin tedavi defteri yazma, konsültasyonlar, ilaç temini, küçük müdahalelere yardım etme, araç gereç hazırlama ve bakımı, ultrason odasında bulunma gibi işlevlerde görev yaptıkları belirlenmiştir.

Hemşire sayısı kliniklerde gündüz 2.6 - 5.6, yoğun bakımlarda 3.0 - 8.0 arasındadır. Nöbetlerde hemşire sayısı kliniklerde 1, yoğun bakımlarda 1 - 3'dür. Hasta sayıları haftaiçi cerrahi kliniklerde 14.6 - 32.7, haftasonu 13.6 - 30.9, dahiliye kliniklerinde haftaiçi 18.2 - 31.2, haftasonu 13.6 - 30.9, yoğun bakım ünitelerinde haftaiçi 5.4 - 11.4, haftasonu 2.8 – 11 arasında değişmektedir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tablo 9: Kliniklerde İçin Gündüz, Gece ve Haftasonu Nöbetlerde Hemşire/Hasta Oranları ve Hasta Başına Düşen Hemşire Bakım Saatlerinin Dağılımı

KLİNİKLER	Hemşire/hasta oranı			Hasta başı hemşire bakım saati			
				Haftaiçi			Haftasonu
				1	2	1+2	
	Gündüz	Haftaiçi Nöbet	Haftasonu Nöbet	Gündüz	16 saatlik nöbette	TOPLAM (24 saat)	24 saatlik nöbette
CERRAHİ KLN.							
Plastik Cerrahi	7.0	20.9	19.0	1.1	0.8	1.9	1.2
1 KBB	6.5	24.7	18.8	1.2	0.8	2.0	1.2
2 KBB	8.0	25.7	25.4	1.0	0.6	1.6	0.9
Beyin Cerrahisi	**4.5**	25.7	22.9	**1.7**	0.7	2.4	1.0
Kalp Damar Cerr.	6.1	24.6	25.3	1.3	0.6	1.9	0.9
1 Ortopedi	7.4	25.3	19.8	1.0	0.8	1.8	1.2
2 Ortopedi	7.0	26.4	24.8	1.1	0.6	1.7	0.9
Göz	**8.8**	**32.7**	25.0	**0.9**	0.6	1.5	0.9
Üroloji	8.2	31.5	29.2	**0.9**	**0.5**	**1.4**	**0.8**
1 Cerrahi	7.0	25.4	23.2	1.1	0.7	1.8	1.0
2 Cerrahi	8.3	28.5	28.5	**0.9**	**0.5**	1.4	**0.8**
3 Cerrahi	8.2	29.8	27.5	**0.9**	0.6	1.5	**0.8**
4 Cerrahi	8.2	28.8	24.7	**0.9**	0.6	1.5	0.9
1 Kadın Doğum	5.6	**14.6**	**13.6**	1.4	**1.1**	2.5	**1.7**
2 Kadın Doğum	5.0	16.2	14.5	1.6	**1.1**	**2.7**	1.6
3 Kadın Doğum	7.0	23.8	17.5	1.1	0.9	2.0	1.3
DAHİLİYE KLN.							
Psikiyatri	5.0	20.2	18.7	1.6	0.8	2.4	1.2
Nöroloji	5.0	22.5	21.0	1.6	0.7	2.3	1.1
Fizik Tedavi	6.0	24.3	19.6	1.3	0.8	2.1	1.2
Kardiyoloji	4.6	20.0	16.9	1.7	0.9	2.6	1.4
1 Dahiliye	8.6	31.0	30.8	0.9	0.5	1.4	0.7
2 Dahiliye	7.8	31.2	**30.9**	1.0	0.5	1.5	0.7
3 Dahiliye	5.8	20.5	20.3	1.3	0.7	2.0	1.1
Gastroenteroloji	5.5	20.0	18.0	1.4	0.8	2.2	1.3
Dermatoloji	6.8	20.5	15.3	1.1	1.0	2.2	1.5
Enfeksiyon Hastl.	6.0	18.2	13.6	1.3	1.1	2.4	**1.7**
YOĞUN BAKIM							
Kalp Dam.Cer. YB	**0.7**	**1.8**	**0.9**	**8.0**	**16.0**	**24.0**	**24.0**
Beyin Cerr. Y. B.	2.5	3.8	3.5	3.2	4.5	7.7	6.8
Koroner Yoğun B.	1.6	5.7	6.5	5.0	2.4	7.4	3.6
Nöroloji Yoğ.Bak.	**2.8**	**8.6**	**8.0**	**2.8**	**2.0**	**4.8**	**3.0**
Anestezi Yoğun B.	1.0	4.3	4.1	**8.0**	3.9	11.9	5.8

Kliniklerdeki hemşire/hasta oranları ve hasta başına düşen hemşire bakım saatlerinin dağılımı Tablo 9'da verilmiştir. **Gündüz** sekiz saatlik mesaide cerrahi kliniklerde bir hemşireye 4.5 – 8.8, dahiliye kliniklerinde 4.6 – 8.6 hasta düşmektedir. Hasta başına düşen hemşire bakım saati dahili ve cerrahi klinikler için ortalama 0.9 – 1.7

saattir. Nöroloji yoğun bakımda bir hemşireye düşen hasta sayısı 2.8, beyin cerrahisi yoğun bakımda 2.5, koroner yoğun bakımda 1.6, anestezi yoğun bakımda 1.0 ve kalp damar cerrahisi yoğun bakımda 0.7 hastadır. Nöroloji yoğun bakımda bir hastaya düşen hemşire bakım saati 2.8, beyin cerrahisi yoğun bakımda 3.2, koroner yoğun bakımda 5.0, anestezi yoğun bakım ve kalp damar cerrahisi yoğun bakımda 8.0 saattir.

Nöbetler haftaiçi 16 saat, hafta sonu 24 saat olarak tutulmakta ve kliniklerde bir hemşire nöbetçi kalmaktadır. Klinik birimlerde bir hemşireye düşen hasta sayısı 16 saatlik nöbette 14.6 –32.7, 24 saatlik nöbette 13.6 – 30.9 arasında değişmektedir. Hasta başına düşen hemşire bakım saatleri cerrahi ve dahiliye klinikleri için 16 saatlik nöbetlerde 0.5 - 1.1 saat, 24 saatlik nöbetlerde 0.7 - 1.7 saat arasında değişmektedir. Nöroloji yoğun bakımda nöbetlerde bir hemşireye 8.0 – 8.6 hasta, koroner yoğun bakımda 5.7 – 6.5, anestezi yoğun bakımda 4.1 – 4.3, beyin cerrahisi yoğun bakımda 3.5 – 3.8 ve kalp damar cerrahisi yoğun bakımda 0.9 – 1.8 hasta düştüğü belirlenmiştir. Hasta başına hemşire bakım saatleri 16 saatlik nöbetler için nöroloji yoğun bakımda 2.0, beyin cerrahisi yoğun bakımda 4.5, koroner yoğun bakımda 2.4, anestezi yoğun bakımda 3.9 ve kalp damar cerrahisi yoğun bakımda 16 saat olarak belirlenmiştir. Yirmidört saatlik nöbetler için bir hastaya düşen hemşire bakım saatleri nöroloji yoğun bakımda 3.0, beyin cerrahisi yoğun bakımda 6.8, koroner yoğun bakımda 3.6, anestezi yoğun bakımda 5.8 ve kalp damar cerrahisi yoğun bakımda 24 saat olarak bulunmuştur. Hasta başına 24 saatte hemşire bakım saati klinikler için 1.4–2.7 saat, yoğun bakımlar için 4.8– 24.0 saat arasında değişmektedir.

4.3. Bakım Zamanlarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 10: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Mesai Saatlerinde ve Nöbetlerde Direk ve İndirek Hasta Bakımıyla, Hemşirelik Dışı İşlevlere Ayırdıkları Zamanın Dağılımı

İŞLEVLER	ZAMAN	
	Mesai Saatlerinde (n=217)	Nöbetlerde (n=228)
	YÜZDE	YÜZDE
Direk Hasta Bakımı	41.4	50.6
İndirek Hasta Bakımı	28.2	21.6
Hemşirelik Dışı İşlevler	30.4	27.8
TOPLAM	100	100

Yatakbaşı hemşireliği yapan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının mesai saatlerinde ve nöbetlerde direk ve indirek hasta bakımıyla, hemşirelik dışı işlevlere

ayırdıkları zamanın dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Hemşirelerin mesai saatleri içinde zamanlarının %41.4'ünü direk bakıma, %28.2'sini indirek bakıma ve %30.4'ünü hemşirelik dışı işlevler için harcadıkları saptanmıştır. Nöbetlerde zamanlarının %50.6'sını direk bakıma, %21.6'sını indirek bakıma ve 27.8'ini hemşirelik dışı işlevlere harcadıkları belirlenmiştir.

4.4. Kurumiçi Hareketlilikleri ve Bunu Etkileyen Faktörler

Tablo 11 : Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe, Sağlık Memurlarının Son Bir Yılda Kurumiçi Yer Değiştirme Sıklıkları

	SAYI	YÜZDE (%)
Yeri Değişmeyen	388	84.3
1 Kez Değişen	65	14.1
2 Kez Değişen	7	1.5
TOPLAM	460	100

Araştırma kapsamına alınan personelin kurumiçi yer değişim sıklıkları Tablo 11'de verilmiştir. Son bir yıl içinde bir kez yer değiştirenler 65 (%14.1), iki kez yer değiştirenler 7 (%1.5) kişidir.

