



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE
HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE İŞ ÖRNEKLEMESİ
UYGULAMASI**

Eda KES
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Dilek EKİCİ

KARABÜK
2018

TEZ ONAYI

EDA KES'in hazırladığı "Bir Üniversite Hastanesinin Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Hizmetlerinde İş Örnekleme Uygulaması" adlı bu çalışma 05/01/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı Adı SOYADI

Birinci Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN



Ünvanı Adı SOYADI

İkinci Tez Danışmanı

Prof. Dr. Dilek EKİCİ



Ünvanı Adı SOYADI

Üye

Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK



Ünvanı Adı SOYADI

Üye

Yrd. Doç. Dr. Nevin ONAN



Ünvanı Adı SOYADI

Üye

Yrd. Doç. Dr. Sırma Oya TEKVAR



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü V.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

05.01.2018

Eda KES



TEŞEKKÜRLER

Tez çalıőmam s¼recinde bilgi ve deneyimlerini g¼ler y¼z¼n¼ esirgemedен paylaşan ve sabırla bana yol g¼steren değerli tez danıőmanlarım Yrd. Doç. Dr. Ayőeg¼l OKSAY ŞAHİN'e ve Prof. Dr. Dilek EKİCİ'ye, bu yola baőlamama vesile olan ve s¼re boyunca maddi manevi desteklerini esirgemeyen sevgiye değer babam Cengiz KES'e, annem Nihal KES'e ve ablam Duygu KES'e, yine bu zorlu yolda çalışma hayatımda benden desteklerini esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi B¼l¼m 44 ailesine ayrı ayrı sonsuz teőekk¼rlerimi sunarım.



Bu alıőma Karab¼k niversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinat¼rl¼ę¼ tarafından desteklenmiőtir. Proje Numarası: KBU-BAP-16/1-YL-088

This work was supported by Scientific Research Projects Coordination Unit of Karab¼k University. Project Number: KBU-BAP-16/1-YL-088

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜRLER.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLOLAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hemşirelik Mesleği ve Psikiyatri Hemşireliği.....	4
2.2. Hemşirelikte İnsan Gücü Planlaması.....	12
2.3. İş Örneklemesi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30
3.4. Bağımlı, bağımsız Değişkenler.....	30
3.5. Veri Toplama Araçları.....	30
3.6. Verilerin Toplanması.....	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Yöntemler.....	39
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	39

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	76
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	107
6.1. Sonuçlar.....	107
6.2. Öneriler	111
7. KAYNAKLAR	112
ÖZGEÇMİŞ	132



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Vardiyalara Göre Ortalama Hasta ve Hemşire Sayısı.....	29
Tablo 2. Vardiyalara Göre Yapılan Ön Gözlemlerin Dağılımı	37
Tablo 3. Vardiyalara Göre Hesaplanan Gözlemlenecek Faaliyet Sayısı.....	37
Tablo 4. Vardiyalara Göre Yapılan Ara Değerlendirme Dağılımı	38
Tablo 5. Vardiyalara Göre Ön Gözlemler ve Ara Gözlemler Sonrasında Hesaplanan ve Toplamda Gözlemlenen Faaliyet Sayısının Dağılımı.....	38
Tablo 6. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Mesleki Bilgileri	41
Tablo 7. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Vardiyalara Göre Sayısı	42
Tablo 8. Gündüz Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı	42
Tablo 9. Akşam Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Zamanlarının Frekans ve Yüzde Olarak Dağılımı.....	43
Tablo 10. Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Zamanlarının Frekans ve Yüzde Olarak Dağılımı.....	44
Tablo 11. Vardiyalarda Çalışan Hemşirelerin Doğrudan Hemşirelik Faaliyetlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı	46
Tablo 12. Vardiyalarda Çalışan Hemşirelerin Dolaylı Hemşirelik Faaliyetlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı	60
Tablo 13. Vardiyalarda Çalışan Hemşirelerin Klinikle İlgili Faaliyetlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hemşire Personelinin Kavramsal Çerçevesi ve Hasta Sonuçları	13
Şekil 2. İş Örnekleme Uygulama Basamakları	23
Şekil 3. Klinik Yerleşim Planı	36
Şekil 4. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Saat Olarak Dağılımı.....	43
Şekil 5. 16-24 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Saat Olarak Dağılımı	44
Şekil 6. 24-08 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Saat Olarak Dağılımı.....	45
Şekil 7. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Tedavi ve Bakım Uygulamaları Faaliyetlerinin Dağılımı.....	47
Şekil 8. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin İletişim Faaliyetlerinin Dağılımı	48
Şekil 9. 8-16 Vardiyasında Hasta Kabul, Nakil ve Taburculuk Faaliyetlerinin Dağılımı	49
Şekil 10. 8-16 Vardiyası Fiziksel Değerlendirme Faaliyetlerinin Dağılımı	50
Şekil 11. 8-16 Vardiyasında Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Faaliyetlerinin Dağılımı.....	51
Şekil 12. 16-24 Vardiyasında Tedavi ve Bakım Uygulamaları Faaliyetlerinin Dağılımı	52
Şekil 13. 16-24 Vardiyasında Fiziksel Değerlendirme Faaliyetlerinin Dağılımı	53
Şekil 14. 16-24 Vardiyasında İletişim Faaliyetlerinin Dağılımı	54
Şekil 15. 16-24 Vardiyasında Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Faaliyetlerinin Dağılımı	55
Şekil 16. 24-08 Vardiyasında Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Faaliyetlerinin Dağılımı	57
Şekil 17. 24-08 Vardiyasında Fiziksel Değerlendirme Faaliyetlerinin Dağılımı	58

Şekil 18. 24-08 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Tedavi ve Bakım Uygulamaları Faaliyetlerinin Dağılımı	59
Şekil 19. 8-16 Vardiyasında Dolaylı Bakım Uygulamalarından Bakımın Koordinasyonu; Ekip Toplantıları Faaliyetleri Dağılımı	61
Şekil 20. 8-16 Vardiyasında Dolaylı Bakım Uygulamalarından Dökümantasyon/Kayıt Faaliyetleri	62
Şekil 21. 16-24 Vardiyasında Tanı ve Tedaviye Yardımcı Uygulama Faaliyetlerinin Dağılımı	63
Şekil 22. 16-24 Vardiyasında Bakımın Koordinasyonu; Ekip Toplantıları Faaliyetleri	64
Şekil 23. 24-08 Vardiyasında Bakımın Koordinasyonu; Ekip Toplantıları Faaliyetlerinin Dağılımı	65
Şekil 24. 24-08 Vardiyasında Dokümantasyon/Kayıt Faaliyetlerinin Dağılımı	66
Şekil 25. 24-08 Vardiyasında Tanı ve Tedaviye Yardımcı Uygulamalar Faaliyetlerinin Dağılımı	67
Şekil 26. 8-16 Vardiyasında Eğitim Faaliyetlerinin Dağılımı	68
Şekil 27. 8-16 Vardiyasında Sekreterlik İşleri Faaliyetlerinin Dağılımı	69
Şekil 28. 16-24 Vardiyasında Araç-Gereç Malzeme ve Yardımcı Personel Organizasyonu Faaliyetlerinin Dağılımı	70
Şekil 29. 24-08 Vardiyasında Sekreterlik İşleri Faaliyetlerinin Dağılımı	71
Şekil 30. 24-08 Vardiyasında Eğitim Faaliyetlerin Dağılımı	72
Şekil 31. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Kişisel Faaliyetlerinin Dağılımı	73
Şekil 32. 16-24 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Kişisel Faaliyetlerinin Dağılımı	74
Şekil 33. 24-08 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Kişisel Faaliyetlerinin Dağılımı	75

EKLER DİZİNİ

EK 1. Bilgi Formu	121
EK 2. Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örneklemeye Gözlem Formu.....	122
EK 3. Psikiyatri İş Örneklemeye Gözlem Formu Oluşturulurken Görüşüne Başvurulan Uzman Listesi.....	127
EK 4. Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu.....	128
EK 5. Etik Kurul Formu.....	130
EK 6. Araştırma İzni.....	131



KISALTMALAR

ANA	American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektrokonvülsif Tedavi
ICN	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
ISPN	International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı)
THD	Türk Hemşireler Derneği

ÖZET

Bir Üniversite Hastanesinin Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Hizmetlerinde İş Örneklemesi Uygulaması.

Sağlık bakım hizmetlerinin en önemli kaynağını hemşirelerin oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda doğru sayıda ve nitelikte hemşire istihdam etmek, hemşirelik faaliyetlerinin verimli ve ekonomik olarak yürütülmesi gerekmektedir. Bu nedenle doğrudan hasta bakımı için gereken hemşirelik iş yükünün belirlenmesi ve gerçek personel gereksinimlerinin tahmin edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı psikiyatri servisinde hemşirelerin zamanlarını nasıl kullandıklarını, doğrudan, dolaylı bakım uygulamalarına, klinik ile ilgili ve kişisel faaliyetlere ne kadar zaman ayırdıklarını belirlemektir. Tanımlayıcı tipteki çalışma iş örneklemesi yöntemi kullanılarak doğrudan gözlem yoluyla bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak hemşirelerin demografik bilgilerinin bulunduğu “Bilgi Formu” ve “Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örneklemeye Gözlem Formu” kullanıldı.

Çalışmada gündüz, akşam ve gece vardiyası olmak üzere toplam 2717 gözlem yapılmıştır. Doğrudan hasta bakım faaliyetlerine hemşireler zamanlarının gündüz vardiyasında %39’unu, akşam vardiyasında %39’unu, gece vardiyasında %33’ünü; dolaylı hemşirelik uygulamalarına gündüz vardiyasında %32’sini, akşam vardiyasında %38’ini, gece vardiyasında %32’sini; klinikle ilgili faaliyetlere gündüz vardiyasında %11’ini, akşam vardiyasında %8’ini, gece vardiyasında %12’sini; kişisel faaliyetlerine ise gündüz vardiyasında %18’ini, akşam vardiyasında %15’ini, gece vardiyasında %23’ünü ayırdıkları belirlenmiştir.

Çalışmada doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayrılan zamanın %65-77 arasında olduğu vardiyalarda etkili ve verimli çalıştıkları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Psikiyatri hemşireliği, İş örneklemesi, Hemşirelik yönetimi araştırması.

ABSTRACT

Work Samples Application in Nursing Services at the Psychiatric Clinic of a University Hospital.

Whereas the most important source of health care services is nurses, it is necessary to employ the right number of qualified nurses and nursing activities should be carried out efficiently and economically. For this reason, it is necessary to determine the nursing workload required for direct patient care and to estimate the actual staff requirements.

The purpose of this study how much time nurses use in psychiatric services to spend their time directly, indirectly, clinically and personally. The descriptive study was conducted in the psychiatric clinic of a university hospital by direct observation using work-sampling method. "Data Form" and "Psychiatric Nursing Activities Work Sampling Observation Form" were used as data collection tools. A pilot study was conducted to calculate the number of observations required for the study.

A total of 2717 observations were made during the daytime, evening and night shifts. Direct patient care activities include nurses' time of 39% in daytime, 39% in the evening shift, 33% in the night shift; indirect nursing activities 32% during daytime, 38% during evening shift, 32% during night shift; clinic related activities 11% during daytime, 8% during evening shift, 12% during night shift; and personel activities 18% for daytime activities, 15% for evening shifts, and 23% for nighttime activities.

It was determined that the time spent on direct and indirect nursing activities in the study is between 65-77% effective and efficient in the shifts.

Keywords: Nursing, Psychiatric Nursing, Work Sampling, Nursing administration research.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Sağlık sektörüne tahsis edilen ulusal bütçenin en büyük payını insan kaynakları oluşturmaktadır Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Dünya Sağlık Raporu 2000” de insan iş gücünün sağlık sisteminin en temel girdisi olduğunu belirtmektedir (Avcı ve Terzioğlu 2015). Birçok ülkede sağlığa ayrılan pay, prim, maaş ve çalışanlara ödenen diğer ücretler oluşturmaktadır (Avcı ve Ağaoğlu 2014). Bu nedenle hızlı değişen yapı içerisinde en önemli maliyet unsuru olan sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasının önemi gittikçe artma ve zorunlu hale gelmektedir (Lavieri and Puterman 2009).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkinliği, verimliliği, ulaşılabilirliği ve uygulanabilirliği, öncelikle sağlık çalışanlarının niteliğine, sunulan hizmetin kalitesi ve kurumsal sürdürülebilirliğe bağlıdır (Homedes and Ugalde 2005). Aynı zamanda sağlık alanında çalışan personelin sayısı, eğitimi, eğitim aldığı yer ve hizmet verdiği birimler büyük önem taşımaktadır (Marakoğlu vd. 2013). Var olan kaynakların verimli şekilde kullanılması, gelecekteki iş gücü gereksiniminin tahmini, insan gücünün maliyeti, sosyal, politik ve teknolojik değişimler, kurumlardaki personelin nicelik ve nitelik açısından yetersizliği, üretimde artış hedefi, işgücü yetersizliği veya fazlalığı sorunları sağlık insan gücü planlamanın önemli olduğunu vurgulamakta ve zorunlu kılmaktadır (Şantaş vd. 2012).

Gerçekçi olmayan veya yetersiz planlamaların yapılması, üretkenliği azaltmakta, işleyişi bozmakta, maliyeti arttırmakta, kaynakların dengesiz dağılımına neden olmakla birlikte sonuç olarak toplumun ihtiyaç duyduğu kaliteli sağlık hizmetini almasını güçleştirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, Atalay 2015). Dolayısıyla insanların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini hakkaniyetli, zamanında ve kaliteli bir

şekilde alabilmeleri için sağlık insan gücünün doğru ve etkili planlanması gerekmektedir (Marakoğlu vd. 2013, Atalay 2015).

Sağlık insan gücünün büyük çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda planlamadan en çok etkilenecek grubun da hemşireler olması kaçınılmazdır (Lavieri and Puterman 2009). Ulusoy'un (2008) belirttiğine göre Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses, ICN 2006) sayı ve nitelik açısından insan kaynağının yetersiz olmasını, tüm dünyada sağlık hizmetlerinde yaşanan ciddi problemlerin nedenlerinden bir tanesi olduğunu belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2013) verilerine göre dünya ülkelerindeki 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 290'dır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD 2013) sağlık istatistiklerine göre, OECD ülkelerindeki 2011- 2012 yılı 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 880'dir. Sağlık Bakanlığı'nın insan gücü raporuna göre, 2013 yılında nüfus başına düşen hemşire ve ebe sayımızın toplamı 263/100.000 olup, Türkiye, nüfus başına düşen hemşire sayısı açısından, OECD ülkeleri ve dünya ortalamasının oldukça gerisinde kalmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014).

İnsan gücü planlaması daha önceleri "hastaya bakım sunumunda gerekli personelin sayısı ve türü" olarak tanımlanırken, günümüzde sadece personelin sayı ve tipi bu kavramı karşılamamaktadır. Yapılan araştırmalarda, personel istihdam düzeyleri ile hizmet çıktıları arasında ilişki olduğunun kanıtlanmasıyla (personel-hasta çıktıları), günümüzde bu kavram, bireylere sunulan hizmetin güvenli ve kaliteli olmasını belirleyen diğer değişkenlerle birlikte incelenmektedir. İstihdam aynı zamanda hemşire iş yükü, araştırma ortamı, hastanın sağlık durumunun düzeyi, hemşirenin deneyim, eğitim ve beceri düzeyi, maliyet etkinlik ve bunların hasta ve hemşire üzerinde yarattığı sonuçları da içermektedir (ICN 2006). Bu nedenle hemşire insan planlaması yapılırken sadece hasta odaklı değil diğer değişkenlerde göz önünde bulundurulurken planlama yapılması daha doğru ve güvenilir bir sonuç verecektir. Hemşirelikte insan gücü planlama ile ilgili literatürde birçok yöntem bulunmaktadır (Avcı ve Terzioğlu 2015).

Psikiyatri hemşireleri hastayı gözleyebilen bu gözlemleri yoluyla hastanın tedavisine şekil veren, hastaların güvenliğini sağlayan, hastaların temel bakım

ihtiyaçlarını belirleyen ve yapmasını sağlayan, bireysel ve grup terapilerini yürüten, psikoeğitim yapan, psikososyal etkinlikler düzenleyen ve hastanın ihtiyaçlarına uygun girişimlerde bulunan önemli meslek grubudur (Stewart et al. 2015). Bu nedenle hastalara kaliteli bakım sunmak, zamanlarını etkili ve verimli kullanabilmeleri için psikiyatride çalışan hemşirelerin zamanı nasıl kullandıkları; hasta bakımına, servisle ilgili ve diğer faaliyetlere ne kadar zaman ayırdıkları büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde hastaneler ve kliniklerde yapılmış birkaç araştırma olmasına rağmen kritik hastaların birebir takip edildiği psikiyatri servislerinde hemşirelerin zamanı nasıl kullandıkları konusunda araştırmalara ender rastlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı psikiyatri servisinde hemşirelerin zamanlarını nasıl kullandıklarını doğrudan, dolaylı bakım uygulamalarına, klinik ile ilgili ve kişisel faaliyetlere ne kadar zaman ayırdıklarını belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıda belirtilen sorulara cevap aranmaktadır.

1. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin faaliyetlerinin zamanlarının genel dağılımı nedir?
2. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin zamanlarının dağılımı nedir?
3. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin zamanlarının dağılımı nedir?
4. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinin zamanlarının dağılımı nedir?
5. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kişisel faaliyetlerinin zamanlarının dağılımı nedir?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde hemşirelik ve psikiyatri hemşireliği, hemşirelikte insan gücü planlama yöntemleri, iş etüdü ve teknikleri literatüre göre ele alınmıştır.

2.1. Hemşirelik Mesleği ve Psikiyatri Hemşireliği

Hemşirelik eski çağlardan bu yana uzanan köklere sahip olmakla birlikte hemşireliğin modern anlamda başlamasıyla birçok tanımı yapılmıştır. 1981 yılında Türk Hemşireler Derneği (THD) Eğitim Komisyonu'nun yaptığı tanıma göre hemşirelik; "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunun ve uygulanmasının sağlanmasından sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (Sabuncu vd. 1996).

THD, DSÖ, American Nurses Association (ANA) ve birçok hemşirelik kuramcısı hemşirelik ile ilgili birçok tanım yapmıştır. Tüm bu tanımlardan hareketle hemşirelik; bilimsel bilgi sahibi olmayı gerektiren, uygulama becerisi içeren, sadece bireyin değil ailenin ve toplumun da sağlığı ile ilgilenerak bütüncül bakımı sağlayan, teknolojik, kültürel ve sosyal değişimlere ayak uydurarak kendini yenileyen sağlık disiplini (Taylan vd. 2012, Çelik vd. 2013, Okuroğlu vd. 2014, Görüş vd. 2014, Can ve Acaroğlu 2015).

Hemşirelik mesleğinin amacına uygun yardım etme ve bakım eyleminin anlamını oluşturmaya temel olan hemşirelik davranışları ve hizmetlerini yönlendiren ise hemşirelik felsefesidir. Hemşirelik felsefesi, hemşireliğin temel kavramları, kuramsal içeriği, uygulama ve araştırmalarının yapılandırılmasına yol gösteren inanç ve değerlerden oluşur Bu bağlamda, hemşirelerin, hem yardım ettiği insanın anlamını açıklaması hem de mesleki davranışlarını yönlendirerek nitelikli hizmet vermesini sağlayan mesleki değerlerinin farkında olması önemlidir (Can ve Acaroğlu 2015).

Son yıllarda gerçekleşen teknolojik ve politik gelişmeler sağlık sistemini etkilediği gibi sağlık hizmeti sunucularından birisi olan hemşireleri de etkilemiştir. Sürekli gelişen ve değişen hemşirelik biliminin bu süreçte rol ve işlevlerinde de değişiklik yaşanmış, görev, yetki ve sorumlulukları etkilemiştir (Adıgüzel vd. 2011, Görüş vd. 2015).

Modern hemşirelik rollerinin biçimlenmesi; yaşama yüklenen anlamın, yaşamdan beklentilerin ve yaşam biçiminin bireyler ve toplumlar ölçeğinde geçirdiği değişimler çerçevesinde şekillenmiş, bu biçimlenme üzerinde toplumsal dinamiklerin, sağlık gereksinim ve politikalarının etkisi olmuştur (Taylan vd. 2012).

Sadece hasta bireylerin fiziksel gereksinimlerin giderilmesi ile başlayan hemşirelik, giderek hasta ya da sağlıklı bireylere bütüncül bir şekilde yaklaşmaya başlamıştır. Günümüzde hemşireler sağlık bakımı vermenin yanı sıra eğitici, danışman, karar verici, hasta savunucusu, yönetici ve koordinatör rollerini öne plana çıkarmakta araştırma yapma, teori geliştirme, mesleki örgütlere ve politik aktivitelere katılma gibi rollerini de gerçekleştirmektedir (Mazhindu et al. 2016, Ailey and Marks. 2016).

Hemşirelerin uygulama alanları ve sorumlulukları genişletilerek hekimlere tabi olan bir meslekten özerk bir mesleğe, hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe dönüşmüştür (Görüş vd. 2015).

Hemşirelik mesleki etkinlikleri; hemşirenin kendi kararı ile ya da özerk olarak, hekim istemine göre ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yaparak gerçekleştirdiği roller şeklinde üçe ayrılarak incelenebilir. T.C Sağlık Bakanlığı'nın (2011) yayınladığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte'de hemşirelik girişimleri; hemşirelik kararı ile uygulanır, hekim kararı ile uygulanır, hekim ile birlikte yapar şeklinde gruplandırılmıştır (Adıgüzel vd. 2011, Taylan vd. 2012). Hemşirenin hekim ile birlikte karar verip gerçekleştirdiği rolleri ise tanı ve tedavi girişimleri, sağlık ekibi üyeleri ve hasta-ailesi arasında sağladığı eşgüdümünden oluşmaktadır. Hemşirelerin kendi otonomisi ile uyguladığı hemşirelik faaliyetlerinde bağımsız karar vererek hekimin planladığı tedaviyi veya tanı sürecine katılırken, bilgileri ve deneyimleri doğrultusunda hastayı değerlendirip talimatı yeniden gözden geçirebilmekte, hekim talimatının değişen koşullar nedeni ile

istenmeyen sonuçlara yol açabileceği durumları engellemektedir. Bu rolü hemşirelikle ilgili bilimsel bilgi ve becerisi doğrultusunda karar vererek yapmış olduğu uygulamaları kapsamaktadır Bu rol mesleğe özgü bilgileri, becerileri ve deneyimleri ile çözebileceği hemşirelik bakımı sorunlarına yönelik olup, modern hemşireliğin en önemli boyutudur (Taylan vd. 2012).

Hemşirelik faaliyetlerini sınıflandırmada kullanılan yaklaşımlardan bir diğeri ise rolleri yapılan işlevlere göre belirlemektir. Rollerin yürütülen iş kategorileri üzerinden belirlendiği bu yaklaşım çerçevesinde, kategori sayısı ve içeriği farklı yazarlar tarafından farklı modeller şeklinde formüle edilmektedir. Genel kabul gören altı hemşirelik rolü; bakım verme, eğitim, araştırma, yöneticilik, karar verme ve hastayı savunuculuğudur. Benimsenmesi daha sınırlı ölçüde kalan yedi hemşirelik rolü ise, iletişim ve eşgüdüm sağlama, rehabilitasyon; tedavi; kariyer geliştirme, özerk ve sorumluluk sahibi olma; danışmanlık olarak belirlenmiştir (Taylan vd. 2012).

Hemşirelik mesleğinin uzmanlık alanlarından bir tanesi de psikiyatri hemşireliğidir. Ruh sağlığı bozuk olan bireylere empati ile yaklaşabilmek ve problem çözme becerisine sahip olmak psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin sahip olmaları gereken kişisel özelliklerindedir. Ruh Sağlığı/Psikiyatri hemşireliği; insanın davranış sürecini anlamayı hedefleyen, hastayla olduğu kadar bireyin kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceridir (Özbaş ve Buzlu 2011, Demir ve Yıldırım 2014, Ünsal vd. 2014).

ANA (2010) ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğini 2007 yılında şöyle tanımlamaktadır: Hemşirelik girişimlerinde psikososyal ve nörobiyolojik kuramların uygulandığı, bilim ve benliğin amaçlı bir biçimde kullanıldığı sanattan oluşan özelleşmiş ruh sağlığı profesyonelidir. Psikiyatri hemşiresi sadece hastalıkların tedavisinde değil aynı zamanda önlenmesiyle yakından ilgilenir ve toplumu oluşturan en üst düzeyde sağlıklı olmasını hedeflemektedir.

Psikiyatri hemşireliği tarih boyunca teknolojik, politik ekonomik ve kültürel gelişimler ve değişimlerden etkilenmiş ve 19.yüzyıla kadar ruh sağlığı mesleği olarak benimsenmemiştir (Otong 2003). Holistik anlayışın gelişmesi ile birlikte psikiyatri hemşireliğinin rolleri ve uygulama alanları da kişisel gereksinimler paralelinde sürekli gelişmektedir. Psikiyatri hemşireliği, günümüzde kanıta dayalı girişimlere yönelik

bilimsel çalışmalar, toplumsal normlar, kültürel faktörler, teknolojik gelişmeler bunların insan davranışına etkileri ile ilgilenmektedir (Ünsal vd. 2014).

Psikiyatri hemşireleri hastaların öncelikli olarak ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanır (Humble and Cross 2010, Barker 2009). Bu alanda hemşireler terapötik iletişim yöntemlerini kullanarak hastaların psikolojik ihtiyaçlarını belirleyerek, zorlu davranışları ile başa çıkarak psikiyatrik tedaviyi yönetmektedir. Hemşireler gece gündüz ara vermeksizin farklı tanılara sahip hastaları ve onların dalgalanan duygu durumlarını kontrol ederek ve hastalara bakım sunmaktadır (Zarea et al. 2013).

Amerikan Hemşireler Birliği(ANA), Amerikan Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Birliği(American Psychiatric-Mental Health Nurses Association) ve Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu (International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses-ISPAN) tarafından 2007 yılında Mesleki Uygulama Standartları belirlenmiştir. Bu standartlar bakım ve mesleki performans olmak üzere iki ayrı başlık altında değerlendirilmiştir. Sadece bakımın ve temel hemşirelik rolleri dışında psikiyatri hemşirelerinin eğitim, disiplinler arası iletişim, etik yaklaşım, eşgüdüm sağlama ve liderlik rollerinin önemini vurgulamıştır (Ünsal vd. 2014). Uygulama standartları 2014 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Altı Uygulama Standartı; değerlendirme, tanı, sonuç saptama, planlama, uygulama ve değerlendirme gibi geleneksel hemşirelik sürecini takip etmektedir. Her standart ruh sağlığı hastalıkları hemşireliğine uyarlanmıştır. Uygulama Standardının alt kategorileri arasında bakım koordinasyonu; sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi, konsültasyon, yerleşik otorite ve tedavi bulunmaktadır. Buna ek olarak standartlar özellikle klinik hemşirelik uygulaması için ortam terapisi, danışmanlık/terapötik ilişki ve psikoterapiyi içerecek şekilde uyarlanmıştır (Kane 2015).

Ayrıca ANA psikiyatri hemşirelerinin çalışma alanlarını belirlemiş psikiyatri hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler, yarı yol evleri, gündüz hastaneleri, ayaktan tedavi üniteleri, hapisane ve okul gibi çok çeşitli alanlarda sağlığı geliştirmek, hastalık durumunda tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlamak üzere görev yapabileceğini belirtmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinde psikiyatri hemşireleri; psikofarmakoloji, psikoterapi ve bilişsel davranışçı tedavilerde rol alabilmelerine

rağmen, psikiyatri hemşireliğinin rolleri ve sorumluluklarına yönelik açık ve kesin tanımlamalar yapılamamıştır (Ünsal vd. 2014).

Ülkemizde psikiyatri hemşireliği uygulamalarına yönelik ilerlemeler diğer ülkelere kıyasla yavaş ilerlemektedir. Sağlık Bakanlığı 19 Nisan 2011’de yayınladığı yönetmelik ile Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği içerisinde; Psikiyatri Klinik Hemşiresi, Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi ve Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlanmış toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları Halk Sağlığı Hemşireliği içerisinde yer almıştır (Özbaş ve Buzlu 2011).

Ruh sağlığı ekibi içerisinde 24 saat sürekli hastayla birlikte olan, hastayı gözleyebilen bu gözlemleri yoluyla hastanın tedavisini şekillendiren, hastaların ilaç tedavilerini ve diğer tedavilerini uygulayan, olabilecek etkilerini, yan etkilerini gözleyerek müdahale eden, hastaların güvenliğini sağlayan, hastaların temel bakım ihtiyaçlarını belirleyen ve yapmasını sağlayan, bireysel ve grup terapilerini yürüten, psikoeğitim yapan, psikososyal etkinlikler düzenleyen, hastayı psikososyal, fizyolojik vb. gibi tüm yönleriyle ele alan ve uygun girişimlerde bulunan önemli meslek grubudur. Psikiyatri hemşirelerinin belirlenen rol ve sorumluluklar doğrultusunda alanda ne tür girişimlerde bulunduğu ve hangi rol ve sorumluluklarını gerçekleştirebildikleri incinebilir/ örselenebilir bir hasta grubuyla çalışmak durumunda olan psikiyatri hemşireleri için önem taşımaktadır (Aşti ve Çetinkaya 2000, Hiçdurmaz ve Öz 2007, Stewart et al. 2015).

Klinik psikiyatride tedavi edici ortam hastaları iyileştirme, iyilik halini koruma ve yükseltme, öz saygısını ve sosyal iletişimini artırma, sosyal beceriler kazanma ve geliştirme mental kapasitelerini ve koordinasyonlarını artırma, öz farkındalık geliştirme, sorunlu davranışlarını kontrol etme ortama ve topluma ayak uydurma becerisini kazanma ve geliştirme, kendini ifade edebilme ve temel ihtiyaçlarını gidermeye yönelik davranışlar kazandırmayı amaçlayan bir dinamiktir (Veale et al. 2015). Ayrıca hastalara kendilerine ve başkalarına karşı gerçekçi, dürüst ve açık olma, saygı gösterme ve güven duyma, öz farkındalık geliştirme, ortam içinde yer alan

bireylerin birbirlerinin sorunları ve davranışlarının farkında olması ve empatiyle yaklaşımı kazandırmanın amaçlandığı güvenli, iş birlikçi ve destekleyici bir ortam sağlamaktır (Veale et al. 2016). Tüm bu amaçlara ulaşabilmek için Tedavi edici ortamda da sağaltım yaklaşımlarının yanı sıra çeşitli psikososyal etkinlikler, etkileşim grupları ve bireysel ve grup terapileri, aile görüşmeleri ve bireysel görüşmeler, psikoeğitim yapılmaktadır (Veale et al. 2015, Pitkänen et al. 2008). Bu bağlamda multidisipliner ekip içerisinde hastayla birebir etkileşime girebilme şansı olan psikiyatri hemşirelerinin tedavi ortamı düzenleme ve devam ettirme, hastaların ortama adaptasyonunu sağlama gibi görevleri bulunmaktadır.

Tedavi edici ortamın dinamiklerinin sağlanması sırasında terapötik bir ilişki kurmak psikiyatri hemşirelik bakımının temelini oluşturur (Moreno-Poyato et al. 2016). Anlaşılır ve ulaşılabilir olma, empati, kabul edilebilirlik, destekleyici, eşitliği savunan, özgün, net sınırları olan, öz bilince sahip ve saygı gösteren bileşenleri hemşirelerin bakım sırasında sahip olması gereken terapötik becerileri oluşturmaktadır (Dziopa and Ahern 2010). Terapötik ilişkide hemşireler hastalarıyla etkileşime girdiklerinde fikir birliği ve anlaşma sağlamalı ve ihtiyaçlar karşılıklı olarak belirlenmelidir (Moreno-Poyato et al. 2016). Terapötik ilişkiyi kurmanın yanı sıra hastalarla terapötik anlamda geçirilen zamanında önemli olduğunu vurgulayan çalışmalar mevcuttur. Hemşirelerin terapötik iletişim doğrultusunda hasta ile doğrudan faaliyetler yürütmesinin ve zamanlarının büyük kısmını bu faaliyetlere ayırmasının hasta bakımını pozitif olarak etkileneceği ve maliyet etkili bir bakım sunulacağı düşünülmektedir (Sharac et al. 2010).

Psikiyatri hemşireliğinde iletişim becerileri hastaların duygu, düşünce ve davranışlarını anlamak ve paylaşmak, hastaların ihtiyaç ve sorunlarına çözüm bulmak açısından önem teşkil etmektedir. Psikiyatri hastaları çoğu zaman diğer hasta profilinin yanı sıra fonksiyonel özgürlükleri kısıtlı, bilişsel algısal değişiklikleri olan, yönelimleri bozuk ve düşünce içeriğinde bozukluklar olan bir hasta grubudur. Böyle bir durumda hastaların tedavi ve bakımları için doğru kararları vermeleri zor olabilmektedir. Dolayısıyla psikiyatri hemşirelerinin tutum ve kararları hastalara bakım sağlarken çok önemlidir. Hemşirelerin olumlu tutumları hastaları rahatlatır, ortama adapte olmalarını kolaylaştırır ve böylece tedavi sorumluluklarını almaları sağlanır. Olumsuz hemşire tutumları hastalarla düşük sosyal etkileşimi getirir. Bu

durum hastanın giderek içe kapanmasına ve tedavide dirençli hale gelmesine sebep olur (Ertem ve Keçeci 2016).

Psikiyatri hastalarına ve psikiyatrik hastalığa yönelik olumsuz inanç, tutum ve davranışlar damgalanmayı beraberinde getirmekte bunun paralelinde toplum birey ve aileyi dışlamakta hasta ve hasta yakınlarına toplumdaki izole olmaktan başka yol bırakmamaktadır. Damgalanan birey ve ailesi yardım arama davranışından vazgeçmekte ve bir uzmana korktuğu, çekindiği için başvurmamaktadır. Yardım almayan hastaların tedavileri olumsuz etkilenmekte ve kronikleşmektedir. Hastaların olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle tedaviyle ilgili bilgileri çarpıtılmakta bu durum tedaviyi bırakmaya kadar gitmektedir (Çam ve Bilge 2013). Psikiyatri hemşirelerinin en önemli rollerinden bir tanesi de hem meslek içinde hem toplumsal olarak ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanmasını engellemek ya da azaltmaktır. Psikiyatri hemşiresi olarak damgalanmayı engellemek için en başta hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun psikiyatri hastalarına ve psikiyatrik hastalıklara bakış açısını ve algısını değiştirmek gerekmektedir (Halter 2008, Sercu et al. 2014, Natan et al. 2015).

Psikiyatrik bakımda ilaç tedavisinin yanı sıra/birlikte psikoeğitim, psikososyal rehabilitasyon, bilişsel davranışçı grup terapilerinin yaşam kalitesi bozulmuş hastalarda pozitif etkilerinin olduğu görülmüştür. Ayrıca etkili bir semptom yönetimi, sosyal destek ve hemşireler ile etkili terapötik ilişkinin hastalar üzerinde direkt etkili olduğu hemşirelerin hastaların yaşam kalitelerini olumlu etkilemeleri için iyi fırsatları olduğu görülmüştür (Pitkannen et al. 2008).

Hemşirelerin çoğunlukla değişen ve öngörülmeyen durumlar karşısında etkili bir tutum, sabır ve davranış sergilemek durumunda olması nedeniyle klinik psikiyatride bakım vermek daha zordur (Howard and Holmshaw 2010, Humble and Cross 2010). Önceden kestirilemeyen, değişik endişe verici dürtü ve isteklerin bulunduğu (intihar mesajları, diğer hastalara ve personele sözel ve fiziksel şiddet, agresyon, ajitasyon vb.) bir çalışma dinamiği içinde çalışan hemşirelerin üzerlerinde baskı hissetmemeleri kaçınılmazdır (Zarea et al. 2013). Bu durumun hemşirelerle yapılan birçok çalışmada stres, iş gerginliği, tükenmişlik ve hatta işten ayrılma gibi çıktılar olduğu görülmüş farklı tanımlanan hastalar, idari işlerin yoğunluğu, yetersiz eğitim ve multidisipliner

çalışmanın zayıflığı durumlarının hemşireler için sorun teşkil ettiği belirtilmiştir (Laker et al. 2012).

Psikiyatri klinikleri hastaların bozulmuş algıları nedeniyle başkalarını kendine tehdit olarak algılaması, hastalığın akut evresi olduğundan kontrolü zor olan taşkın davranışlar sergilemesi, iç görü yoksunluğu sebebiyle hastanede yatışı kabul etmeme ve kaçma girişimleri olan farklı türde hasta popülasyonuna sahiptir. Bu nedenle Psikiyatride hem hastalar hem de çalışan sağlık personeli açısından güvenli çevrenin ve düzenin sağlanması ailesinden uzaklaşarak yabancı bir ortama giren hastaların endişe ve korkularını hafifletmede, aynı zamanda çalışan personelin daha etkili bakım vermesinde faydalı olacağı düşünülmektedir (Muir-Cochrane et al. 2013).

Hemşireliğin temel rollerinden olan taburculuk eğitimi psikiyatrik bakımda daha da önem kazanmaktadır. Yüksek riskli davranışları nedeniyle hastaneye yatan, hastalık belirtileri nedeniyle sosyal hayattan izole olmuş okul ve meslek hayatına devam edemeyen /etmekte zorlanan hasta grubunun hastaneden süreci sonrasında topluma geri kazandırılma, tedavinin devamı ve relapsların önlenmesinde oldukça önemlidir (Kim et al. 2011). Bu süreçte hemşireler hastanın hastaneye yattığından itibaren taburculuk planını yapmaya başlar. Koordinatör rolünü gerçekleştiren psikiyatri hemşiresi hasta, aile ve gerekli kurum/kuruluşlarla iletişime geçerek ve köprü vazifesi görerek bu süreci yürütür (Noseworthy et al. 2014).