Tablo 12 : Son Bir Yılda Kurumiçinde Yer Değiştiren Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yer Değiştirme Nedenleri

YER DEĞİŞTİRME NEDENLERİ	SAYI (n=72)	YÜZDE (%)
İdari Birimin Kararı	42	58.3
Ailevi Sorunlar	19	26.4
Birim İçi Anlaşmazlık	7	9.8
Sağlık Problemi	4	5.5
TOPLAM	72	100

Son bir yılda kurumiçinde yer değiştiren hemşire, ebe ve sağlık memurlarının yer değiştirme nedenleri Tablo 12'de verilmiştir. Araştırma bulgularına göre %58.3'ü idari birimin kararıyla, %26.4'ü ailevi sorunlar, %9.8'i birimiçi anlaşmazlıklar, %5.5'i sağlık problemleri nedeniyle yer değişimi yapmışlardır.

Tablo 13 : Son Bir Yılda Kurumiçinde Bir ve İki Kez Yer Değiştiren Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumiçi Yer Değişim Tablosu

DEĞİŞİM BİRİMLERİ	SAYI (n=65)	YÜZDE
KLİNİKLERDEN		
Klinikten / Kliniğe	13	20.0
Klinikten / Sorumlu hemşireliğe	7	10.8
Klinikten / Polikliniğe	4	6.2
Klinikten / Yoğun bakıma	1	1.5
Klinikten / Acile	4	6.2
Klinikten / Ameliyathaneye	2	3.1
POLİKLİNİKLERDEN		
Poliklinikten / Polikliniğe	7	10.8
Poliklinikten / Kliniğe	5	7.7
ACİL SERVİSTEN		
Acilden / Kliniğe	3	4.6
Acilden / Polikliniğe	2	3.1
AMELİYATHANEDEN		
Ameliyathaneden / Polikliniğe	1	1.5
Ameliyathaneden / Kliniğe	1	1.5
YOĞUN BAKIMDAN		
Yoğun bakımdan / Kliniğe	3	4.6
Yoğun bakımdan / Polikliniğe	2	3.1
Yoğun bakımdan / Yoğun bakıma	1	1.5
Yoğun bakımdan / Postop	4	6.2
YÖNETİMDEN		
Yönetimden / Kliniğe	1	1.5
Yönetimden / Döner sermaye birimi	3	4.6
DİĞER		
112'den / Kliniğe	1	1.5
TOPLAM	**65**	**100**
İKİ KEZ YER DEĞİŞENLER		
DEĞİŞİM BİRİMLERİ	**SAYI (n=7)**	**YÜZDE**
Acil Servis/ Eczane / Sorumlu hemşire	1	14.3
Klinik / Klinik / Klinik	3	42.8
Acil / Klinik / Klinik	1	14.3
Poliklinik / Klinik / Poliklinik	2	28.6
TOPLAM	7	100

Son bir yılda kurumiçinde yer değiştiren hemşire, ebe ve sağlık memurlarının değişim yaptıkları birimler Tablo 13'de verilmiştir.

Kliniklerden 31 kişi (%47.8), polikliniklerden 12 kişi (%18.5), yoğun bakımlardan 10 kişi (%15.4), acil servisten 5 kişi (%7.7), yönetimden 4 kişi (%6.1), ameliyathaneden 2 kişi (%3.0) ve 112'den kliniğe geçen 1 kişi (%1.5) olmak üzere toplam 65 kişinin bir kez yer değiştirdiği belirlenmiştir.

Kurumiçinde iki kez yer değiştirenlerin sayısı 7'dir ve en fazla değişimin %42.8 ile klinikler arasında yapıldığı görülmektedir.

Tablo 14: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalıştıkları Birimlere Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketlilikleri

ÇALIŞILAN BİRİMLER	YERİ DEĞİŞMEYEN		YERİ DEĞİŞEN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yönetim	27	84.4	5	15.6	32	100
Dahiliye	70	87.5	10	12.5	80	100
Cerrahi	103	83.8	20	16.2	123	100
Yoğun Bakım	32	82.0	7	18.0	39	100
Poliklinik	74	83.2	15	16.8	89	100
Acil	30	85.8	5	14.2	35	100
Ameliyathane	40	88.8	5	11.2	45	100
Diğer	12	70.5	5	29.5	17	100
TOPLAM	388	84.3	72	15.6	460	100

Araştırma kapsamına alınan personelin çalıştıkları birimlere göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 14'de verilmektedir. Cerrahi kliniklerinde çalışanların %16.2'si, poliklinikiklerde çalışanların %16.8'i, dahiliye kliniklerinde çalışanların %12.5'i, yönetim kadrosunda çalışanların %15.6'sı, acil serviste çalışanların %14.2'si, ameliyathanede çalışanların %11.2'si ve diğer birimlerde (radyoloji, döner sermaye bürosu, eczane, kreş) çalışanların %29.5'inin yer değiştirdikleri belirlenmiştir. En az değişim %11.2 ile ameliyathanede, en fazla %29.5 ile diğer birimlerde çalışan personelde meydana gelmiştir.

Tablo 15: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Medeni Durumlarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması

MEDENİ DURUM	KURUMİÇİ HAREKETLİLİK				TOPLAM
	Yeri Değişmeyen (n=388)		Yeri Değişen (n=72)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
EVLİ	230	84.8	41	15.2	271
BEKAR	158	83.6	31	16.4	189
x^2=0.137	SD=1	p>0.05			

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının medeni durumlarına göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 15'de gösterilmiştir. Evli olanların %15.2'sinin, bekar olanların %16.4'ünün yer değiştirdikleri belirlenmiştir. Medeni duruma göre kurumiçi yer değişikliği açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 16: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çocuk Sayılarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması

ÇOCUK SAYISI	KURUMİÇİ HAREKETLİLİK				TOPLAM
	Yeri Değişmeyen (n=388)		Yeri Değişen (n=72)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
0	186	82.6	39	17.4	225
1	104	81.8	23	18.2	127
2 ve üzeri	98	90.7	10	9.3	108
x^2=4.406	SD=2	p>0.05			

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının sahip oldukları çocuk sayılarına göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 16'da verilmiştir. Çocuk sahibi olmayanların %17.4'ü, bir çocuk sahibi olanların %18.2'si, iki ve daha fazla çocuk sahibi olanların %9.3'ünün kurumiçinde yer değiştirdikleri saptanmıştır. Çocuk sayısına göre kurumiçi yer değişikliği açısından fark bulunmamıştır.

Tablo 17: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yaşlarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması

YAŞ	KURUMİÇİ HAREKETLİLİK				TOPLAM
	Yeri Değişmeyen (n=388)		Yeri Değişen (n=72)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
29 ve altı	171	81.0	40	19.0	211
30 ve üzeri	217	87.1	32	12.9	249
x^2=3.225	SD=1	p>0.05			

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının yaşlarına göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 17'de verilmiştir. Yaş gruplarından 29 ve alt yaştakilerin %19'u, 30 ve üst yaştakilerin %12.9'u kurumiçinde yer değiştirdikleri belirlenmiştir. Yaşa göre kurumiçi yer değişikliği açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.

Tablo 18: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Eğitim Durumlarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması

EĞİTİM DURUMU	KURUMİÇİ HAREKETLİLİK				TOPLAM
	Yeri Değişmeyen (n=388)		Yeri Değişen (n=72)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
SML	142	81.1	33	18.9	175
AÖF	155	85.6	26	14.4	181
SHMYO	64	83.1	13	16.9	77
LİSANS ve ÜSTÜ	27	100	0	0.0	27
x^2=6.688	SD=3	p>0.05			

Araştırma kapsamına alınan personelin eğitim durumlarına göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 18'de verilmiştir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %18.9'u, açıköğretim fakültesi mezunlarının %14.4'ü, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunlarının %16.9'u kurumiçinde yer değiştirmiştir. Lisans ve lisansüstü mezunu olanların son bir yılda hiç yer değiştirmedikleri belirlenmiştir. Eğitim durumlarına göre kurumiçi yer değişikliği açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.

Tablo 19: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Nöbet Tutma Durumlarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması

NÖBET TUTMA DURUMU	KURUMİÇİ HAREKETLİLİK				TOPLAM
	Yeri Değişmeyen (n=388)		Yeri Değişen (n=72)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
TUTMAYAN	144	84.2	27	15.8	171
TUTAN	244	84.5	45	15.5	289
x^2= 0.951	SD=1	p>0.05			

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının nöbet tutma durumlarına göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 19'da gösterilmiştir. Hiç nöbet tutmayanların %15.8'i, nöbet tutanların %15.5'i kurumiçinde yer değiştirmiştir. Nöbet tutma durumuna göre kurumiçi yer değişikliğinde istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.

Tablo 20 : Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Hasta Sayılarına Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması

HASTA SAYISI	KURUMİÇİ HAREKETLİLİK				TOPLAM
	Yeri Değişmeyen (n=388)		Yeri Değişen (n=72)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
1-20	85	85.9	14	14.1	99
21 VE ÜZERİ	123	82.0	27	18.0	150
x^2=0.646	SD=1	p>0.05			

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının hasta sayılarına göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 20'de verilmiştir. 1-20 hasta bakanların %14.1'i, 21 ve üzerinde hasta bakanların %18.0'ı kurumiçinde yer değiştirmiştir. Bakılan hasta sayısıyla kurumiçi yer değişikliği açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.

Tablo 21: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalışma Şekline Göre Son Bir Yıldaki Kurumiçi Hareketliliklerinin Karşılaştırılması

ÇALIŞMA ŞEKLİ	KURUMİÇİ HAREKETLİLİK				TOPLAM
	Yeri Değişmeyen (n=388)		Yeri Değişen (n=72)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Nöbetsiz	144	84.2	27	15.8	171
Sürekli Nöbet	36	76.6	11	23.4	47
Gündüz ve Nöbetli	208	85.9	34	14.1	242
x^2=2.613 SD=2 p>0.05					

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalışma şekline göre son bir yıldaki kurumiçi hareketlilikleri Tablo 21'de gösterilmiştir. Nöbetsiz çalışanların %15.8'i, sürekli nöbet şeklinde çalışanların %23.4'ü, gündüz ve bazen nöbet şeklinde çalışanların %14.1'i kurumiçinde yer değiştirmiştir. Çalışma şekline göre kurumiçi yer değişikliğinde bir fark bulunmamıştır.

4.4. Kurumlararası Hareketlilikler ve Bunu Etkileyen Faktörler

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 2001 yılında 26 hemşire, 21 ebe, 3 sağlık memuru olmak üzere toplam 50 kişi ayrılmıştır. Personel ayrılma hızı %9.6 olarak belirlenmiştir.

Tablo 22 : Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumlararası Hareketlilik Sayıları (n=460)

KURUMLARARASI HAREKETLİLİK SAYISI	SAYI	YÜZDE
Kurum Değiştirmeyen	75	16.3
1 Kez Değiştiren	385	83.7
2 Kez Değiştiren	219	47.6
3 Kez Değiştiren	113	24.6
4 Kez Değiştiren	44	9.6
5 Kez Değiştiren	18	3.9
6 Kez Değiştiren	9	2.0
7 Kez Değiştiren	4	0.9

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının mesleki yaşamlarının başlangıcından araştırma verilerinin toplandığı zamana kadar geçen süredeki

kurumlararası hareketlilik sayıları ve ortalamaları Tablo 22'de verilmiştir. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %16.3'ünün hiç kurum değişikliği yapmadığı, %83.7'sinin bir, %47.6'sının iki, %24.6'sının üç, %9.6'sının dört, %3.9'unun beş, %2.0'ının altı ve %0.9'unun yedi kez kurumlararası değişiklik yaptıkları belirlenmiştir. Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının hareketlilik ortalamaları 1.9 ±1.2'dir.

Tablo 23: Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Son Yer Değişim Nedenlerine Göre Dağılımları

YER DEĞİŞİM NEDENLERİ	SAYI	YÜZDE
Eş durumu	283	35.7
Kendi isteği	190	24.0
Aileye yakın olmak	119	15,0
Eğitim	92	11.6
Büyük şehirde yaşamak	35	4.4
Zorunlu yapılan tayin	34	4.3
Köy şartlarının zorluğu	25	3.2
İstifa	8	1.0
Geçici görev	6	0.8
TOPLAM	792	100

Araştırma kapsamına alınan personelin son yer değişim nedenleri Tablo 23'de verilmiştir. Yer değiştirme nedenlerinin %35.7 eş durumu, %24.0 kendi isteğiyle yer değiştirme, %15.0 aileye yakın olmak, %11.6 eğitim, %4.4 büyükşehirde yaşama isteği, %4.3 ihtiyaç nedeniyle zorunlu olarak tayinlerinin yapılması, %3.2 çalışılan köy şartlarının zorluğu, %1.0 istifa etme ve %0.8 geçici görevle tayin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 24: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Medeni Durumlarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KURUMLARARASI HAREKETLİLİK				
MEDENİ DURUM	**n**	**$\bar{x}$**	**SS**	**t**	**p**
BEKAR	188	2.41	1.14	-4.254	P<0.05
EVLİ	271	2.93	1.47		

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının medeni durumlarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları Tablo 24'de verilmiştir. Kurumlararası hareketlilik ortalaması bekarlarda 2.41 ±1.14, evlilerde 2.93 ±1.47 olarak saptanmıştır. Medeni duruma göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 25: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çocuk Sayılarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KURUMLARARASI HAREKETLİLİK				
ÇOCUK SAYISI	**n**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**p**
0	225	2.39	1.10	17.256	P<0.05
1	126	2.76	1.30		
2 ve Üzeri	109	3.30	1.37		

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çocuk sayılarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları Tablo 25'de verilmiştir. Hiç çocuğu olmayanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.39±1.10, 1 çocuğu olanların 2.76±1.30, 2 ve üzeri çocuğu olanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 3.30±1.37 olarak belirlenmiştir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşire, ebe ve sağlık memurlarının sahip oldukları çocuk sayısına göre kurumlararası yer değişimi anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda (Tukey HSD) anlamlı farklılığın 2 ve üzeri çocuk sahibi olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 26: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Eğitim Durumlarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KURUMLARARASI HAREKETLİLİK				
EĞİTİM DURUMU	**n**	$\bar{x}$	**SS**	**F**	**p**
Sağlık Meslek Lisesi	175	2.75	1.39	7.772	P<0,05
Açık Öğretim Fakültesi	181	2.98	1.36		
Sağlık Hizmetleri MYO	77	2.24	1.22		
Lisans Ve Üzeri	27	2.03	1.25		

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının eğitim durumlarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları Tablo 26'da verilmiştir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.75±1.39, açık öğretim fakültesi mezunlarının 2.98±1.36, sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu mezunlarının 2.24±1.22, lisans ve lisansüstü mezunlarının kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.03±1.25 olarak belirlenmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşire, ebe ve sağlık memurlarının eğitim düzeylerine göre kurumlararası yer değişimi anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda (Tukey HSD) sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu ile lisans ve üzeri eğitim alanlarda hareketlilik açıköğretim ve sağlık meslek lisesi mezunlarına göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Tablo 27: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yaşlarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KURUMLARARASI HAREKETLİLİK				
YAŞ	**n**	$\bar{x}$	**SS**	**t**	**p**
29 ve Altı	211	2.30	0.98	-6.442	P<0.05
30 ve Üzeri	249	3.07	1.54		

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının eğitim durumlarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları Tablo 27'de verilmiştir. Yaş grubu olarak 29 ve alt yaşta olanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.30 ±0.98, 30 ve üzeri yaşta olanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 3.07 ±1.54'dür. Otuz yaş üzerindekilerde kurumlararası hareketlilik anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 28 : Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Nöbet Sayılarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KURUMLARARASI HAREKETLİLİK				
NÖBET SAYISI	**n**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**p**
Nöbetsiz	171	2.63	1.32	0.564	p>0.05
1-3	24	2.66	1.27		
4-6	165	2.72	1.42		
7 ve Üzeri	100	2.85	1.39		

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının nöbet sayılarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 28'de verilmiştir. Hiç nöbet tutmayanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.63±1.32, 1-3 nöbet tutanların 2.66±1.27, 4-6 nöbet tutanların 2.72±1.42, 7 ve üstünde nöbet tutanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.85±1.39 olarak belirlenmiştir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşire, ebe ve sağlık memurlarının tutmuş oldukları nöbet sayısına göre kurumlararası hareketlilikleri istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 29 : Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Hasta Sayılarına Göre Kurumlararası Hareketlilik Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KURUMLARARASI HAREKETLİLİK				
HASTA SAYISI	**n**	**$\bar{x}$**	**SS**	**t**	**p**
1-20	99	2.84	1.66	0.617	p>0.05
21 ve Üzeri	150	2.72	1.27		

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının nöbetlerdeki hasta sayılarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları Tablo 29'da verilmiştir. Nöbetlerde 1-20 hasta bakanların kurumlararası hareketlilik ortalamaları 2.84±1.66, 21 ve üzerinde hasta bakanların kurumlararası hareketlilik ortalamaları 2.72±1.272dir. Hasta sayılarına göre kurumlararası hareketlilik durumunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 30: Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalışma Şekline Göre Kurumlararsı Hareketlilik Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KURUMLARARASI HAREKETLİLİK				
ÇALIŞMA ŞEKLİ	**n**	**$\bar{x}$**	**SS**	**F**	**p**
Nöbetsiz	157	2.60	1.34	1.109	p>0.05
Sürekli Nöbet	47	2.61	1.15		
Gündüz ve Bazen Nöbet	256	2.80	1.43		

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalışma şekline göre kurumlararsı hareketlilik ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 30'da verilmiştir. Nöbetsiz çalışanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.60 (±1.34), sürekli nöbet tutanların 2.61 (±1.15), gündüz çalışıp bazen nöbet tutanların kurumlararası hareketlilik ortalaması 2.80 (±1.43) olarak belirlenmiştir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalışma şekillerine göre kurumlararsı hareketlilikleri arasında fark bulunmamıştır (p>0.05).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşire, sağlık memuru ve ebelerin çalışma özellikleri, hastanedeki birimlere dağılımı, standart kadro kriterlerine göre kadrolama durumları, hasta/hemşire oranları, bakım zamanlarının dağılımı, kurumiçi son bir yıldaki hareketlilik sayısı ve kurumlararası toplam hareketlilik sayısına; yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalıştığı birim, çalışma şekli, hemşire/hasta oranı ve nöbet sayısının etkisi incelenmiştir.

5.1. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Çalışma Yaşantıları :

Nöbet Sayıları: Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %34.9'unun 7 ve üzerinde nöbet tuttukları saptanmıştır (Tablo 4). Taşcı ve arkadaşlarının üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %65.6'sının, Bilgili'nin SSK hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %33.9'unun 7 ve üzeri nöbet tuttuğu belirtilmiştir (55,60). Nöbet sayısıyla ilgili sonuçlar Taşçı'nın sonuçlarına göre düşük, Bilgili'nin sonuçlarıyla benzerdir. Taşçı'nın sonuçlarıyla farklılığın nedeni nöbet planlamalarındaki kurumsal politikaların farklılıklarına bağlı olabilir. Hemşirelerin sayısal sınırlılıkları göz önüne alındığında nöbet sayılarının fazla olması beklenen bir sonuçtur. Ancak elde edilen bu sonuç, nöbetlerin hemşireler arasında dengeli dağılım göstermediğini de ortaya koymaktadır.