Psikiyatrik bakımda aileleri tedavinin dışında tutmak veya görmezden gelmek olanaksızdır. Psikiyatri hastalarının çoğu yaşamlarını aileleriyle beraber sürdürmekte ve aileye bağımlı kalmaktadırlar. Aile üyeleri ise bu uzun süreçte yüklenmiş oldukları sorumluluk, sürecin uzun olması, kimi zaman destek görememe ve tek başına mücadele etme gibi sebeplerden ötürü çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Yaşanılan bu zorlu süreçte psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin; huzursuzluk, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, endişe, umutsuzluk, öfke gibi duygular yaşıyor olmaları kaçınılmaz hale gelmektedir (Ak vd. 2012, Duman ve Bademli 2013). Bu nedenle sağlığı bozulmuş olan bireye bakım verirken ailenin duygularını anlamak, hastanın bakımına dâhil etmek, tedavi sürecinde yeterli ve doğru bilgi vererek söz hakkı tanımak ve onlara hastalık sürecinde rehberlik etmek hemşirelik bakımı açısından oldukça önemlidir (Blegen et al. 2016).

Klinik gözlem, hasta ile birebir tedavi edici iletişim kurarak hemşirelik bakımını sağlamak için veri toplamanın temelini oluşturmaktadır. Psikiyatrik gözlem yapmanın birden çok amacı bulunmaktadır. Bu amaçlar; hastaların durumunu anlamak, hastalığın belirtilerini belirlemek, hastalığın nedenlerini ortaya çıkarmak, her hastaya özgü gereksinimleri belirlemek ve bu gereksinimlere yönelik bakımı planlamak ve girişimlerde bulunmak, girişimleri değerlendirmek ve hastaların tedaviye tepkisini izlemek olarak sıralanabilir. Aynı zamanda gözlem yöntemi hemşireye hastanın durumunun farkında olma, hasta davranışlarına uygun tepki verebilme ve beklenmeyen bir şiddet ve zarar verici davranışının ortaya çıkmasını önleyebilme veya kontrol edebilme olanağı sağlamaktadır (Sabancıoğulları vd. 2014).

2.2. Hemşirelikte İnsan Gücü Planlama

Sağlık insan kaynakları, “kamu ya da özel tüm sağlık sektöründe çalışan, sağlık hizmeti üreten personelin tamamı” olarak adlandırılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

DSÖ 1970 yılında sağlık insan gücü planlamasını; önceden belirlenmiş sağlık hedef ve amaçlarını başarmak için gerekli bilgi, beceri ve yeteneğe sahip insan gücü sayısını hesaplama süreci olarak tanımlamış, bu tanım sonraki yıllarda ‘doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve doğru sayıda insanı bulundurmaktır’ şeklini almıştır (Hogarth 1975, Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

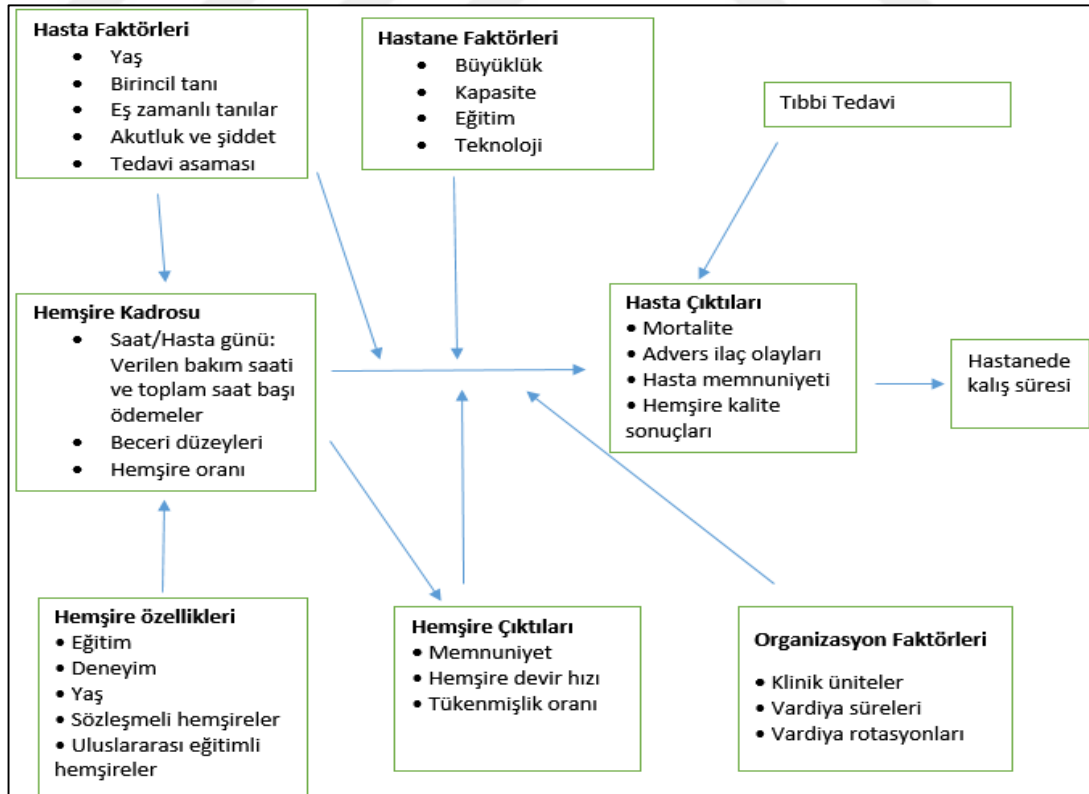
Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda insan kaynaklarının büyük çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin verdiği bakımın kalitesi hemşire istihdamı ile doğrudan ilgidir (Cheryl 2014, Bal 2014). Hemşire İnsan gücü planlama; sağlam ve hasta bireyler için gerekli olan hemşirelik bakımının belirlenmesi ve bu gereksinimleri sağlayacak nitelik ve nicelikte hemşirelere belirleme ve sağlama sürecidir (Ellis et al. 2006, Ekici 2013, Tatar-Baykal ve Ercan-Türkmen 2014).

Bu süreçte amaç; sağlık sunum sisteminde ön saflarda yer alan ve multidisipliner sağlık meslek üyelerinin ana bileşeni olan hemşirelerin kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek için katkıda bulunmak ve güvenli, kaliteli ve etkili bakım sunmaktır (Buchan and Aiken. 2008).

İnsan gücü planlama süreci karmaşık bir süreçtir. Kurum içi ve dışı birçok etmen hemşire insan gücü planlama sürecini etkilemektedir. Bu etmenler çoğu zaman biriyle ilişkili ve birbirine bağlı olarak iç içe geçmiştir. Süreç ele alırken tüm etmenlere tek tek ve bütünleştirici olarak bakmak gerekmektedir (Huber 2010).

Örgüt ve kurumun hemşirelik hizmetlerinin insan kaynakları yönetimi ile ilgili felsefesi, amaç ve prosedürleri ve bakım kalitesi ile ilgili hedef ve amaçları, hasta ve yakınlarının bakım ile ilgili beklentileri, hasta sayısı, devir hızı, hastalık düzeyleri, hemşirelerin konumu, yaşı, eğitimi ve deneyimi, hemşire bakım sunum yöntemi gibi faktörler hemşirelikte insan gücü planlamayı etkilemektedir. Hemşire personeli ve hasta sonuçlarının ilişkisi Şekil 1’ de gösterilmiştir (Kane et al. 2007).

Yeterli hemşire sayısını hesaplamak için hasta sayısı yanında hastanenin fiziki yapısı, yatak sayısı, destek hizmetlerinin sunumu, malzemelerin ulaşılabilirliği (Kane et al. 2007), yasal düzenlemeler, mesleki örgütlerin standartları akreditasyon standartları göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Lundstrom et al. 2002, Pickard and Birmingham 2010).



Şekil 1. Hemşire Personelinin Kavramsal Çerçevesi ve Hasta Sonuçları

Kaynak: (Kane et al. 2007’ den çevrilmiştir)

Hemşire insan gücü planlamada yeterli sayıda personel sayısı sağlanmasının yanı sıra personelin niteliği de önem kazanmaktadır. Gelişen tıp bilimleri ve teknoloji ile birlikte hemşirelik personelinin bakım faaliyetlerini kaliteli ve maliyet etkili olarak yerine getirebilmesi için kaynak ve hizmetlerin dağılımının iyi yapılması gerekmektedir. Hemşire personel ihtiyacını belirlemede hangi yöntemin kullanılacağı bu yüzden önemlidir. Aynı zamanda kurumların 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunduğu ve hasta gereksinimlerinin çeşitlilik ve değişim gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda tahmine dayalı olmayan bilimsel yöntemlerden yararlanılarak geliştirilen ve kuruma özgü olan personel planlanmalarının yapılması gerekmektedir (Ekici 2013).

Geleneksel yöntem, trend metodu, hasta sınıflandırma sistemleri, bakım kriterleri metodu, iş yükü analizi gibi farklı yöntemler hemşire insan gücü planlamasında kullanılmaktadır. Hemşire insan gücü planlaması yapılırken sadece yatak ve hasta sayısını kullanmak doğru sonuçlar vermeyecektir (Atalay 2015).

Ülkemizde hemşire insan gücü planlama geleneksel yöntemi olarak hasta/hemşire oranı kullanılmaktadır. Bu yöntem ile hemşirelerin yapmış olduğu bakımın içeriği, ya da çalışılan birimin özellikleri ve minimum düzeyde hemşire bakımı için belirsizdir. Bu nedenle her kurumun kendi hemşire işgücünü belirlemesi gerekmektedir (Yıldırım 2003).

İnsan gücü planlama makro ve mikro düzeyde yapılabilmektedir. Mikro düzeyde yapılan hemşirelik insan gücü planlamada hemşire iş yükü ölçümü yapılmakta ve iş yükünü karşılayacak personel hesaplanmaktadır (Tatar-Baykal ve Ercan-Türkmen 2014). Güvenilir ve etkili hasta/hemşire oranını tespit edebilmek için iş yüküne dayalı hemşire insan gücü planlama yönteminin düzenli kullanılmasıyla elde edilebilmektedir (Bal 2014).

İş yükü, personel zamanı ve emek gücü de dahil olmak üzere klinik kaynaklara yönelik hasta talebini temsil eder (Fieldston et al. 2014). Hemşire iş yükü hasta ile ilgili doğrudan ve dolaylı hemşirelik uygulamaları ile birime yönelik hemşirelik aktivitelerinin toplamı olarak tanımlanabilmektedir (Jong et al. 2009).

İnsan gücü planlaması yapılırken hem çalışma süreleri hem de çalışmadığı günlerde hesaba katılmalıdır. Çalışmadığı sürelerde rapor izinleri, yıllık izinleri, doğum ve evlilik izinleri vb. göz önünde bulundurulmalı bununla beraber hemşirelerin çalışma sürelerindeki kişisel faaliyetleri dikkate alınmalıdır (Hurst 2002). Ayrıca hastanelerde hemşire iş yükünü hesaplayabilmek için her birim için spesifik olarak günlük gerekli bakım süresinin saptanması gerekmektedir. Bunun yanı sıra birimlerin pazartesiden cumaya kadar ve hafta sonu yapılan rutinler, işlemler ve hasta yatış sayıları değişmektedir. Hemşire iş yükü hesaplanırken bu durumlar göz önüne alınıp her birimin kendine özgü iş yükü belirlenmelidir (Tatar-Baykal ve Ercan-Türkmen 2014).

Carayon ve Gürses (2008) iş yükü düzeyleri farklı düzeylerde tanımlamaktadır. Bu düzeyler;

Birim düzeyinde iş yükü: Bu yöntem, geleneksel yöntemdeki hasta/hemşire oranlarına benzerlik göstermekle birlikte hemşirelik personeliyle ilişkili olarak birim ve hasta sonuçlarını karşılaştırmak için kullanılabilir. Sadece hemşire sayısının artırılması veya hasta sayısının azaltılması saptayabilir.

İş düzeyinde iş yükü: Birimde yapılan işin türü ve özelliklerine bağlı olmakla birlikte hemşirelerin uzmanlık seviyesi ve birimin fiziki koşulları, yapısı ve özellikleride hesaplama yapılırken hesaba katılmaktadır.

Hasta düzeyinde iş yükü: Hemşirelik iş yükünün ana belirleyicisinin hastanın klinik durumu olduğunu varsaymaktadır. Hastanın durumu ile terapötik değişkenler göz önünde bulundurulmaktadır.

Durum düzeyinde iş yükü: Birim, hasta ve iş düzeyinde iş yükü ölçümlerinin yetersizliğini ortadan kaldırmaktadır. Hasta sayısının yanı sıra hastanın klinik durumu, hemşirenin deneyim ve uzmanlık durumu gibi faktörler durum düzeyinde iş yükünü açıklamakta etkili olabilmektedir.

Hemşire talebini belirlemeye yönelik pek çok yöntem tanımlanmıştır ancak her yöntemin üstün ve zayıf yönleri bulunması nedeniyle tek başına mükemmel değildir

(Barber and López-Valcárcel 2010). Literatürde hemşire iş gücü planlaması ve iş yükü ölçmede kullanılan altı yaklaşım tanımlamıştır (Avcı ve Terzioğlu 2015).

Profesyonel değerlendirme metodu

Bu ilk olarak 1970'lerde kullanılmıştır ve işgücü planlama ve geliştirme için en eski yöntemlerden biridir. En hızlı ve en basit yöntemdir, çünkü hasta bağımlılığı verileri gibi kesin bilgiler gerekli değildir (Hurst 2010). Bu yöntemde, profesyonellerin öngörüsüne ve değerlendirmesine güvenen sezgisel ve karşılıklı görüş alışverişine dayanılarak doğru hemşire sayısını belirlemeye çalışılmaktadır (Hurst 2002).

Her bir dolu yatak için hemşire sayısı

Dolu yatak başına istihdam edilecek hemşire sayısını hesaplamada hemşirelerin çalıştığı tüm saatler değil doğrudan hasta bakımı verilen saatler dikkate alınmaktadır (Avcı ve Terzioğlu 2015). Hastaların bağımlılık düzeyleri hastanede kaldığı süre içinde bile değişmektedir. Hasta grubu ve hastaların bakım yoğunluğu her değiştiğinde tekrardan hesaplanmalıdır (Hurst 2010, Tatar-Baykal ve Ercan-Türkmen 2014).

• Hasta günü başına hemşire saati

İdari veri setlerinden kolayca elde edilebilecek bilgiler sağlar. Kaydedilen ortalama bakım saati sayısını (hastaların sayımı ya da gün içindeki ortalama hasta sayısı) belirler. 24 saatlik dönemde gerekli ortalama çalışan saatini yansıtmaktadır. Bu hesaplama, personel sayısının hastane veya birim düzeyinde (varsa) personel sayısına ulaşmış ulaşmadığını veya aştığını belirlemek için kullanılabilir (Duffield et al. 2006).

• Hasta-hemşire sayısı

Hasta-hemşire oranları en alt düzeyde bakım için yeterli hemşire sayısı olarak tanımlamakta kullanılan dolaylı bir yöntemdir. Hasta/yatak sayısı ile orantılı hemşire sayısı formülü kullanılmaktadır (Duffield et al. 2006, Hurst 2010, Bal 2014, Avcı ve Terzioğlu 2015).

Regresyon Analizi

Regresyon analizi bir aktivite düzeyi için gerekli hemşire sayısını belirlemek için kullanılmaktadır. Bu model ile çalışmakta olan hemşire insan gücü ile ilgili sonuçları ve ileriye yönelik orta ve uzun dönemli gerekli iş gücünü belirlemede kullanılmaktadır (Hurst 2002, 2010).

Aktivite- zaman ölçümü

Aktivite-zaman ölçümünde hemşirelik bakım planında yer alan hemşirelik müdahalelerinin sıklığı ve özelliğine göre hemşire gereksinimi belirlenmektedir. Hemşirelerin yaptığı her girişim zamanı ölçülmektedir (Hurst 2002, Avcı ve Terzioğlu 2015).

Hastaların ihtiyaç duyduğu hemşirelik müdahalelerinin türü ve sıklığı, hastanın bağımlılığına göre daha iyi bir ön gördürücü olarak görülmektedir. Hemşireler hasta bakım planlarının oluşturulması konusunda rahat ederlerse, zamanlanmış görev / etkinlik yöntemi, plandaki her bir müdahaleye hemşirelik tutanaklarının eklenmesini ve böylece hemşirelik saatlerinin sayısının artırılmasını gerektirir. Bu yöntem, bakım planlarının sistematik olarak yapıldığı ve hastaların hemşirelik ihtiyaçlarının güvenle tahmin edilebileceği servislere uygundur (Hurst 2002, 2010).

Hasta sınıflandırma sistemleri

Hastaların bağımlılık düzeyine göre 24 saat içinde ihtiyaç duyulan hemşire zamanının doğru orantılı olduğu düşünülerek yapılan bir ölçme yöntemidir (Avcı ve Terzioğlu 2015). Başka bir tanımla benzer gereksinimleri olan hastaları gruplandırarak her kategorideki hastanın 24 saatlik zaman içerisinde ne kadar hemşirelik bakıma ihtiyaç duydukları ve optimal bakım için çalışması gereken hemşire sayısının hesaplanmasıdır (Yıldırım 2003, Ekici 2013, Bal 2014). Rowland'ın Hasta Sınıflandırma Ölçeği, Grace Reynolds Application and Study of PETO (GRASP), Rush Medicus, Cheltenham gibi ölçekler hasta sınıflandırma sistemine örnek olarak verilebilir. (Ekici 2003, Tatar-Baykal ve Ercan-Türkmen 2014)

DRG'ye (Diagnosis-Related Groups) temelli hemşirelik maliyetlendirme modeli

Bu sistemde hastalar tanılarına veya diğer karakteristik özelliklerine göre gruplandırılarak hastalar kategorize edilir. DRG'ler doğrudan hastalar ve onların bakımı ile ilgili çalışmaları ölçmektedir. DRG'lerden elde edilen bilgiler hemşirelik bakımı tahminlerini hastanın kalış süresi boyunca ortalama olan "vaka" bazında sağlar. Herhangi bir günde bir hasta, bu tahminlerden daha büyük veya daha düşük gereksinimlere sahip olabilir. Bu nedenle hemşirelik ihtiyaçlarının doğru bir modelini sağlamak için hemşirelik ağırlıklarını, uzman bir grup süreci ile veya mevcut iş yükü ölçümüyle birleştirerek hemşirelik ağırlıklarını ayarlamak veya kalibre etmek gereklidir (Duffield et al. 2006).

Hastaların bakım ihtiyaçlarını dikkate alarak gerekli olan hemşire sayısını belirlemek, maliyetlerini hesaplamak oluşturmak için hemşire iş yükü ölçümlerinde sıklıkla iş etüdü yöntemi kullanılmaktadır (Tatar-Baykal ve Ercan-Türkmen 2014, Atalay 2015). Bu yöntem mühendislik alanından alınmış olup hemşire hemşirelerin yapmış olduğu uygulamaları, uygulamaların zaman/sürelerini ölçmektedir (Tatar-Baykal ve Ercan-Türkmen 2014).

İş etüdü

Seri'e (2010) atfen Alman İş Etüdü Ve İşletme Organizasyonu (ReichsAusschussFürArbeitsstudium, REFA)'nın tanımına göre iş etüdü, çalışan kişilerin iş yapabilme gücünü ve gereksinimlerini de göz önünde tutarak çalışma sistemlerinin incelenerek ve düzenlenerek işin iyileştirilmesi ve işletmenin daha ekonomik çalışmasını sağlamak amacıyla uygulanması yöntemidir.

Uluslararası çalışma örgütü (International Labour Organization, ILO) iş etüdünü, bir faaliyetin gerçekleşmesi için gerekli insan ve malzeme kaynaklarının en uygun kullanımını sağlamaya yönelik, metod etüdü ve iş ölçümü tekniklerinin oluşturduğu verimlilik ve ekonomiyi etkileyen tüm faktörlerin araştırılmasına yol açan bir terim şeklinde tanımlamaktadır (Kanawaty 1992).

İş etüdünün ana amacı yapılan işi kolaylaştırmak, iyileştirmek ve işin yapılışı için daha ekonomik yöntemler geliştirerek işin ne kadar zamanda yapılacağını belirlenerek verimliliği artırmaktır. Bunun yanında gereksiz faaliyetlerden kurtulmak, gerekli faaliyetleri mümkün olan en ekonomik şekilde düzenlemek, uygun çalışma yöntemlerini standartlaştırmak, iş ile ilgili doğru zaman standartlarını saptamak, üretimde kullanılan faktörlerden yararlanma oranını artırmak, mevcut çalışma koşullarından daha iyi çalışma koşullarına geçme iş etüdünün amaçları arasında yer almaktadır (Kanawaty 1992, Kulkarnil et al. 2014, Pal-Singh 2016).

İş etüdünde temel olarak bir işin belirli ve anlık koşullar altında en iyi şekilde yapılmasını sağlayan tek yöntem vardır ve bu yöntem bilimsel yaklaşımla belirlenmektedir. İş etüdü bu yaklaşımdan hareket ederek problemleri bilimsel bir yöntemle ele ele alarak çözümlenmektedir. İş etüdü bir sorunu çözümlemek için 'İş nasıl yapılıyor? İş nasıl yapılmalıdır?' sorularının cevabını bulmaya çalışmaktadır. Yapılan sorgulama sonrası en iyi yöntem bulunmakta ardından işin bu yöntemle ne kadar zamanda yapılacağı hesaplanmaktadır (Üçüncü 2015).

İş etüdü metot etüdü ve iş ölçümü olmak üzere iki alanda sınıflandırılır. Metot etüdü, yapılan işin maliyetini düşürmek amacıyla kolay ve etkili yöntemlerin kullanılması, geliştirilmesi bunu yaparken Sistematiik olarak kayıt tutulması ve eleştirel olarak incelenmesidir (Kanawaty 1992, Pal-Singh 2016). Çalışmamızda iş ölçümü alanında gerçekleştirilmiştir.

İş ölçümü

İş ölçümü, nitelikli bir işçinin, belirlenmiş bir performans seviyesinde belirli bir işi yerine getirmesi için gereken zamanı belirlemek için geliştirilmiş tekniklerin uygulanmasıdır. İş ölçümü, belirli bir faaliyetin standart süresinin tahmini anlamına gelmektedir. Seçilen yöntemi kullanarak bir işin tamamlanması için gereken süreyi belirtmektedir. Başlıca iş ölçümü zaman etüdü ve iş örneklemesidir (Dal 2010, Üçüncü 2015).

Zaman etüdü, belirli koşullar altında gerçekleştirilen belirli bir işin öğelerinin zamanını ve oranlarını kaydederek ve bu yolla toplanan verileri çözümlenerek, o işin

tanımlanan bir çalışma hızında yapılabilmesi için gereken zamanı saptamakta kullanılan iş ölçümü tekniğidir (Dal 2010).

Zaman etüdü, genellikle kronometre, zaman ölçümlü kayıt cihazları gibi araçlar kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Ölçüm yapılmadan önce işletmede yapılmakta olan işlerin mümkün olduğu kadar küçük parçalara ayrılması ve net bir biçimde tanımlanması gerekmektedir. Çalışan tarafından gerçekleştirilen her işin gözlem yapılmak süresinin ölçülmesi ve kaydedilmesi ile üretim sürecinde harcanan toplam zaman hesaplanabilir (Dal 2010).Yaptığımız çalışmada iş ölçümü alanının iş örnekleme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

2.3. İş Örnekleme

İş örnekleme, insanların faaliyetlerin yürütülmesi için harcadıkları zaman yüzdelerini tahmin etmek için metodik bir iş ölçümü yaklaşımıdır. "Etkinlik örnekleme", "oran gecikmesi", "oluşum örnekleme", "hızlı gecikme" gibi çeşitli isimler altında literatürde bulunabilir (Şkec et al. 2015, Antinaho et al. 2016).

Bu teknik ilk olarak Tippett tarafından 1935 yılında endüstriyel mühendislik ve yönetimde kullanılmak üzere geliştirilmiş, ancak bugün en yaygın olanı, ilk önce Brisley (1952) tarafından tanımlanan "iş örnekleme" dir (Ampt et al. 2007, Munyisia et al. 2011, Tsehayae and Fayek 2012, Blay et al. 2014, Şkec et al. 2015).

İş örnekleme olasılık yasalarına ve klasik zaman çalışmalarına kıyasla belirlenen zaman aralıklarında veri toplamaya dayanır (Şkec et al. 2015, Antinaho et al. 2016). Robinson, ürün geliştirmede mühendislerin bilgi davranışlarını incelemek aynı zamanda mühendislerin zamanlarını nasıl harcadığını ve günlük olarak hangi faaliyetleri ve görevleri gerçekleştirdiğini analiz etmek için kullanmıştır (Şkec et al. 2015).

İş örnekleme, gözlem ya da kendine kendine raporlama yoluyla bir saat ya da vardiya gibi önceden belirlenmiş bir çalışma birimi sırasında gerçekleştirilen çalışma faaliyetleri ile ilgili verileri toplama ve çeşitli etkinliklerde harcanan zaman oranları hesaplama şeklinde gerçekleştirilen bir süreçtir (Chaboyer et al. 2008).

Bir başka değişle iş örnekleme yönteminde bir işçi ya da işçi grubu tarafından gerçekleştirilen faaliyetleri kaydetmek için aralıklı olarak doğrudan gözlem uygulanmakta zaman içindeki biriken verilere dayanarak, spesifik aktivitelerde harcanan zamanın oranı hesaplanabilmektedir (Garcia et al. 2010).

İş örnekleme, verimliliği ölçmek ve teknolojinin çalışma süresine etkisi gibi birçok amaçla iş ve sağlık araştırmalarında yaygın olarak kullanılan gözlemsel bir araştırma tekniğidir. İş örnekleme hemşirelerin ne yaptığını daha iyi anlamak için hemşirelik çalışmalarının çeşitli bileşenleri için harcanan zamanı değerlendiren uluslararası kabul görmüş bir gözlemsel araştırma tekniğidir (Blay et al. 2014). Hemşirelik ve diğer sağlık mesleklerinde en çok kullanılan yöntemdir. Bu araştırma yaklaşımı, bireylerin veya klinisyen gruplarının belirli faaliyetlerde harcadıkları süre hakkında bilgi sağlayarak iş akışının ve çalışma uygulamalarının net bir resmini vermek için geliştirilmiştir (Gardner et al. 2010).

Temel örnekleme prensibi, olası bir yasadır ve belirli bir görev için harcanan zaman oranını tahmin etmeyi sağlamaktadır (Škec et al. 2015).

Birçok iş örnekleme çalışmasında dış gözlem ve kendini raporlama yaygın olarak kullanılmaktadır. Doğrudan gözlem yerine, faaliyetlerin özne tarafından öz bildirim yapılabilmektedir (Chaboyer et al. 2008, Gardner et al. 2012, ; Blay et al. 2014, Škec et al. 2015, Antinaho et al. 2016). Kişisel raporlama, eylemlerin arkasında mantıksallaştırma gibi doğrudan gözlemlerden elde edilemeyen ve seyrek uygulanan veya hassas bir alandaki etkinlikler için daha uygun nitelikte değerli veriler sağlayabilmekte, inceleme sınırlı bir alanda (Hastane, hemşireler vb) yapılırsa, gözlem daha uygun bir tekniktir. Kendini raporlama genellikle aktivite kayıtlarını, çalışma günlüğünü ve anketleri kullanarak gerçekleştirilir. Gözlem sayısı ne kadar büyük olursa, tahmin de o kadar kesin olur (Blay et al. 2014). Gözlem yapılan durumlarda ise uygun ortamın oluşturulması gerekmektedir (Ekici 2013). Çalışma yapılan grup profesyonel gözlem altında bulunmaktan hoşlanmayabilmekte, harici bir gözlemci çalışmaya önyargılar getirebilmekte, davranışlarını gözlem altında değiştirebilmektedirler (Hawthorne etkisi). Özellikle hemşire grubunun çalışması, dışsal bir gözlemcinin gerçekten anlamaması için çok karmaşıktır ve kaçınılmaz olarak yanlış yorumlara yol açmaktadır. Ayrıca ücretli dış gözlemcilerin kullanılmasına

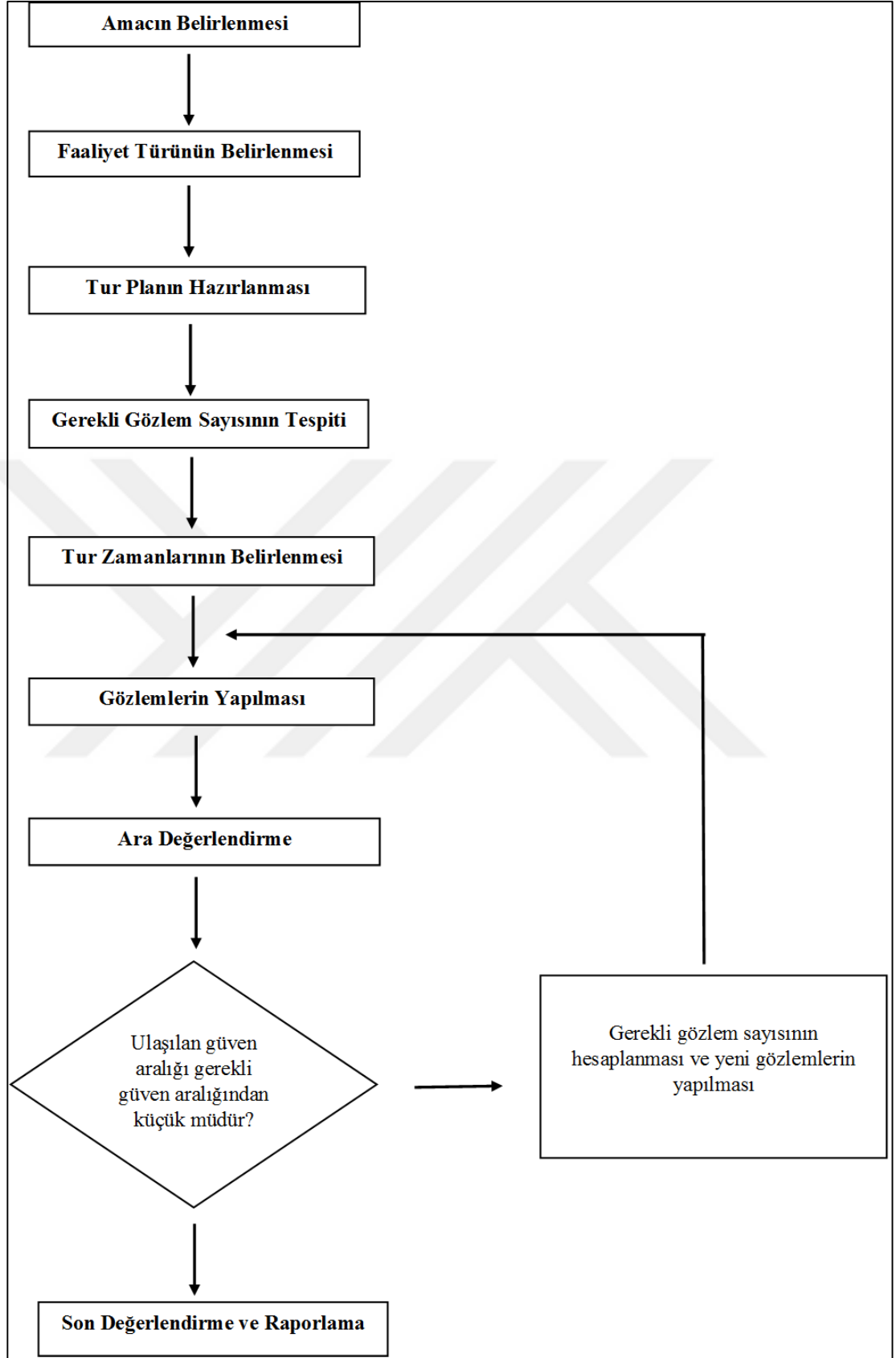
ihtiyaç duyulduğu durumlarda maliyetli ve zaman alıcı bir yöntem haline gelmektedir. Doğru bilgiyi elde edebilmek için gözlemci, çalışma ortamını iyi bilmesi ve gözlem altında grubun güvenini kazanması gerekmektedir.. Gözlem altında olan gruba ve çalışmalarına yönelik görüş ve tutumları etkilemekten kaçınmak için en katı tarafsızlığı korumak da önemlidir; kısmi bir gözlemci açıkça bir çalışmanın objektifliğini tehdit edebilmektedir (Antinaho et al. 2016).

Eğitimli bir gözlemci çalışanın çalışma etkinliklerini aralıklı, rastgele ve anlık olarak kayıt edilmesi gerekmektedir (Chaboyer et al. 2008, Robinson 2010, Munyisia et al. 2011, Gardner et al. 2012, Blay et al. 2014 Škec et al. 2015, Antinaho et al. 2016). Bu gözlemler ve faaliyetlerin kaydı veya örnekleme, sabit aralıklı örnekleme olarak veya rasgele aralıklarla bilinen önceden belirlenmiş zamanlarda gerçekleştirilebilmektedir. Gözlemlenen tüm faaliyetler etkinlik amacını en iyi tanımlayan kategorilere bölünebilmesini sağlamak için, önceden örneklenecek aktiviteleri belirlemeleri gerekmektedir (Blay et al. 2014). Faaliyetler birbirini dışlayan ve kategorilere ayrılmalıdır (Gardner et al. 2012).Kategoriler, gözlemciye veri toplama aracındaki etkinliğin yerini belirlemesine yardımcı olmaktadır (Blay et al. 2014).

Kaydedilen etkinlikler frekanslar olarak özetlenebilir ve yüzdelerle dönüştürülebilir, böylece işçilerin iş günlerinde zaman ayırdıkları faaliyetleri göstermekte hesaplamalar daha sonra mevcut toplam çalışma süresiyle karşılaştırılabilmektedir. Zaman yüzdelerinin tahminleri, kaydedilen faaliyetlerin sayısı ne kadar büyükse bir bütün olarak çalışmanın güvenilirliğini arttırmaktadır (Chaboyer et al. 2008, Robinson 2010, Blay et al. 2014, Antinaho et al. 2016).

İş örnekleme aşamaları

İş örnekleme yöntemi toplam 8 basamaktan oluşmaktadır. Bu basamaklar Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2. İş Örneklemesi Uygulama Basamakları

Kaynak : (Güngör ve Batmaz 2012'den aktarım)

1. Amacın belirlenmesi: Öncelikle ulaşabilmek istenen amaç tanımlanmalıdır. (Ekici 2013) Amacın belirlenmesi ile bağlantılı diğer işlemler, iş sistemlerinin seçilmesi ve gözlemlenecek insan ve üretim araçlarının saptanmasıdır (Güner vd. 2010).

2. Faaliyet türlerinin belirlenmesi: Bu amaca uygun iş akış türleri tespit edilmektedir. İş akış türlerini tespit etmekteki amaç; yapılacak gözlemin daha sağlıklı gerçekleşmesi sağlanmaktadır. Ek olarak basit ve yanlış anlaşılmayacak tanıtıcı özellikler belirtilmesi gerekmektedir (Güner vd. 2010).

Hemşirelik faaliyet türleri belirlenerek yöntemde kullanılacak gözlem formunun oluşturulması gerekmektedir. Form oluşturulurken hemşirelik faaliyetleri ana ve alt başlıklar halinde sınıflandırılmakta ve hemşirelik faaliyetleri sınıflandırması kullanılmaktadır. En sık kullanılan sınıflandırma doğrudan, dolaylı hemşirelik uygulamaları, klinik ile ilgili uygulamalar ve kişisel faaliyetler şeklindedir (Ekici 2013, Antinaho et al. 2016). Bu faaliyetler şu şekildedir;

Doğrudan bakım müdahaleleri: hem fizyolojik hem de psikososyal hemşirelik eylemleri de dahil olmak üzere hastalar ile etkileşimde bulunularak yapılan tedavi, hem de el eylemlerinin üstlenilmesi, daha destekleyici ve danışmanlık gerektiren tedaviler. Hasta ile iletişim, beslenme, hasta hijyeni, taburculuk işlemleri vb. (Gardner et al. 2010, Ekici 2013).

Dolaylı bakım müdahaleleri: hasta bakım ortamının yönetimini amaçlayan hemşirelik eylemleri ve disiplinlerarası işbirliği de dahil olmak üzere hastadan uzakta, ancak bir hasta veya hasta grubu adına gerçekleştirilen tedavileri içermektedir. Bu eylemler, doğrudan müdahale müdahalelerinin etkinliğini desteklemektedir. Örneğin hastaya yapılacak işlemlere hazırlık vb. (Gardner et al. 2010, Garcia1 et al. 2010).

Klinik ile ilgili faaliyetler: Bu faaliyetler hasta bazında değildir. Klinik ortamın işleyişi ve rutinleri ile ilgili faaliyetleri içermektedir. Örneğin toplantılara katılmak, hizmet içi eğitim, malzeme kontrol vb. (Gardner et al. 2010)

Kişisel faaliyetler: Diğer kategorilerle ilişkili olmayan etkinlikler Yemek yeme, kişisel telefon görüşmeleri, iş arkadaşlarıyla sosyalleşmek vb. (Gardner et al. 2010)

Hemşireler zamanlarının %70 ve üzerini doğrudan hasta bakımına ayırıyorlarsa hemşirelerin etkin çalıştığı söylenebilir fakat hemşirelik bakımında direkt ve indirekt hasta bakım faaliyetleri eşit öneme sahip olup indirekt hasta bakım uygulamaları direkt hemşirelik faaliyetlerini bütünleyerek bakımın koordinasyonunu sürdürmek amacıyla birleştirici uygulamalar olarak ifade edilir.(Ekici 2013).

3. Tur planının hazırlanması: Yapılacak gözlem için, çalışma alanının krokisi üzerinde bir dolaşma planının belirlenmesi gerekmektedir. Bu dolaşma planına uygun olarak gözlemler yapılmaktadır (Güner vd. 2010).

Hemşirelikte ise gözlem yapılacak servisin belirlenmesi ve gözlem sırasında nasıl bir sıranın izleneceği saptanmalıdır. Gözlem yapılacak servisler belirlenirken benzer hastaların yattığı benzer servisler sonuç genellemesi için yardımcı olmakta farklı servisler için farklı gözlemler yapılmaktadır (Ekici 2013).

4. Gerekli gözlem sayısının tespiti: Belli bir hata düzeyine razı olmak durumunda kalmaktadır. İş ölçümü amacıyla örnekleme çalışması yapılabilmesi için istenilen güven düzeyini ve kabul edebilecek hata derecesini belirlemek gerekmektedir. Daha sonra örnek büyüklüğü formül ile hesaplanır. Arzulanan güven düzeyi arttıkça ya da kabul edilebilir hata derecesi azaldıkça daha büyük örneklerle çalışmak gerekmektedir. Bu istatistiksel yöntem dışında iş örneklemesinde örnek büyüklüğünün hesaplanması amacıyla belli güven ve doğruluk düzeyleri için hazırlanan monogram ve tablolardan oluşmaktadır (Güner vd. 2010).

Gözlem sayısının hesaplanması(n) için ölçülmek istenilen faaliyetin p payı tahmini yapılır. P payının hangi mutlak değer aralığında belirleneceğine karar verilir. Güven aralığı ne kadar fazla olursa elde edilen verilerin gerçeğe yakınlığı artacak ve bununla paralel olarak gözlem sayısı da artacaktır. Aynı zamanda güven aralığının hata payı da hesaplanmalıdır. Bu değerler formülde yerine koyularak gereken gözlem sayısı hesaplanır. İş örneklemesinde kullanılan formül (Ekici 2013).

$$n = \sqrt{\frac{p(100-p)}{\sigma^2}}$$

n = gözlem sayısı

p = ölçülmek istenen işlemin beklenen yüzdesi

σ = standart hata değeri

5. Tur zamanlarının belirlenmesi: Her turun başlangıç zamanını hesaplamaktadır. Gözlem anlarının rastsal bir biçimde elde edilmesi gerekmektedir. Böylece hem istatistiksel koşullar yerine getirilmekte hem de gözlemcinin sonuçları bilinçsiz de olsa etkileyebilme olasılığı ortadan kalkmaktadır (Güner vd. 2010).

Rastgele sayılar tablosu bu işlem için kullanılabilir. Gözlem yapılacak zaman (24 saat, 12 saat veya 8 saat) belirli devrelere (5 dk, 10 dk, 15 dk veya 20 dk aralıklarla) bölünerek sıralanır. Rastgele sayılar tablosundan zaman devreleri sırasına göre hangi zamanlarda gözlem yapılacağı belirlenebilmektedir (Ekici 2013).

6. Gözlemlerin yapılması: Gözlemci gözlem turu sırasında anlık faaliyetlerin hepsini gözlem formuna kayıt etmektedir. Hemşirenin Gözlemlenen hemşirelik faaliyetinden bir diğerine geçişine rast gelinirse bir önceki faaliyet türü kayıt edilmektedir (Ekici 2013).

7. Ara değerlendirme: Yapılan gözlemler sonucunda toplam 500 gözlemden sonra bir ara değerlendirme yapılarak kontrol edilmektedir (Aner 1996, Ekici 2013). İstenen güvenlik seviyesine ulaşılmadıysa gözlem sayısı tekrardan hesaplanmaktadır (Güner vd. 2010).

8. Son değerlendirme ve raporlama: Her akış türü ile ilgili toplam gözlem sayısının hesaplanması, Ulaşılan mutlak güven aralığının her akış türü için hesaplanması, sonuçların, sonuç formunda üzerinde akış türleri profili biçiminde bir araya getirilmesini içermektedir (Güner vd. 2010).

Bu aşamanın sonucunda hemşirelerin zamanlarını nasıl kullandıkları doğrudan, dolaylı, klinik ile ilgili ve kişisel faaliyetlere ne sıklıkta zaman ayırdıkları saptanmaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak çalışmanın yapıldığı birimde hemşirelerin hangi faaliyet türünü gerçekleştirdiğine bakılarak çalışan hemşire sayısının yeterli olup olmadığı ya da kişisel işlere daha fazla zaman ayrılan birimlerde hemşire sayısının azaltılması gerektiğine karar verilerek hemşire insan gücü planlaması yapılabilir (Ekici 2013).

İş Örnekleme Sınırlılıkları

İş örnekleme, çalışma kalitesi ya da nasıl yapıldığı hakkında bilgi vermez. Böylece, bazı faaliyetlerin neden diğerlerinden daha fazla zaman harcadığına ilişkin sonuçlar, daha fazla bilgi olmaksızın verilemez. İş örnekleme de işin karmaşıklığını ölçmek açısından sınırlıdır. Örneğin, belirli görevleri yerine getirme ile ilgili düşünce süreçleri, kararlar ve ilişkiler ele geçirilemez (Ampt et al. 2007).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Mart 2016- Mayıs 2016 tarihleri arasında aralıklı olarak gerçekleştirildi. Hacettepe hastanesi 1954 yılında kurulmuş ve 2007 yılında Joint Commission International (JCI) tarafından akredite olmuştur. Psikiyatri kliniği hastanenin 4. Blok 4. Katında yer almaktadır.

Klinik veri toplama döneminde 31 yatak kapasitesine sahip kapalı ve karma bir klinikdir. Klinikte 4'er kişilik 4 kadın ve 3 erkek hasta odası, psikiyatrik hastalığına ek olarak fizyopatolojik problemleri olan veya davranışlarını kontrol edemeyen/dezorganize hastalar için tek kişilik 2 yoğun bakım odası ve 1 tespit odası, hastaların ortak kullandığı salon ve uğraşı odası, Elektrokonvülsif tedavinin (EKT) yapıldığı ve tedavi sonrası hastaların takip edildiği dinlenme odası mevcuttur. Erkek ve kadın hastaların yatakları ayrı koridorlarda yer almakta diğer alanlar ortak kullanılmaktadır.

Klinikte yatan hastaların tanıları her dönem değişiklik göstermekle birlikte çalışmanın yapıldığı süre boyunca ağırlıklı olarak depresyon, şizoaffektif bozukluk, bipolar affektif bozukluk, şizofreni, kısa psikoz bozukluğu, daha azınlıkta olmak üzere madde kullanım bozukluğu, madde kullanımına bağlı psikoz bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, disosiyatif bozukluk, konversiyon bozukluğu ve yeme bozukluğu tanıları hastalar tedavi almaktadırlar.

Çalışmanın yapıldığı dönemde ortalama yatan hasta sayısı Tablo 3.1’de gösterildiği üzere tüm vardiyalarda 27 kişidir. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ortalama yatış süresi hastaların bireysel duruma göre değişiklik göstermekle birlikte yaklaşık ortalama 5-6 hafta arasında değişmektedir.

Hastalara bireysel terapi, grup terapisi, iş uğraşı terapisi, terapötik ortamı güçlendirici toplantılar yapılmakta, ilaç tedavisi verilmekte, ayırıcı tanı ve tetkikler yapılmakla birlikte fiziksel hastalıkları için gerekli olan programlar ve tedaviler verilmektedir (örn; fizik tedavi).

Klinikte Pazartesi günü günaydın toplantısı, Salı günleri iş paylaşım toplantısı, Çarşamba günleri kitap okuma saati, Perşembe günü sosyal saat, Cuma günü grup eğitim toplantıları yapılmakta ayrıca gün içinde hastalara iş paylaşım toplantısı sonrası terapötik rejimi güçlendirmek üzere verilen görevlerin hastalar tarafından yapılması desteklenmektedir. EKT sadece pazartesi ve cuma günleri nadiren Çarşamba günleri olmak üzere haftada iki veya üç defa yapılmaktadır.

Tablo 1. Vardiyalara Göre Ortalama Hasta ve Hemşire Sayısı

Vardiya Saatleri	Ortalama Hasta sayısı	Hemşire sayısı
Hafta içi 08-16	27	3-6
Hafta sonu 08-16	27	2
Hafta sonu ve hafta içi 16-24	27	2
Hafta sonu ve hafta içi 24-08	27	1

Klinikte sorumlu hemşire dahil 11 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler 8-16, 16-24 ve 24-08 vardiyası olmak üzere 3 vardiya şeklinde rotasyonlu şekilde çalışmaktadır. Vardiyalarda çalışan hemşire sayısına baktığımızda 8-16 vardiyasında hafta içi servisin iş yüküne göre hemşire sayısı değişmekte ve sorumlu hemşire haricinde 3-6 arasında değişmekte hafta sonu ise sabit 2 hemşire çalışmaktadır. Hemşire sayısı sabit olmakla birlikte 16-24 vardiyasında 2 ve gece vardiyasında 1 ve Tablo 1’de gösterildiği gibidir. Klinikte 16-24 vardiyasındaki hemşirelerden bir tanesi 24’de ayrılmakta ve diğeri 24-08 olarak çalışmaya devam etmektedir.

Klinikte her yıl değişmekle birlikte her hemşire bir doktorla çalışmaktadır. Servis ekibinin oryantasyonun ve hasta bakım kalitesinin devamlılığı/aksamaması amacıyla çalışma yılı fazla olan hemşire ile servise yeni başlayan asistan doktor, servise yeni

başlayan hemşire ile çalışma yılı fazla olan doktor çalışmaktadır. Doktor yatış sırasına göre hemşireler hasta almakta ve primer hemşirelik yapmaktadırlar. Hastanın yatışından taburcu olana kadar hastayı aynı doktor ve hemşire takip etmektedir. Tekrarlı hasta yatışlarında önceki yatışındaki doktor ve hemşire klinikte çalışıyorsa hastanın tedavi sorumluluğunu tekrar almaktadır. 8-16 vardiyasında çalışırken hemşirelerin tansiyon ölçümü, ilaç verme, hastaları uğraşıya yönlendirme, servis genel düzeni, EKT'sini yürütme gibi fonksiyonel görevleri bulunmaktadır. 8-16 vardiyasında çalışırken fonksiyonel işlerini yürüten hemşireler onun yanı sıra kendi hastalarına ve o gün vardiyada çalışmayan hemşirelerin hastalarına bakmaktadır. Görev listesi ve hasta dağıtım çizelgesi klinikte çalışan hemşireler tarafından haftalık yapılmakta, kıdem sırasına göre listeyi yapan kişi her yıl değişmektedir.

Akşam ve gece vardiyasındaki hemşireler bütün hastalardan sorumlu olup hasta paylaşımı yapılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisinde çalışan tüm hemşirelerin faaliyetleri oluşturdu. Araştırmacı klinikte çalışan bir hemşiredir. Çalışmada araştırmacı, klinik sorumlu hemşiresi, ücretsiz izinde olan bir hemşire, eğitim gören stajyer hemşireler ve öğrenciler kapsam dışı bırakılarak toplamda 8 hemşirenin faaliyetleri gözlemlendi.

3.4. Bağımlı, bağımsız Değişkenler

Çalışmada hemşirelerin faaliyetleri bağımsız değişken ve faaliyetlerin sıklığı ise bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada “Bilgi Formu” ve “Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örneklemeye Gözlem Formu” kullanıldı.

Bilgi formu: Hemşirenin yaş, eğitim durumu çalışma yılı gibi toplam 8 sorudan oluşturuldu.

Psikiyatri hemşireliği faaliyetleri iş örnekleme gözlem formu: Gözlem formu literatürden, mesleki uygulama standartları, yasal düzenlemeler, kurumda kullanılan protokol ve prosedürlerden ve klinikte kullanılan formlar vb. kaynaklardan yararlanılarak ve hemşirelerin çalışma sırasında doğrudan gözlenmesi yoluyla hazırlandı. Form doğrudan hemşirelik faaliyetleri, dolaylı hemşirelik faaliyetleri, klinikle ilgili faaliyetler ve kişisel faaliyetler olmak üzere 4 ana başlıktan oluşturuldu. Her ana başlığın altında alt başlıklar yer almakla birlikte alt başlıkların altında yapılan hemşirelik faaliyetleri sıralandı.

Çalışmanın ilk aşamasında ‘Psikiyatri hemşireliği faaliyetleri iş örnekleme gözlem formu’ oluşturuldu. Formun oluşturulmasında;

- Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), Amerikan Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Birliği (American Psychiatric-Mental Health Nurses Association) ve Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu (International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses) tarafından 2006 yılında oluşturulan Psikiyatri Hemşireliği Mesleki Uygulama Standartları, Kanada Ruh Sağlığı Hemşireleri Federasyonu (Canadian Federation of Mental Health Nurses)’nun 2014 yılında yayımladığı Kanada Psikiyatrik ve Ruh Sağlığı Hemşireliği Standartları (Psychiatric Mental Health Nursing Scope & Standards Draft Revision 2006, McInnis-Perry et al. 2014),
- Sağlık Bakanlığı 19 Nisan 2011’de yayımladığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği içerisinde; Psikiyatri Klinik Hemşiresi hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlediği yönetmelik, (T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, Sayı: 27910)
- Kurum içinde kullanılan prosedür ve protokollerden ve klinikte kullanılan formlar,
- N. Roper, W. Logan, A. T. Tierney’in, ‘Yaşam Modeline Dayalı Hemşirelik Modeli’nin 12 Günlük Yaşam Aktivitesi doğrultusunda (Tierney 1998),
- Klinikte bir sorumlu hemşire, ücretsiz iznindeki bir hemşire hariç, araştırmacı dahil toplam 9 hemşirenin yaptığı faaliyetlerin doğrudan gözlemlenmesi yoluyla faaliyetler incelendi, doğrulandı ve gruplandırıldı.

Taslak oluşturulurken ilk aşamada klinikte çalışan hemşirelerden faaliyetler ve alt başlıklarla ilgili kişisel görüşleri alındı.

Faaliyetler gruplandırıldıktan sonra psikiyatri alanında bir profesör doktor öğretim üyesi, iki doçent doktor öğretim üyesi, iki yardımcı doçent doktor öğretim üyesi, bir öğretim görevlisi, bir doktorasını tamamlamış ve psikiyatri kliniğinde yaklaşık 10 yıl çalışmış doktor hemşire, bir yaklaşık 26 yıl deneyimli sorumlu hemşire ve psikiyatriği kliniğinde yaklaşık 10 yıl çalışmış bir hemşire olmak toplamda 9 uzman görüşüne başvuruldu ve EK-3'de görüşüne başvuru alan uzmanlar detaylı listesine yer verilmiştir. Uzman görüşü sonrasında verilerinin değerlendirilmesinde kapsam geçerliği analizi yapıldı.

Kapsam geçerliği bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği. Kapsam geçerliği için konunun uzmanlarının görüşü alınır. Konuyla ilgili kapsam belirlenmesi bir yargılamayı gerektirdiğinden, farklı ölçütlere göre değerlendirme yapılmasının engellenmesi için uzmanlar ile ölçeği geliştiren kişi arasında ortak tanımların olması gerekmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014).

Uzman görüşlerinin kapsam geçerliği değerlendirmesi çeşitli tekniklerle yapılabilir. Uzmanların maddeleri Davis Tekniğine göre yapılmıştır. Davis tekniğinde maddeler; “uygun”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “madde uygun değil” şeklinde dördü derecelendirilmektedir. Bu teknikte, maddelerin uygun oluşu ve maddenin hafifçe gözden geçirilmeli seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilir. Bu değer 0,80 olması kabul edilebilir bir düzey demektir (Karakoç ve Dönmez 2014, Köksal vd. 2017).

Çalışmamızda ‘Uygun değil’, ‘Biraz uygun: Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor’, ‘Oldukça uygun: Uygun ama ufak değişiklikler gerektiriyor’, ‘Çok uygun’ şeklinde derecelendirildi. Çalışmada tüm uzman görüşleri toplandıktan sonra görüşler, madde madde tek bir formda birleştirildi. Formda her bir maddenin olası seçeneklerine kaç uzman tarafından onay verildiği toplam olarak belirtilerek her bir madde için kapsam geçerlik oranları hesaplandı. Maddelerin kapsam geçerlilik oranları 0,66-1 arasında tespit edildi. 0,80 altında olan maddeler formdan çıkartıldı.

Uzman görüşleri sonrası;

- Uzmanların önerileriyle dil bütünlüğü açısından form tekrar gözden geçirildi ve ifadeler düzeltildi.
- Kategorize edilen faaliyetlerin alt gruplara göre sıralaması yapıldı ve bazı kategoriler birleştirildi.
- Bazı faaliyetler birbirini kapsadığı ve benzer anlamı ifade ettiği için birleştirildi veya çıkartıldı.
- Faaliyetler alt gruplara göre tekrar düzenlendi.
- Faaliyet listesi revize edilerek son şekli verildi.

Veri toplamı aracı olarak kullanılacak formun kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi için deneme uygulamaları yapılarak 8-16, 16-24 ve 24-08 vardiyalarında gözlemler yapılmıştır.

Form doğrudan hemşirelik faaliyetleri, dolaylı hemşirelik faaliyetleri, klinikle ilgili faaliyetler ve kişisel faaliyetler olmak üzere 4 ana başlıktan oluşmaktadır. Her ana başlığın altında alt başlıklar yer almakla birlikte alt başlıkların altına uygun yapılan hemşirelik faaliyetleri yer almıştır.

Doğrudan hemşirelik faaliyetleri ana başlığı altında; hasta kabulü, nakil ve taburculuk, fiziksel değerlendirme, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, tedavi ve bakım uygulamaları, iletişim, solunum, beslenme, hareket, boşaltım, bireysel hijyen-giyim, çalışma ve eğlence, uyku ve dinlenme, ölüm alt başlıkları olmak üzere 13 alt başlık 76 faaliyet,

Dolaylı bakım faaliyetleri ana başlığı altında; bakımın koordinasyonu; bakımın planlaması, bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları, tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalar, dökümantasyon/kayıt alt başlıkları olmak üzere 4 alt başlık 30 faaliyet,

Klinikle ilgili faaliyetler ana başlığı altında; araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyon, sekreterlik işleri, eğitimler, diğer alt başlıkları olmak üzere 4 alt başlık 36 faaliyet,

Kişisel faaliyetler ana başlığı altında; sadece faaliyetler olmak üzere sadece 8 faaliyet yer almaktadır.

Form toplamda 4 ana başlık, 21 alt başlık ve 150 faaliyetten oluştu.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmanın ikinci aşamasında insan gücü planlama yöntemlerinden iş etüdü metodu altında ele alınan iş ölçümü yöntemlerinden biri olan iş örnekleme yöntemi kullanıldı. İş örnekleme, belli bir etkinliğin oluş yüzdesini kendi kendine raporlama ya da rastgele gözlemler yolu ile saptama yöntemidir (Blay et al. 2014). Yeterli sayıda gözlem yapıldığında güvenilir veriler elde edilir ve gözlem yaparken faaliyetler rastgele, aralıklı, anlık, çoklu ve sabit olmalıdır (Ekici 2013, Chaboyer et al. 2008). Ayrıca iş örnekleme yöntemi kliniklerde verilen hemşirelik hizmetinin organizasyonu, hemşirelerin zamanlarını hangi amaçla kullandıkları, hangi uygulamalara daha fazla zaman ayırdıkları ve sunulan bakım hizmetinin kalitesi hakkında fikir verir (Ekici 2013).

İş örnekleme için Mart- Mayıs 2016 arasında toplam 2717 gözlem yapılmıştır. Psikiyatri kliniğinin özelliği olarak günler ve vardiyalar arasında yoğun ve farklı iş günleri yaşanabilmektedir. Kliniğin rutin uygulama günleri bulunmaktadır. Bu nedenle gözlemler için süre 3 ay planlandı ve bu 3 ayın içerisinde de günler farklı rutin uygulama günleri seçilerek gözlemler gerçekleştirildi.

Çalışma iş örnekleme doğrultusunda 8 aşamada gerçekleştirildi. Bu aşamalar;

1. Amacın belirlenmesi

Hemşirelik hizmetlerinin sunumunun içeriği günden güne değişmekle birlikte hastadan hastaya yapılan faaliyetlerde değişiklik göstermektedir. Bakımın sunumunda dolaylı hemşirelik faaliyetleri hasta ve/veya ailelerine doğrudan yapılan tanı ve tedavi uygulamalarını içermektedir. Dolaylı hemşirelik faaliyetleri ise hasta ve/veya ailesinin aldığı sağlık hizmetinin koordinasyonunu ve hazırlıklarını içermektedir. Örneğin; ilaçların hazırlanması, vardiya teslimi alma verme vb. (Kaya vd. 2011).

Doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin yanı sıra klinikte çalışan hemşireler araç-gereç malzeme temini, günlük/haftalık olarak hastaya kullanılacak formları hazırlama gibi klinik işleyişle ilgili faaliyetlerden de sorumludur. Tüm bunların yanı sıra çalışan hemşirelerin yemek yeme, dinlenme gibi kişisel ihtiyaçları ile ilgili faaliyetleri de bulunmaktadır. Hemşirelerin bu faaliyetlerinin bilinmesi zamanlarını nasıl kullandıklarını tespit etmek açısından önem teşkil etmektedir. Bir hemşire çalışma saatinin %70'ini (8 saat çalışma süresinin 5,5-6 saatini) doğrudan hasta bakımı ile işlere harcıyorsa hemşirelerin klinikte verimli ve etkili çalıştığı söylenebilir (Ekici 2013).

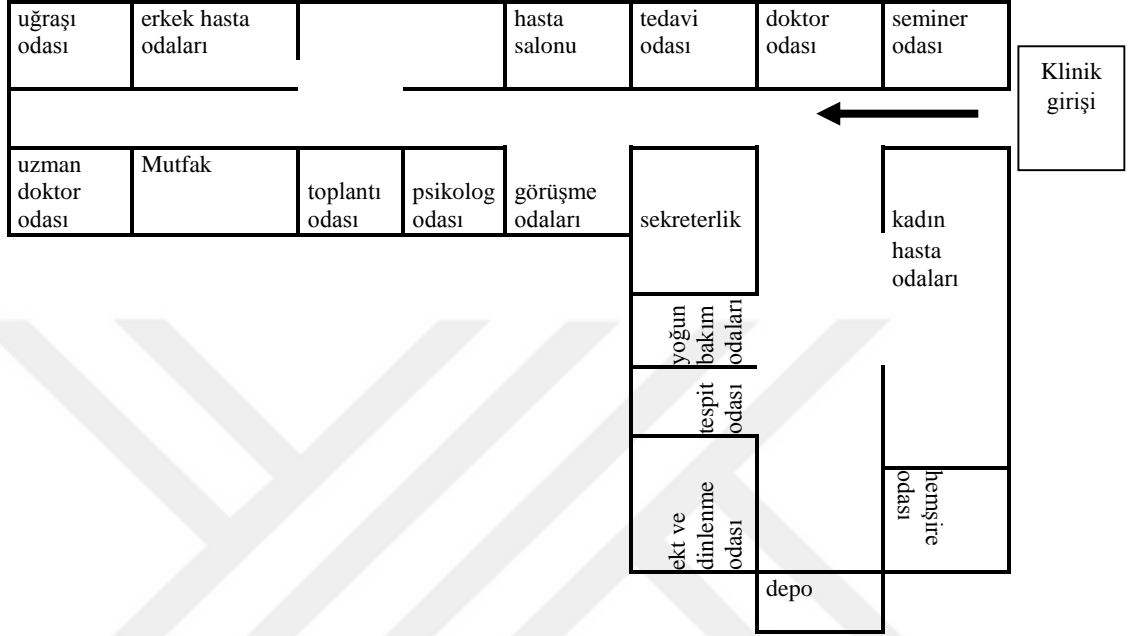
Ana amaç; çalışanların faaliyetlerinin belirlenmesi ve iş gücü hakkında fikir edinmektir. Bu nedenlerle çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisinde hemşirelerin rol ve sorumlulukları doğrultusunda zamanı nasıl kullandıklarını, doğrudan, dolaylı hemşirelik faaliyetlerine, klinik ile ilgili ve kişisel faaliyetlere ne kadar zaman ayırdıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

2. Faaliyet türünün belirlenmesi

Faaliyetlerin türünün belirlenmesi için çalışmada 'Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örnekleme Gözlem Formu' oluşturuldu ve gözlemlerin forma göre toplanması planlandı.

3. Tur planının hazırlanması

Çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan 8 hemşire Şekil 3'deki klinik yerleşim planına göre hemşirelerin rol ve görevleri doğrultusunda sürekli hareket halinde olmaları nedeniyle sıralı bir tur planı oluşturmak mümkün olmadığından belirli bir sıra olmaksızın tüm alanlarda rastgele, aralıklı, anlık, çoklu olarak hemşirelik faaliyetleri gözlemlendi.



Şekil 3. Klinik Yerleşim Planı

4. Gerekli gözlem sayısının tespiti

Verilerin toplanmasında öncelikli olarak pilot çalışma ile başlandı. Bir haftalık süre içinde gündüz vardiyasında (08-16), akşam ve gece vardiyasında (16-24, 24-08) hemşirelerin faaliyetleri gözlemlendi. Araştırma için gerekli gözlem sayısını hesaplamak amacıyla, araştırmanın yapılacağı birimde ön gözlemler yapıldı. Bu doğrultuda 8-16 vardiyası için toplamda 134 ön gözlem, 16-24 vardiyasında toplam 106 ön gözlem ve 24-08 vardiyasında toplam 103 ön gözlem yapılarak analiz edildi.

Hemşirelerin 8-16 vardiyası için %39 oranında, 16-24 vardiyasında %29 oranında ve 24-08 vardiyasında %29 oranında doğrudan hasta bakımına zaman ayırdıkları gözlemlendi ve buna göre gerekli gözlem sayısı hesaplandı ve Tablo 2’de gösterildi.

Tablo 2. Vardiyalara Göre Yapılan Ön Gözlemlerin Dağılımı

Vardiya Saati	Doğrudan Faaliyetler	Dolaylı Faaliyetler	Klinikle İlgili Faaliyetler	Kişisel Faaliyetler	Ön Gözlem Sayısı
8_16	39%	34%	8%	19%	134
16_24	29%	40%	11%	20%	106
24_08	29%	35%	9%	27%	103

5. Tur zamanlarının belirlenmesi

Çalışmada rastgele gözlem yöntemi kullanıldı. Gözlem yapılması amacıyla gözlem saatleri düzenlendi. 8-16, 16-24 ve 24-08 vardiyaları ayrı ayrı gözlenmiştir. Her vardiya 480 dakika süreyi (toplamda 1440 dakika) içermekte olup 20'şer dakikalık 24 devreye, üç vardiya 72 devreye bölünmüş ve gözlemler gerçekleştirildi.

6. Gözlemlerin yapılması

Pilot çalışmadan elde edilen veriler kullanılarak $n = \sqrt{\left(\frac{p(1-p)}{\sigma^2}\right)}$

(n= gözlem sayısı; p= ölçmek istenilen işlemin beklenen yüzdesi; σ = standart hata değeri) formülü (Sharp et al. 2015, Ekici ve Gürçay 2016) ile belirlenmiş hemşirelerin direkt hasta bakımına % 95 güvenirlilik düzeyinde ∓ 5 hata payı ($\mp \% (\sigma = 2,5)$) (Ekici ve Gürçay 2013) doğrultusunda formülden elde edilerek 8-16 vardiyası için Sayısı 8-16 vardiyası için toplamda 380 gözlem, 16-24 toplam 329 gözlem ve 24-08 vardiyasında toplam 329 gözlem olarak hesaplandı ve Tablo 3'de gösterildi. Evrenden elde edilen veriler %95 güvenlik düzeyinde analiz edilmiş olup duyarlılık oranları % 3-5 arasında değişmektedir.

Tablo 3. Vardiyalara Göre Hesaplanan Gözlemlenecek Faaliyet Sayısı

Vardiya Saati	Ön gözlemlere göre Hesaplanan gözlem sayısı
8-16	380
16-24	329
24-08	329

Uygulama sırasında çalışma koşulları devamlı kontrol edildi, çalışmada iş örnekleme etkileyen herhangi bir aksama olmadı ancak araştırmacının varlığının veya deneğin gözlemlendiğinin farkında olmasının deneğin davranışlarında yol açtığı

değişiklik olarak bilinen Hawthorn Etkisi (Kocakaya 2012) nedeniyle gözlemler sırasında çalışma başlamadan önce hemşirelere yazılı ve sözlü olarak, çalışma sırasında ise sık sık sözlü olarak çalışmanın bireysel performans değerlendirmesi olmadığı ve kişi isimlerinin geçmeyeceği sadece yapılan işin gözlemlendiği ve çalışmanın amacı açıklandı.

7. Ara değerlendirme

Yapılan gözlemler sonucunda bir ara değerlendirme yapılarak çalışmanın istenilen güvenilirlik seviyesine ulaşip ulaşmadığının değerlendirildi. Ara değerlendirme 500 gözlemden sonra yapılmakta ve güvenilirlik kontrol edilmektedir (Ançer 1996, Ekici 2013).

Çalışmada 3 vardiyada gözlemlenen hemşirelik faaliyet sayısı 737'ye ulaştığında ara değerlendirme yapıldı. Yapılan ara değerlendirme vardiyalarda çalışan hemşire sayısının farklılığı ve buna bağlı olarak gözlemlenen faaliyet sayısı değiştiği için 8-16 vardiyası için 3. günde, 16-24 vardiyası için 5.günde ve 24-08 vardiyasının 8. günde ara değerlendirme yapıldı. Yapılan ara değerlendirme Tablo 4'de özetlenmiştir. Ara değerlendirme sonrası 8-16 vardiyası için 348 gözlem, 16-24 vardiyası için 373 gözlem ve 24-08 vardiyası için 364 gözlem yapılması gerektiği sonucuna varıldı. Gözlemlenen faaliyet sayısı arttıkça verilerin duyarlılığı ve buna bağlı olarak güvenilirlik düzeyi artacağından yapılan hesaplamalar sonrası faaliyetleri gözlemlemeye devam edildi. Tüm vardiyalar için gözlemlenecek faaliyet sayısı artırıldı. Çalışma 3 ay içinde servisin dinamiklerinin ve vardiyada çalışan hemşire sayısının değişmesi nedeniyle aralıklı olarak uygulandı ve 8-16 vardiyası için toplamda 1399, 16-24 vardiyasında toplam 794 ve 24-08 vardiyasında toplam 524 gözlem yapılarak ve analiz edildi.

Tablo 4. Vardiyalara Göre Yapılan Ara Değerlendirme Dağılımı

Vardiya Saati	Direkt Faaliyetler	Dolaylı Faaliyetler	Klinikle İlgili Faaliyetler	Kişisel Faaliyetler	Gözlem Sayısı
8-16	32%	29%	20%	20%	268
16-24	37%	38%	9%	16%	260
24-08	35%	35%	8%	27%	209

8. Son değerlendirme ve raporlama

Çalışma sonunda toplam 2717 gözlem yapıldı. Vardiyalara göre ön ve ara gözlem sonrası hesaplanan toplam faaliyet sayısı Tablo 5’de gösterilmiştir. Sonuçlar bulgular bölümünde sunuldu.

Tablo 5. Vardiyalara Göre Ön Gözlemler ve Ara Gözlemler Sonrasında Hesaplanan ve Toplamda Gözlemlenen Faaliyet Sayısının Dağılımı

VARDİYA SAATİ	ÖN GÖZLEMLERE GÖRE HESAPLANAN GEREKLİ GÖZLEM FAALİYET SAYISI	HESAPLANAN ARA DEĞERLENDİRME GÖZLEM FAALİYET SAYISI	TOPLAMDA GÖZLEMLENEN FAALİYET SAYISI
8-16	380	348	1399
16-24	329	373	794
24-08	329	364	524

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Yöntemler

Çalışmada elde edilen veriler frekans, yüzde örneklem büyüklüğü analizleri ile değerlendirilerek grafikler ile gösterildi. Faaliyetlerin duyarlılık ve özgüllüğü hesaplandı. Araştırmada her faaliyet türü için toplam gözlem sayıları çıkartılarak yüzde payı ve aktiviteye ayrılan hemşire zamanları hesaplanarak aynı işlemler her faaliyet türü için ayrı ayrı değerlendirildi. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin yapmış olduğu faaliyetler MS Excel 2013 programında kayıt edildi. MS Excel 2013 programında grafikler oluşturuldu, Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerine, dolaylı hemşirelik faaliyetlerine, klinikle ilgili ve kişisel faaliyetlere ne kadar zaman ayırdıkları saptandı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada veriler toplanmadan önce çalışmaya başlamadan önce Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan izin alındı. Hacettepe Üniversiteleri Erişkin Hastanesi’nden kurum izni alındı. Klinikte çalışan hemşirelere gerekli açıklamalar yapılarak sözlü ve yazılı olarak onamları alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Araştırmacı, klinik sorumlu hemşiresi, ücretsiz izinde olan bir hemşire, eğitim gören stajyer hemşireler ve öğrenciler kapsam dışı bırakıldı.

Çalışma sırasında ise sık sık sözlü olarak çalışmanın bireysel performans değerlendirmesi olmadığı ve kişi isimlerinin geçmeyeceği sadece yapılan işin gözlemlendiği ve çalışmanın amacı açıklanmasına rağmen ve araştırmacının kliniğin hemşiresi olması nedeniyle hemşireler bireysel performans baskısı hissetmiş olabilirler. Buna rağmen araştırmanın ilk günlerinde klinikte çalışan bir hemşirenin gözlemlenmesi dolayısıyla farklı davranmaya eğilim olarak tanımlanan Hawthorne etkisi gözlemlendi (Kocakaya 2012). Veri toplama sırasında farklı davranmaya çalıştığı hatta kayıtlar sırasında müdahalede bulunup fikir beyan etmeye çalıştığı gözlemlendiğinde yapmış olduğu faaliyetler kayıt edilmedi. Çalışmanın yapıldığı klinikte deneyim ve çalışma yılı fazla olan bir hemşire, klinikte işe yeni başlayan hemşirenin adaptasyonu ve oryantasyonun sağlamak ve hasta bakım kalitesini sürdürmek amacıyla adaptasyon ve oryantasyon sürecinde işe yeni başlayan hemşireye rehberlik etmektedir. Araştırmacı aynı zamanda hemşirenin koçluğunu yürüttüğü için bu durumun ekstra bir baskı oluşturabileceği düşünülerek Hawthorne etkisini azaltmak için hemşireye tekrar bilgi verilerek performans ölçümü olmadığı hatırlatıldı. Gözlemler kendisini tehdit etmeyecek şekilde dostça bir şekilde toplanmaya devam edildi.

Psikiyatri kliniğinde mevsimsel/dönemsel hastalıkların görülmesi faaliyetleri etkileyebilir.

Çalışma sonuçları bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniği ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları 5 başlık altında sunulmuştur. Bu başlıklar;

1. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin faaliyetlerinin genel dağılımı
2. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı
3. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı
4. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinin dağılımı
5. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kişisel faaliyetlerinin dağılımı

Çalışmada faaliyetleri gözlemlenen hemşireler ile ilgili sosyo-demografik ve çalışma özelliklerine yönelik veriler Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Mesleki Bilgileri

Sosyo-Demografik Özellikler		Mesleki Bilgiler
<u>Yaş</u>		<u>İdari Pozisyonu</u>
23-36		Klinik Hemşiresi
<u>Medeni Durumu</u>		<u>Meslekteki Çalışma Yılı</u>
Evli	4 kişi	1 ay- 12 yıl
Bekar	4 kişi	
<u>Cinsiyet</u>		<u>Statüsü</u>
Kadın		Sözleşmeli 2 kişi Kadrolu 6 kişi
<u>Eğitim Durumu</u>		<u>Klinikteki Meslek yılı</u>
Lisans Mezunu		1ay-12 yıl

Tablo 6’ya göre çalışmaya katılan 8 hemşirenin yaşları 23-36 arasında değişmekte ve hepsi kadındır. Çalışmaya katılan hemşirelerin hepsi lisans mezunudur. Hemşirelerin bağlı buldukları kurumdaki mevcut durumları kadrolu ve sözleşmeli

olarak değişmekte sadece iki hemşire sözleşmeli olarak çalışmakta ve hepsi klinik hemşiresidir. Meslekteki deneyimleri ise 1 ay- 12 yıl arasında değişmektedir.

1. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin faaliyetlerinin genel dağılımı

Çalışmada gündüz, akşam ve gece vardiyası olmak üzere toplam 2717 gözlem yapılmıştır. Vardiyalarda ayrı ayrı gözlemlenen faaliyetlerin sayısı Tablo 7’de gösterildiği şekildedir.

Tablo 7. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Vardiyalara Göre Sayısı

Vardiya Saati	Yapılan Toplam Gözlem Sayısı
8-16	1399 gözlem
16-24	794 gözlem
24-08	524 gözlem
Toplam	2717 gözlem

Tablo 7’ye göre 8-16 vardiyasında 1399; 16-24 vardiyasında 794 ve 24-08 vardiyasında 524 hemşirelik faaliyeti gözlemlenmiştir.