Bakım Verilen Hasta Sayısı: Nöbetlerde hemşirelerin %60.2'sinin 21 ve üzerinde hasta baktıkları saptanmıştır (Tablo 4). Bilgiç'in (58) dört hastanede (SSK, Üniversite, Özel ve Sağlık Bakanlığı) yaptığı araştırmada gece nöbetlerinde hemşirelerin %24.6'sının 1 - 15 hasta, %22.0'ının 16 - 30 hasta, %21.5'inin 31 - 45 hastaya bakım verdikleri belirlenmiştir. Taşçı, gece nöbetlerinde hemşirelerin %33.3'ünün 11 - 20 hasta, %28.8'inin 21 - 30 hasta, %10.2'sinin 31 ve üzerinde hasta baktıklarını saptamıştır. Bilgili'nin araştırmasında hemşirelerin %47.1'inin 21 - 30 hastaya, %42.0'ının 31 - 40 hastaya baktıkları saptanmıştır. Nöbetlerde bakılan hasta sayısı araştırmaların hepsinde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç aşırı yorgunluk, bakım kalitesinde düşme ve verimsizlik gibi hizmete ve hizmet sonuçlarına yansıyan olumsuz sonuçları açısından önem taşımaktadır.

Fazla Çalışma Saatleri: Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının aylık fazla çalışma saati 8 - 90 saat arasında değişmektedir (Tablo 4). Leblebici ve Tektaş'ın (73) İzmir İli'ndeki 11 hastanede (Devlet + SSK + Üniversite) yapmış oldukları araştırmada sadece

bir hastanenin hemşireleri fazla çalıştırmadığı, beş hastanenin 24 saatten az, beş hastanenin de ayda 30-130 saat fazla mesai yaptırdıkları bulunmuştur. Argon'un (56) SSK, devlet ve bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %28.6'sının haftada 40 saatten fazla çalıştıklarını saptamıştır. Yapılan araştırmalar hemşirelerin çalışma saatlerinin fazla olduğunu göstermektedir. Bu sonuç kliniklerde çalışan hemşire sayısının yetersiz olması yanı sıra dağılım ve nöbet politikalarından da kaynaklanmaktadır.

Birimlere Dağılımları: Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımlarında %7.6'sının acil servis, %9.8'inin ameliyathane, %8.5'inin yoğun bakım, %19.3'ünün poliklinik, %44.1'inin dahiliye ve cerrahi servisleri, %7.0'ının yönetim, %3.7'sinin diğer yerlerde görev yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4). Polikliniklerde çalışan toplam 89 hemşirenin (%19.3), kayıt elemanı olarak görev yaptıkları saptanmıştır. Polikliniklerde sağlık personeli olmayan memurların veya tıbbi sekreterlerin olmaması nedeniyle hemşire ve ebeler istihdam edilmektedir. Bu planlama, kliniklerde yatak başı hasta bakım hizmeti veren hemşire sayısının azalmasına neden olmaktadır.

Hizmetiçi Eğitimlere Katılma Durumları: Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının, mesleklerine yönelik olarak son bir yıl içerisinde çalıştıkları kurumda hizmetiçi eğitimlere katılma oranı %44.1 olarak bulunmuştur. Kurum dışındaki eğitimlere %10.9'unun katıldığı belirlenmiştir (Tablo 5). Bilgiç'in araştırmasında kurum içinde hemşirelerin %48.2'sinin hizmetiçi eğitimlere katıldığı, %12.8'inin kurum dışındaki eğitimlere katıldıkları gösterilmiştir (58). Erefe ve arakadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşirelerin %45.4'ü kurumdaki hizmetiçi eğitimlere katılmışlardır (75). Taşcı'nın çalışmasında kurumdaki hemşirelerin hizmetiçi eğitimlere katılma oranı %58.3 olarak bulunmuştur. Hizmetiçi eğitimlere katılma oranlarıyla ilgili sonuçlar birbirine benzer ve düşük orandadır. Bilgiç, hizmetiçi eğitimlere katılmama nedenleri olarak hasta/hemşire oranının fazla olması, iş merkezli çalışma biçimi, hizmetiçi eğitim programlarının yetersizliği, katılımda isteksizlik gibi nedenleri sıralamaktadır. Kantek'in Devlet Hastanelerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %22.9'u eğitimlere zorunluluktan katıldıklarını belirtmişlerdir (59). Araştırmanın yapıldığı kurumda hizmetiçi programlarının yetersizliği hariç Bilgiç'in ifade ettiği nedenler geçerlidir. Elde edilen bu sonuç kurumda hemşirelerin eğitim programlarına katılımını engelleyen nedenlere yönelik çözümlerin üretilmemesi ve eğitime hemşirelerin yeterli önem vermemesine bağlı olabilir. Kurum dışı eğitimlere katılmama nedenleri olarak

kurumun eğitimler için hemşirelere maddi destek sağlayamaması, eğitim programlarına katılım maliyetlerinin yüksek olması engelleyici faktör olarak sayılabilir.

Aldıkları temel eğitimi üstlendikleri görev için yeterli bulanlar sağlık meslek lisesi mezunlarında %38.3, açık öğretim fakültesi önlisans mezunlarında %31.0, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunlarında %33.8, lisans ve yükseklisans mezunlarında %63.0 olarak saptanmıştır (Tablo 6). Bilgiç'in araştırmasında hemşirelerin 27.7'sinin mevcut bilgilerini yeterli buldukları, %56.0'ının kısmen yeterli, %16.2'sinin bilgilerini yetersiz buldukları saptanmıştır. Ayey'in İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptığı çalışma sonuçları (1998) hemşirelerin %34.5'inin aldığı temel eğitimi yeterli bulduğunu göstermektedir (74). Aldıkları temel eğitimin yeterliliğini algılama yönünden elde edilen araştırma sonuçları birbiriyle benzerdir. Araştırma örnekleminde lisans ve yükseklisans mezunlarının sayısı az olmakla birlikte aldıkları eğitimi yeterli bulma oranları diğerlerine göre yüksektir. Elde edilen bu sonuç, temel eğitimin çalışma ortamlarının gereksinimlerine uymadığının bir göstergesi olabilir.

5.2.Kadro Doluluk Durumu, Yataklı Birimlerde Hemşire/Hasta Oranları ve Hasta Başına Düşen Hemşire Bakım Saatleri

Kadro Doluluk Durumu: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırmanın yapıldığı Nisan 2001 yılı için 390 hemşire, 120 ebe ve 6 sağlık memuru çalışmaktadır (Tablo 7). Sağlık Bakanlığı'nın "Kadro Standartları Yönetmeliği"ne göre standart sayı 530 hemşire ve 70 ebedir. Hemşire sayısında 140 eksik, ebe kadrosunda +50 fazlalık bulunmaktadır. Kadro doluluk oranları hemşireler için %73.58, ebeler için %171.43'tür. Bu durum, Ülker ve arkadaşlarının (2001) hazırlamış oldukları "Türkiye'de Hemşirelik" raporunda da belirtildiği gibi ebelerin hemşirelikle ilgili işlevlerde ve hatta hemşire kadrolarında istihdam edildiklerine ilişkin saptamayı doğrulayan bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Hastanenin standart personel kadrosunda sağlık memurları sayısı 176 olarak belirlenmiştir. Sağlık memurları röntgen teknisyeni, laborant gibi sınıflara ayrılarak gruplandırılmışlardır. Hastanede hemşireliğe eşdeğer müfredata göre mezun olan sağlık memurlarının sayısı 6'dır (11,76).

Hemşire/Hasta Oranları: Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşire sayıları 6 – 8 arasında değişmektedir. Bir hemşireye düşen hasta sayısı gündüz cerrahi birimlerde 4.5 – 8.8, dahiliye servislerinde 4.6 –7.8, yoğun bakımlarda 0.7 – 2.8 arasında değişmektedir. Nöbetler kliniklerde hafta içi 16 saat, hafta sonu 24 saat olarak tutulmakta ve bir hemşire

nöbetçi kalmaktadır. Nöbetlerde bir hemşireye düşen hasta sayısı kliniklerde 13.6 – 30.9, yoğun bakımlarda 0.9 - 8.0 arasında değişmektedir (Tablo 9).

Ançel'in bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada (1996) gündüz cerrahi kliniklerde bir hemşireye ortalama 7.5 - 8.0 hasta, dahiliye kliniklerinde 7.0 hasta, yoğun bakımlarda 1.6 hasta düştüğü belirlenmiştir (12). Ayey'in çalışmasında kliniklerde bir hemşireye 6.7 hasta düştüğü saptanmıştır (74). Güngör& Bahtiyar'ın çalışmasında hastaların bağımlılık düzeyleri gözönüne alınarak hasta/hemşire oranları belirlenmiştir. Bir hemşirenin bakabileceği hasta sayısı bağımsız hastalar için 10.5, alt düzey bağımlı olanlar için 5.25, orta düzey bağımlı olanlar için 3, üst düzey bağımlı olanlar için 1.5 ve en üst düzey bağımlı olanlar için 1 hasta olarak saptanmıştır (18). Alcan'ın çalışmasında yoğun bakım hastaları için standardize edilmiş verilere göre, her şiftte hasta başına en az bir hemşire düşmesi bakım kalitesi göstergesi olarak değerlendirilmiştir (72). Ançel'in ve Ayey'in çalışma sonuçları bu çalışmadaki hemşire/hasta oranlarıyla benzerdir. Güngör&Bahtiyar ve Alcan'ın çalışmaları ile kıyaslandığında bizim araştırmamızda bir hemşireye düşen hasta sayısı oldukça yüksek bulunmuştur. Haftaiçi ve hafta sonu nöbetlerde bir hemşirenin bakması gereken hasta sayısı daha da artmaktadır. Bu sonuçlar hemşire sayısının yetersizliği yanı sıra, hemşirelerin gündüz ve gece şiftlerine dağılımında hasta bakım gereksinimlerinin gözönüne alınmadığını da göstermektedir.