Gündüz vardiyasında yapılan gözlemlere göre hemşirelerin faaliyetlere ayırdıkları zamanlar Tablo 8’ de gösterilmektedir.

Tablo 8. Gündüz Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerinin Frekans ve Yüzde Olarak Dağılımı

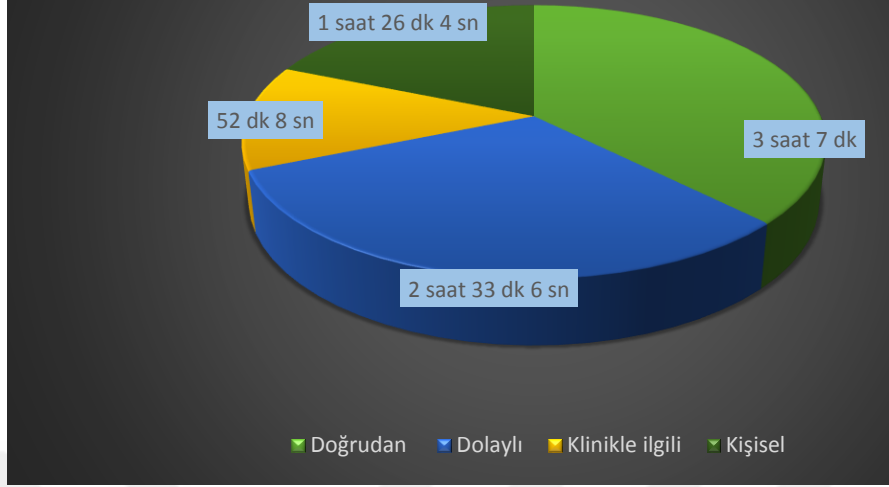
Hemşirelik Faaliyetleri	Frekans	Yüzde %
Doğrudan Faaliyetler	544	39
Dolaylı Faaliyetler	448	32
Klinikle İlgili Faaliyetler	154	11
Kişisel Faaliyetler	253	18
Toplam	1399	100

*Duyarlılık oranı %95 Güvenlik Düzeyinde olduğu düşünülerek hesaplanmıştır.

Duyarlılık oranı $\pm 3,14$

Tablo 8’e göre gündüz vardiyasında hemşireler zamanlarının %39’unu doğrudan hasta bakım faaliyetlerine, %32’sini dolaylı hemşirelik faaliyetlerine, %11’ini klinikle ilgili faaliyetlere ve %18’ini ise kişisel faaliyetlerine ayırmaktadırlar.

8-16 Vardiyası Hemşirelik Faaliyetleri Süre Dağılımı



Şekil 4. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Saat Olarak Dağılımı

Şekil 4 'de gösterildiği gibi 8 saatlik gündüz vardiyasında hemşirelerin yaklaşık 3 saat 7 dakikasını hastalarla etkileşim gerektiren doğrudan bakım faaliyetlerine; yaklaşık 2 saat 33 dakikasını dolaylı hemşirelik faaliyetlerine; yaklaşık 52 dakikasını klinik ile ilgili faaliyetlere, yaklaşık 1 saat 26 dakikasını ise kişisel faaliyetlerine ayırdıkları belirlenmiştir.

Tablo 9. Akşam Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Sürelerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı

Hemşirelik Faaliyetleri	Frekans	%
Doğrudan Faaliyetler	308	39
Dolaylı Faaliyetler	301	38
Klinikle İlgili Faaliyetler	68	8
Kişisel Faaliyetler	117	15
Toplam	794	100

*Duyarlılık oranı %95 Güvenlik Düzeyinde olduğu düşünülerek hesaplanmıştır

Duyarlılık oranı $\pm 5,32$

Tablo 9'da hemşirelerin faaliyetlere ilişkin frekans ve yüzde dağılımları özetlenmiştir. Akşam vardiyasında (16-24) yapılan gözlemlere göre hemşirelerin çalışma sürelerinin %39'unu doğrudan hemşirelik faaliyetlerine, %38'ini dolaylı hemşirelik faaliyetlerine %15'ini klinikle ilgili faaliyetlere ve %8'ini kişisel faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir.



Şekil 5. 16-24 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Saat Olarak Dağılımı

Şekil 5’de verilen hemşirelerin 8 saatlik akşam vardiyasındaki faaliyetlere ilişkin saat dağılımları sonuçlarına göre akşam vardiyasında hemşirelerin yaklaşık 3 saat 12 dakikasını hastalarla etkileşim gerektiren doğrudan bakım faaliyetlerine ayırdıkları saptanmıştır. Hemşirelik bakımında dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin bütüncül hasta bakımı için koordinasyonu sağlamakta birleştirici uygulamalar olduğu göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayırdıkları süre yaklaşık 3 saat 4 dakika olarak belirlenmiştir. Buna ek olarak hemşirelerin kişisel faaliyetlere ayırdıkları zaman yaklaşık 1 saat 20 dakikadır. Ayrıca Şekil 5’de belirtildiği gibi 16-24 vardiyasında çalışan hemşirelerin 64 dakika ile en az zamanı klinik ile ilgili faaliyetlere ayırdıkları görülmektedir.

Tablo 10. Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Zamanlarının Frekans ve Yüzde Olarak Dağılımı

Hemşirelik Faaliyetleri	Frekans	Yüzde %
Doğrudan Faaliyetler	175	33
Dolaylı Faaliyetler	169	32
Klinikle İlgili Faaliyetler	60	12
Kişisel Faaliyetler	120	23
Toplam	524	100

*Duyarlılık oranı %95 Güvenlik Düzeyinde olduğu düşünülerek hesaplanmıştır

Duyarlılık oranı $\pm 4,16$

Tablo 10’da verilen bilgiler değerlendirildiğinde, gece vardiyasında (24-08) yapılan toplam 524 gözleme göre hemşirelerin çalışma sürelerinin %33’ünü doğrudan hemşirelik faaliyetlerine, %32’sini dolaylı hemşirelik faaliyetlerine, %12’ini klinikle ilgili faaliyetlere ve %23’ünü kişisel faaliyetlere ayırdıkları belirlenmiştir.



Şekil 6. 24-08 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Faaliyetlerinin Saat Olarak Dağılımı

Şekil 6’da verilen hemşirelerin 8 saatlik gece vardiyasında faaliyetlere ilişkin saat dağılımlarına baktığımızda, doğrudan hemşirelik faaliyetlerine 2 saat 64dk, dolaylı hemşirelik faaliyetlerine 2 saat 56 dk, klinikle ilgili faaliyetlere 58 dakika ve kişisel faaliyetlere 1 saat 84 dk zaman ayırdıkları belirlenmiştir.

2. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı

Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı Tablo 11 ve Şekil 7-18’de aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

Tablo 11. Vardiyalarda Çalışan Hemşirelerin Doğrudan Hemşirelik Faaliyetlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı

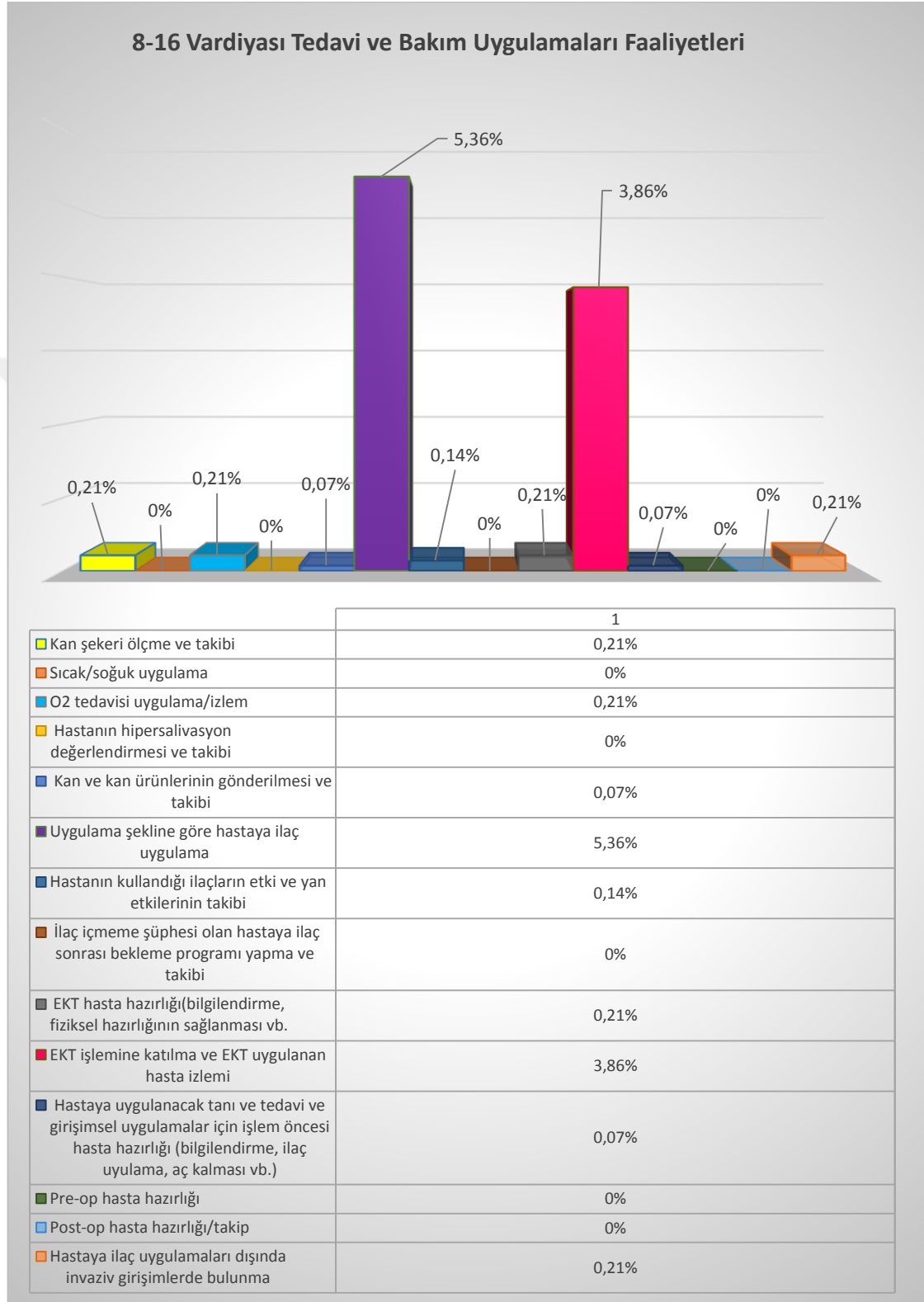
Doğrudan Hemşirelik Faaliyetleri	8-16 Vardiyası		16-24 Vardiyası		24-08 Vardiyası	
	%	Frekans	%	Frekans	%	Frekans
Hasta Kabulü, Nakil ve Taburculuk	7,08	99	1,13	9	0,76	4
Fiziksel Değerlendirme	6	84	8,06	64	5,73	30
Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi	3	42	5,16	41	9,16	48
Tedavi ve Bakım Uygulamaları	10,36	145	11,08	88	5,34	28
İletişim	8,08	113	7,43	59	0,95	5
Solunum	0	0	0	0	0	0
Beslenme	1,14	16	2,52	20	2,67	14
Hareket	0,29	4	0,13	1	0	0
Boşaltım	0,71	10	1,26	10	1,15	6
Bireysel Hijyen-Giyim	0,29	4	0,25	2	0,57	2
Çalışma ve Eğlence	1,93	27	1,26	10	0,38	2
Uyku ve Dinlenme	0	0	0,50	4	6,68	35
Ölüm	0	0	0	0	0	0
Toplam	39	544	39	308	33	175

Tablo 11’de gösterildiği şekilde vardiyalarda doğrudan hemşirelik faaliyetleri 13 başlık halinde analiz edilmiştir.

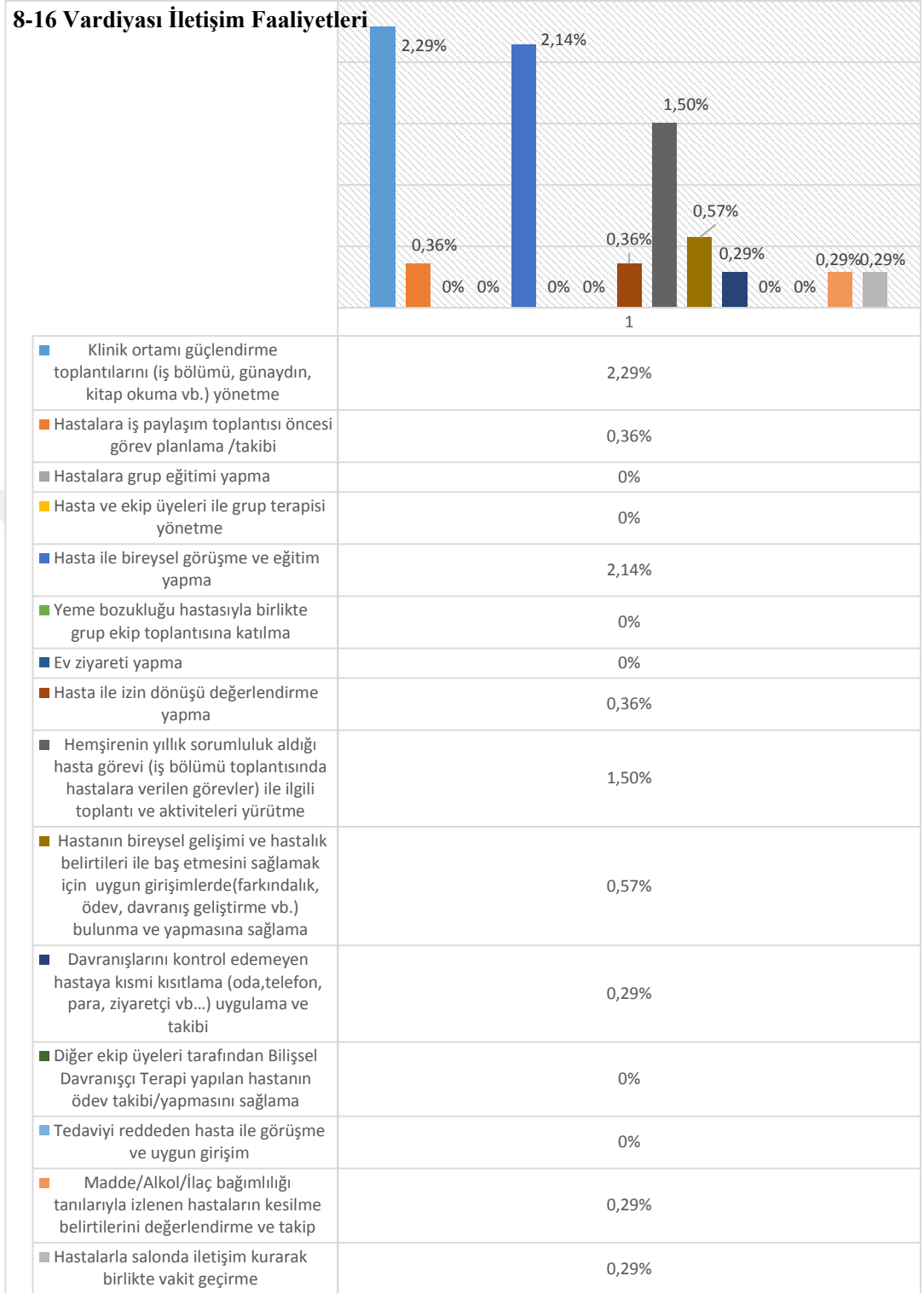
Elde edilen verilere göre gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin en çok zamanını tedavi bakım uygulamalarına ve iletişime ayırdıkları belirlenmiştir. Yüzdeler dilimlerine baktığımızda, tedavi ve bakım uygulamaları için çalışma sürelerinin %10,36’sını ve iletişim için %8,08’ini ayırdıkları saptanmıştır. Bununla birlikte zamanlarının %7,08’ini hasta kabul, nakil ve taburculuk faaliyetlerine, %6’sını ise fiziksel değerlendirmeye ayırdıkları belirlenmiştir. Aynı zamanda doğrudan hasta bakım uygulamaları arasında olan güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik faaliyetlere %3, çalışma ve eğlence faaliyetlerine %1,93, beslenme ile ilgili faaliyetlere %1,14, boşaltım faaliyetlerine %0,71, bireysel hijyen-giyim ve hareket ile ilgili faaliyetlere %0,29 oranında zaman ayırdıkları saptanmıştır. Hemşirelerin solunum, ölüm, uyku ve dinlenme ile ilgili faaliyetlere hiç zaman ayırmadıkları saptanmıştır.

Gündüz vardiyasında doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin %10,36’sını tedavi bakım uygulamalarına ve %8,08’ini iletişim ile ilgili faaliyetlere ayıran hemşirelerin

bu kategoriler ile ilgili alt faaliyetlere ayırdıkları süreler Şekil 7 ve Şekil 8'de sunulmuştur.



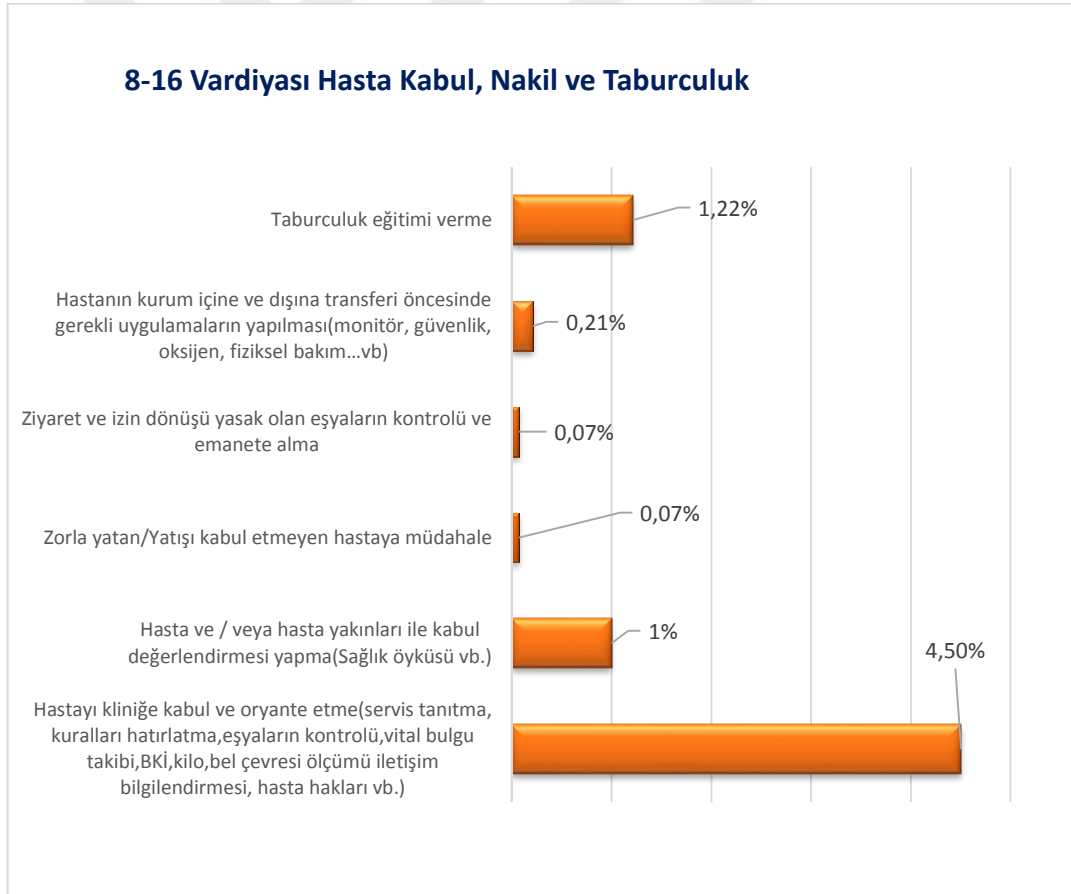
Şekil 7. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Tedavi ve Bakım Uygulamaları Faaliyetlerinin Dağılımı



Şekil 8. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin İletişim Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 7-8'den elde edilen verilere göre gündüz vardiyasında çalışan hemşireler tedavi ve bakım uygulamaları faaliyetlerinden sırasıyla en çok zamanı uygulama şekline göre hastaya ilaç uygulama (%5,36) ve elektrokonvülsif tedaviye (EKT) katılma ve EKT uygulanan hastayı izleme (%3,86) alt faaliyetlerine ayırdıkları

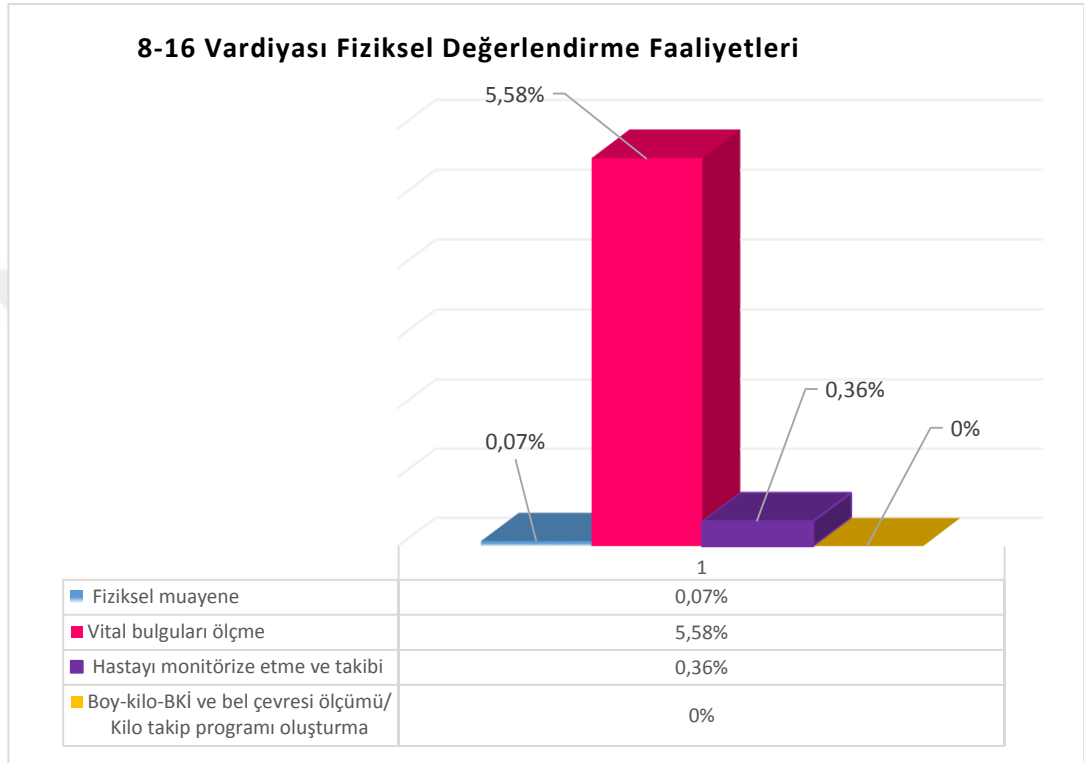
gözlenmiştir. Aynı zamanda hastaya ilaç uygulamaları dışında invaziv girişimlerde bulunma, EKT hasta hazırlığı(bilgilendirme, fiziksel hazırlığının sağlanması vb.) oksijen tedavisi uygulama/izlem ve kan şekeri ölçme ve takibi alt faaliyetlerine % 0,21 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. İletişim faaliyetlerinde ise en çok zamanı klinik ortamı güçlendirme toplantılarını (iş bölümü, günaydın, kitap okuma vb.) yönetme (%2,29), hasta ile bireysel görüşme ve eğitim yapma (%2,14), hemşirenin yıllık sorumluluk aldığı hasta görevi (iş bölümü toplantısında hastalara verilen görevler) ile ilgili toplantı ve aktiviteleri yürütme (%1,50), Hastanın bireysel gelişimi ve hastalık belirtileri ile baş etmesini sağlamak için uygun girişimlerde(farkındalık, ödev, davranış geliştirme vb.) bulunma ve yapmasına sağlama (%0,57) ve hastalara iş paylaşım toplantısı öncesi görev planlama /takibi (%0,36) alt faaliyetlerine ayırdıkları belirlenmiştir.



Şekil 9. 8-16 Vardiyasında Hasta Kabul, Nakil ve Taburculuk Faaliyetlerinin Dağılımı

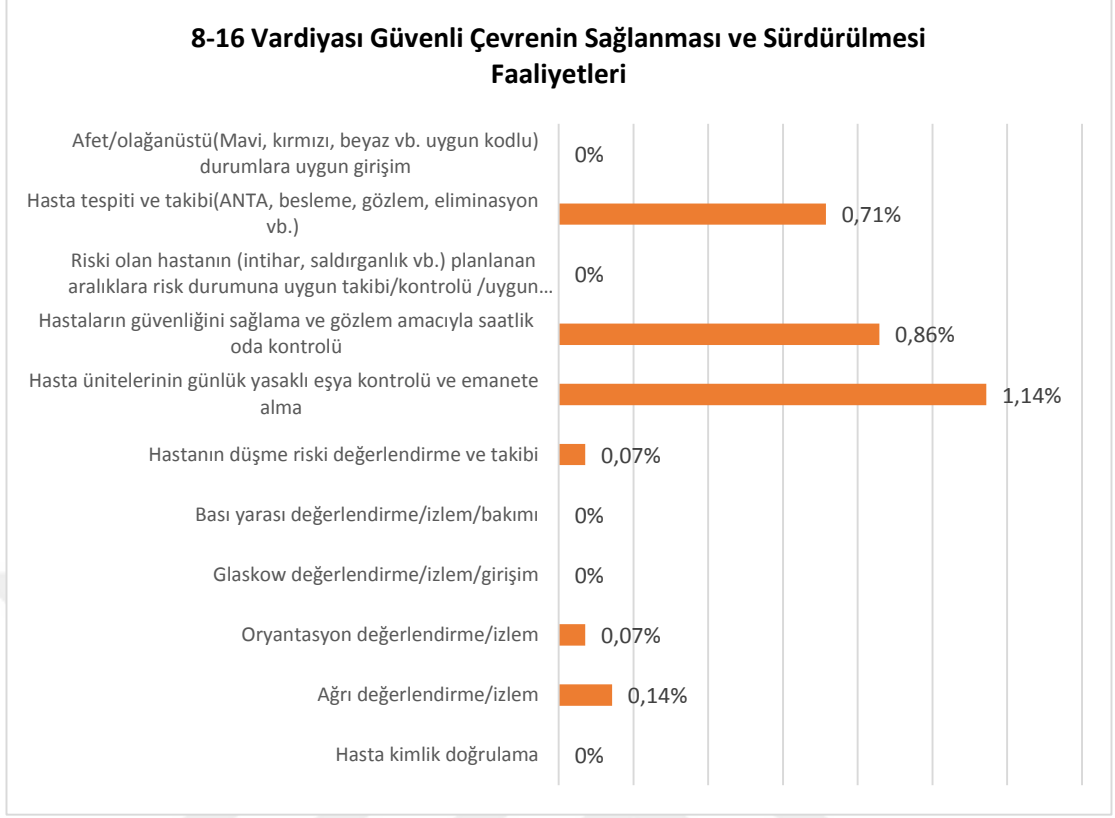
Şekil 9’da gösterildiği gibi, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin doğrudan hasta bakım faaliyetlerine ayırdıkları zaman içerisinde hasta kabul, nakil ve taburculuk uygulamalarına ayırdıkları sürenin oranı %18’dir. Hasta kabul, nakil ve taburculuk

uygulamaları faaliyetinin alt faaliyetleri incelendiğinde en fazla gerçekleştirilen alt faaliyetlerin hastayı kliniğe kabul ve oryante etme (servis tanıma, kuralları hatırlatma, eşyaların kontrolü, vital bulgu takibi, BKİ, kilo, bel çevresi ölçümü iletişim bilgilendirmesi, hasta hakları vb.) (%4,5), taburculuk eğitimi verme (%1,22) ve hasta ve /veya hasta yakınları ile kabul değerlendirmesi yapma (% 1) olduğu belirlenmiştir.



Şekil 10. 8-16 Vardiyası Fiziksel Değerlendirme Faaliyetlerinin Dağılımı

Gündüz vardiyasında zamanlarının %6'sını fiziksel değerlendirme faaliyetlerine ayıran hemşirelerin hangi alt faaliyetleri gerçekleştirdikleri Şekil 10'da yüzde olarak gösterilmektedir. Elde edilen verilere göre hemşirelerin fiziksel değerlendirmeye ayırdıkları zaman diliminin %5,58'ini vital bulguları ölçme ve %0,36'sını hastayı monitörize etme ve takibi alt faaliyetlerine ayırdıkları belirlenmiştir.

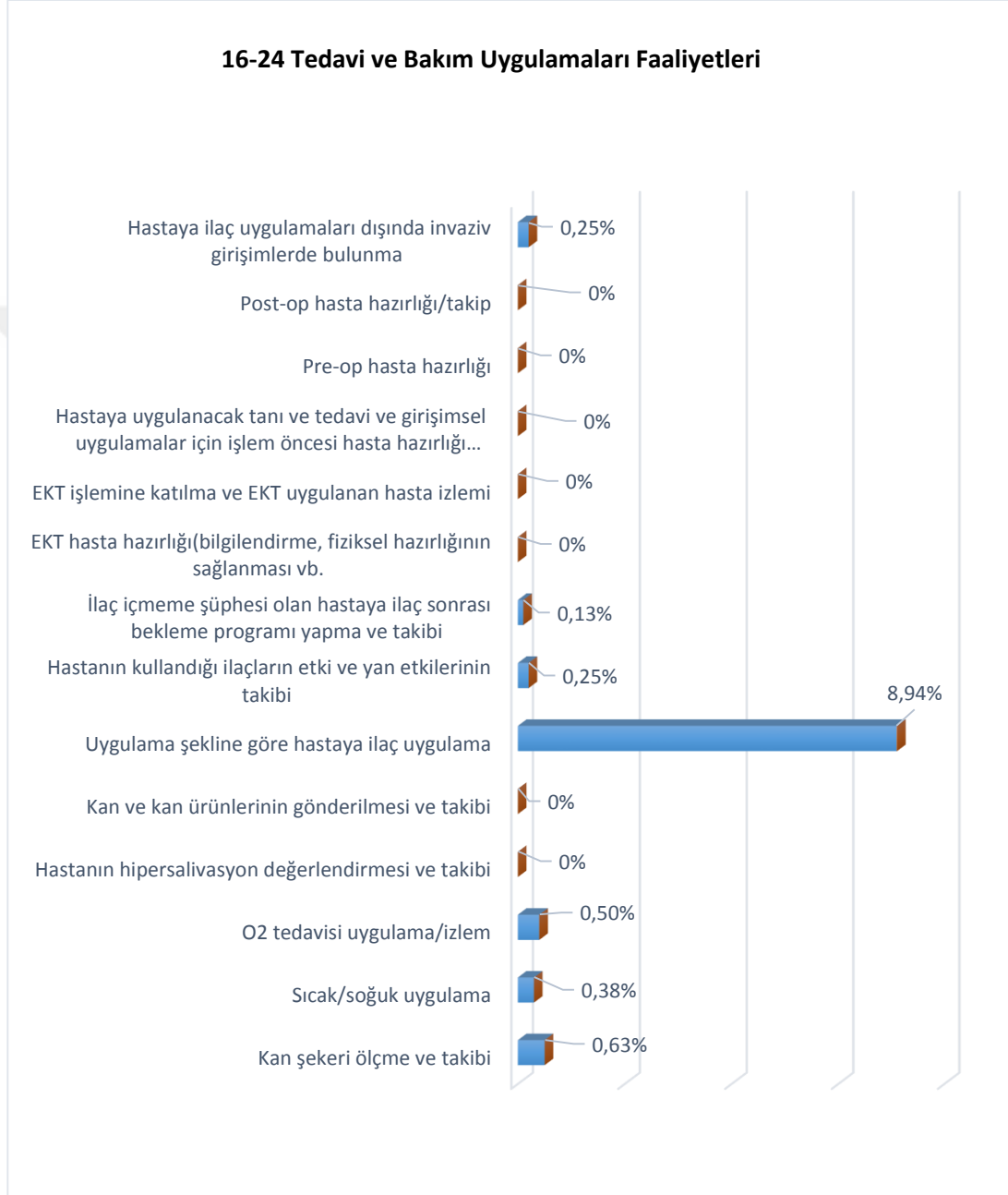


Şekil 11. 8-16 Vardiyasında Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 11’de gösterildiği şekilde gündüz vardiyasında çalışan hemşireler doğrudan hemşirelik faaliyetleri içerisinde zamanlarının %3’ünü güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi faaliyetlerine ayırmaktadır. Alt faaliyet gruplarında ise en fazla zamanı hasta ünitelerinin günlük yasaklı eşya kontrolü ve emanete alma (%1,14), hastaların güvenliğini sağlama ve gözlem amacıyla saatlik oda kontrolü (%0,86) ve hasta tespiti ve takibi (ANTA, besleme, gözlem, eliminasyon vb.) (%0,71) faaliyetlerine harcamaktadırlar.

Tablo 11’de gösterildiği üzere akşam vardiyasında çalışan hemşirelerin doğrudan bakım faaliyetleri içerisinde en çok zamanı tedavi bakım uygulamalarına (vital bulgu takibi, ilaç verme gibi) (%11,08) ve fiziksel değerlendirme (%8,6) faaliyetlerine ayırdıkları saptanmıştır. Bununla birlikte zamanlarının %7,43’ünü iletişime yönelik faaliyetlere %5,16’sını güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik faaliyetlere ayırdıkları belirlenmiştir. Doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden beslenme ile ilgili faaliyetlere % 2,52, hasta kabul, nakil ve taburcu ile ilgili faaliyetlere %1,13, boşaltım ve çalışma ve eğlence ile ilgili faaliyetlere %1,26,

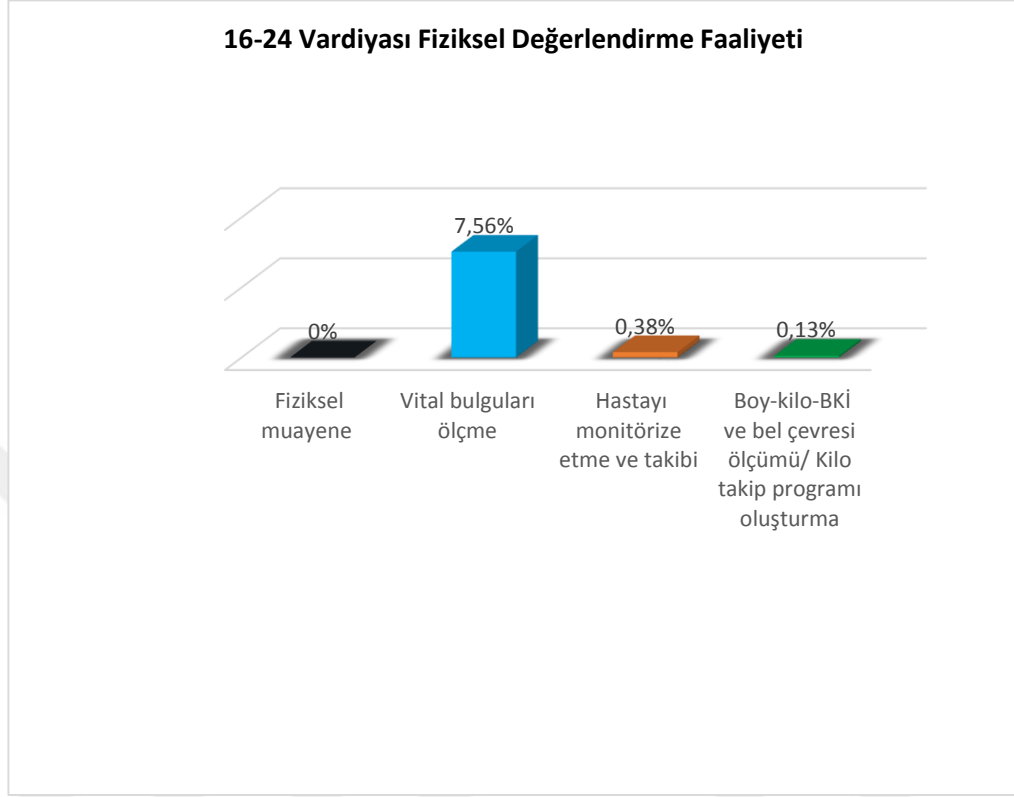
uyku ve dinlenme ile ilgili faaliyetlere %0,5, bireysel hijyen-giyim ile ilgili faaliyetlere %0,25 ve hareket ile ilgili faaliyetlere % 0,13 oranında zaman ayırdıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin solunum ve ölüm ile ilgili faaliyetlere hiç zaman ayırmadıkları belirlenmiştir.



Şekil 12. 16-24 Vardiyasında Tedavi ve Bakım Uygulamaları Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 12’de akşam vardiyasında zamanlarının %11,08’ini harcadıkları tedavi bakım uygulamalarına ait alt faaliyetlere ilişkin yüzde dağılımları sunulmuştur. Elde edilen verilere göre gündüz vardiyasında çalışan hemşireler tedavi ve bakım uygulamaları faaliyetleri arasında en çok zamanı uygulama şekline göre hastaya ilaç

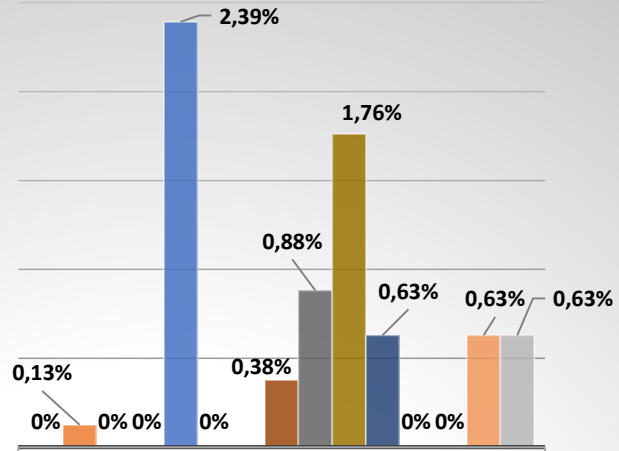
uygulama (%8,94), kan şekeri ölçme ve takibi (%0,63) ve O₂ tedavisi uygulama/izleme (%0,5) alt faaliyetlerine ayırmışlardır.



Şekil 13. 16-24 Vardiyasında Fiziksel Değerlendirme Faaliyetlerinin Dağılımı

Akşam vardiyasında hemşirelerin zamanlarının %8,06'sını harcadıkları fiziksel değerlendirme faaliyetlerine ait alt faaliyetlere ilişkin yüzde dağılımları Şekil 13'de sunulmuştur. Elde edilen verilere göre, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin fiziksel değerlendirme faaliyetleri arasında en çok zamanı vital bulguları ölçme (%7,56), hastayı monitörize etme (% 0,38) ve takibi ve sıcak soğuk uygulama (%0,13) alt faaliyetlerine ayırmışlardır.

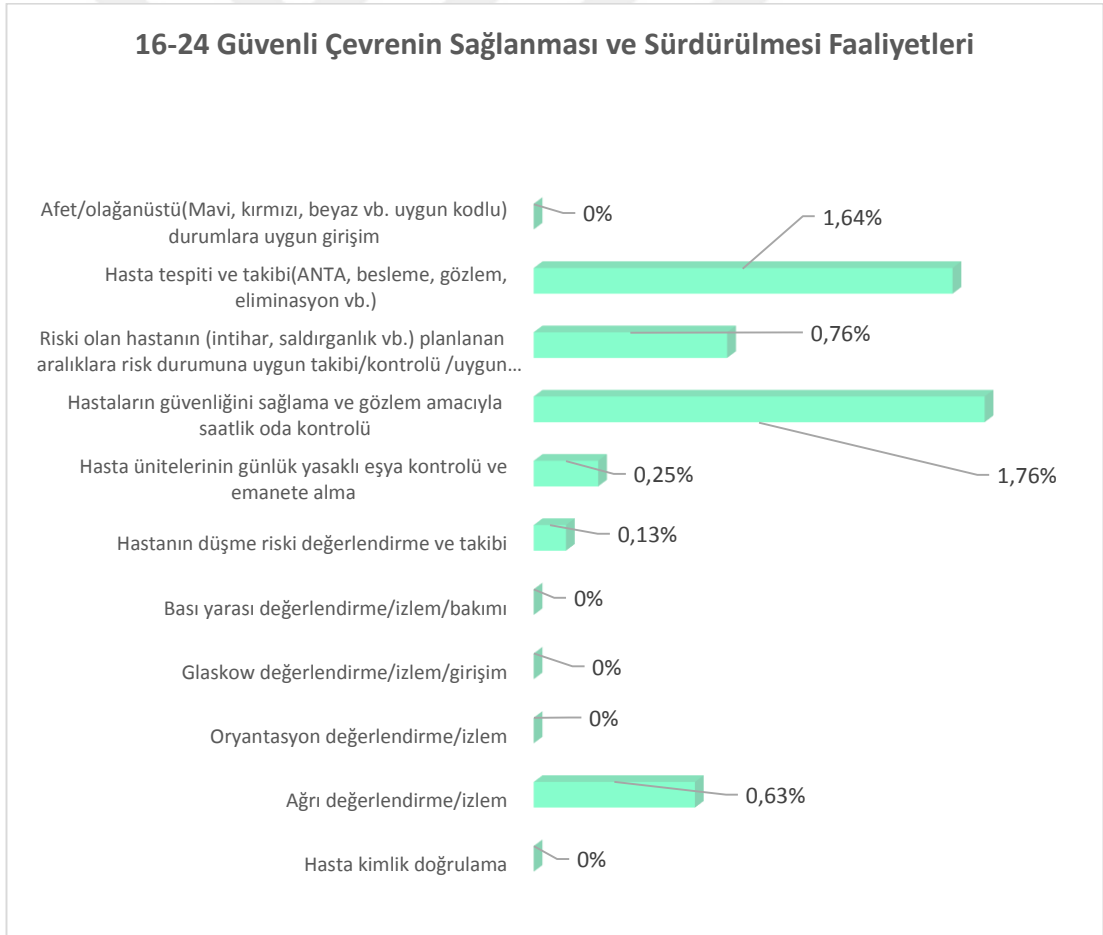
16-24 Vardiyası İletişim Faaliyetleri



İletişim Faaliyeti	Oran (%)
Klinik ortamı güçlendirme toplantılarını (iş bölümü, günaydın, kitap okuma vb.) yönetme	0%
Hastalara iş paylaşım toplantısı öncesi görev planlama /takibi	0,13%
Hastalara grup eğitimi yapma	0%
Hasta ve ekip üyeleri ile grup terapisi yönetme	0%
Hasta ile bireysel görüşme ve eğitim yapma	2,39%
Yeme bozukluğu hastasıyla birlikte grup ekip toplantısına katılma	0%
Ev ziyareti yapma	0%
Hasta ile izin dönüşü değerlendirme yapma	0,38%
Hemşirenin yıllık sorumluluk aldığı hasta görevi (iş bölümü toplantısında hastalara verilen görevler) ile ilgili toplantı ve aktiviteleri yürütme	0,88%
Hastanın bireysel gelişimi ve hastalık belirtileri ile baş etmesini sağlamak için uygun girişimlerde (farkındalık, ödev, davranış geliştirme vb.) bulunma ve yapmasına sağlama	1,76%
Davranışlarını kontrol edemeyen hastaya kısmi kısıtlama (oda, telefon, para, ziyaretçi vb...) uygulama ve takibi	0,63%
Diğer ekip üyeleri tarafından Bilişsel Davranışçı Terapi yapılan hastanın ödev takibi/yapmasını sağlama	0%
Tedaviyi reddeden hasta ile görüşme ve uygun girişim	0%
Madde/Alkol/İlaç bağımlılığı tanılarıyla izlenen hastaların kesilme belirtilerini değerlendirme ve takip	0,63%
Hastalarla salonda iletişim kurarak birlikte vakit geçirme	0,63%

Şekil 14. 16-24 Vardiyasında İletişim Faaliyetlerinin Dağılımı

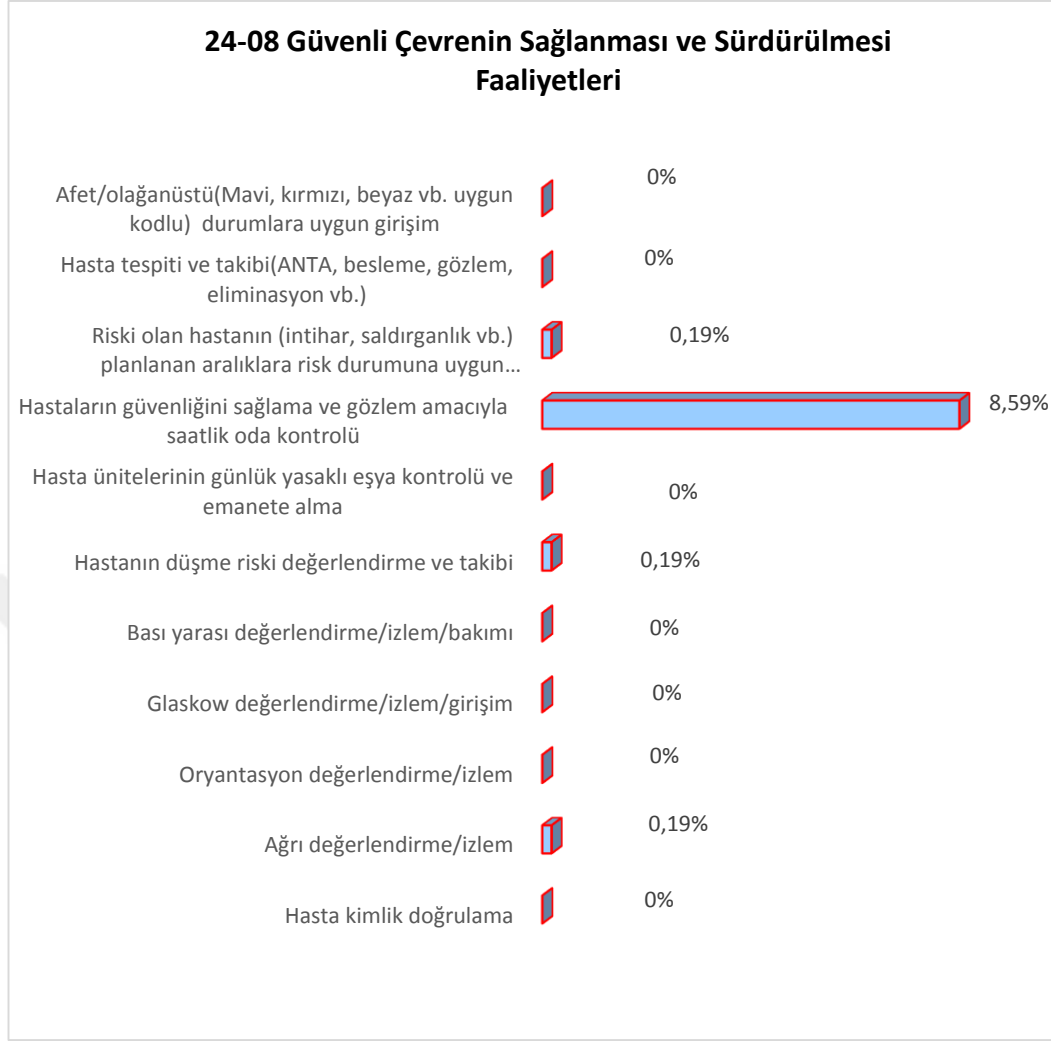
Şekil 14’de gösterildiği gibi akşam vardiyasında doğrudan hemşirelik faaliyetlerine ayırdıkları zaman içinde %7,43’ünü iletişim ile ilgili faaliyetlere ayırdıkları belirlenmiştir. İletişim ile ilgili faaliyetler arasında en çok zamanı hasta ile bireysel görüşme ve eğitim yapma (%2,39), ve hastanın bireysel gelişimi ve hastalık belirtileri ile baş etmesini sağlamak için uygun girişimlerde (farkındalık, ödev, davranış geliştirme vb.) bulunma ve yapmasına sağlama (%1,76), hemşirenin yıllık sorumluluk aldığı hasta görevi (iş bölümü toplantısında hastalara verilen görevler) ile ilgili toplantı ve aktiviteleri yürütme (%0,88), davranışlarını kontrol edemeyen hastaya kısmi kısıtlama (oda, telefon, para, ziyaretçi vb.) uygulama ve takibi (%0,63), Madde/Alkol/İlaç bağımlılığı tanılarıyla izlenen hastaların kesilme belirtilerini değerlendirme ve takip (%0,63) ve hastalarla salonda iletişim kurarak birlikte vakit geçirme (%0,63) alt faaliyetlerine ayırdıkları belirlenmiştir.



Şekil 15. 16-24 Vardiyasında Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 15’de gösterildiği şekilde akşam vardiyasında çalışan hemşireler doğrudan hemşirelik faaliyetleri içerisinde zamanlarının %5,16’sını güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi faaliyetlerine ayırmaktadır. Alt faaliyet gruplarında ise en fazla zamanı hastaların güvenliğini sağlama ve gözlem amacıyla saatlik oda kontrolü (%1,74), hasta tespiti ve takibi (ANTA, besleme, gözlem, eliminasyon vb.) (%1,64), riski olan hastanın (intihar, saldırganlık vb.) planlanan aralıklara risk durumuna uygun takibi/kontrolü /uygun girişim (%0,76) ve ağrı değerlendirmesi ve takibi faaliyetlerine harcadıkları tespit edilmiştir.

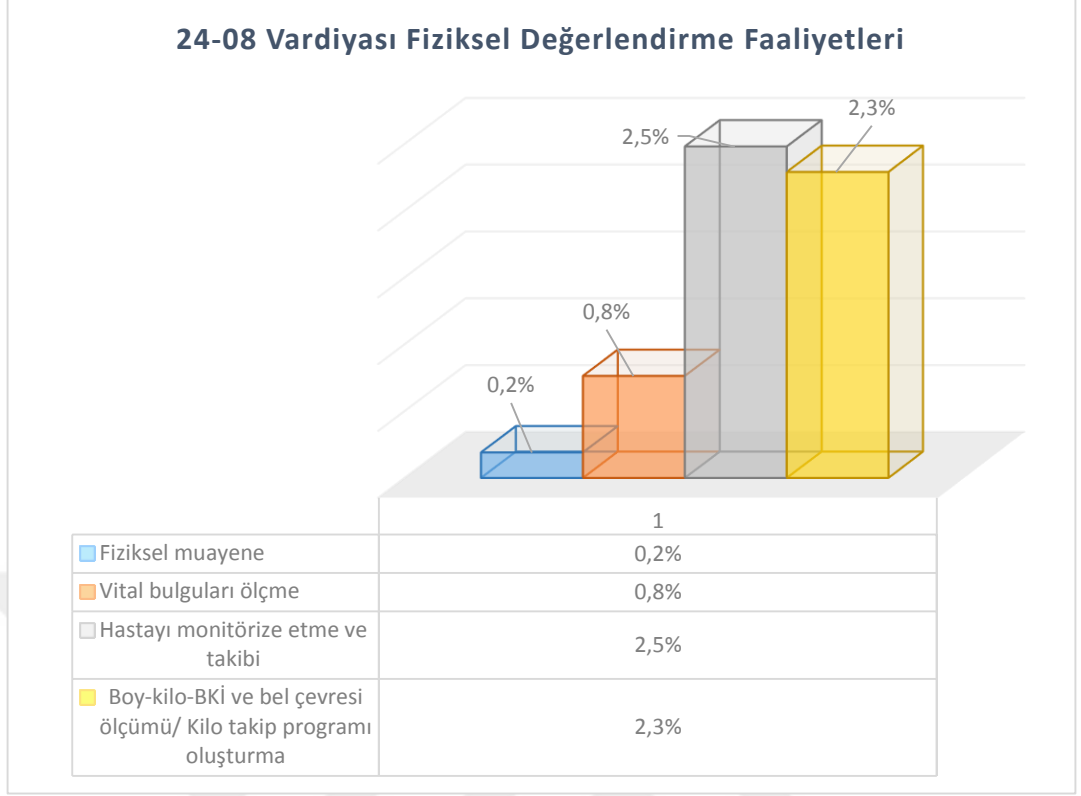
Tablo 11’de gösterildiği üzere gece vardiyasında çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetler içerisinde en çok zamanı güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik faaliyetlere ve uyku ve dinlenme faaliyetlerine ayırdıkları belirlenmiştir. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik faaliyetlere çalışma sürelerinin % 9,16’sını ve uyku ve dinlenme faaliyetlerine %6,68’ ini ayırdıkları tespit edilmiştir. Bununla birlikte fiziksel değerlendirme ile ilgili faaliyetlere çalışma sürelerinin zamanlarının %5,73’ünü tedavi ve bakım uygulamalarına %5,34’ünü ayırdıkları belirlenmiştir. Doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden beslenme ile ilgili faaliyetlere %2,67, boşaltım ile ilgili faaliyetlere %1,15, iletişim ile ilgili faaliyetlere %0,95, hasta kabul, nakil ve taburcu ile ilgili faaliyetlere %0,76 bireysel hijyen-giyim ile ilgili faaliyetlere %0,57, çalışma ve eğlence ile ilgili faaliyetlere %0,38 oranında zaman ayırdıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin solunum, hareket ve ölüm ile ilgili faaliyetlere hiç zaman ayırmadıkları saptanmıştır.



Şekil 16. 24-08 Vardiyasında Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Faaliyetlerinin Dağılımı

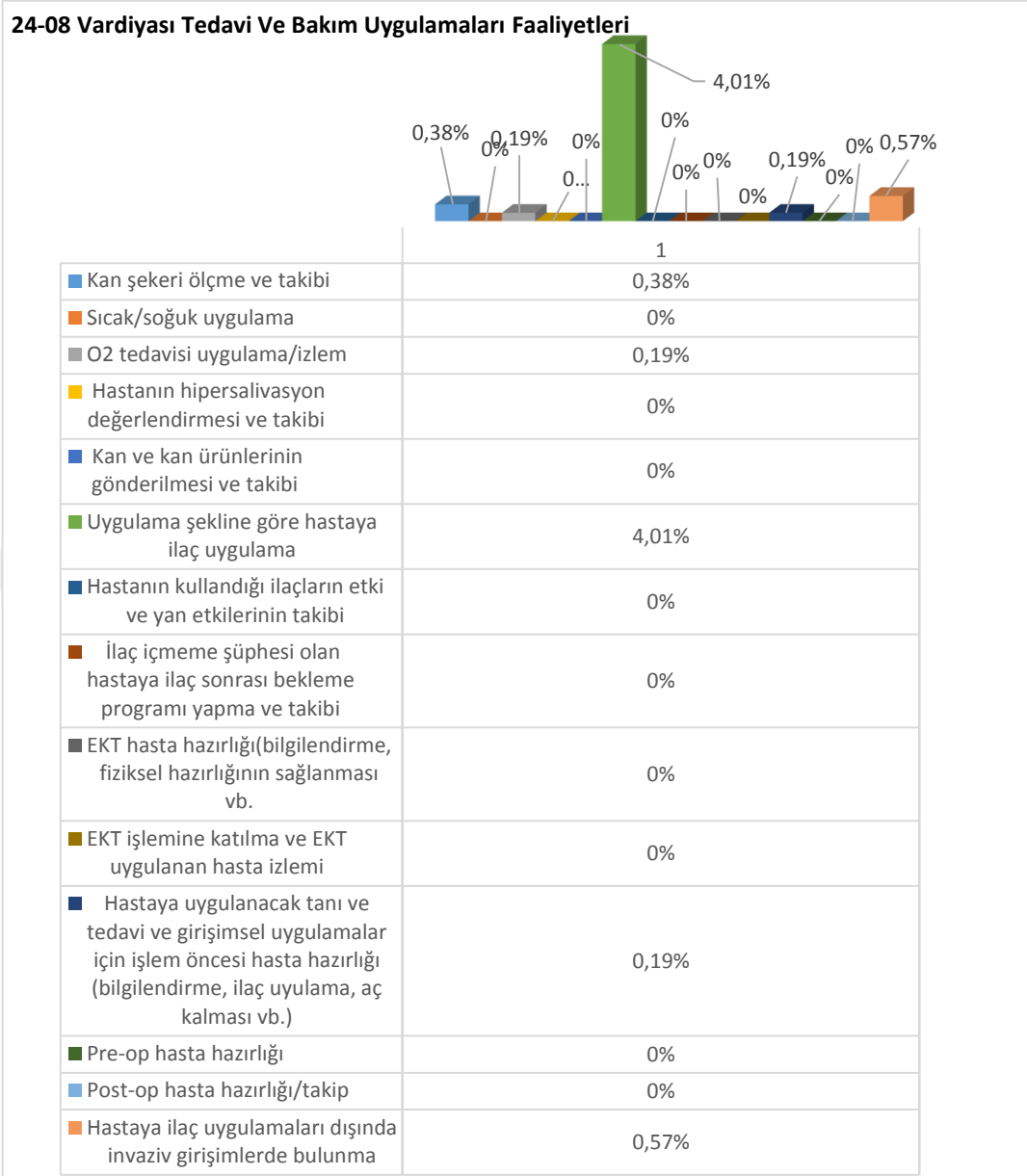
Şekil 16'da gösterildiği şekilde gece vardiyasında çalışan hemşireler doğrudan hemşirelik faaliyetleri içerisinde zamanlarının %9,16'sını güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi faaliyetlerine ayırmaktadır. Alt faaliyet gruplarında ise en fazla zamanı hastaların güvenliğini sağlama ve gözlem amacıyla saatlik oda kontrolü (%8,59), hastanın düşme riski değerlendirme, takibi ve riski olan hastanın (intihar, saldırganlık vb.) planlanan aralıklara risk durumuna uygun takibi/kontrolü /uygun girişim ve ağrı değerlendirmesi ve takibi faaliyetlerine (%0,19) harcadıkları tespit edilmiştir.

Aynı zamanda %26,68 oranında zaman ayırdıkları uyku ve dinlenme faaliyetlerinde ise uyku hijyenini değerlendirme ve girişimde bulunma faaliyetine zaman ayırdıkları belirlenmiştir.



Şekil 17. 24-08 Vardiyasında Fiziksel Değerlendirme Faaliyetlerinin Dağılımı

Doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden %5,73 oranında zaman ayırdıkları fiziksel değerlendirme faaliyetinin hastayı monitörize etme ve takibi (%2,5) ve boy-kilo-BKİ ve bel çevresi ölçümü/ Kilo takip programı oluşturma (%2,3) alt faaliyetlerine en çok zaman ayırdıkları saptanmış ve ilgili dağılımlar Şekil 17’de özetlenmiştir.



Şekil 18. 24-08 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Tedavi ve Bakım Uygulamaları Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 18’de elde edilen verilere göre gündüz vardiyasında çalışan hemşireler tedavi ve bakım uygulamaları faaliyetlerinden sırasıyla en çok zamanı uygulama şekline göre hastaya ilaç uygulama (%4,01), hastaya ilaç uygulamaları dışında invaziv girişimlerde bulunma (%0,57) ve kan şekeri ölçme ve takibi (%0,38) alt faaliyetlerine zaman ayırdıkları gözlenmiştir.

3. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı

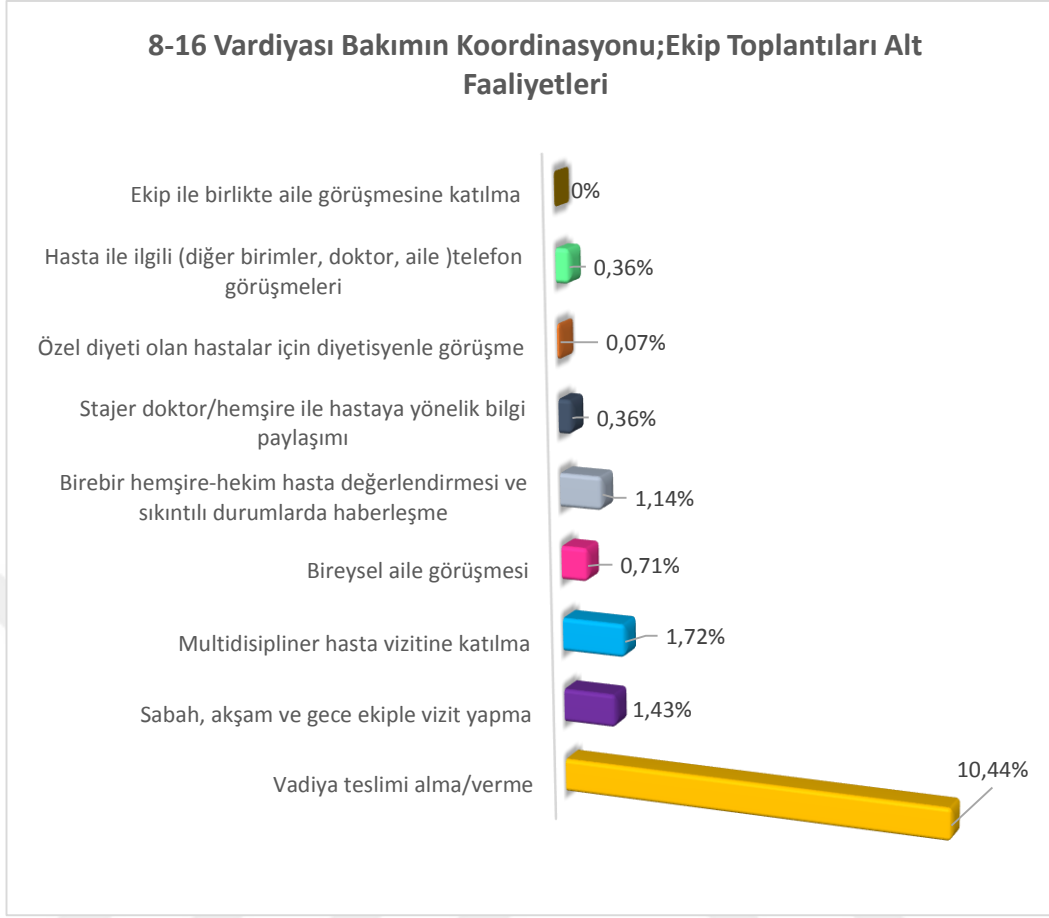
Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı Tablo 12 ve Şekil 19-25’de aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

Tablo 12. Vardiyalarda Çalışan Hemşirelerin Dolaylı Hemşirelik Faaliyetlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı

Dolaylı Hemşirelik Faaliyetleri	8-16 Vardiyası		16-24 Vardiyası		24-08 Vardiyası	
	%	Frekans	%	Frekans	%	Frekans
Bakımın Koordinasyonu; Bakımın planlaması	0,36	5	0,25	2	0	0
Bakımın Koordinasyonu; Ekip toplantıları	16,23	227	12,47	99	13,36	70
Tanı ve Tedaviye Yardımcı Uygulamalar	6,22	87	14,11	112	7,63	40
Dokümantasyon/Kayıt	9,22	129	11,08	88	11,26	59
Toplam	32	448	38	301	32	169

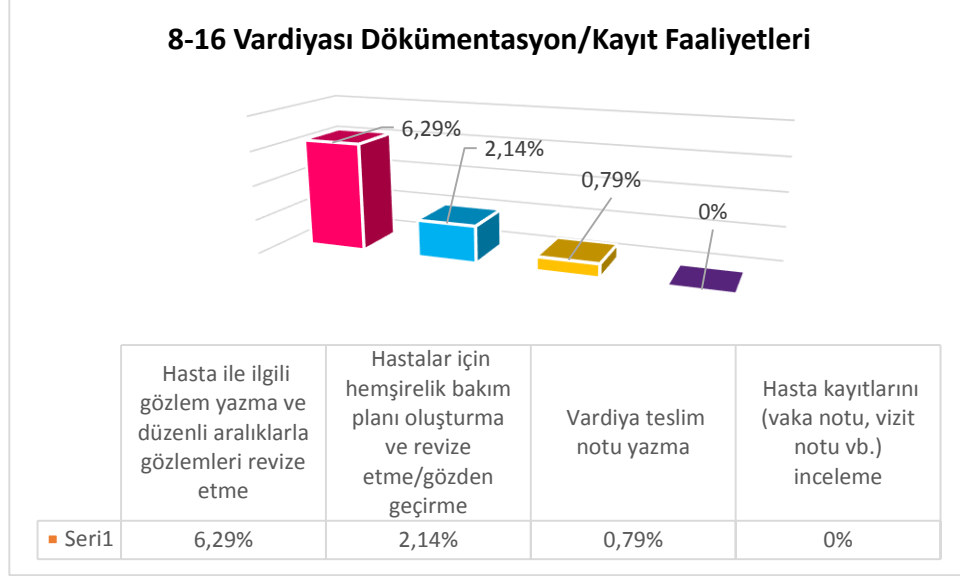
Tablo 12’de gösterildiği şekilde vardiyalarda çalışan hemşirelerin hastalara uyguladıkları hemşirelik faaliyetleri arasında dolaylı hemşirelik faaliyetleri 4 başlık halinde analiz edilmiştir.

Elde edilen verilere göre gündüz vardiyasında hemşireler dolaylı hasta bakım faaliyetleri arasından en çok zamanı bakımın koordinasyonu; ekip toplantılarıyla ilgili faaliyetlere zaman ayırdıkları ve bu oranın %16,23 olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte dokümantasyon/kayıt faaliyetlerine %9,22 ve tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalarla ilgili faaliyetlere %6,22 oranında zamanlarını ayırdıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin dolaylı bakım faaliyetlerinden en az zamanı bakımın koordinasyonu; bakımın planlamasını içeren faaliyetlere %0,36 oranında ayırdıkları tespit edilmiştir.



Şekil 19. 8-16 Vardiyasında Dolaylı Bakım Uygulamalarından Bakımın Koordinasyonu; Ekip Toplantıları Faaliyetleri Dağılımı

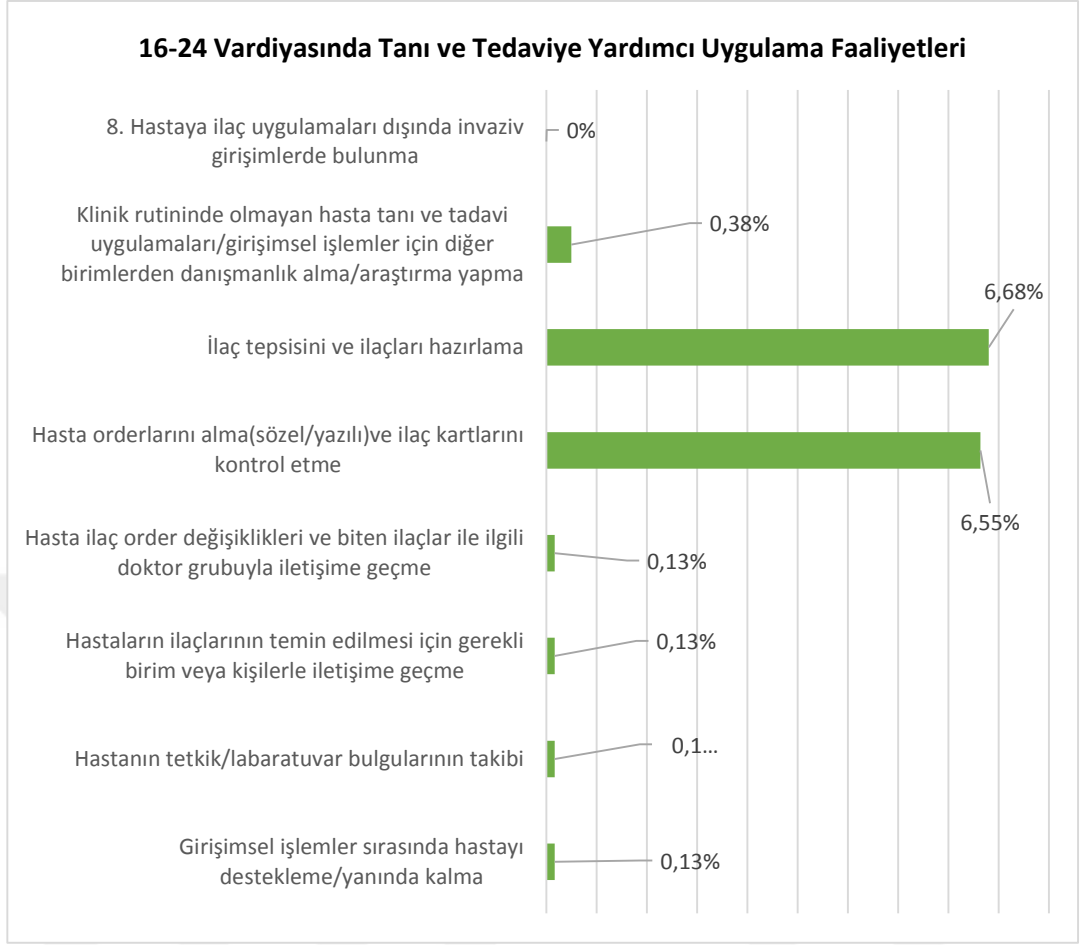
Şekil 19’da gösterildiği şekilde gündüz vardiyasında çalışan hemşireler bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları faaliyetleri arasında en çok zamanı sırasıyla vardiya teslimi alma/verme (%10,44), multidisipliner hasta vizitine katılma (%1,72), sabah, akşam ve gece ekiple ziyaret yapma (%1,43) ve birebir hemşire-hekim hasta değerlendirmesi ve sıkıntılı durumlarda haberleşme (%1,14) alt faaliyetlerine harcamıştır.



Şekil 20. 8-16 Vardiyasında Dolaylı Bakım Uygulamalarından Dökümantasyon/Kayıt Faaliyetleri

Şekil 20’de gösterildiği şekilde dökümantasyon/kayıt faaliyetleri arasında hemşirelerin en çok zamanı hasta ile ilgili gözlem yazma ve düzenli aralıklarla gözlemleri revize etme alt faaliyetine (% 6,29) ve hastalar için hemşirelik bakım planı oluşturma ve revize etme/gözden geçirme alt faaliyetine (%2,14) ayırdıkları tespit edilmiştir.

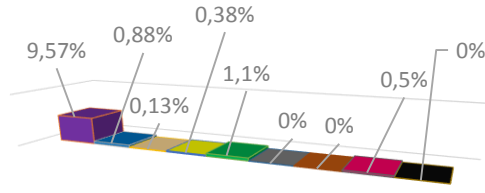
Yapılan gözlemler sonucunda Tablo 12’de gösterildiği şekilde hemşireler akşam vardiyasında dolaylı hemşirelik faaliyetleri arasında en çok zamanı %14,11 oranında tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalarla ilgili faaliyetlere ayırmışlardır. Bununla birlikte bakımın koordinasyonu; ekip toplantılarıyla ilgili faaliyetlere %12,47 ve dokümantasyon/kayıt faaliyetlerine % 11,08 oranında zamanlarını ayırdıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin dolaylı bakım faaliyetlerinden en az zamanı bakımın koordinasyonu; bakımın planlamasına ayırdıkları tespit edilmiş ve bu oran %0,25’ dir.



Şekil 21. 16-24 Vardiyasında Tanı ve Tedaviye Yardımcı Uygulama Faaliyetlerinin Dağılımı

Akşam vardiyasında tanı ve tedaviye yardımcı uygulama faaliyetlerine ait alt faaliyetlerin dağılımına ilişkin sonuçlar Şekil 21’de sunulmuştur. Elde edilen verilere göre akşam vardiyasında çalışan hemşirelerin, tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalar arasından hasta orderlarını alma (sözel/yazılı) ve ilaç kartlarını kontrol etme alt faaliyetine %6,55 oranında ve ilaç tepsisini ve ilaçları hazırlama alt faaliyetine %6,68 oranında zaman ayırdıkları belirlenmiştir.

16-24 Vardiyası Bakımın Koordinasyonu;Ekip Toplantıları Faaliyetleri



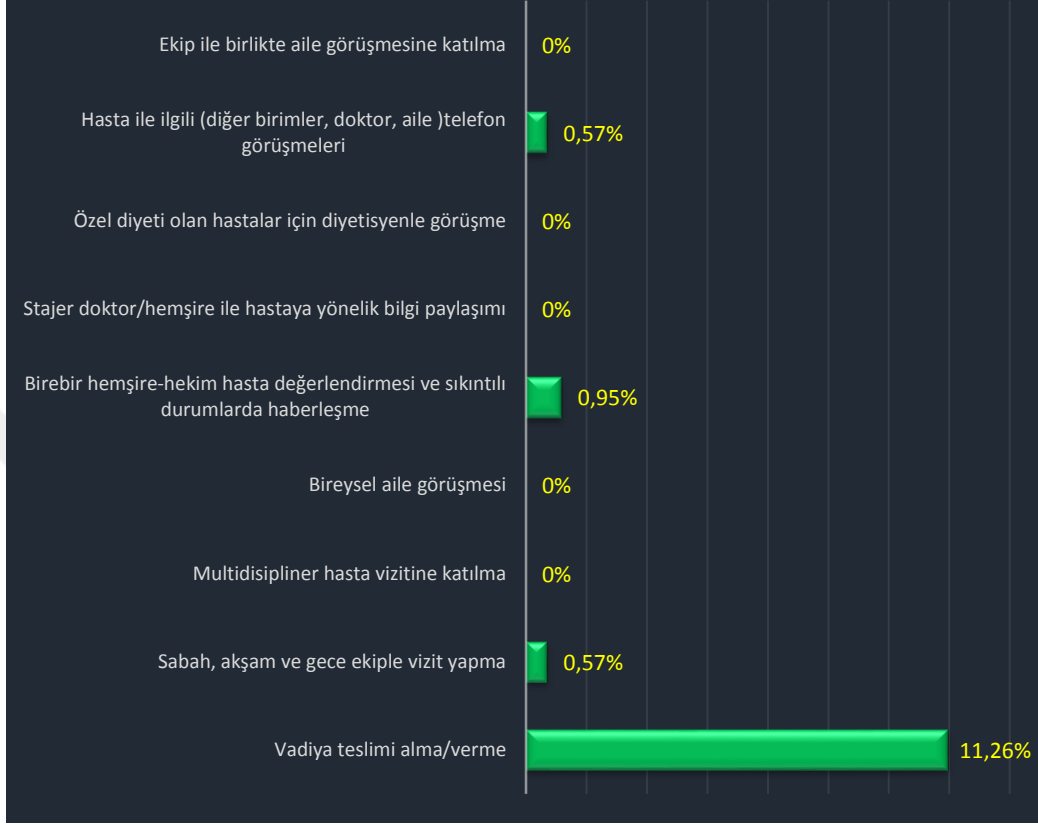
	1
■ Vadiya teslimi alma/verme	25,2%
■ Sabah, akşam ve gece ekiple vizit yapma	2,3%
■ Multidisipliner hasta vizitine katılma	0,3%
■ Bireysel aile görüşmesi	1%
■ Birebir hemşire-hekim hasta değerlendirme ve sıkıntılı durumlarda haberleşme	2,7%
■ Stajer doktor/hemşire ile hastaya yönelik bilgi paylaşımı	0%
■ Özel diyeti olan hastalar için diyetisyenle görüşme	0%
■ Hasta ile ilgili (diğer birimler, doktor, aile)telefon görüşmeleri	1,3%
■ Ekip ile birlikte aile görüşmesine katılma	0%

Şekil 22. 16-24 Vardiyasında Bakımın Koordinasyonu; Ekip Toplantıları Faaliyetleri

Şekil 22’de akşam vardiyasında bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları faaliyetlerine ait alt faaliyetlerin dağılımına ilişkin sonuçlar sunulmuştur. Elde edilen verilere göre bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları faaliyetleri arasından en çok zamanı sırasıyla vardiya teslimi alma/verme (%9,57), birebir hemşire-hekim hasta değerlendirme ve sıkıntılı durumlarda haberleşme (%1,1) sabah, akşam ve gece ekiple vizit yapma (%0,88) alt faaliyetlerine ayırmışlardır.