Hasta Başına Düşen Hemşire Bakım Saatleri: Gündüz sekiz saatlik mesaide hasta başına düşen hemşire bakım saati, dahili ve cerrahi klinikler için 4.5 – 8.8 saat, yoğun bakımlarda 2.8 - 8.0 saat arasında değişmektedir. **Nöbetlerde** hasta başına düşen hemşire bakım saati, 16 saatlik nöbette kliniklerde 0.5 - 1.1 saat, yoğun bakımlarda 2.0 - 16.0 saat olarak saptanmıştır. Haftaiçi günlerde 24 saat için hasta başına düşen hemşire bakım saati kliniklerde 1.4 ile 2.7 saat, yoğun bakımlarda 4.8 ile 24 saat arasında değişmektedir. **Hafta sonlarında** hasta başına hemşire bakım saatleri kliniklerde 0.7 - 1.7 saat, yoğun bakımlarda 3 - 24 saat arasında değişmektedir. Hasta başına düşen hemşire bakım saatleri, gündüz çalışan hemşire dağılımının azaltılması nedeniyle hafta sonlarında daha da düşmektedir (Tablo 9).

Rowland dahili-cerrahi birimler için hasta sınıflaması yapmış ve hastaların girdiği sınıfa göre gereksinim duyulan bakım saatini hesaplamıştır. Rowland'a göre en az hemşirelik bakımı gerektiren hastaya 24 saatte 2.8 saat, maksimum düzeyde bakım gerektiren hastalar için 8.6 saat hemşirelik bakımına ihtiyaç olduğunu saptamıştır (63).

Güngör ve Bahtiyar'ın çalışmasında (1999), Rasch'ın "hasta bağımlılık düzeyi saptama skalası" rehberliğinde yapılan hasta bağımlılık sınıflamasına göre hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulan süreler şu şekilde hesaplanmıştır: 24 saatte, bağımsız hasta 2 saat, alt düzey bağımlı hasta 4 saat, orta düzey bağımlı hasta 10 saat, üst düzey bağımlı hasta 14 saat ve en üst düzey bağımlı hasta 14 saatten fazla hemşirelik bakım zamanına ihtiyaç duymaktadır.

Bizim araştırmamızda klinik birimler için hasta başına hemşire bakım saatleri (1.4 – 2.7) bu çalışmalardaki bağımsız hastalara ayrılan zaman kadardır. Her klinikte, bağımlılık düzeyi farklı hastalar yatmakta ve ülkemizde de kliniklerde daha kompleks bakıma gereksinim duyan hasta sayısı artmaktadır. Kalp damar cerrahisi yoğun bakımda hasta başına hemşire bakım saatinin 24 saat olarak saptanmasının nedeni bu yoğun bakımın yeni açılması ve hasta sayısının düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sonuçlara göre hemşirelerin hastane içindeki bölümlere ve şiftlere dağılımının dengesiz olduğu, hasta bağımlılık düzeylerine göre bir sınıflamanın olmadığı ve buna göre bir hemşire planlamasının yapılmadığı söylenebilir.

5.3. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Mesai Saatlerinde ve Nöbetlerde Direk ve İndirek Hasta Bakımıyla, Meslek Dışı İşlevlere Ayırdıkları Zaman

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının kendi bildirimlerine göre çalışmada direk hasta bakımına ayırdıkları zaman gündüz ortalama %41.4 nöbetlerde %50.6, indirek hasta bakımına gündüz %28.2 nöbetlerde %21.6 ve hemşirelik dışı işlevlere gündüz %30.4 nöbetlerde %27.8 olarak belirlenmiştir (Tablo 10). Gündüz sekiz saatlik mesaide hemşirelerin direk bakımına harcadıkları zamanı Hendrickson ve arkadaşları %31, Roche %41.2, Ançel %22, Platin %39, Uysal %43 olarak saptamıştır (69,70,12,68,67). Bu çalışmalarda İndirek bakım için belirlenen süreler %30 ile %46.1 arasındadır. Diğer aktiviteler için harcanan süreleri Hendrickson %23, Roche %12.7, Ançel %28.6, Uysal %15.7 olarak belirlemiştir. Gündüz sekiz saatlik bakım zamanlarına yönelik saptadığımız sonuçlar, Platin, Roche ve Uysal'ın sonuçlarıyla benzerdir. Ancak indirek hasta bakımına ayrılan süre bizim çalışmamızda, Roche ve Uysal'ın bulgularına göre düşük bulunmuştur. Direk hasta bakımına ayrılan zaman Hendrickson'ın bulgularına göre yüksek, indirek hasta bakımına ayrılan zaman düşüktür. Ançel'in araştırma sonuçlarına göre bu çalışmadaki gündüz direk bakım ile diğer aktivitelere ayrılan zaman yüksek, indirek bakıma ayrılan süre düşük bulunmuştur. Bu çalışmada gündüz çalışmasında indirek bakım ile hemşirelik

dışı işlevlere ayrılan zaman geceye göre fazladır. Bu farklılık nöbetlerde yönetim ve ekip faaliyetlerinin daha az olması ile açıklanabilir.

Gece nöbetlerinde hemşirelerin direk bakım için harcadıkları zamanı Uysal direk bakım için %56.4, indirek bakım için %35.8, diğer aktiviteler için %7.8 olarak belirlemiştir. Urden ve Roode 15-23 saatlerindeki vardiya çalışmasında hemşirelerin direk bakıma %39, indirek bakıma %49 kişisel aktivitelere %12, 23-07 saatlerindeki çalışmada direk bakıma %22, indirek bakıma %19.6, diğer aktivitelere %39.1 zaman harcadıklarını saptamıştır (77). Uysal ve Urden'in çalışmasındaki sonuçlar bu çalışmadaki sonuçlardan farklıdır. Bu çalışmadaki direk ve indirek hasta bakımına ayrılan zaman Uysal'ın bulgularına göre düşük, Urden ve Roode'un bulgularına göre yüksek bulunmuştur. Direk ve indirek bakım için harcanan zamanlarla ilgili olarak elde edilen sonuçlardaki farklılıklar araştırmaların yapıldığı hastanelerdeki çalışma modelleri, veri toplama yöntemleri ve bakım standartlarının farklılığı ile açıklanabilir.

5.4.Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumiçi Hareketlilikleri

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarından 72'sinin (%15.6) son bir yıl içinde bir kez yer değiştirdiği, 7'sinin (%1.5) bir yıl içinde iki kez yer değiştirdikleri belirlenmiştir (Tablo 11). Diğer bir deyişle bu sonuç yıl içinde 7 kişiden 1'inin kurumiçinde yer değiştirdiğini göstermektedir.

Son bir yılda kurumiçinde yer değiştiren hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %58.3'ü idari birimin kararıyla, %26.4'ü ailevi sorunlar nedeniyle, %9.8'i birimiçi anlaşmazlıklar yüzünden, %5.5'i ise sağlık problemleri nedeniyle yer değişimi yapmışlardır (Tablo 12). İdari birimin kararıyla yapılan değişimlerde, kurumdan ücretsiz izin, emeklilik, tayin gibi nedenlerle ayrılanların yerinin, sayıca fazla olan birimlerde çalışanların boşalan birimlere verilmesi amacı taşınmaktadır. Diğer değişim nedenlerinin kişisel faktörlere bağlı olduğu belirlenmiştir.

Son bir yılda kurumiçinde yer değiştirme en yüksek %47.8 oranında kliniklerden olmasına rağmen klinik hemşireliğinden 7 kişinin bir üst görev olan sorumlu hemşireliğe, 7 kişinin yoğun bakım, acil ve ameliyathane gibi özel uzmanlık gerektiren alanlara geçmesi olumlu değişiklik olarak değerlendirilebilir. Yoğun bakımlardan 10 (%15.4), acil servisten 5 (%7.7) ve ameliyathaneden 2 kişinin (%3.0) yer değiştirmiş olması, ileri beceri isteyen birimlerden ayrılma olduğu için olumsuz bir değişiklik olarak yorumlanabilir (Tablo 13).

Kurumiçi hareketliliğin kliniklerde yüksek olması (%47.8), burada çalışanların sayısının fazla olmasına bağlı olabilir. Yoğun bakım, acil servis ve ameliyathane gibi birimlerden yapılan değişiklikler, yeni verilen elemanın yeterli ve verimli duruma gelmesinin uzun zaman alması nedeniyle, bu birimlerdeki hemşirelik hizmetlerinin aksaması, diğer hemşirelerin iş yüklerinin artması ve bakım kalitesinin düşmesi gibi olumsuz sonuçlar açısından önem taşımaktadır.

Araştırma kapsamına alınan personelin çalıştıkları yerlere göre en az değişim %11.2 oranında ameliyathaneden, %29.5 oranında en fazla diğer birimlerde (radyoloji, döner sermaye bürosu, eczane, kreş) çalışanlardan yapılmıştır (Tablo 14). Değişim oranının "diğer birimlerde" çalışanlarda fazla olması doğrudan hasta bakımına etki etmemektedir; ancak bu tür düzenlemeler çalışanlarda oryantasyon eksikliği, motivasyonun düşmesi ve yönetime karşı negatif düşünceler oluşmasına neden olabilir.

5.5.Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumiçi Hareketliliklerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının medeni durumları, çocuk sayısı, yaş, eğitim durumları, tuttukları nöbet sayısı, bakım verilen hasta sayısı, çalışma şekillerine göre kurumiçi yer değişikliği durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15 - 21). Hemşirelerin birimler arasında yer değişimleri genellikle kurumdan ayrılanların yerini doldurma ve kişisel sorunlar nedeniyle yapılmaktadır. Bu sonuçlar, kurumiçi hareketlilikte hemşirelerin kişisel özellikleri, çalışma koşulları gibi değişkenlerin etkili olmadığını, yer değişikliği kararlarında kurum politikalarının belirleyici bir etkiye sahip olduğunu düşündürtmektedir.

5.6. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumlararası Hareketlilikleri

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 2001 yılında 50 kişi ayrılmıştır. Bu kurumda personel değişim oranı %9.6 olarak saptanmıştır. Kocaman, Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi'nde 8 yıllık hemşire ayrılma hızını incelemiş ve en düşük ayrılma hızını %2.8, en yüksek ayrılma hızını %11.6 olarak bulmuştur (51). Yapılan araştırma sonuçlarına göre personel devir hızı Kanada'da %20.5, Amerika'da %19.6, Avrupa'da %17.9 ile %23.0 arasında değişmektedir (48). Bu oranlara göre hastanedeki personel değişim oranı düşüktür, ancak uzun süredir uygulanan personel tasarruf tedbirleri kapsamında yeni atamalarının yapılmıyor olması ve nakillerdeki kısıtlama nedeniyle, %9.6 oranında bir değişim oranı, hizmet veriminin düşmesi ve kurumun yükleneceği personel

maliyetleri açısından istenmeyen bir durum olarak değerlendirilebilir. Türkiye için değişim oranlarıyla ilgili veriler olmamakla birlikte saptadığımız değişim oranının bir olumsuzluğa işaret ettiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %16.3'ünün hiç kurum değişikliği yapmadığı, %83.7'sinin bir, %47.6'sının iki, %24.6'sının üç, %9.6'sının dört, %3.9'unun beş, %2.0'ının altı ve %0.9'unun yedi kez kurumlararası değişiklik yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 22).

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının son çalıştıkları kurumdan ayrılma nedenleri incelendiğinde %70.9'unun işe bağlı olmayan kişisel ve ailesel nedenlerden, %29.1'inin işe bağlı nedenlerden dolayı son çalıştıkları kurumdan ayrıldıkları belirlenmiştir (Tablo 23). Yılmaz'ın araştırmasında (1991) hemşirelerin bir önceki işyerinden ayrılma nedenlerini %62.9 özel sebepler, %12.4 bir üst eğitime devam etme ve %9.2 sosyal olanakların (kreş gibi) yetersizliği oluşturmaktadır (57). Hemşirelerin ayrılma dilekçelerinde de %79.4 ailevi durum, %16.5 öğrenim durumunun yazıldığı belirtilmektedir. Kocaman'ın araştırmasında hemşirelerin %80.4'ünün çalıştıkları kurumdan işle ilgili olmayan nedenler yüzünden ayrıldıkları belirlenmiştir. Yılmaz ve Kocaman'ın araştırma sonuçları bizim araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Toplumumuzda kadınların daha çok eşe bağlı olması ve kadının kendini ailesine göre yönlendirmesi gibi cinsiyet farklılıklarının nakil nedenlerinde belirleyici olduğu söylenebilir.

5.7. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Kurumlararası Hareketliliklerini Etkileyen Faktörler

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının medeni durumlarına göre kurumlararası hareketlilik ortalaması bekarlarda 2.41 (±1.14), evlilerde 2.93 (± 47)'dür (Tablo 24). Evli olanlarda kurumlararası hareketlilik anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kocaman'ın araştırmasında da evli olanların kurumdan ayrılma oranı bekarlara göre yüksek olduğu gösterilmiştir (51). Toplumumuzdaki kadın rolünün gereği ve eş durumu atamalarının erkeğin iş yerine göre yapılması evli olanların hareketliliklerini arttırdığı söylenebilir.

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çocuk sayılarına göre kurumlararası hareketlilik sayısı ortalamaları; hiç çocuğu olmayanların 2.39 (±1.10), 1 çocuğu olanların 2.76 (±1.30), 2 ve üzeri çocuğu olanların 3.30 (±1.37) olarak belirlenmiştir (Tablo 25). İki

ve üzeri çocuk sahibi olanlarda kurumlararası hareketlilik anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ergin'in çalışmasında, sağlık çalışanları çalışacakları bölgenin özelliğini belirlerken birinci sırada eğitim olanaklarına yer vermişlerdir (47). Yılmaz'ın araştırmasında (1991) hemşirelerin kurumlararası yer değişiminde çocuk sayısının belirleyici faktör olduğu gösterilmiştir (57). Elde edilen sonuç, ailelerin çocuklarına farklı eğitim olanakları sunma istekleri ile açıklanabilir.

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının eğitim durumlarına göre kurumlararası hareketlilik sayısı ortalamaları sağlık meslek lisesi mezunlarının 2.75 (±1.39), açık öğretim fakültesi mezunlarının 2.98 (±1.36), sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu mezunlarının 2.24 (±1.22), lisans ve lisansüstü mezunlarının kurumlararası hareketlilik sayısı ortalaması 2.03 (±1.25) olarak belirlenmiştir (Tablo 26). Açıköğretim fakültesi ve sağlık meslek lisesi mezunlarının hareketlilik ortalamaları önlisans ve lisans mezunlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kocaman'ın yaptığı çalışmada yüksekokul mezunu olanların ayrılma oranlarının eğitim düzeyi düşük olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (51). Bu çalışmadan elde edilen sonuçların farklı olmasının nedeni Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda daha çok sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarının çalışması, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin sayısının az olması ile ilgili olabilir.

Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının yaş durumlarına göre kurumlararası hareketlilik sayısı ortalamaları 29 yaş altında olanlarda 2.30 (±0.98), 30 ve üzeri yaşta olanlarda 3.07 (±1.54) olarak saptanmıştır (Tablo 27). Otuz ve üzeri yaştakilerin kurumlararası hareketlilik ortalaması anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Kocaman çalışmasında hemşirelerin 4/5'inin eş durumu nedeniyle ya da eğitim durumu gibi kurumla ilgili olmayan nedenlerle nakillerin gerçekleştiğini belirtmektedir (51). Hareketliliğin ileri yaşlarda artması bu yaş grubunda evli ve çocuklu olanların daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki hemşire, ebe ve sağlık memurlarının nöbet sayılarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları hiç nöbet tutmayanların 2.63 (±1.32), 1 - 3 nöbet tutanların 2.66 (±1.27), 4 - 6 nöbet tutanların 2.72 (±1.42), 7 ve üstünde nöbet tutanların 2.85 (±1.39) olarak belirlenmiştir (Tablo 28). Nöbetlerdeki hasta sayılarına göre kurumlararası hareketlilik ortalamaları 1 - 20 hasta bakanların 2.84 (±1.66), 21 ve üzerinde hasta bakanların 2.72 (±1.27)'dir (Tablo 29). Çalışma şekline göre kurumlararsı hareketlilik ortalamaları nöbetsiz çalışanların 2.60 (±1.34), sürekli nöbet tutarak

çalışanların 2.61 (±1.15), gündüz çalışıp bazen nöbet tutarak çalışanların 2.80 (±1.43) olarak belirlenmiştir (Tablo 30). Nöbet sayısı, bakılan hasta sayısı ve çalışma şekillerine göre kurumlararası hareketlilik farklı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin sahip oldukları çalışma koşullarına göre kurumlararası hareketliliğin incelenmesinin nedeni kurum değişikliği yapanların daha uygun çalışma ortamı arayış içinde olabilecekleri varsayımına dayanmıştır. Nöbet tutma, nöbet sayısı ve nöbette bakılan hasta sayısına göre hareketlilik sayılarında bir fark olmaması, hemşirelerin yer değiştirme kararlarında kişisel ve ailesel nedenlerin belirleyici olduğunu düşündürtmektedir. Kocaman'ın yaptığı çalışmada kurumdan ayrılan 5 hemşireden yaklaşık 4'ünün nöbet tuttuğu belirlenmiştir (51). Sağlık Bakanlığı'nın tayin yönetmeliğine göre kurumlararası tayinler genellikle eş durumu, eğitim, sağlık problemleri gibi nedenlerle yapılmaktadır. Bu atama politikası nedeniyle kurumun çalışma koşullarının yer değişimlerinde belirleyici olmadığı söylenebilir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının kadrolama durumlarını ve hareketliliklerini incelemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Kliniklerdeki hemşire sayıları 6 – 8 arasında değişmektedir. Gündüz bakılan hasta sayısı 4.5 – 8.8, nöbetlerde 13.6 – 30.9 arasındadır. Hemşirelerin nöbet sayıları 1-7 arasında değişirken öğrenci hemşirelerin nöbet sayısı 9-13 arasındadır. Nöbetlerin hemşireler arası dağılımı dengeli değildir ve hemşirelerin şiftlere dengesiz dağılımı gece bakılan hasta sayısında artışa neden olmaktadır. Hemşirelerin fazla çalışma saatleri 8 – 90 arasında değişmektedir.
- Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının kendi bildirimlerine göre direk hasta bakımına ayırdıkları zaman gündüz ortalama %41.4 nöbetlerde %50.6, indirek hasta bakımına gündüz %28.2 nöbetlerde %21.6 ve hemşirelik dışı işlevlere gündüz %30.4 nöbetlerde %27.8 olarak belirlenmiştir
- Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımlarında %7.6'sının acil serviste, %9.8'inin ameliyathanede, %8.5'inin yoğun bakımlarda, %19.3'ünün polikliniklerde, %44.1'inin dahiliye ve cerrahi servislerinde, %7.0'ının yönetimde, %3.7'sinin diğer yerlerde görev yaptıkları belirlenmiştir. Yaklaşık beş hemşireden biri polikliniklerde ve hemşirelik dışı işlerde görev yapmaktadır.
- Sağlık meslek lisesi mezunlarının %38.3'ü, açık öğretim fakültesi mezunlarının % 31.0'ı, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunlarının %33.8'i ve lisans-lisansüstü mezunların %33.8'i aldıkları temel eğitimi yeterli bulmalarına rağmen kurumiçi eğitimlere katılım %44.1 gibi düşük bir orandadır.
- Kadro Standartları Yönetmeliği'ne göre kadro doluluk oranı hemşirelerde düşük (%73.58), ebelerde yüksektir (%171.43). Uygulanan kadrolama politikası ebe kadrosunda yığılmaya neden olmuştur.
- Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının 1/7'si, bir yıl içinde kurumiçinde yer değişimi yapmıştır. En fazla değişimin kliniklerden (%47.8) yapıldığı, özel beceri gerektiren kliniklerden de % 18.4 oranında

değişimlerin yapıldığı belirlenmiştir. Kurumiçi hareketlilikte kişisel özellikler ve çalışma koşullarının belirleyici olmadığı saptanmıştır. Kurumiçi yer değişimleri için geliştirilmiş bir kurum politikasının olmadığı sonucuna varılmıştır.