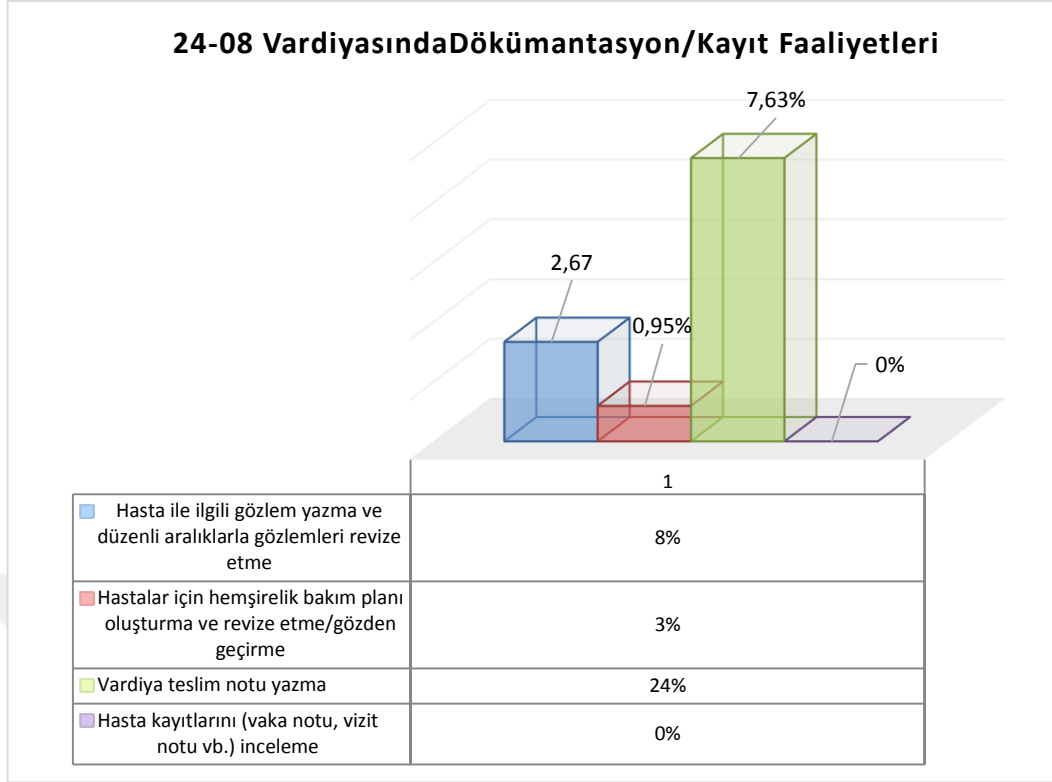
Tablo 4.7’de gösterildiği şekilde gece vardiyasında çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden en çok bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları ile ilgili faaliyetlere ilgili faaliyetlere zaman ayırdıkları ve bu oranın %13,36 olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte dokümantasyon/kayıt faaliyetlerine %11,26 ve tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalarla %7,63 oranında zamanlarını ayırdıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin dolaylı bakım faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; bakımın planlamasını içeren alt faaliyetlere hiç zaman ayırmadıkları tespit edilmiştir.

24-08 Vardiyasında Bakımın Koordinasyonu ve; Ekip Toplantıları Faaliyetleri



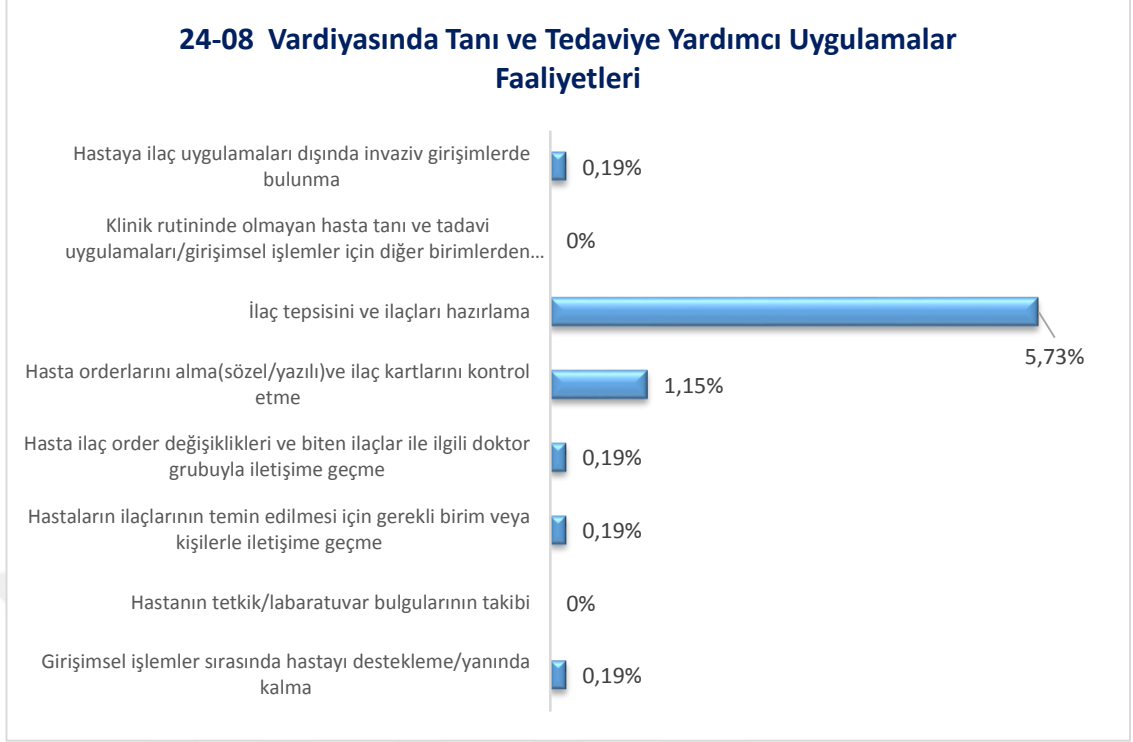
Şekil 23. 24-08 Vardiyasında Bakımın Koordinasyonu; Ekip Toplantıları Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 23’de gösterildiği şekilde elde edilen verilere göre dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden gece vardiyasında çalışan hemşireler bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları faaliyetleri arasında en çok zamanı vardiya teslimi alma/verme alt faaliyetine (%11,26) ve birebir hemşire-hekim hasta değerlendirmesi ve sıkıntılı durumlarda haberleşme alt faaliyetlerine (%0,95) ayırdıkları belirlenmiştir.



Şekil 24. 24-08 Vardiyasında Dokümantasyon/Kayıt Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 24’de gösterildiği şekilde elde edilen verilere göre dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden gece vardiyasında çalışan hemşireler dokümantasyon/kayıt faaliyetleri arasında vardiya teslim notu yazma alt faaliyetine %7,63 oranında, hasta ile ilgili gözlem yazma ve düzenli aralıklarla gözlemleri revize etme alt faaliyetine %2,67 oranında zaman ayırdıkları saptanmıştır.



Şekil 25. 24-08 Vardiyasında Tanı ve Tedaviye Yardımcı Uygulamalar Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 25’de gösterildiği şekilde elde edilen verilere göre dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden gece vardiyasında çalışan hemşireler Tanı ve tedaviye yardımcı uygulama faaliyetleri arasında en çok zamanı ilaç tepsisini ve ilaçları hazırlama alt faaliyetine % 5,73 oranında ve hasta orderlarını alma (sözel/yazılı) ve ilaç kartlarını kontrol etme alt faaliyetine %1,15 oranında ayırdıkları tespit edilmiştir.

4. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinin dağılımı

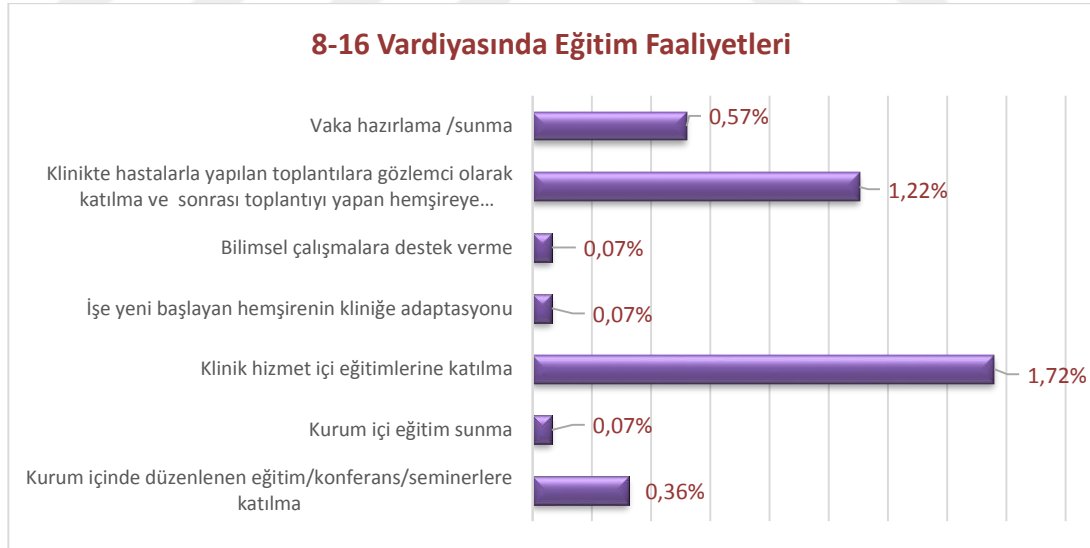
Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinin dağılımı Tablo 13 ve Şekil 26-30’da aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

Tablo 13. Vardiyalarda Çalışan Hemşirelerin Klinikle İlgili Faaliyetlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımı

Klinik İle İlgili Faaliyetler	8-16 Vardiyası		16-24 Vardiyası		24-08 Vardiyası	
	%	Frekans	%	Frekans	%	Frekans
Araç-Gereç Malzeme ve Yardımcı Personel Organizasyonu	2	28	2,27	18	0,38	2
Sekreterlik İşleri	3,15	44	4,41	35	5,24	27
Eğitimler	4,07	57	0,63	5	3,24	18
Diğer	1,79	25	1,26	10	2,48	13
Toplam	11	154	8	68	12	60

Tablo 13’de gösterildiği şekilde vardiyalarda çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetler 4 başlık halinde analiz edilmiştir.

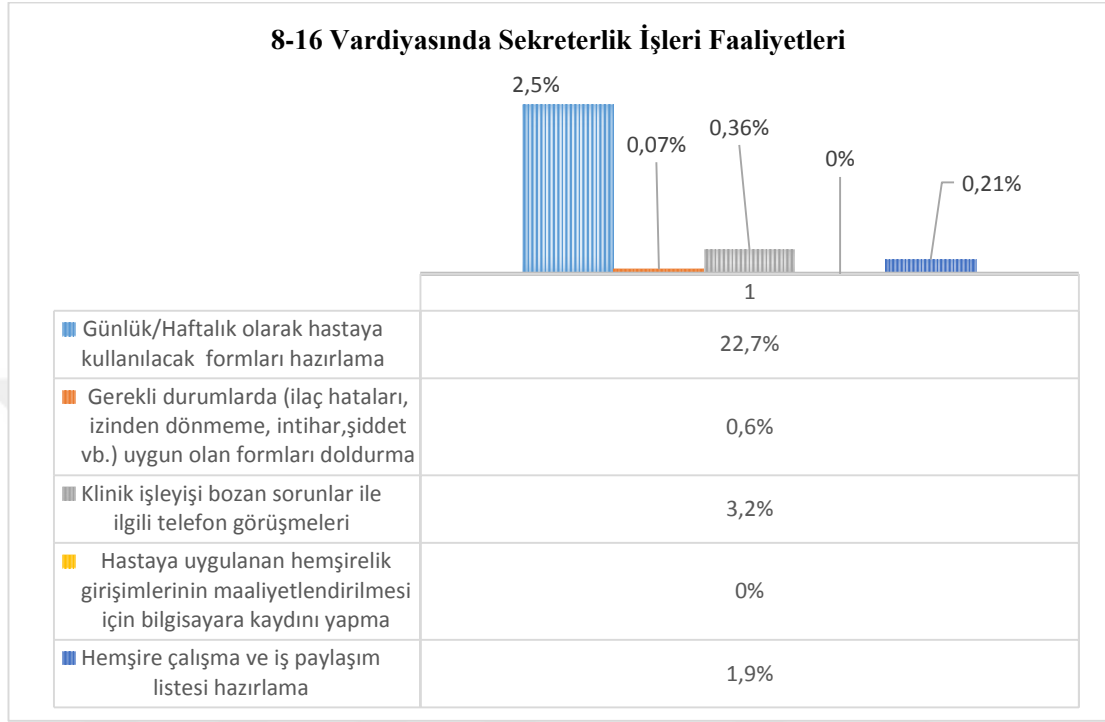
Tablo 13’e göre gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin klinikle ilgili klinik ile ilgili faaliyetlerine bakıldığında; %4,07 oranında eğitimler ilgili alt faaliyetlere, %3,15 oranında sekreterlik işleri ile ilgili alt faaliyetlere, %2 oranında araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu ve %1,79 oranında diğer alt faaliyetlere zaman ayırdıkları saptanmıştır.



Şekil 26. 8-16 Vardiyasında Eğitim Faaliyetlerinin Dağılımı

Hemşireler, gündüz vardiyasında toplamda %4,07 oranında eğitimlerle ilgili faaliyetlerle ilgilenmişlerdir. Şekil 26’da gösterildiği şekilde eğitim faaliyetleri kapsamında klinik hizmet içi eğitimlerine katılma (%1,72), klinikte hastalarla yapılan toplantılara gözlemci olarak katılma ve sonrası toplantıyı yapan hemşireye

geribildirim verme (%1,22), vaka hazırlama/sunma (%0,57) ve kurum içinde eğitim/konferans/seminerlere katılma(%0,36) alt faaliyetlerine zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

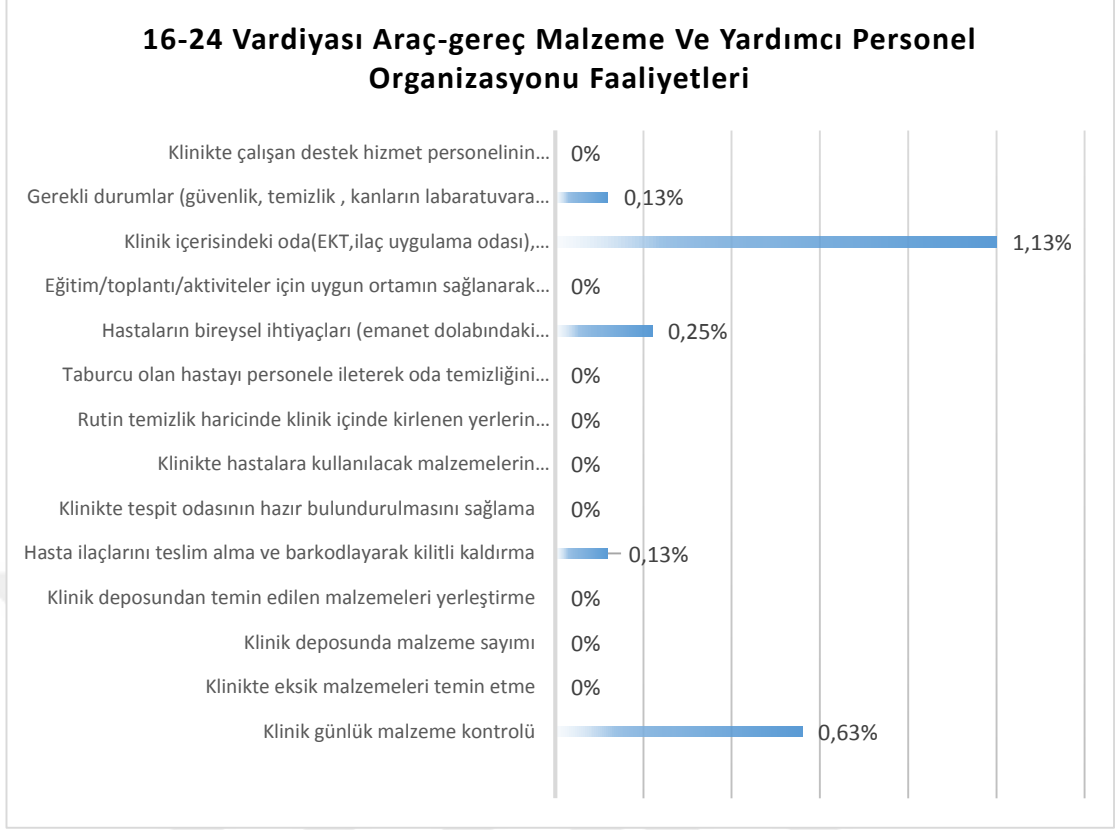


Şekil 27. 8-16 Vardiyasında Sekreterlik İşleri Faaliyetlerinin Dağılımı

Hemşireler, gündüz vardiyasında toplamda %3,15 oranında sekreterlik işleri faaliyetleri ile ilgilenmişlerdir Şekil 27’de gösterildiği şekilde hemşirelerin günlük/haftalık olarak hastaya kullanılacak formları hazırlama (%2,5), klinik işleyişi bozan sorunlar ile ilgili telefon görüşmeleri (%0,36) ve hemşire çalışma ve iş paylaşım listesi hazırlama (%0,21) alt faaliyetlerine zaman ayırdıkları saptanmıştır.

Tablo 13’de gösterildiği üzere akşam vardiyasında çalışan hemşirelerin klinikle ilgili yaptıkları faaliyetlere bakıldığında, %4,41 oranında sekreterlik işleri ile ilgili faaliyetlere, %2,27 oranında araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu ile ilgili faaliyetlere, %1,26 oranında diğer faaliyetlere ve %0,63 oranında eğitimlerle ilgili faaliyetlere zaman ayırdıkları saptanmıştır.

Hemşireler tarafından akşam vardiyasında %4,41 zaman ayrılan sekreterlik işleri ile ilgili alt faaliyetlerden sadece günlük/haftalık olarak hastaya kullanılacak formları hazırlama faaliyetine zaman ayırdıkları, diğer faaliyetlere zaman ayırmadıkları saptanmıştır.



Şekil 28. 16-24 Vardiyasında Araç-Gereç Malzeme ve Yardımcı Personel Organizasyonu Faaliyetlerinin Dağılımı

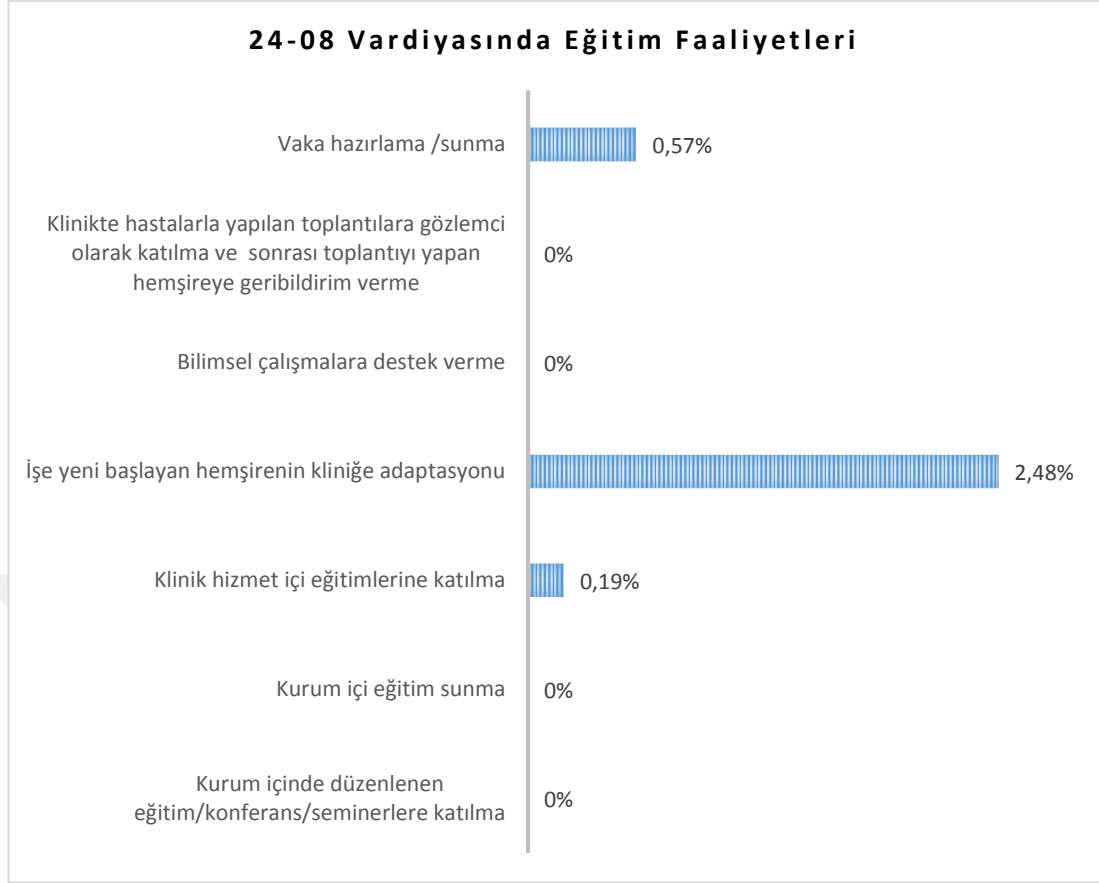
Şekil 28’de gösterildiği şekilde elde edilen veriler doğrultusunda araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu ile ilgili faaliyetler arasından en çok zaman klinik içerisindeki oda (EKT, ilaç uygulama odası), dolap (emanet, ilaç) ve panoları düzenleme/hazırlama (%1,13) alt faaliyetlerine zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Tablo 13’de gösterildiği şekilde gece vardiyasında çalışan hemşirelerin klinikle ilgili yaptıkları faaliyetlere bakıldığında, %5,24 oranında sekreterlik işleri ile ilgili faaliyetlere, %3,24 oranında eğitimlerle ilgili faaliyetlere, %2,48 oranında diğer faaliyetlere ve %0,38 araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu ile ilgili faaliyetlere zaman ayırdıkları saptanmıştır.



Şekil 29. 24-08 Vardiyasında Sekreterlik İşleri Faaliyetlerinin Dağılımı

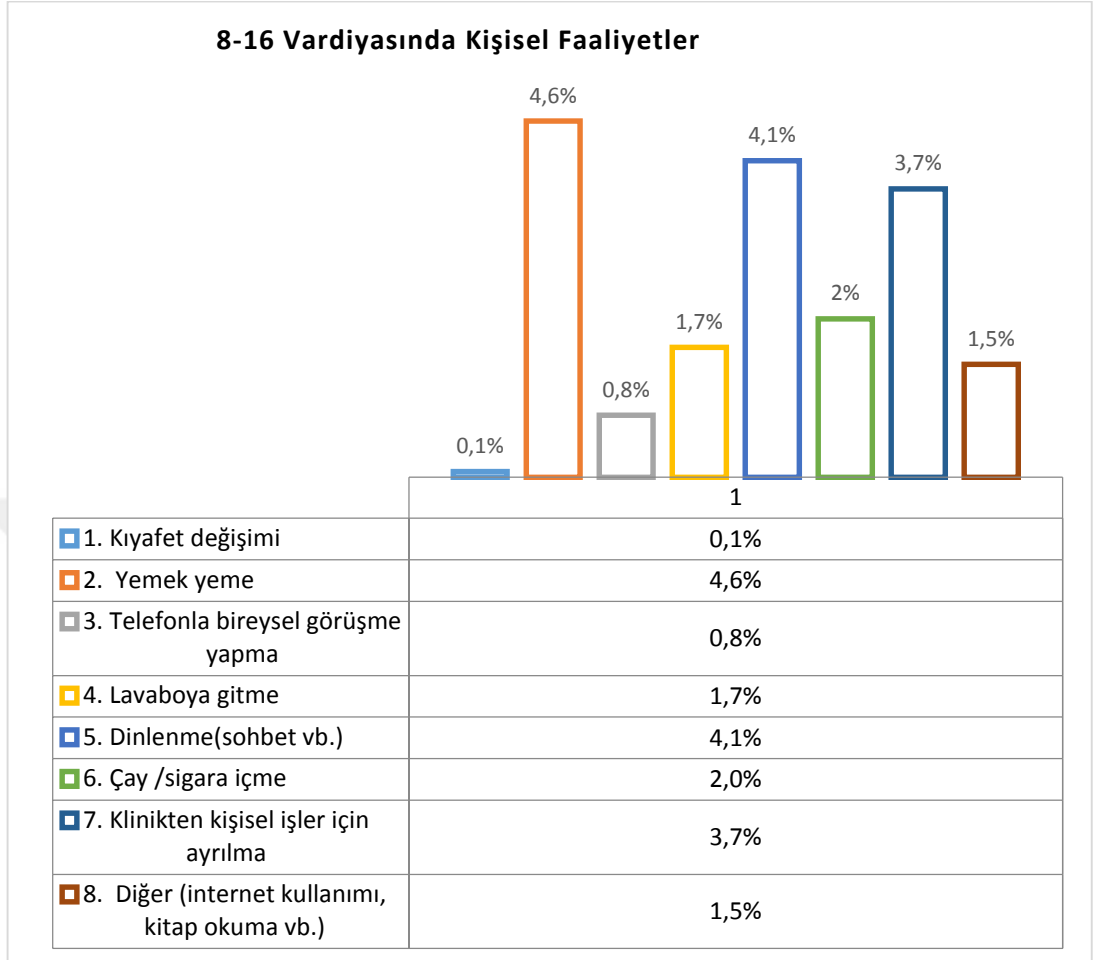
Gece vardiyasında %5,24 oranında sekreterlik işlerine ilgili faaliyetlerde hemşirelerin en çok zamanı günlük/haftalık olarak hastaya kullanılacak formları hazırlama (%4,96) alt faaliyetine ayırdıkları saptanmış ve elde edilen sonuçlar Şekil 29’da gösterilmiştir.



Şekil 30. 24-08 Vardiyasında Eğitim Faaliyetlerin Dağılımı

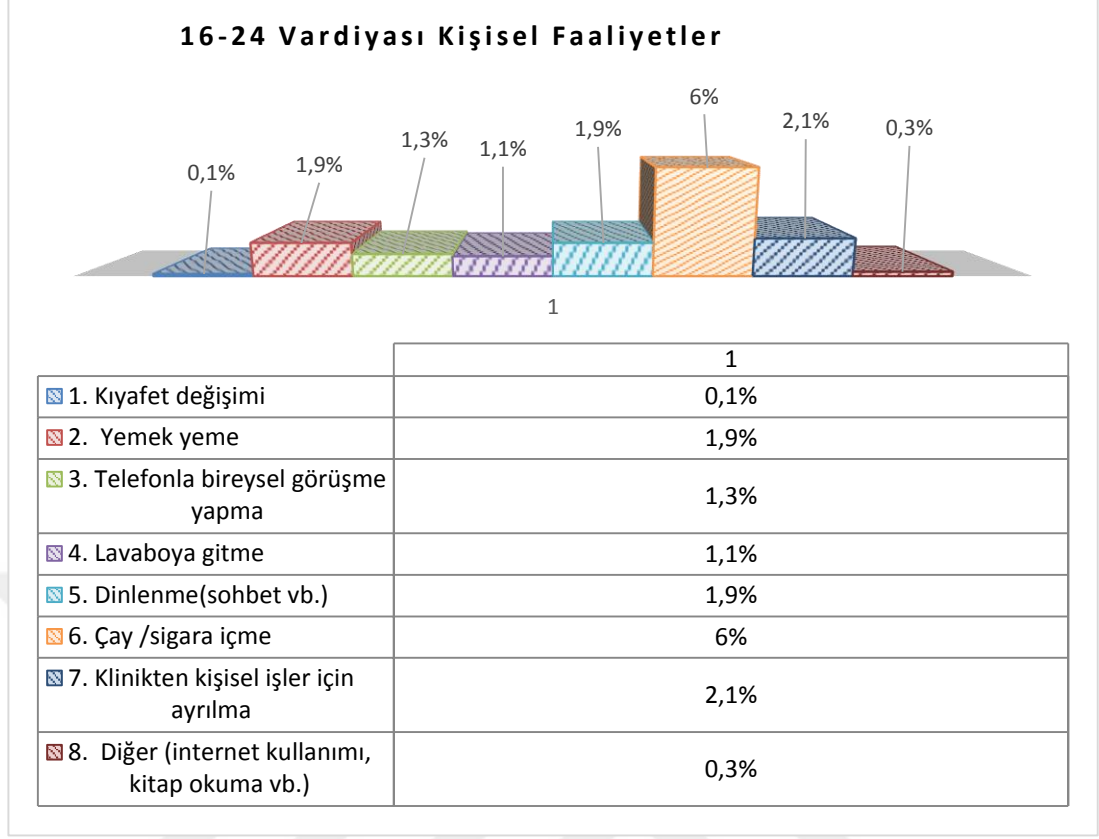
Elde edilen veriler doğrultusunda %3,24 oranında eğitimlere zaman ayıran hemşirelerin işe yeni başlayan hemşirenin kliniğe adaptasyonu (%2,48) ve vaka hazırlama/sunma (%0,57) alt faaliyetlerini yaptıkları belirlenmiş ve Şekil 30'da gösterilmiştir.

5. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kişisel faaliyetlerinin dağılımı



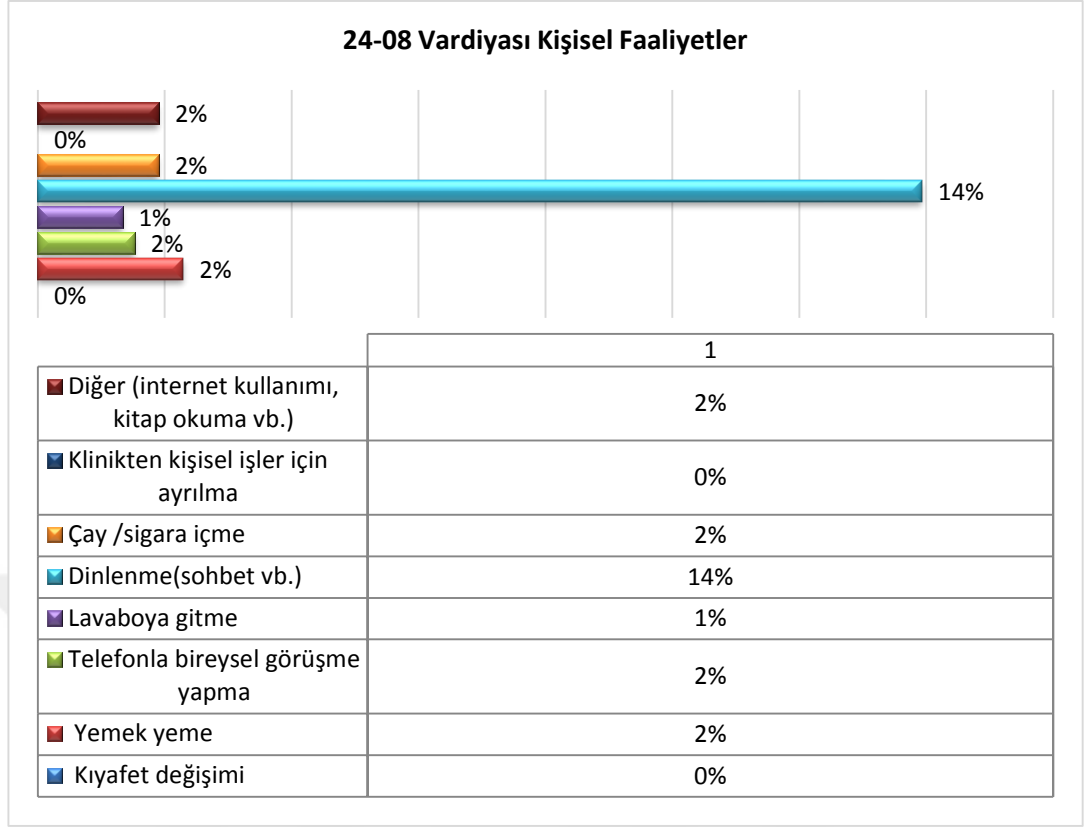
Şekil 31. 8-16 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Kişisel Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 31’de gösterildiği şekilde gündüz vardiyasında hemşireler zamanlarının %18’ini kişisel faaliyetlere ayırmaktadırlar. Kişisel faaliyetler kapsamında 8 adet alt faaliyet bulunmaktadır. Bu faaliyetlerden kıyafet değişimine %0,1, yemek yemeye %4,6, telefonla bireysel görüşme yapmaya %0,8, lavaboya gitmeye %1,7, dinlenmeye %4,1, çay/sigara içmeye %2, klinikten kişisel işler için ayrılmaya %3,7 ve diğer (internet kullanımı, kitap okuma vb.) %1,5 oranında vakit ayırdıkları saptanmıştır.



Şekil 32. 16-24 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Kişisel Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 32’de gösterildiği şekilde akşam vardiyasında hemşireler zamanlarının %18’ini kişisel faaliyetlere ayırmaktadırlar. Kişisel faaliyetler kapsamında 8 adet alt faaliyet bulunmaktadır. Bu faaliyetlerden kıyafet değişimine %0,1, yemek yemeye %1,9, telefonla bireysel görüşme yapmaya %1,3, lavaboya gitmeye %1,1, dinlenmeye %1,9, çay/sigara içmeye% 6, klinikten kişisel işler için ayrılmaya %2,1 ve diğer (internet kullanımı, kitap okuma vb.) %0,3 oranında vakit ayırdıkları saptanmıştır.



Şekil 33. 24-08 Vardiyasında Çalışan Hemşirelerin Kişisel Faaliyetlerinin Dağılımı

Şekil 33’de gösterildiği şekilde gece vardiyasında hemşireler zamanlarının %18’ini kişisel faaliyetlere ayırmaktadırlar. Kişisel faaliyetler kapsamında 8 adet alt faaliyet bulunmaktadır. Bu faaliyetlerden, yemek yemeye %2, telefonla bireysel görüşme yapmaya %2, lavaboya gitmeye %1, dinlenmeye %14, çay/sigara içmeye %2, ve diğer (internet kullanımı, kitap okuma vb.) %2 oranında vakit ayırdıkları bunula birlikte kıyafet değişimine ve klinikten kişisel işler için ayrılma faaliyetine hiç zaman ayırmadıkları saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları 5 ana başlık altında tartışılmıştır. Bu başlıklar;

1. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin faaliyetlerinin genel dağılımı
2. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı
3. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı
4. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinin dağılımı
5. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kişisel faaliyetlerinin dağılımı

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere faaliyetlerinin genel dağılımı

İş örnekleme yöntemi kullanılarak yapılan çalışmada 8-16 vardiyasında 1399; 16-24 vardiyasında 794 ve 24-08 vardiyasında 524 hemşirelik faaliyeti olmak üzere toplamda 2717 gözlem yapılmıştır.

Gündüz vardiyasında (8-16) hemşireler zamanlarının %39'unu (544) doğrudan hasta bakım faaliyetlerine, %32'sini (448) dolaylı hemşirelik uygulamalarına, %11'ini (154) klinikle ilgili faaliyetlere ve %18'ini (253) kişisel faaliyetlere ayırmışlardır.

Akşam vardiyasında (16-24) yapılan gözlemlere göre hemşireler çalışma sürelerinin %39'unu (308) doğrudan hemşirelik faaliyetlerine, %38'ini (301) dolaylı hemşirelik faaliyetlerine %8'ini (68) klinikle ilgili faaliyetlere ve %15'ini (117) kişisel faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir.

Gece vardiyasında (24-08) ise çalışma sürelerinin %33'ünü (175) doğrudan hemşirelik faaliyetlerine, %32'sini (169) dolaylı hemşirelik faaliyetlerine, %12'sini (60) klinikle ilgili faaliyetlere ve %23'ünü (120) kişisel faaliyetlere ayırdıkları belirlenmiştir.

Çalışmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde hemşireler doğrudan hemşirelik faaliyetlerine vardiyalarda sırasıyla %39, %39, %33 oranında, dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ise vardiyalarda sırasıyla %32, %38 ve %32 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Ekici (2013) belirttiğine göre hemşireler zamanlarının %65-70 ve üzerini doğrudan hasta bakımına ayırıyorsa hemşirelerin etkin çalıştığı söylenebilir. Çalışmamızda bu oran %32-39 arasındadır. Fakat hemşirelik bakımında doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetleri eşit öneme sahip olup dolaylı hasta bakım uygulamaları doğrudan hemşirelik faaliyetlerini bütünlüyle bakımın koordinasyonunu sürdürmek amacıyla birleştirici uygulamalar olarak ifade edilebilir (Ekici 2013). Çalışmamızda bu oran %32-38 arasındadır. Yaptığımız çalışmada hemşirelerin klinikte hastalara ayırdıkları zamanı doğrudan ve dolaylı bakım süresi olarak ele alırsak gündüz vardiyasında %71, akşam vardiyasında % 77 ve gece vardiyasında %65 zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin zamanlarının büyük kısmını hasta ve/veya ailelerine ile birlikte gerçekleştirilen doğrudan bakım faaliyetlerine ve sundukları hizmetin koordinasyonunu ve hazırlıklarını içeren dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayırdıkları gözlenmiştir. Bu verilerden hareketle hemşirelerin zamanlarını etkili ve verimli kullandıkları söylenebilir.

Ançer'in (1996) benzer çalışmasında psikiyatri servisi ile ilgili süreler sadece gündüz vardiyasında ve hemşirelik faaliyetleri iki ayrı uygulama olarak gözlemlenmiştir. Araştırma sonucuna göre ilk uygulamada hemşirelerin doğrudan hasta bakım faaliyetlerine %18,5 ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerine %19,7 zaman ayırdıklarını; ikinci uygulamada ise hemşirelerin doğrudan hasta bakım faaliyetlerine %22,1 ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerine %32 zaman ayırdıklarını saptamıştır. Ançer'in (1996) yapmış olduğu çalışmanın, yılı itibariyle o günden günümüze psikiyatri hemşirelerinin rollerinin yasalarla çizilmesi ve rol tanımlarının netlik kazanması, psikiyatri hemşiresinin rollerinin ve fonksiyonlarının farklılaşması ve gelişmesi, hemşire iş yükünün değişmesi nedeniyle hemşirelerin faaliyetlerinin değişmesi çalışmamıza göre düşük çıkmasının nedeni olarak düşünülebilir.

Benzer şekilde Wolff vd.'in (2015) bir psikiyatri hastanesinde kendi kendine raporlama tekniği ile yapılan iş örnekleme yöntemi kullanarak 6 psikiyatrist, 23

psikolog ve 106 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada hemşirelik faaliyetleri çalışmamızdan farklı kategorize edilmiştir. Psikiyatrist ve psikologların terapi seanslarına, rutin bakıma ve dolaylı bakıma çalışma sürelerinin toplamda %61'ini ayırdıkları saptanmıştır. Hemşireler ise terapi seanslarına %7.99, rutin bakıma %26,69, dolaylı bakıma %35,89, genel klinik faaliyetlere % 17,05, eğitim faaliyetlerine %6,69 ve diğer (ayakta tedavi gibi hastaneye yatırılmayan, daha sonradan hastane kaynak yoğunluğunun analiz edilmesine tabi tutulmayan faaliyetlere) %5,69 oranında zaman ayırdıkları tespit etmiştir. Terapi seansları ve rutin bakım hastalarla birebir yapılan hastanın da dahil olduğu uygulamalar olduğundan doğrudan bakım faaliyetleri olarak düşünülebilir. Bu nedenle hemşirelerin doğrudan ve dolaylı bakıma ayırdıkları sürenin (%70) çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Antinaho vd.'in (2015) psikiyatri, cerrahi ve iç hastalıkları servisinde yapmış oldukları çalışmasında; faaliyetler katma değer yaratan bakım (doğrudan bakım, dolaylı bakım, hasta dokümantasyonu), gerekli faaliyetler (dolaylı işler, birim ile ilgili iş) ve katma değer yaratmayan iş (kişisel zaman, çeşitli iş) şeklinde farklı kategorize edilmiştir. Psikiyatri servisimde katma değerli bakım toplam hemşirelik süresinin% 48'ini karşılarken doğrudan bakım (%28), dolaylı bakım (%20) ve hasta dokümantasyonu (%11) arasında bölünmüştür. Çalışmada aynı zamanda hemşireler zamanlarının gerekli faaliyetler olarak adlandırılan dolaylı işe (hasta bakımının organizasyonu, hasta transferi ile ilgili işler vb.) % 4'ünü ve birimle ilgili işe % 18'ini, kişisel zamana %8'ini ve çeşitli işlere (bekleme, dışarıda gezintiye çıkma vb.) %11'ini ayırdıkları saptanmıştır. Çalışmada katma değer yaratan bakım ve dolaylı işler kategorileri doğrudan bakım ve dolaylı bakım toplamı olarak değerlendirildiğinde toplamda %63'dür. Çalışmamıza göre (%65-71) arada belirgin farklılık yoktur. Aradaki farkın sebebi Antinaho vd.'da (2015) birim ile ilgili işlere ayırdıkları sürenin (%18) çalışmamıza göre (%8-11) daha fazla olması olarak düşünülebilir.

Diğer birimlerde yapılan iş örnekleme çalışmaları bakıldığında yurt içinde Ekici ve Gürçay'ın (2016) özel bir hastanenin genel cerrahi, acil servis, nöroloji kliniği ve kadın doğum olmak üzere toplam 8 birimde iki vardiyada yapmış oldukları çalışmasında hemşirelerin doğrudan bakım faaliyetlerine gündüz vardiyasında %46, akşam vardiyasında %44; dolaylı bakım faaliyetlerine gündüz vardiyasında %20,

akşam vardiyasında %22; birim ile ilgili faaliyetlere gündüz vardiyasında %14, akşam vardiyasında %10 ve kişisel faaliyetlere gündüz vardiyasında %20, akşam vardiyasında %24 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Doğrudan ve dolaylı faaliyetlerin toplamı gündüz vardiyasında ve akşam vardiyasında %66 oranındadır. Bu çalışma yapılan tüm birimleri kapsamaktadır ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Yine Ekici ve Gürçay (2013) özel bir hastanenin farklı birimlerinde yaptıkları çalışmada gündüz vardiyasında hemşirelerin zamanlarının %46'sını doğrudan hasta bakım faaliyetlerine, %20'sini dolaylı hasta bakım faaliyetlerine, %14'ünü klinik ile ilgili faaliyetlere ve %20'sini kişisel faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir. Doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayrılan süre toplamda %76 oranındadır. Bu oran çalışma yapılan tüm birimleri kapsamaktadır ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Diğer birimlerde yapılan yurt dışı çalışmalarına baktığımızda Hobgood vd. (2005) acil serviste yaptıkları çalışmada zamanlarının %25,6'sını doğrudan hasta bakım faaliyetlerine, %48,4'ünü dolaylı hasta bakım faaliyetlerine, %6,8'i klinik ile ilgili faaliyetlere ve %19,1'i kişisel faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir. Çalışmada dolaylı ve doğrudan bakım faaliyetlerine ayrılan zaman toplamda %74 oranındadır. Çalışmada dolaylı bakım uygulamalarının doğrudan bakım uygulamalarına daha fazla oranda zaman ayırması Hobgood vd. (2005) tarafından alternatif uygulamalar geliştirilerek dolaylı faaliyetler azaltılıp doğrudan faaliyetlerin artırılması sağlanabilir şeklinde yorumlanmıştır. Yine acil serviste Garcia and Fugulin (2010) çalışmada hemşireler zamanlarını %35'ini direkt bakım müdahalelerine, %35'ini dolaylı bakım müdahalelerine, %12'sini klinik ile ilgili faaliyetlere ve %18'ini kişisel faaliyetlere ayırdıkları saptanmıştır. Doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayrılan süre toplamda %70 oranındadır. Acil serviste yapılan çalışmalarda dolaylı ve doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin toplamı çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Douglas vd. (2013) pediatri yoğun bakım servisinde yaptığı çalışmada ise bir hemşireler zamanlarının %52'sini direkt hasta bakımı, %22'ini bakım koordinasyonu, %2'si dolaylı hasta bakım faaliyetleri ve %24'ü hastalara ait olmayan faaliyetler için harcadığı saptanmıştır. Doğrudan ve dolaylı bakım faaliyetlerine ayrılan süre %76 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiş ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Williams vd. (2009) nörolojik rehabilitasyon ünitesinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin her iki vardiyada toplamda direkt hasta bakımı için % 46, dolaylı hasta bakımı için % 25, ünite ile ilgili faaliyetler için % 10 ve kişisel faaliyetler için % 19'luk zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Toplamda %71 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiş ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Kiekkas vd. (2005) anestezi yoğun bakımda yapmış oldukları çalışmada hemşirelik faaliyetlerin farklı şekilde kategorilendirilmiştir. Hemşireler zamanlarının %35,2'sini doğrudan klinik bakıma, % 11,6'sının hasta değerlendirmesine, % 7'si hasta ile iletişim faaliyetlerine, % 7,2'si diğer insanlarla iletişim faaliyetlerine, % 8.6'sında bürokratik hemşirelik faaliyetlerine, % 9,3'ü dokümantasyon faaliyetlerine, % 2,3'ü, hemşirelik dışı faaliyetlere ve % 18,8'ini kişisel faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir. Doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerini doğrudan klinik bakım, hasta değerlendirmesi, hasta ile ve diğer kişilerle iletişim faaliyetleri, dokümantasyon faaliyetleri olarak değerlendirildiğinde toplamda zamanlarının %70,3'ünü ayırdıkları düşünülebilir. Bu oran çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Gardner vd. (2010) servislerde çalışan hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin doğrudan faaliyetlere %36,1, dolaylı faaliyetlere %32, servisle ilgili faaliyetlere %39,1 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Toplamda doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayrılan süre %68,2 olmakla birlikte çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Açıklanan bu sonuçlar psikiyatri alanının dışında yapılmıştır. Hemşirelik faaliyetleri çalışan birime göre önemli farklılıklar göstermekte ve dinamikler değişmektedir. Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları özel alanlara göre farklılaşmaktadır. Buna dayalı olarak da hemşirelerin gerçekleştirdiği faaliyetler değişmektedir. Örneğin acil serviste hasta sirkülasyonu hızlı olmakta ve hastaya temel hemşirelik girişimleri daha fazla yapılmakta, hasta transfer ve transfer koordinasyonu daha çok önem taşımaktadır. Kategorilendirme yapılırken faaliyetler değişmektedir. Her alan için kendi içinde yapılan değerlendirme önem kazanmaktadır. Bu nedenle genel olarak alanların bu şekilde değerlendirilmesinin daha doğru sonuç vereceği düşünülebilir. Psikiyatri servisinin dinamiklerinin farklı olduğu hasta tanılarının aynı olsa da psikiyatrik hastalıklarda kişilerin mizaçlarının hastalıkları yaşama biçimini

etkilediği düşünöldüğünde hemşirelerin işlevlerinin diğer servislerden farklı olduğu düşünölebilir. Yapılan bu çalışmalar ile kendi çalışmamızın benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Diğer sağlık disiplinleri ile yapılan çalışmalarda 2 aylık bir dönem boyunca Avusturya'daki 200 yataklı bir hastanenin iki iç hastalıkları servisine sekiz katılımcı hekim ile yapılan çalışmada görevleri beş kategoriye (doğrudan hasta bakımı, iletişim, klinik dokümantasyon, idari dokümantasyon, diğer) ayrılmıştır. Hekimler zamanlarının %27,5'ini doğrudan hasta bakım faaliyetlerine, %36,2'sini iletişim faaliyetlerine, %22,4'ünü klinik dökümantasyon faaliyetlerine, %4,2'sini idari dökümantasyon faaliyetlerine ve % 9,7'sini diğer faaliyetler (dinlenme vb.) ayırdıkları tespit edilmiştir (Ammenwerth and Spötl 2009). Doğrudan ve dolaylı faaliyetler doğrudan hasta bakımı, iletişim, klinik dokümantasyon faaliyetleri olarak düşünöldüğünde toplamda hekimlerin ayırdıkları süre %71,1 oranındadır. Hekim ve hemşirelerin ekip üyesi olarak çalıştıkları sağlık sektöründe görev, yetki ve sorumlulukları farklı olsa da sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı

Çalışmada doğrudan hemşirelik faaliyetleri hasta kabulü, nakil ve taburculuk, fiziksel değerlendirme, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürölmesi, tedavi ve bakım uygulamaları, iletişim, solunum, beslenme, hareket, boşaltım, bireysel hijyen-giyim, çalışma ve eğlence, uyku ve dinlenme, ölüm olmak üzere 13 başlık halinde analiz edilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin gündüz vardiyasında doğrudan hasta bakım faaliyetlerine zamanlarının %39'unu, akşam vardiyasında %39'unu ve gece vardiyasında %33'ünü ayırdıkları tespit edilmiştir.

Ançer' in (1996) benzer çalışmasında psikiyatri servisi ile ilgili süreler sadece gündüz vardiyasında hemşirelik faaliyetlerini iki ayrı uygulama olarak gözlemlemiştir. Araştırma sonucuna göre ilk uygulamada hemşirelerin doğrudan hasta bakım faaliyetlerine % 18,5 oranında ikinci uygulamasında hemşirelerin doğrudan hasta bakım faaliyetlerine %22,1 oranında zaman ayırdıklarını saptamıştır. Çalışmamıza göre bu

oranlar daha düşüktür. Ançer'in (1996) çalışmasında yılı itibariyle o günden günümüze psikiyatri hemşirelerinin rollerinin değişmesi nedeniyle hemşirelik faaliyetlerinin farklılaşması bu oranın düşük olmasının sebebi olarak düşünülebilir.

Wolff vd.'in (2015) bir psikiyatri hastanesinde yaptığı çalışmasında faaliyetler farklı kategorize edilmiştir. Terapi seansları ve rutin bakım hastalarla birebir yapılan hastanın da dahil olduğu uygulamalar olduğundan doğrudan bakım faaliyetleri olarak düşünüldüğünde hemşirelerin ayırdıkları zaman %34,68 oranında ve çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Antinaho vd. (2015) psikiyatri kliniğinde yapmış oldukları çalışmada doğrudan bakım faaliyetlerine ayrılan süre %28 oranında olup çalışmamızla çok belirgin farklılık olmadığı söylenebilir.

Diğer birimlerde yapılan iş örnekleme çalışmaları bakıldığında yurt içinde Ekici ve Gürçay'ın (2016) özel bir hastaneden genel cerrahi, acil servis, nöroloji kliniği ve kadın doğum olmak üzere toplam 8 birimde yapmış oldukları çalışmasında toplamda hemşirelerin doğrudan bakım faaliyetlerine %46 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Yine Ekici ve Gürçay (2013) özel bir hastanenin farklı birimlerinde yaptıkları çalışmasında gündüz vardiyasında hemşirelerin zamanlarının %46'sını doğrudan hasta bakım faaliyetlerine ayırdıkları tespit edilmiştir. Çalışmamıza oranla her iki çalışmada doğrudan hemşirelik faaliyetlerine ayrılan sürenin yüksek olduğu söylenebilir. Aradaki bu farklılığın sebebi Ekici ve Gürçay (2013, 2016) çalışmalarında dolaylı faaliyetlere ayrılan zamanının (%20) çalışmamıza (%32-38) oranla daha az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Diğer birimlerde yapılan yurt dışı çalışmalarına baktığımızda Garcia and Fugulin (2010) acil serviste yaptıkları çalışmasında hemşireler zamanlarının %35'ini direkt bakım müdahalelerine ayırdıkları tespit edilmiş ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Hobgood vd. (2005) acil serviste yaptıkları çalışmada zamanlarının %25,6'sını doğrudan hasta bakım faaliyetlerine ayırdıkları tespit edilmiş ve bu oranın çalışmamıza göre daha düşük olduğu söylenebilir. Bunun nedeni olarak ise Hobgood

vd. (2005) çalışmasında dolaylı faaliyetlere ayrılan sürenin (%48,4) çalışmamıza oranla (%32-38) daha yüksek olması düşünülebilir.

Douglas vd. (2013) pediatri yoğun bakım servisinde yaptıkları çalışmada ise bir hemşireler zamanlarının %52'sini direkt hasta bakımına ayırdıkları saptanmış olup çalışmamızdan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun dolaylı faaliyetlere ayrılan sürenin (%24) çalışmamıza oranla (%32-38) daha az olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Williams vd. (2009) nörolojik rehabilitasyon ünitesinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin her iki vardiyada toplamda direkt hasta bakımı için %46 oranında olup çalışmamızdan yüksek bulunduğu söylenebilir. Bunun nedenin dolaylı hasta bakımı için %25 oranında zaman ayrılması olduğu söylenebilir.

Açıklanan bu çalışmalarda birim bazındaki farklılıkların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Aynı zamanda dolaylı hemşirelik faaliyetleri tekrardan değerlendirilerek bakımın planlanması ve sürdürülmesi gözden geçirilerek doğrudan bakım faaliyetlerine ayrılan süre arttırılabilir.

Çalışmada doğrudan hemşirelik faaliyetleri içerisinde hasta kabul, nakil ve taburculuk faaliyetlerine zamanlarının gündüz vardiyasında gündüz vardiyasında %7,08'ini, akşam vardiyasında %1,13'ünü ve gece vardiyasında %0,76'sını ayırdıkları tespit edilmiştir. Bu kategori hasta kabul, nakil ve taburculuk faaliyetleri hastayı kliniğe kabul ve oryante etme (servis tanıtmaya, kuralları hatırlatma, eşyaların kontrolü, vital bulgu takibi, bki, kilo, bel çevresi ölçümü, iletişim bilgilendirmesi, hasta hakları vb.), hasta ve/ veya hasta yakınları ile kabul değerlendirmesi yapma (sağlık öyküsü vb.), zorla yatan/yatışı kabul etmeyen hastaya müdahale, ziyaret ve izin dönüşü yasak olan eşyaların kontrolü ve emanete alma, hastanın kurum içine ve dışına transferi öncesinde gerekli uygulamaların yapılması (monitör, güvenlik, oksijen, fiziksel bakım vb.) ve taburculuk eğitimi verme alt faaliyetlerini içermektedir.

Vardiyalar arasında faaliyetlerin oranları ile ilgili farklılığın olması dikkati çekmektedir. Bu durum yatış, nakil ve taburculuk faaliyetlerinin daha çok gündüz mesai saatlerinde yapıldığından kaynaklanmaktadır. Bu durumun personel sayısının fazla olduğu gündüz vardiyasının terepötik ortamın bileşenlerinden olan hasta

güvenliği açısından önem teşkil ettiği söylenebilir. Aynı zamanda yatış sırasında karşılaşılan resmi prosedürler ile ilgili problemler mesai saatleri içerisinde daha kolay çözümlenerek hastaneye yatış sırasındaki stresörler azaltılabilir.

Klinikte hastaların kabul süreci; kliniğin fiziki ortamının tanıtımı, hastanın ekip üyeleri ile tanıştırılması ve klinik kuralların anlatılması gibi hastanın kliniğe oryante edilmesini sürecini içermekte ve hastaneye ilk yatışta hastayla birebir etkileşim sağlanmaktadır. Aynı zamanda klinikte hastaların başka bir kliniğe ya da kuruma devrinde ve taburculuk sürecinde hasta ve ailesinin tüm süreç boyunca bilgilendirmesi hemşire tarafından yapılmaktadır.

Antinaho vd. (2015) psikiyatride yaptığı çalışmasında hastanın kabul ve taburculuk faaliyetine ayrılan süre %1,6'dır. Çalışmamıza göre bu oranın daha fazla olduğu söylenebilir. Bunun nedeni olarak Antinaho vd. (2015) çalışmasında birimde hasta yatış oranının sirkülasyonun ve vardiyalardaki dağılımının ne olduğu bilinmemekle birlikte çalışmamıza göre daha fazla olduğu düşünülebilir.

Diğer birimlerde yapılan çalışmalara baktığımızda kabul ve taburculuk faaliyetleri ayrı ayrı gözlenmiş ve toplamda bu oran %7,4 ve %10,84'dür (Chaboyer et al. 2008, Garcia and Fugulin 2010). Bu faaliyetin sıklığının diğer birimlere oranla çalışmada daha az olmasının nedeni psikiyatri hastalarının tedavilerinin uzun süreç gerektirmesi, hasta yatış sirkülasyonunun daha az olması ve kritik durumlar dışında devir, nakil yapılmaması, psikiyatrik sıkıntıları haricindeki problemleri ile klinikte ilgilenilmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Wortans vd. (2006) hemşirelerin hastayı servise ilk kabulü, hastanın tedaviye uyumu yönünden oldukça önemli olduğunu tespit etmiş ve bu uyum nedeniyle hastalar psikiyatri servisi gibi sosyal acıdan etiketi olan bir birime yatma anksiyetesini ve korkusunu yendikleri sonucuna varmışlardır Steffen vd. (2009), Kamışlı ve Daştan (2008) ve Vigod vd. (2013) hemşirelerin hastaları ilk kabulünde fiziksel ortamı tanıma, yabancılaşma duygusunda azalma, servis kurallarını tanıma, güven duygusu hissetme ve kliniğe uyum sağlamada ciddi oranda fayda gördüklerini ifade etmişler ve hastanede tedavi sırasında taburculuk sonrası girişimlerin planlanması tekrar hastaneye başvuruları azalttığı sonucuna varmışlardır. Bu nedenle çalışmada hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetleri içerisinde hasta

kabul, nakil ve taburculuk faaliyetlerine zaman ayırmalarının önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmada doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden fiziksel değerlendirme faaliyetlerine (vital bulgu takibi, monitorizasyon, fiziksel muayene, kilo takibi) gündüz, akşam ve gece vardiyasında sırasıyla %6, %8,06, %5,73'lük hemşirelik zamanı ayrıldığı saptanmıştır.

Antinaho vd. (2015) psikiyatride yaptığı çalışmasında hemşirelerin vital bulgu ölçme faaliyetine %0,4 ve hastanın değerlendirilmesine faaliyetine %6 oranında zaman ayırdığı tespit edilmiş ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Psikiyatride kullanılan birçok ilacın antikolinergik, ekstrapiramidal, hormonal, kardiyovasküler ve hematolojik ve metabolik yan etkileri göz önünde bulundurulduğunda hastanın biyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal işlevleri üzerine olumsuz etkiler oluşması olasıdır (Balcıoğlu 1999, Yılmaz ve Buzlu 2012). Bu nedenle hastaların vital bulgularının ilaçlardan önce ve sonra ölçümü, metabolik açıdan hastanın kilo takibinin yapılması psikiyatrik hasta bakımında en az psikoterapötik uygulamalar kadar önemli olduğu ve görmezden gelinmemesi gerektiği düşünülebilir. Bu nedenle yaptığımız çalışmada da hemşirelerin bu faaliyete diğer faaliyetlerden daha fazla zaman ayırmalarının beklenen bir durumdur.

Çalışmada doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi faaliyetine gündüz vardiyasında %3, akşam vardiyasında %5,16, gece vardiyasında %9,16 zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Bu kategori hasta kimlik doğrulama, ağrı değerlendirme/izlem, oryantasyon değerlendirme/izlem, Glaskow değerlendirme/izlem/girişim, bası yarası değerlendirme/izlem/bakımı, hastanın düşme riski değerlendirme ve takibi, hasta ünitelerinin günlük yasaklı eşya kontrolü ve emanete alma, hastaların güvenliğini sağlama ve gözlem amacıyla saatlik oda kontrolü riski olan hastanın (intihar, saldırganlık vb.) planlanan aralıklara risk durumuna uygun takibi/kontrolü /uygun girişim, hasta tespiti ve takibi (anta, besleme, gözlem, eliminasyon vb.), afet/olağanüstü (mavi, kırmızı, beyaz vb. uygun kodlu) durumlara uygun girişim alt faaliyetlerini içermektedir.

İncelenen çalışmalarda bu faaliyet ile ilgili verilere rastlanmamaktadır.

Hasta güvenliği nedeni ile klinikte hasta eşyalarının düzenli kontrolü, saatlik odaların kontrolü, hastanın risk değerlendirmesi vb. uygulamalardan hemşire birebir sorumludur. Psikiyatrik tedavi alan hastaların zaman zaman özkıyım düşünceleri, diğer hastalara ya da personele yönelik saldırganlık, tehdit oluşturuvcu davranışlar, kaçma eğilimleri ya da cinsel dürtülerini kontrol edememe gibi davranışlar sergileyebilmektedirler (Bilici vd. 2013, Sabancıoğulları vd. 2014). Bu tarz davranışları olan hastalara müdahale psikiyatri hemşirelerinin önemli fonksiyonlarından olması nedeniyle gece vardiyasında hemşirelerin bu faaliyeti gerçekleştirmesinin önemimin büyük olduğu düşünülebilir. Çalışmada bu konunun ele alındığı görülmüştür.

Çalışmada doğrudan hasta bakım faaliyetlerinden tedavi ve bakım uygulamalarına gündüz vardiyasında %10,36, akşam vardiyasında %11,8, gece vardiyasında %5,34 oranında zaman bir zamana ayırdıkları saptanmıştır. Hemşireler bu başlık altında yer alan uygulama şekline göre hastaya ilaç uygulama alt faaliyetine gündüz vardiyasında %5,36 akşam vardiyasında %8,4 oranında gece vardiyasında %4,01 oranında vakit ayırdıkları tespit edilmiştir. Bu kategori kan şekeri ölçme ve takibi, sıcak/soğuk uygulama, oksijen tedavisi uygulama/izlem, hastanın hipersalivasyon değerlendirmesi ve takibi, kan ve kan ürünlerinin gönderilmesi ve takibi, uygulama şekline göre hastaya ilaç uygulama, hastanın kullandığı ilaçların etki ve yan etkilerinin takibi, ilaç içmeme şüphesi olan hastaya ilaç sonrası bekleme programı yapma ve takibi, ekt hasta hazırlığı(bilgilendirme, fiziksel hazırlığının sağlanması vb.), EKT işlemine katılma ve ekt uygulanan hasta izlemi, hastaya uygulanacak tanı ve tedavi ve girişimsel uygulamalar için işlem öncesi hasta hazırlığı (bilgilendirme, ilaç uyulama, aç kalması vb.) ,pre-op hasta hazırlığı, post-op hasta hazırlığı/takip, hastaya ilaç uygulamaları dışında invaziv girişimlerde bulunma alt faaliyetlerini içermektedir.

Antinaho vd. (2015) psikiyatri kliniğinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin ayırdıkları zaman hastaya ilaç uygulama faaliyetine %0,6 ve tedavi protokollerini uygulama faaliyeti %3 oranında ve çalışmamızdan daha düşük orandandır. Bunu nedeni hemşirelerin çeşitli işlere (bekleme, dışarıda gezintiye çıkma vb.) ayrılan sürenin fazla olması bu nedenle hemşirelerin kayıp zamanlarının bulunması olabilir.

Psikiyatri hastalarının bir çoğu antidepresan ve antipskotik ilaç kullanmaktadırlar. Hastalar kullanılan ilaçları çoğu zaman yan etkileri, bilgi eksikliği ve tedavi ekibinin yaklaşımı gibi nedenlerle bırakmakta ve tedaviye uyumları bozulmaktadır(Üstünsoy-Çobanoğlu vd. 2003, Kelleci ve Ata 2011). Kelleci ve Ata' nın (2011) yılında yapmış olduğu çalışmasında hastaların ilaç uyumları, %20'sinin iyi, %48,6'sının orta ve %31,4'ünün kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve Okanlı'nın 63 hastayla yaptığı çalışmada hastaların %11,1'inin tedaviye uyunun iyi, %34,9'unun orta düzeyde ve %54'ünün kötü ilaç uyumu olduğu bulunmuştur.

Klinikte hemşireler her ilaç uygulaması sırasında hastaya ilacın adı, dozu ve ne amaçla kullandığını hatırlatmakta ve hastadan bu bilgileri teyit etmektedir. Hemşirelerin verdiği bilgi ve eğitimin hastaların tedaviye uyumlarını arttırdığı bu nedenle çalışmada ilaç uygulama faaliyetinin en sık yapılan faaliyet olarak tespit edilmesinin beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Çalışmada doğrudan hasta bakım faaliyetleri içerisinde iletişim ile ilgili faaliyetlere (bireysel görüşme, hasta grup toplantıları, hasta eğitimi gibi) hemşireler zamanlarının gündüz vardiyasında %8,08'ini, akşam vardiyasında %7,43'ünü ve gece vardiyasında %0,95'ini ayırdıkları saptanmıştır. Bu kategori klinik ortamı güçlendirme toplantılarını (iş bölümü, günaydın, kitap okuma vb.) yönetme, hastalara iş paylaşım toplantısı öncesi görev planlama /takibi, hastalara grup eğitimi yapma, hasta ve ekip üyeleri ile grup terapisi yönetme, hasta ile bireysel görüşme ve eğitim yapma, yeme bozukluğu hastasıyla birlikte grup ekip toplantısına katılma, ev ziyareti yapma, hasta ile izin dönüşü değerlendirme yapma, hemşirenin yıllık sorumluluk aldığı hasta görevi (iş bölümü toplantısında hastalara verilen görevler) ile ilgili toplantı ve aktiviteleri yürütme, hastanın bireysel gelişimi ve hastalık belirtileri ile baş etmesini sağlamak için uygun girişimlerde(farkındalık, ödev, davranış geliştirme vb.) bulunma ve yapmasına sağlama, davranışlarını kontrol edemeyen hastaya kısmi kısıtlama (oda, telefon, para, ziyaretçi vb.) uygulama ve takibi, diğer ekip üyeleri tarafından bilişsel davranışçı terapi yapılan hastanın ödev takibi/yapmasını sağlama, tedaviyi reddeden hasta ile görüşme ve uygun girişim, madde/alkol/ilaç bağımlılığı tanılarıyla izlenen hastaların kesilme belirtilerini değerlendirme ve takip, hastalarla salonda iletişim kurarak birlikte vakit geçirme alt faaliyetlerini içermektedir.

Wolff vd.'in (2015) bir psikiyatri hastanesinde yaptıkları çalışmasında terapi seansı faaliyetinin çalışmamızdaki iletişim faaliyeti ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Wolff vd. (2015) çalışmasında hemşireler ise terapi seanslarına %7,99 oranında zaman ayırmışlar ve bu oran çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Antinaho vd. (2015) çalışmalarında hastalarla iletişim faaliyetine ayrılan zaman % 6 oranında ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Ekici ve Gürçay (2013) farklı birimlerde yapmış oldukları çalışmasında hastayla iletişim faaliyetine hemşirelerin ayırdıkları zaman ise %2-9 arasındadır. Bu durumun psikiyatride hasta ile iletişim faaliyetinin kapsamının daha detaylı ve terapötik ortamın önemli unsuru olması ve diğer birimlere oranla yapılan terapi ve toplantıların tedavi şekli olduğundan kaynaklandığı düşünülebilir.

İletişim faaliyetleri, hastalarla birlikte yapılan meşguliyet terapileri ve hastayla yapılan etkileşim toplantıları terapötik ortamın vazgeçilmez unsurudur. Pitka`nen vd. (2010) çalışmasında meşguliyet terapileri, yaratıcı terapiler uygulanarak hastaların hobi edinmeleri sağlanmış, hastalar hemşirelerin kendilerine şans verdiklerini kendilerini işe yarar hissettiklerini ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada psikolojik sağlık ve bakım, aile ve diğer sosyal iletişim ile ilgili yapılan terapi, bireysel görüşme, grup toplantıları ve eğitimler sonrası hastalar, hemşirelerin günlük yaşamın daha çok içinde olmalarını sağlamak için cesaretlendirici olduklarını ve hastaların otonomilerini kullanma şansı vererek tedavilerinde söz sahibi olmalarına şans tanıdıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada hemşirelerin psikoterapötik uygulamalarını içeren iletişim ile ilgili faaliyetlerin tedavi edici ortamın vazgeçilmez bir unsuru olduğu ve hastanın sorumluluk almasını sağlama, benlik saygısını arttırma, iletişim yeteneklerinin arttırılması sosyal becerileri kullanabilme gibi hastayı psiko-sosyal yönden destekleyici uygulamalar olduğu düşünüldüğünde psikiyatrik hasta bakımında iletişim faaliyetinin önemli olduğu düşünülebilir.

Çalışmada hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden çalışma ve eğlence faaliyetlerine gündüz vardiyasında %1,93, akşam vardiyasında %1,26, gece vardiyasında %0,38 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Bu kategori hastaya bireysel sosyal aktivite programı oluşturma, hasta grubu ile oyun, gezi, aktivite

planlama ve planlanan aktivitelere katılma, hastayı izinli çıkarma ve izin planı yapma, hastaları uğraşıya yönlendirme/destekleme/yardım alt faaliyetlerini içermektedir.

İncelenen çalışmalarda çalışma ve eğlence faaliyetlerine ait spesifik verilere rastlanmamıştır.

Kamışlı ve Daştan (2008) çalışmasında psikiyatri servisinde hemşireler tarafından yürütülen grup uygulamalarının hastaların günlük yaşamlarına etkisi değerlendirilmiş, hastaların aktiviteler sayesinde bos vakitlerini değerlendirdiklerini, sorumluluk almaya başladıklarını, bilgi edindiklerini, el işi becerileri geliştirdiklerini, başkalarına yardım ettiklerini, kendilerini ev ortamında hissettiklerini dile getirdikleri saptanmıştır. Çalışma ve eğlence faaliyetlerinin hastanın tedavi sürecine katkıları düşünüldüğünde bu faaliyetin hemşireler tarafından daha fazla zaman harcanmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden uyku ve dinlenme faaliyetlerine gündüz vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları, akşam vardiyasında %0,5, gece vardiyasında %6,68 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Bu kategori sadece uyku hijyenini değerlendirme ve girişimde bulunma alt faaliyetini içermektedir.

Psikiyatride yapılan diğer iş örnekleme çalışmalarında uyku ile ilgili detaylı verilere rastlanmamaktadır. Psikiyatri hastaların gerek kullandığı ilaçların yan etkileri gerekse hastalık belirtileri nedeniyle uyku bozuklukları yaşadıkları söylenebilir. Klinikte hastaların uyku hijyeni açısından gündüz uyumamaları sağlanmakta ve gece uykularını alabilmeleri için öncelikli olarak uyku hijyeni açısından alternatif yöntemler yapılmakta ve yeterli olmadığı durumlarda ilaç uygulamaları yapılmaktadır. Bu nedenle çalışmada vardiyalar arasında gece vardiyasında uyku ve dinlenme ile ilgili faaliyetlere daha sık rastlanmaktadır.

Çalışmada hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden beslenme, hareket, boşaltım, bireysel-hijyen giyim faaliyetleri birlikte ele alınmıştır. Hemşirelerin beslenme faaliyetine gündüz vardiyasında %1,14, akşam vardiyasında %2,52, gece vardiyasında %2,67 oranında zaman ayırdıkları saptanmıştır.

Çalışmada hemşirelerin hareket faaliyetlerine gündüz vardiyasında %0,29 akşam vardiyasında % 0,13 oranında zaman ayırdıkları, gece vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları tespit edilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin boşaltım faaliyetlerine gündüz vardiyasında %0,71, akşam vardiyasında %1,26, gece vardiyasında %1,15 oranında zaman ayırdıkları saptanmıştır.

Çalışmada hemşirelerin bireysel hijyen-giyim faaliyetlerine gündüz vardiyasında %0,29, akşam vardiyasında %0,25 ve gece vardiyasında %0,57 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Psikiyatride yapılan iş örnekleme çalışmalarında bu faaliyetlerle ilgili detaylı verilere rastlanmamaktadır.

Diğer birimlerde yapılan çalışmalara baktığımızda Chaboyer vd. (2008) çalışmasında hemşireler hijyen faaliyetine % 5,3, beslenme ve boşaltım faaliyetlerine %3,2 ve hareket faaliyetine %2,3 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Psikiyatride dezorganize olan veya hastalık sıkıntıları nedeni ile bireysel bakımını sürdürmekte zorlanan hasta gruplarına sık rastlanmaktadır. Hastalar zaman zaman hijyen, beslenme, hareket, boşaltım gibi günlük yaşam aktivitelerinde hemşireye bağımlı kalmaktadırlar.

Psikiyatri hastalarının bağımlılık düzeylerini belirleyen çalışmalara rastlanmaması ve çalışmalarda var olan yan ya da kullanılan hasta sınıflandırma sistemlerinin birebir psikiyatri hastalarının düzeylerini belirlemede yetersiz kalması ve çalışmanın dönemsel olması nedeniyle çalışmada bağımlılık düzeyleri belirlenmemiş ve ne kadar olduğu tespit edilememiştir. Yaptığımız çalışmada hemşirelerin beslenme, hareket, boşaltım, bireysel-hijyen giyim faaliyetlere daha az sıklıkta zaman ayrılması düşündürücüdür. Hemşirelik bakımının önemli boyutlarından olan bu faaliyetler klinikte eğitimli olmayan sağlık dışı yardımcı personel tarafından yürütülmektedir. Hemşirelerin yardımcı personeli klinikte etkili destek faktörü olarak kullandığı düşünülebilir.

Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden ölüm ve solunum faaliyetlerine hiçbir vardiyada zaman ayırmadıkları görülmüştür. Bu faaliyetlere hiç zaman ayrılmaması çalışmanın dönemsel olması ve o dönemde yatan hastaların solunum sıkıntılarının olmadığı ve ölüm gerçekleşmemesinden kaynaklanmaktadır.

Psikiyatri kliniğinde servisinde çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı

Çalışmada dolaylı hemşirelik faaliyetleri bakımın koordinasyonu; bakımın planlaması, bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları, tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalar ve dokümantasyon/kayıt olmak üzere 4 ana başlık altında incelenmiştir.

Çalışmada hemşireler zamanlarının gündüz vardiyasında %32'sini, akşam vardiyasında %38'ini gece vardiyasında ise %32'sini dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayırdıkları belirlenmiştir.