- Hemşire, ebe ve sağlık memurlarının %16.3'ünün hiç kurum değişikliği yapmadığı, %83.7'sinin 1-7 kez kurum değişikliği yaptıkları belirlenmiştir. Personelin kurumdan ayrılma hızı yıllık %9.6 olarak hesaplanmıştır. Kurumlararası hareketlilik; evlilerde, 2 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda, 30 yaş üzerindekilerde, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu olanlarda yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin kurum değiştirme kararlarında kişisel nedenlerin belirleyici olduğu gösterilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre planlamcılar, yönetici hemşireler ve araştırmacılar için öneriler aşağıda sunulmuştur:

Planlamacılar İçin:

- Kadrolama politikalarının belirlenmesi,
- Kadro standartlarının belirlenmesinde hastanelerin hasta profilleri ve hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin göz önüne alınması,
- Kurumdan ayrılmaların çok olduğu bölgeler için özendirici önlemlerin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması.

Yönetici Hemşireler İçin:

- Hemşirelerin kliniklere ve şiftlere dağılımının hasta bakım gereksinimlerine göre yapılması,
- Hemşire sayısının hasta bakım gereksinimlerine göre ve Dünya Sağlık Örgütü'nün "İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme" metoduna göre düzenlenmesi,
- Hemşirelerin hemşirelik dışı işlevlerde görevlendirilmemesi,
- Oryantasyon ve eğitim programlarının iyileştirilerek, özendirici duruma getirilmesi,
- Kurumiçi hareketliliklerin zorunlu olmadıkça yapılmaması,
- Özel beceri gerektiren birimlerden değişimlerin en aza indirilmesi,
- Kurumda aylık-yıllık personel değişim hızının hesaplanması ve geleceğe yönelik planlamalar yapılması,
- Kurumdan ayrılmak isteyen hemşirelerle görüşmeler yapılması, ayrılma nedenlerinin saptanması ve çözüm önerileri üretilmesi,

- Yönetici hemşireler ile okul yöneticilerinin mezun hemşire profili tanımlama konusunda birlikte çalışması.

Araştırmacılar İçin:

- Hemşire sayısının planlamasında gerekli olan hasta sınıflama çalışmaları yapılması,
- Hemşirelik Aktivite Standartları rehber alınarak iş yükü belirleme çalışmaları yapılması,
- Hastanelerde personel devir hızı çalışmalarının yapılması,
- Hemşire işgücünün hareketliliği ile performans arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Hemşire sayısındaki yetersizliğin hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

5. KAYNAKÇALAR

1. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21 Hedef. D.S.Ö. Türkiye İrtibat Ofisi, 6. Bülten, Ankara,1 Ocak – 31 Mart 2002. **(http:www.un.org.tr/doc_pdf/health 21_tr.pdf)**
2. Herkese Sağlık (Sağlık 21) Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Türkiye İrtibat Ofisi, 6. Bülten, Ankara,1 Ocak – 31 Mart 2002. **(http:www.un.org.tr/who/HABERLER.HTM)**
3. Devlet Planlama Teşkilatı, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Sekizinci Beş Yıl 1998-2002, Ankara, 2000. **(http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/viii/plan8str.pdf)**
4. Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Kalkınma Planı Sekizinci Beş Yıl 1998-2002. Ankara, 2001. **(http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik577.pdf)**
5. Hall T.L., Mejia, A. Health Manpower Planning. WHO, Genova, 1978.
6. Report of a WHO Expert Committee, Health Manpower Requirements For The Achievement Of Health For By The Year 2000 Through Primary Health Care. Technical Report Series 717, Geneva, 1985.
7. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000 Raporu, Kopenhag.
8. Sağlık Sektöründe Daha Nitelikli İnsan Gücü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Strateji Dergisi. Nisan, 1994. **(http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayiar/9404/12.htm)**
9. Türkay F. Özcan S. Taranto Y. ve ark. Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Birinci Sağlık Projesi. Ankara, 1996.
10. WHO, Study Group on Nursing Beyond The Year 2000. Genova, 12-16 July 1993.
11. Ülker S. Buldukoğlu K. Aksayan S. ve ark. Türkiye'de Hemşirelik. Temel Mesleki Eğitim İle İnsangücü'ne İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Ankara, Mayıs 2001 **(http://www.yok.gov.tr/duyurular)**
12. Ançel G. "Hemşirelerde Zamanı Verimli Kullanma", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara, 1996.
13. Üçdoğruk Ş. Demirbilek S. "Türkiye'de yataklı Tedavi Kurumlarının Verimliliği: Ardışık Model Uygulaması", MPM Yayınları *Verimlilik Dergisi* No:2 1997.

14. Kılıçaslan N. "Yoğun Bakımda Hemşire Aktivitelerine Harcanan Zamanların Saptanması ve Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi (TGSS)", Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir 1998.
15. WHO, 53. Dünya Sağlık Asamblesi, Yuvarlak Masa: Sağlık Sisteminde Temel Zorlukları Belirlemek. Sekreterya Raporu, 15-20 Mayıs 2000. **(http://www.un.org.tr/who/ss_masa_00.htm)**
16. Uyer G. Hemşirelik ve Yönetim. Ankara: 1997:154-155
17. Marriner-Tomey A. Guide To Nursing Management and Leadership. Fifth Edition,1996.
18. Güngör N., Bahtiyar A. "Bayındır Tıp Merkezi'nde Hasta Bağımlılık Düzeylerine Göre Hemşire Sayısının Saptanması", Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed. Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfi, 22-23 Ekim 1999.
19. Falik N.S. "The Nursing Shortage: A Window of Opportunity", JONA Vol:3(4) December 2001. P:95-98. **(http://www.ovid.com)**
20. Bleegen M.A. Goode C.J. Reed L. "Nursing Staffing and Patient Outcomes", JONA Vol :47(1) January/February 1998, p.43-50. **(http://www.ovid.com)**
21. Scott J. G. "Relationships Among Nursing Unit Characteristics, Unit Types And Clinical İntegration Of Care", UMI Number: 9965563. 2000. **(http://www.lib.umi.com/dissertations/)**
22. Hayran O. Sağlık Sistemimizde Personel Hareketliliği Sorunu (Kamu Sektörü Açısından). **(http:// merih.com/whaysur30htm)**
23. Bektaş G. Sağlık İnsangücü Planlaması. İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yayın No:3, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
24. Özsarı H. "Türkiye'de Sağlık İnsangücü Planlaması ve Sağlık Bakanlığı'nda Bir Uygulama", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1994.
25. Ersen H. Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi. Verimli ve Etkin Olmanın Yolu. Sim Matbaacılık, II. Baskı 1997, s.97-135.
26. Palmer M. Winters T.K. İnsan Kaynakları: Kişisel Gelişim Yönetim Dizisi:2, İstanbul: Rota Yayınları, 1. Baskı 1993.

27. WHO Expert Committee Technical Report, Management of Human Resources for Health, Series:783, Geneva 1989.
28. Hayran O. Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Örgütlenme,Finansman, Yönetim, Mevzuat. İstanbul: Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş. Haziran 1998, s.182-184.
29. Hornby P. Ray D.K. Shıpp P.J. Hall T.L. Guidelines For Health Manpower Planning, WHO, Genova 1980.
30. Hornby P. Health Manpower Planning in Developing Countries. WHO, Genova 1978.
31. Hornby P. New Approaches To The Planning Of Human Resources For Health. WHO Consultation Bangkok, 23-27 March 1992.
32. Shıpp P.J. WISN(Workload Indicators Of Staffing Need- İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme) Yöntemi Uygulama Kılavuzu. Çev: M. Fikret Doğan, Türkan Oğuzhan, 1998.
33. Lloyd L.B. Leslie W.R. Human Resources Management, 5.Ed. Irwin Inc.Co.,1997;.4.
34. Armstrong M. Human Resources Management Strategy&Action, Clays Ltd., 1991;175.
35. Keser A. "Değişen Yönleriyle Personel Yönetimi: İnsan Kaynakları Yönetimi", Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt 4, Sayı 1, 2002. **(http://www.isguc.org/askin5.htm)**
36. Seymen R. Personel Yönetimi'nden İnsan Kaynağı Yönetimi'ne. Ankara: TÜHİS Yayını;1998.
37. Çözden M. "İnsan Kaynakları Yönetimi", İnsan Kaynakları Fonksiyonları, Mayıs 2002. **(http://www.mcozden.com)**
38. Seçim H. "Hastanelerde Verimliliği Attırma Yöntemleri, İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama". Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:449, Anadolu Üniversitesi Basımevi. 1995.
39. Seçim H. "Hastanelerde İşgören Verimliliğini Yükseltici Bir Uygulama Olarak Kalite Çemberleri", Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 1995:209-228.
40. Metin B. Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları. Ankara, 10 Nisan 2002. **(http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm)**

41. Bardak M. "Türkiye'de Sağlık İnsangücü Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, DPT Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (Hazırlık Çalışmaları) Sağlık İnsangücü Alt Komisyonuna Sunulan Rapor", 2000.
42. Hornby P. Human Resources For Health (Policy and Leadership Development). WHO Eastern Mediterranean Regional Office. Nicosia, Cyprus, October 1991,
43. Sağlık İnsangücü Planlama Aracı Olarak Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları. Sağlıkta Strateji, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı, Eylül 1994. **(http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar)**
44. Sağlık İnsangücü Arz ve İhtiyacı Projeksiyon Çalışmaları. Sağlıkta Strateji, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayın Organı, Mart 1995. **(http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar)**
45. Sağlık Bakanlığı (1999) Sağlık İstatistikleri 1998 Ankara,Yayın No: 627, Aralık.
46. Sağlık Bakanlığı (1999) Sağlık İstatistikleri 1999 Ankara, Yayın No: 631, Ekim.
47. Ergin C. "Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Tutumları Araştırması", TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, Eylül 1994. **(http://www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9409/7.htm)**
48. Taştan S. İnsan Kaynakları Performans Kriterleri, 2001. **(http://www.geocities.com/seciltastan/proje6.html)**
49. Andersen A. 2001'e Doğru İnsan Kaynakları Araştırması, İstanbul: Sabah Yayıncılık, Ağustos 2000.
50. Bingöl D. Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Basımevi, 1990, s.140-142
51. Kocaman G., Tarım M. "Hemşirelerin İşten Ayrılma Oranlarının ve Ayrılma Nedenlerinin İncelenmesi", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 24-26 Haziran 1992. Sivas: Esnaf Ofset Matbaa, Ekim 1992, s.456-461.
52. Alpugan O. "Hastanelerde Verimlilik Sorunu ve Kimi Öneriler". Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları,1995;137-156.
53. D.S.Ö. Avrupa Sağlık Reformu-Mevcut Stratejilerin Analizi, D.S.Ö. Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag 1997. T.C.S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Aralık 1998.
54. Hirschfeld M.J. Henry B. Griffith H. Nursing Personnel Resources. Results Of a Survey Of Perceptions In Ministries Of Health On Nursing Shortage, Nursing Education Ad Quality Of Care. WHO, September 1993.

55. Bilgili N. "Ankara Dışkapı SSK Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi", V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Temmuz 1997, İzmir: D.E.Ü. Rektörlüğü Matbaası, Haziran 1998, s. 47-61.
56. Argon G. Özgür G. Vatan F. "Hemşirelerin Hastanedeki Çalışma Yaşantılarını Algılamaları", I. Uluslar arası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 29 Ekim-2 Kasım 2000, Antalya, s.81-85.
57. Yılmaz S. "Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdan Ayrılma Nedenlerinin Saptanması", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1991.
58. Trevor P. "Reaching the year 2000: Manpower Planning"-Human Resovice and Planning", London, 1990.
59. Abaan S, Argon G. Kocaman G. ve ark. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. İstanbul: Koç Vakfi Yayınları No:15 Birlik Ofset, 1996.
60. Ekizler H. Bahçecik N. Tekin N. "Hemşire İnsan Gücünün Rowland Sınıflandırma Sistemine Göre Planlanması", IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 1998, Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti., 1998, s.153-158.
61. Bilgiç N. "Farklı Düzeyde Yetişen Hemşirelerin Hizmetiçi Eğitime Duydukları Gereksinim ve Katılmalarını Etkileyen Etmenlerin Saptanması", T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999.
62. Kantek F. "İzmir İl Merkezi Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanelerinde Hemşirelere Yönelik Hizmetiçi Eğitim Programlarının İncelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 1998.
63. Taşçı S., Başer M. Bayat M. "Hemşirelik İşgücü ve Çalışma Ortamının Değerlendirilmesi", Hemşirelik Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, Haziran 1998, Ed:Yusuf Öztürk, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası, 1998, s. 315-327.
64. "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği", Resmi Gazete, 22093; 26 Ekim 1994.
65. Soyer A. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, Türk Tabipler Birliği Yayını, 1992.

66. Bergman R. "Planning Aspects Of Selected Manpower Categories (Nursing Personnel)". Health Manpower Planning. Editors: T.L. Hall, A. Mejia. WHO, Genova, 1978.

67. Scherubel J C. Minnick A F. "Implementation Of Work Sampling Methodology", Nursing Research Marc/April 1994 Vol.43. No.2.

68. Uysal Ü. "Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde çalışan hemşirelerde zaman kullanımı", Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir,1998.

69. Platin N. Ocakçı A. Güçsavaş N. "Hemşirelerin Sekiz Saatlik Çalışma Sürelerinin İçeriği" THD 1982 Özel Sayı.2-3

70. Hendrickson G. Doddato T.M. Kovner C. "How Do Nurses Use Their Time?" JONA. Vol.20 No.3. Marc 1990; p.31-37

71. Roche J.F. Work Sampling Of Nursing Activities Hospital Industrial Engineering Sampling Hospital Activities, p.241-244.

72. Urden D.L. Roode J.L. "Work Sampling"(A Decision–Making Tool for Determining resources and work Redesing) JONA.Vol.27(9) September 1997; p. 34-41.

73. İş Yüküne Dayalı Presonel İhtiyacı Saptama Yöntemi: Hemşirelik Aktivite (Performans) Standartlarını Belirleme Workshop'u Raporu. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 6-8 Aralık 1995.

74. Alcan Z., Bölük İ, Erdoğan İ ve ark., Hemşirelik Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Hemşirelikte Güç Sahibi Olmaya Giden Yolda Kalite İndikatörlerinin Rolü, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2-4 Temmuz 1997, İzmir: D.E.Ü. Matbaası, Haziran 1998, s.189.

75. Leblebici Ç. Tektaş N. "İzmir İli Çevresindeki Çalışan Hemşire İşgücü Maliyeti", Uluslararası Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu, 3-5 Kasım 1993, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, s.273-276.

76. Ayey A. "Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Yerine Getirip Getirememe Durumları Ve Nedenlerinin İncelenmesi", Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yükseklisans Tezi, İzmir,1998.

EK I.

SAĞLIK BAKANLIĞI'NA BAĞLI ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRE/EBE/SAĞLIK MEMURU PROFİLİNİ BELİRLEME SORU FORMU

Denek No:

1) Şu anda çalıştığınız birim:

2) Mesleğiniz : a) Hemşire b) Ebe c) Sağlık Memuru

3) Yaşınız:

4) Medeni Durumunuz: a) Evli b)Bekar

5) Çocuk Sayınız:

6) Mezun olduğunuz okul: a) SML b)SHMYO c)Açıköğretim Fakültesi Önlisans
d) HYO e) Yükseklisans f) Diğer .....

7) Çalışma şekliniz: a) Sürekli gündüz/nöbetsiz b) Sürekli gece /nöbetli
c) Gündüz ve bazen nöbetli

8) Ayda ortalama tuttuğunuz nöbet sayısı:

9) Nöbetlerde baktığınız hasta sayısı :

10) Ayda ortalama fazla çalıştığınız saat:

11) Mesleğinize yönelik olarak son bir yılda kurum içinde ve kurum dışında katıldığınız sertifikalı kurs, kongre-sempozyum ve hizmetiçi eğitim programları nelerdir? Yazınız

a) Kurslar

Kurum İçi :.....

Kurum Dışı:.....

.....

b) Hizmetiçi Eğitimler

Kurum İçi: .....

.....

.....

Kurum Dışı: .....

c) Kongre ve Sempozyumlar

Kurum İçi : .....

Kurum Dışı :.....

12) Eğitim aldığınız kurum hemşire / ebe / sağlık memuru olarak sizi yapmakta olduğunuz görev için hazırladı mı?

a)Evet b) Hayır c) Kısmen

13)Son bir yıl içinde kurum içinde görev yerinizi kaç kez değiştirdiniz? .....

14) Son yer değişikliğinizde nereden nereye geçtiniz?

..... / ..... geçtim.

15) Son yer değişikliğinizin nedeni nedir?

a) Kendi isteğim b) Başka kliniğin ihtiyacının olması

c) Birim içi anlaşmazlık c) Rotasyon nedeniyle

d) Diğer (Yazınız) .....

16) Aşağıdaki tabloya ilk işe başladığınız kurumdan itibaren, şu anda çalışmakta olduğunuz hastaneye gelişiniz de dahil olmak üzere, çalışmış olduğunuz kurumlar yazılacaktır.

	Görevi	Kurumda işe başlayış tarihi	Kurumdan ayrılış tarihi	Ayrılış nedeni
Çalıştığı Kurum 1				
Çalıştığı Kurum 2				
Çalıştığı Kurum 3				
Çalıştığı Kurum 4				
Çalıştığı Kurum 5				
Çalıştığı Kurum 6				
Çalıştığı Kurum 7				
Çalıştığı Kurum 8				

17) Bu tablo kliniklerde hasta bakımı veren klinik hemşireleri tarafından doldurulacaktır.

Harcanan zaman üç değişik çalışma biçimine göre kabaca yüzde olarak yazılacaktır.

İŞ / ZAMAN (%)	Mesai Saati (8-16) %	Nöbet(16-08/08-08) %
Direk hasta bakımına ayrılan zaman		
Hastaya yönelik indirek işlevlere ayrılan zaman		
Hemşirelik dışı işlevlere ayrılan zaman		
TOPLAM	%100	%100

EK II:

AÇIKLAMA: Bu form klinik sorumlu hemşireleri tarafından doldurulacaktır.
Son bir ay içinde kliniğinizde yatan hasta sayısı ve çalışan hemşire sayısının günlere göre dağılımı yapılacaktır.

KLİNİKLERDEKİ HEMŞİRE-EBE / HASTA ORANININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK VERİ TOPLAMA FORMU

Kliniğin adı				
Kliniğin Toplam Yatak Sayısı				
Kliniğin Toplam Hemşire Sayısı				
Klinikte İzinli Olan Hemşire Sayısı				
GÜNLER	**Klinikteki Hasta sayısı**	**Klinikteki Hemşire/Ebe Sayısı**	**Nöbete Gelenlerin Sayısı**	**Küçük Müdahale, Pansuman, Ultrason vb. İşlere Ayrılan Hemşire/Ebe Sayısı**
Pazartesi				
Salı				
Çarşamba				
Perşembe				
Cuma				
Cumartesi				
Pazar				
Pazartesi				
Salı				
Çarşamba				
Perşembe				
Cuma				
Cumartesi				
Pazar				
Pazartesi				
Salı				
Çarşamba				
Perşembe				
Cuma				
Cumartesi				
Pazar				
Pazartesi				
Salı				
Çarşamba				
Perşembe				
Cuma				
Cumartesi				
Pazar				
TOPLAM				

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