Antinaho vd. (2015) kendi kendine raporlama yöntemiyle yapılan çalışmasında psikiyatri kliniğinde dolaylı hemşirelik uygulamaları indiret bakım, indirekt uygulamalar ve hasta dökümantasyonu olmak üzere 3 ayrı başlıkta incelenmiş sırasıyla %20, %4, %11 oranında hemşireler bu uygulamalara vakit ayırmıştır. Hemşirelerin dolaylı bakım uygulamalarına ayırdıkları zaman %35'dir.

Wolff vd. (2015) kendi kendine raporlama yöntemiyle yapılan çalışmasında indirekt bakım başlığı altında incelenen hemşirelik dolaylı bakım faaliyetlerine ayrılan süre %35,89 oranındadır.

Antinaho vd. (2015) ve Wolf vd. (2015) çalışmalarına göre çalışmamızda dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayrılan zamanın benzer olduğu söylenebilir.

Diğer birimlerde yapılan iş örnekleme çalışmalarına bakıldığında yurt içinde Ekici ve Gürçay'ın (2016) özel bir hastaneden genel cerrahi, acil servis, nöroloji kliniği ve kadın doğum olmak üzere toplam 8 birimde yapmış oldukları çalışmasında toplamda hemşirelerin gündüz vardiyasında ayırdıkları oran %20 akşam vardiyasında ise %22'dir. Çalışmamıza oranla dolaylı faaliyetlere ayrılan zamanın daha az tespit edilmesinin sebebi doğrudan hemşirelik faaliyetlerine ayrılan sürenin %44-46 oranında olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ekici ve Gürçay (2013) özel bir

hastanenin farklı birimlerinde yaptıkları çalışmada gündüz vardiyasında hemşirelerin zamanlarının % 20'sini dolaylı hasta bakım faaliyetlerine ayırdıkları tespit edilmiştir ve çalışmamıza göre bu oran daha düşüktür. Bunun nedeni olarak Ekici ve Gürçay (2013) doğrudan hasta bakım faaliyetlerine ayrılan zamanın (%46) daha fazla olması gösterilebilir.

Garcia and Fugulin (2010) acil serviste yapmış oldukları çalışmada hemşireler zamanlarının % 35'ini dolaylı bakım faaliyetlerine ayırdıkları saptanmıştır. Bu oran çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Williams vd. (2009) nörolojik rehabilitasyon ünitesinde 12 saatlik iki vardiyada gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayırdıkları süre gündüz vardiyasında %26, akşam vardiyasında %23'dür. Çalışmamıza oranla dolaylı bakım faaliyetine ayrılan zamanın Williams vd. (2009) çalışmada gündüz vardiyasında doğrudan hemşirelik faaliyetine %51 oranında ve akşam vardiyasında kişisel zamana %27 oranında ve doğrudan hemşirelik faaliyetine %37 oranında zaman ayrılması faaliyetlerin bu kategorilere dağılması olarak düşünülebilir.

Douglas vd. (2013) pediatri yoğun bakım servisinde yaptığı çalışmalarında ise bir hemşireler zamanlarının toplamda % 24'ünü dolaylı hemşirelik faaliyetlerine(bakım koordinasyonu dolaylı hasta bakım faaliyetleri) ayırdıkları tespit edilmiştir. Çalışmada %52'sini direkt hasta bakımına ayırmaları bu oranın çalışmamıza oranla daha az olmasına sebep gösterilebilir.

Dellefield vd. (2012) hemşirelik bakım evinde yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayırdıkları süre %59 oranındadır. Çalışmamıza oranla bu oran daha yüksektir. Çalışmada doğrudan hemşirelik faaliyetlerine ayrılan sürenin daha az olması (%31) ve birimle ilgili faaliyetlere ait kategorinin olmaması ve birim ile ilgili faaliyetlerin hangi kategori altında değerlendirildiğinin bilinmiyor olması çalışmada dolaylı hemşirelik faaliyetlerine ayrılan zamanın daha fazla çıkmasını etkilediği söylenebilir.

Açıklanan sonuçlar farklı birimlerde yapılmıştır. Birimler arası farklar ve dinamikler göz önünde alındığında farklı sonuçların çıkması beklenebilir. Birimin

özelliğine göre dolaylı hemşirelik faaliyeti olsa bile bazı uygulamalar daha önem kazanabilir ve daha sık oranda gerçekleştirilebilir.

Çalışmada hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; bakımın planlaması faaliyetlerine zamanlarının gündüz vardiyasında %0,36'sını ve akşam vardiyasında %0,25'ini ayırdıkları, gece vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları tespit edilmiştir.

Bu kategori bilekliği olmayan hastayı ilgili personele bildirme /takılmasını sağlama, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yapması ve sürdürmesi için yardımcı personel ile planlama yapma, risk durumuna göre değerlendirilen hastaların takibi için ekip/yardımcı personel ile planlama yapma ve takibini sağlama, tetkik/girişimsel işlemler için servis dışına çıkacak hastaları değerlendirme ve güvenli olarak servise gelip gitmesini sağlama, hastaya destek olacak kaynak ve disiplinleri (sosyal hizmet görevlisi, dernek, bakımevi, bakıcı/gönüllü bireyler vb.)belirleyerek hastanın görüşmesini sağlama ve koordinasyon, yasaklı eşyaları kullanırken (parfüm, oje, jilet vb.) ve hasta aktiviteleri sırasında hastanın yardımcı personel tarafından gözetim altında tutulmasını sağlama, kısmi kısıtlaması olan hastaları ekibe bildirme ve takibinin sağlama, hasta tespiti için ekibi organize etme, hastanın kabul, taburculuk, kurum içine ve dışına transferi sırasında yardımcı personelin organizasyonu alt faaliyetlerini içermektedir.

Bakımın koordinasyonu; bakımın planlaması faaliyetlerinin gündüz ve akşam vardiyalarında (%1) gözlenip gece vardiyasında rastlanmaması klinikte yardımcı personelin deneyimli ve eğitilmiş olmasından, kliniğin yardımcı personel iş tanımında tanımlanan görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirmesi ve bu konu ile ilgili bir sistemin olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Antinaho vd. (2015) çalışmasında uygulamalar için bakım ekibini çağırma (%0,2) ve taburculuktaki bakım için organizasyonun sağlanması (%0,8) faaliyetleri çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Williams vd. (2009) nörolojik rehabilitasyon ünitesinde gerçekleştirdiği çalışmasında dolaylı hemşirelik faaliyetleri kategorisinde yer alan hazırlık (tedavilere,

tetik ve işlemlere vb.) alt faaliyetine hemşireler tarafında ayrılan süre %4,3 oranında ve çalışmamızdan daha fazla söylenebilir.

Gardner vd. (2010) Avustralya’da ülke genelinde belirli kriterleri karşılayan hemşirelerle yaptığı çalışmada bakımın koordinasyonu kategorisinde yer alan faaliyetlerden taburculuk faaliyetleri, hasta ile ilgili kaynakları kullanma faaliyetlerine ve hasta için kullanılan oda ve ekipmanları hazırlama faaliyetine toplamda %5,3 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiş ve bu oranın çalışmamıza göre daha fazla olduğu söylenebilir.

Açıklanan çalışmalar diğer birimlerde yapılan çalışmalardır. Bakım sağlamak kadar onu koordine etmek de hemşirelik faaliyetleri açısından önem taşıdığı düşünüldüğünde hemşirelerin bu faaliyete ayırdıkları zamanın diğer çalışmalara göre daha az olması düşündürücüdür. Buna neden olarak hemşirelerin deneyimli yardımcı personel ile çalıştığı ve bakım ile ilgili organizasyon faaliyetlerini yardımcı personele bıraktığı, organizasyondan çok sadece denetimini sağladığı söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin dolaylı hasta bakım faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları faaliyetlerine gündüz vardiyasında %16,23, akşam vardiyasında %12,47, gece vardiyasında %13,36 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Bu kategori vadiya teslimi alma/verme, sabah, akşam ve gece ekiple vizit yapma, multidisipliner hasta, vizitine katılma, bireysel aile görüşmesi, birebir hemşire-hekim hasta değerlendirmesi ve sıkıntılı durumlarda haberleşme, stajyer doktor/hemşire ile hastaya yönelik bilgi paylaşımı, özel diyeti olan hastalar için diyetisyenle görüşme, hasta ile ilgili (diğer birimler, doktor, aile) telefon görüşmeleri alt faaliyetlerini içermektedir.

Antinaho vd. (2015) çalışmasında hastanın bakımı için ekip üyeleri ile iletişim faaliyeti (%4), vizitler (%3) ve stajyer öğrenciler ile bilgi paylaşma faaliyeti (%3) çalışmamızdaki bazı alt kategorilerle benzerlik gösterdiği düşünülebilir. Toplamda BU faaliyetlere hemşireler tarafından ayrılan süre %10 oranındadır ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Kiekkas vd. (2005) anestezi sonrası bakım ünitesinde yapmış oldukları çalışmada diğer ekip üyeleri ile haberleşme kategorisinde bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları kategorisi ile benzerlik göstermekte ve hemşirelerin bu kategorideki aktivitelere gündüz vardiyasında %8,5 akşam vardiyasında %7,2 gece vardiyasında %5,9 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Çalışmanın verilerine bakıldığında psikiyatri servisinde ekip üyelerinin birbirleriyle hasta tanı, tedavi ve bakım sürecinde iletişiminin kuvvetli olduğu ve ekip üyelerinin her an ulaşılabilir olduğu olarak yorumlanabilir. Bununla birlikte sağlık kurumlarında ekip olarak çalışmanın amacı farklı alanlarda profesyonel bireylerin bir araya gelerek daha fazla bilgiyi kullanma olanağına sahip olmak ve hastanın (danışanın) talebini, en iyi şekilde karşılama olduğu düşünüldüğünde (Öğüt ve Kaya 2011) ekip içindeki profesyonellerin iletişiminin kuvvetli olması, doğru tanı ve tedavi süreçlerine ve hataların azaltılmasına olanak sağladığı söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin dolaylı hasta bakım faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları alt faaliyetlerinden vardiya teslimi alma-verme faaliyetine gündüz vardiyasında %10,44, akşam vardiyasında %9,57 ve gece vardiyasında %11,26 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Psikiyatride yapılan çalışmalarda spesifik olarak vardiya teslimi-alma verme faaliyeti verisine rastlanmamıştır.

Diğer alanlarda yapılan çalışmalarda bu oran %11,7, %8,79 olmakla birlikte belirgin farklılık yoktur (Chaboyer et al. 2008, Garcia and Fugulin 2010). Hasta güvenliğini tehdit eden ve hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren hataların içinde yer alan iletişim eksikliği göz önünde bulundurulduğunda (Cebeci vd. 2012) vardiya içerisinde bu faaliyete daha sık rastlanmasının pozitif bir çıktı olduğu söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin dolaylı hasta bakım faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları alt faaliyetlerinden birebir hemşire-hekim hasta değerlendirmesi ve sıkıntılı durumlarda haberleşme faaliyetine gündüz vardiyasında %1,14, akşam vardiyasında %1,01 ve gece vardiyasında %0,95 oranında zaman ayırdıkları saptanmıştır.

Antinaho vd. (2015) psikiyatri, cerrahi ve iç hastalıkları servisinde yapmış oldukları çalışmasında hemşirelerin hasta için ekip üyeleri ile haberleşme faaliyeti için ayırdıkları zamanın sırasıyla %4, %2, %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Douglas vd. (2013) erişkin, kardiyoloji, yenidoğan ve pediatrik yoğun bakım ünitesinde yapmış oldukları çalışmalarında hemşirelerin hekimle haberleşme faaliyeti için ayırdıkları zaman sırasıyla %3,01, %3,51, %1,67 ve %3,70 oranındadır. Yapılan çalışmalarda oranların yüksek olması faaliyetlerin birebir aynı olmaması ve diğer faaliyetler ile çakışması ve yapmış olduğumuz çalışmanın ayrıntılı faaliyet ve kategorilerinin olması olduğu söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin dolaylı hasta bakım faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları alt faaliyetlerinden sabah, akşam ve gece ekiple ziyaret yapma faaliyetine gündüz vardiyasında %1,43, akşam vardiyasında %0,88 ve gece vardiyasında %0,57 oranında zaman ayırmışlardır. Klinikte gece yapılan ziyaret hekimle ve yardımcı personel ile birlikte odaların dolaşarak uyumayan hastaların değerlendirilmesini içermektedir. Çalışmada yine hemşirelerin dolaylı hasta bakım faaliyetlerinden multidisipliner hasta vizitine katılma faaliyetine gündüz vardiyasında %5, akşam vardiyasında %0,3 zaman ayırdıkları ve gece vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları saptanmıştır. Bu iki faaliyetin aynı anda sunulmasının nedeni yapmış olduğumuz çalışmanın ayrıntılı faaliyet ve kategorilerinin olması ve yapılan diğer çalışmalarda tıbbi ziyaret faaliyetini karşılamasıdır.

Antinaho vd. (2015) psikiyatride yapmış olduğu çalışmasında hasta vizitlerine ayrılan süre %3 oranındadır ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Psikiyatri kliniğinde her gün sabah, akşam ve gece ekip ile ziyaret yapılmasının yanı sıra haftanın 3 günü multidisipliner hasta viziti yapılarak hastalar sık sık gözden geçirilmektedir. Klinikte multidisipliner toplantılarının sadece gündüz saatlerinde yapılması ara ara akşamın ilk saatlerine sarkıtılması bu faaliyete gece ve akşam vardiyasında rastlanmaması ya da daha az zaman ayrılmasının nedeni olabilir. Klinikte iş yükünün fazla olduğu dönemlerde (izin rapor alınan personelin olması, yıllık izin dönemleri, dışarıdan fazla sayıda gününbirlik EKT için yatışı yapılan hastanın olması) toplantılara sadece sorumlu hemşirenin katılması ve sorumlu hemşirenin

çalışma kapsamı dışında olması bu faaliyetleri etkilediği ve bu sebeplerin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülebilir.

Çalışmada hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden dokümantasyon/kayıt faaliyetlerine gündüz vardiyasında %9,22, akşam vardiyasında % 11,08, gece vardiyasında %11,26 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Bu faaliyetler hasta ile ilgili gözlem yazma ve düzenli aralıklarla gözlemleri revize etme, hastalar için hemşirelik bakım planı oluşturma ve revize etme/gözden geçirme, vardiya teslim notu yazma, hasta kayıtlarını (vaka notu, vizit notu vb.) inceleme alt faaliyetlerini içermektedir.

Antinaho vd. (2015) çalışmasında psikiyatri hemşirelerinin hasta dökümanlarına ayırdığı zaman % 11 oranında olup yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Diğer birimlerde yapılan çalışmalarda ise dökümantasyon faaliyetine ayrılan zaman daha düşük olmakla birlikte bu oran %9, %7, %6,74, %11,08'dir (Kiekkas et al. 2005, Gardner et al. 2010, Garcia and Fugulin 2010, Munyisia et al. 2011). Hemşirelik mesleği hasta bakımı yanında hastaya yapılan bakım hizmetlerinin kayıt edilmesi ve düzenlenmesi hizmetlerini de içermekle birlikte kayıt işinin fazladan iş yükü olarak görülmesi, iş yükü fazlalığı vb. nedenlerle hemşirelik hizmetlerinin kayıt edilmemesi, eksik veya yanlış kayıt edilmesi hemşirelik mesleğinin gelişmesi ve hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesinde önemli engel teşkil etmektedir(Omaç-Sönmez vd. 2014). Bu nedenle dökümantasyon faaliyetinin çalışmada yüksek bulunmasının pozitif bir anlam ifade ettiği söylenebilir. Aynı zamanda klinikte çalışan hemşirelerin hasta ile ilgili kayıtlarını düzenli tuttuğu ve hemşirelik sürecinde kayıt tutmanın önemini kavradığı düşünülebilir.

Çalışmada hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalar faaliyetlerine gündüz vardiyasında %6,22, akşam vardiyasında %14,11, gece vardiyasında %7,26 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Bu kategori girişimsel işlemler sırasında hastayı destekleme/yanında kalma, hastanın tetkik/laboratuvar bulgularının takibi, hastaların ilaçlarının temin edilmesi için gerekli birim veya kişilerle iletişime geçme, hasta ilaç order değişiklikleri ve biten ilaçlar ile ilgili doktor grubuyla iletişime geçme, hasta orderlarını alma(sözel/yazılı)ve ilaç kartlarını kontrol etme, ilaç tepsisini ve ilaçları hazırlama, klinik rutinde olmayan

hasta tanı ve tedavi uygulamaları/girişimsel işlemler için diğer birimlerden danışmanlık alma/araştırma yapma, hastaya ilaç uygulamaları dışında invaziv girişimlerde bulunma alt faaliyetlerini içermektedir.

Antinaho vd. (2015) çalışmasında kategoriler aynı olmamakla birlikte psikiyatri servisinde hemşirelerin tedaviye hazırlık faaliyetleri, muayeneye hazırlık ve tedavinin kontrolü faaliyetleri çalışmamızla benzerlik göstermekte ve hemşirelerin bu faaliyetlere ayırdıkları zaman sırasıyla %3, %1, %3'dür. Faaliyetlerin toplamı (%7) akşam vardiyası haricinde çalışmamızla benzerdir.

Munsiyia vd. (2011) çalışmasında ilaç yönetim kategorisi olarak geçen ve çalışmamızla benzer alt başlıkları içeren faaliyetlere hemşirelerin ayırdıkları zaman %9,3 oranında olup çalışmamızla benzer olduğu söylenebilir. Chaboyer vd. (2008) çalışmasında tedavi hazırlıkları kategorisi olarak geçen bu faaliyete hemşirelerin ayırdığı zaman %7,2 oranında olup çalışmamızla benzer olduğu söylenebilir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinin dağılımı

Çalışmada hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetleri araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu, sekreterlik işleri, eğitim, diğer faaliyetlerine (klinik kapısını açıp kapatma, amire sorun bildirim, klinik telefonuna bakma vb.) olmak üzere dört ana başlık altında incelenmiştir.

Çalışmada hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlere gündüz vardiyasında %11, akşam vardiyasında %8 ve gece vardiyasında %12 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Antinaho vd. (2015) psikiyatride yaptığı çalışmasında hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlere ayırdıkları zaman %18'dir.

Ekici ve Gürçay'ın (2016) özel bir hastaneden genel cerrahi, acil servis, nöroloji kliniği ve kadın doğum olmak üzere toplam 8 birimde yapmış oldukları çalışmada hemşireler gündüz vardiyasında %14'ünü akşam vardiyasında ise %10'unu klinik ile ilgili faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir. Ekici ve Gürçay (2013) özel bir

hastanenin farklı birimlerinde yaptıkları çalışmasında ise %14 oranında klinik faaliyetlere zaman ayırdıkları saptanmıştır.

Diğer birimlerde yapılan yurt dışı çalışmalarda bu oran sırasıyla %10, %12, %10 olmakla birlikte çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir (Williams et al. 2009, Garcia and Fugulin 2010, Gardner et al. 2010).

Açıklanan çalışmalar ve çalışmamızda hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlere ayırdıkları zamanın düşük olduğu söylenebilir. Ekici (2013) orta ve alt kademe yöneticilerin 8 saatlik vardiyasını nasıl kullandıkları önem taşıdığına eğer hemşireler zamanlarının %30-40'ını servis ile ilgili işlere ayırıyorsa burada yöneticilerin zamanlarının %30-40'ını kişisel işlere ayırdıkları düşünülebileceğini bildirmektedir. Açıkladığımız çalışmalara ve çalışmamıza baktığımızda bu oranın düşük olması klinikte yöneticinin zamanını etkili kullandığı düşünülebilir.

Hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden eğitim faaliyetlerine gündüz vardiyasında %4,07, akşam vardiyasında %0,68 gece vardiyasında %3,24 zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Çalışmada eğitim ile ilgili faaliyetler, kurum içinde düzenlenen eğitim/konferans/seminerlere katılma, kurum içi eğitim sunma, klinik hizmet içi eğitimlerine katılma, işe yeni başlayan hemşirenin kliniğe adaptasyonu, bilimsel çalışmalara destek verme, klinikte hastalarla yapılan toplantılara gözlemci olarak katılma ve sonrası toplantıyı yapan hemşireye geribildirim verme, vaka hazırlama /sunma alt faaliyetlerini içermektedir.

Çalışmada gündüz vardiyasında eğitim faaliyetleri kapsamında klinik hizmet içi eğitimlerine katılma (%1,72), klinikte hastalarla yapılan toplantılara gözlemci olarak katılma ve sonrası toplantıyı yapan hemşireye geribildirim verme (%1,22), vaka hazırlama/sunma (%0,57) ve kurum içinde eğitim/konferans/seminerlere katılma (%0,36) alt faaliyetlerine zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Akşam vardiyasında sadece %0,63 oranında işe yeni başlayan hemşirenin kliniğe adaptasyonu faaliyetine zaman ayrılmıştır. Gece vardiyasında ise %3,24 oranında eğitimlere zaman ayıran hemşirelerin işe yeni başlayan hemşirenin kliniğe adaptasyonu (%2,48) ve vaka hazırlama/sunma (%0,57) alt faaliyetlerini yaptıkları belirlenmiştir.

Vardiyalar arasındaki bu farklılık kliniğin işleyiş ve düzeninden kaynaklanmaktadır. Bazı faaliyetler belirli vardiyalarda yapılmaktadır. Hizmet içi eğitim faaliyetleri, vaka toplantılarının sunumu ve hasta toplantılarının yapılıp geri bildirim verilmesi sadece gündüz vardiyasında yapılmaktadır. Bu nedenle diğer vardiya saatlerinde bu etkinliği rastlanmamaktadır. Aynı zamanda işe yeni başlayan hemşirenin oryantasyonu her vardiyada yapıldığı ancak gece vardiyasında daha fazla yapıldığı görülmektedir. Bunun nedeni gece vardiyasında rutinde tek hemşire çalışmakta ve oryantasyon sürecinde işe yeni başlayan hemşire eşlikçi olarak kalmaktadır. İş yoğunluğu nedeniyle diğer vardiyalarda yeni başlayan hemşirenin oryantasyon süreci ile ilgili eksik kalan bilgiler bu vardiyada tamamlanmasından kaynaklanmaktadır. Maliyetin düşürülmesi, hasta ve çalışan güvenliği tedbirleri açısından işe alınan personelin oryantasyon eğitimine ayrı bir önem verilmesi kaçınılmazdır (Pınar vd. 2010). Çalışma yapılan psikiyatri kliniğinde işe yeni başlayan hemşirenin oryantasyon süreci boyunca danışmanlık alabileceği rehber konumunda daha deneyimli bir hemşire belirlenmekte ve bu süreci birebir tamamlamaktadırlar. Diğer hemşireler de yeni başlayan hemşireye çalıştıkları vardiyada rehberlik ve danışmanlık etmekle görevlidir.

Antinaho vd. (2015) psikiyatride yaptığı çalışmasında işe yeni başlayan hemşire oryantasyonuna %0,1, servis içi eğitimler %9, supervizyon alma faaliyetine %0,1, klinik toplantılarına %0,3 oranında zaman ayırdığı toplamda eğitim faaliyetlerine ayrılan sürenin %9,4 olduğu tespit edilmiştir. Bu oranın çalışmamıza göre daha fazla olduğu söylenebilir. Bu farklılığın Antinaho vd. 2015 çalışmasında servis içi eğitim faaliyet oranının yüksek olması olduğu söylenebilir. Hemşirelerin işi ile ilgili bilgi ve beceri kazanması, kazanılan bilgilerin yeni başlayan hemşire aktarılması ve değişimleri yakalamak için klinik ve kurum için eğitim, seminer, konferanslara katılma, supervizyon alma ve verme önemli teşkil etmektedir (Özkul-Özel vd. 2012). Klinikte ise her sene yapılacak olan hizmet içi eğitimler sorumlu hemşire tarafından klinikteki hemşirelerinde istekleri göz ardı edilmeden her sene başı planlanmakta ve uygulanmaktadır. Yapılan toplantılar, görüşmeler ve eğitimler sonrası hemşirelere grup halinde geri bildirimler verilmekte ve kariyer gelişimine katkıda bulunmaktadır. Tüm bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda diğer psikiyatri

servislerine göre çalışmamızda eğitim faaliyetlerinin özellikle klinik hizmet içi eğitime ayrılan sürenin düşündürücü olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden sekreterlik işleri faaliyetlerine gündüz vardiyasında %3,15, akşam vardiyasında %4,41, gece vardiyasında %5,34 zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Klinik ile ilgili faaliyetlerinden sekreterlik işleri günlük/haftalık olarak hastaya kullanılacak formları hazırlama, gerekli durumlarda (ilaç hataları, izinden dönmeme, intihar, şiddet vb.) uygun olan formları doldurma, klinik işleyişi bozan sorunlar ile ilgili telefon görüşmeleri, hastaya uygulanan hemşirelik girişimlerinin maliyetlendirilmesi için bilgisayara kaydını yapma, hemşire çalışma ve iş paylaşım listesi hazırlama alt faaliyetlerini içermektedir.

Çalışmada hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerin genelinde vardiyalara göre %11, %8, %12 oranında zaman ayırdığı göz önüne alındığında sekreterlik işlerinin klinik ile faaliyetlerin özellikle gece vardiyada büyük bölümünü oluşturduğu söylenebilir.

Klinikte hemşireler hasta ile ilgili ilaç hataları, izinden dönmeme, intihar, şiddet gibi bildirim zorunlu kayıtları birden fazla forma eş zamanlı olarak kaydetmek durumundadır. Aynı zamanda işe gelmeme vb nedenlerle personel sıkıntısı yaşanmakta, teknik arıza gibi durumlarda ilgili birimlerle iletişime geçmek zorunda kalmakta, hekim uygulamalarının maliyetlendirme veri girişini klinik sekreteri yaparken hemşirelik girişimlerinin maliyetlendirme veri girişini hemşire yapmaktadır. Hasta kayıtlarını oluşturan bazı formlar tekrar tekrar elle doldurulmak zorunda kalmakta, bilgisayarlı hasta kayıt sistemi ile entegrasyonu sağlanmadığı için ek iş yükü oluşturmaktadır. Bu nedenlerle hemşirenin iş yükünün arttığı ve hastayla geçireceği zamanın azaldığı düşünülebilir. Hastayla geçirilen zaman hasta bakım kalitesini doğrudan etkilediği düşünüldüğünde (Bal 2014) sekreterlik işlerinin bilgisayarlı hasta kayıt sistemi ile entegrasyonu gibi çözümlerle hemşirenin doğrudan bakım faaliyetlerine daha fazla zaman harcanmasının sağlanmasının önemli olduğu söylenebilir.

Antinaho vd. (2015) psikiyatride yaptığı çalışmasında diğer dökümanlar olarak % 1 oranında zaman ayrılan faaliyet çalışmamızdaki sekreterlik alt faaliyetleri ile benzerlik gösterdiği düşünüldüğünde çalışmamıza göre oranı daha azdır. Çalışmada

psikiyatri kliniğinde sekreterlik faaliyetleri ile bilgiler yer almamaktadır. Bu nedenle bu oranın daha düşük çıkmasının kesin olmamakla birlikte klinikte bu işi yapan hemşire harici kişilerin olduğu veya elektronik ortamın etkin ve verimli kullanıldığı düşünülebilir.

Çalışmada hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu faaliyetlerine gündüz vardiyasında %2, akşam vardiyasında %2,27, gece vardiyasında %0,38 zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Çalışmada araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu faaliyetleri, klinik günlük malzeme kontrolü, klinikte eksik malzemeleri temin etme, klinik deposunda malzeme sayımı, klinik deposundan temin edilen malzemeleri yerleştirme, hasta ilaçlarını teslim alma ve barkodlayarak kilitli dolaba kaldırma, klinikte tespit odasının hazır bulundurulmasını sağlama, klinikte hastalara kullanılacak malzemelerin dezenfeksiyonu/sterilizasyonunu sağlama, rutin temizlik haricinde klinik içinde kirlenen yerlerin temizliğini sağlama, taburcu olan hastayı personele ileterek oda temizliğini sağlama, hastaların bireysel ihtiyaçları (emanet dolabındaki parfüm, saç kurutma makinası vb., mp3 çalar ya da radyolarının sarj edilemesini sağlama vb.) için kullanılacağı malzemeleri temin etme, eğitim/toplantı/aktiviteler için uygun ortamın sağlanarak kullanılacak malzemeleri temin etme, klinik içerisindeki oda (EKT, ilaç uygulama odası), dolap(emanet, ilaç)ve panoları düzenleme/hazırlama, gerekli durumlar (güvenlik, temizlik, kanların laboratuvara gönderilmesi vb.) klinik dışından personel temin etme, klinikte çalışan destek hizmet personelinin eğitimi/oryantasyonu alt faaliyetlerini içermektedir.

Çalışmada klinikte bu oranların vardiyalara göre değişiklik göstermesinin sebebi servis içi malzeme kontrolünün ve odaların düzeninin sağlanması gibi faaliyetlerin daha çok gün içinde gerekli olduğu ve yapıldığı, geceleri hastaların hastalık belirtileri nedeniyle uyumasının sağlanmasının ve bu nedenle fiziki ortam kullanımının kısıtlı olduğundan kaynaklandığı söylenebilir.

Antinaho vd. (2015) psikiyatrideki çalışmasında faaliyetler birebir aynı olmasa diğer birimlerle işbirliği faaliyeti (%0,5) klinik ile ilgili faaliyetler başlığı içinde yer almış, çalışmamızdaki diğer verilere rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızla kıyaslama yapılamayabileceği söylenebilir.

Williams vd. (2009) nörolojik rehabilitasyon ünitesinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetleri temizlik, yazı işleri, iletişim ve klinik bakım onarım olarak kategorize edilmiştir. Klinik bakım onarım faaliyetleri içerisinde malzeme sayımı, malzemelerin kontrolü, depo stoğu ile işlemler yer almakta ve hemşirelerin bu faaliyetlere ayırdığı zaman %0,7 oranındadır. Temizlik faaliyetleri çalışmamızla benzer olarak malzeme dezenfeksiyonu/sterilizasyonunun sağlanması, kirli olan yerlerin temizlenmesi, odaların temizliğini ve düzenini sağlama vb. faaliyetleri içermekte ve hemşirelerin ayırdıkları zaman % 4,4'dür. Bu ilgili alt faaliyet türüne ayırdıkları zaman toplamda %5,1 oranındadır. Bu oran çalışmamıza göre daha fazladır. Bunun nedeni psikiyatri kliniğinde malzeme ve servis temizlik faaliyetlerinin yardımcı personel ve temizlik personeli tarafından yapılması ve personelin bu konuda eğitilmiş olmasından ve işini iyi bildiğinden kaynaklanmaktadır. Aynı zamanda malzeme stok ve sayımının sorumlu hemşire tarafından yapılması sadece günlük kontrollerin klinik hemşireler tarafından yapılması bu oranın düşük çıkmasına sebep olarak gösterilebilir.

Klinik ile ilgili faaliyetlerin ve aksaklıkların sorumlu hemşire sorumluluğunda olduğu düşünüldüğünde çalışmada klinikte hemşirelerin bu faaliyetleri ayırdıkları zamanın az olmasının hemşirelik iş yükü açısından ve diğer hasta bakım faaliyetlerine ayrılan zamanın daha fazla olması gerektiğinden düşük çıkması olumlu bir çıktı olarak düşünülebilir.

Çalışmada hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden diğer faaliyetlere gündüz vardiyasında %1,79, akşam vardiyasında %1,26, gece vardiyasında %2,48 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmişti. Bu faaliyetler; klinikte sağlık ekibi ile etkileşim toplantısına katılma, klinikte amire genel sorun bildirimini, kliniğe ziyaretçi kabul etme, refakatçi oryantasyonu, kliniğin güvenliğini sağlamak için gerekli önlemleri alma, klinik içinde gerekli durumlarda hastanın odasını değiştirme, dış kapıyı açma /kapatma, klinik telefonuna bakma, süpervizör denetimi, kermes organizasyonudur.

Çalışmada gündüz vardiyasında klinikte ekip ile etkileşim toplantısına katılma, kliniğe ziyaretçi kabul etme faaliyetine, akşam vardiyasında süpervizör denetimi, klinikte sağlık ekibi ile etkileşim toplantısına katılma ve refakatçi oryantasyonuna,

gece vardiyasında ise süpervizör denetimine en fazla zamanın ayrıldığı tespit edilmiştir.

İncelenen çalışmalarda yukarıda bahsedilen alt başlıklardan sadece ekip ile etkileşim toplantısına katılma alt faaliyetine benzer faaliyetlere rastlanmış diğer alt faaliyetler ile ilgili verilere rastlanmamıştır.

Çalışmamızda klinikte ekip ile etkileşim toplantısına katılma faaliyetine ayrılma zaman gündüz vardiyasında % 0,29 ve akşamda %0,5 oranında olmakla birlikte gece bu faaliyete rastlanmamaktadır.

Antinaho vd. (2015) psikiyatrideki çalışmasında ekip toplantısına ayrılan zaman %0,8 oranında ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Chaboyer vd. (2008) çalışmasında klinik ile ilgili faaliyetler kategorisi altında yer alan toplantılara hemşirelerin ayırdığı zaman %0,9 oranındadır ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bu ve benzeri toplantılara birimlerde yer verilmesi çalışılan birimlerde klinik ile ilgili sorun toplantılarının ve ekip etkileşim toplantılarının ekip anlayışını ve ekip üyeleri arasındaki iletişimi güçlendirdiği bununla birlikte karşılaşılan problemlerin çözümünü hızlandırdığı söylenebilir. Aynı zamanda tüm ekip üyelerinin ve fikirlerinin değerli olduğu duygusu algısı yaratarak motivasyonu artırıcı bir faktör olduğu düşünülebilir.

Çalışmada diğer faaliyetlerden ziyaretçi kabulü psikiyatride sadece gündüz saatlerinde hemşireler, yardımcı personel ve güvenlik ile birlikte yürütülmektedir. Ziyaretçiler kliniğe kabul edilirken kapıda hastalara getirdikleri eşyalar detaylı bir şekilde kontrol edilmektedir. Görüş izni olmayan hasta yakınlarına açıklamalar hemşireler tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle klinikte ziyaretçilerin organizasyonunun hastaya destek faktörü olmasının yanı sıra klinikte fizik ortamın güvenliği ve dolayısıyla hasta güvenliği açısından önemli bir unsur olduğu ve bu faaliyetin klinikte organize şekilde yürütülmesinin öneminin büyük olduğu düşünülebilir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kişisel faaliyetlerinin dağılımı

Çalışmada hemşireler zamanlarının gündüz vardiyasında %18'ini, akşam vardiyasında %15'ini ve gece vardiyasında ise %23'ünü kişisel faaliyetlere ayırdıkları belirlenmiştir. Kişisel faaliyetler kıyafet değişimi, yemek yeme, telefonla bireysel görüşme yapma, lavaboya gitme, dinlenme (sohbet vb.), çay /sigara içme, klinikten kişisel işler için ayrılma ve diğer (internet kullanımı, kitap okuma vb.)alt faaliyetleri içermektedir.

Ançer (1996) çalışmasında kayıp zaman olarak ifade edilen ve hemşirelerin %40,9 oranında zaman ayırdıkları kişisel faaliyetler ve çalışmamıza oranla fazladır. Ançer (1996) çalışmasında kayıp zaman oranı olarak değerlendirdiği bu faaliyetleri fazla bulmuştur. Hemşirelerin bu faaliyetlere ayırdıkları zaman içerisinde ara verip hasta bakımında gerçekleştirdiği tespit etmiş ve hemşirelerin mola zamanlarını etkin ve kesintisiz kullanmasının yanı sıra dinlenme sürelerinin uzamaması için denetim mekanizmaları önermiştir. Dinlenme sürelerinin denetime tabi tutulmasının olumlu katkı sağlayabileceği düşünülebilir ancak mola sürelerinin etkin ve kesintisiz kullanımının psikiyatride yatan hastaların büyük çoğunluğunun hastalık belirtileri nedeniyle otokontrollerini ekip desteği ile sağlayabildikleri ve bu nedenle akut, kriz durumlarının yaşanma olasılığı açısından riskli bir birim olduğu düşünüldüğünde yemek yeme, dinlenme vb. aktivitelerde molaları kesintisiz ve etkin kullanımının olası olmadığı düşünülebilir.

Antinaho vd. (2015) psikiyatride yaptığı çalışmada kişisel faaliyetlere ayrılan zaman %8 oranında ve çalışmamıza oranla daha düşüktür. Çalışmamızda yüksek çıkmasının nedeni kategorilerin alt kategorilerinin farklılık göstermesi gıda tedarik etme, klinik dışında arkadaşını ziyarete gitme gibi bazı aktivitelerin Antinaho vd. (2015) çalışmasında farklı kategori altında değerlendirilmesi olduğu söylenebilir. Bununla birlikte literatürde çalışan zamanın %18-23 arasında kişisel işlere harcanması gerektiği; bu oranlardan daha fazla kişisel işlere ayrılan zamanın etkili ve verimli çalışmayı düşürdüğü belirtilmektedir (Ekici 2013). Bu nedenle hemşirelerin kişisel faaliyetlere ayırdıkları sürenin çalışmamızda %15-23 arasında olmasının etkili ve verimli çalışma açısından olumsuzluk yaratmadığı düşünülebilir.

Diğer birimlerde yapılan yurt içi çalışmalara baktığımızda Ekici ve Gürçay'ın (2016) özel bir hastaneden genel cerrahi, acil servis, nöroloji kliniği ve kadın doğum olmak üzere toplam 8 birimde iki vardiyada yapmış oldukları çalışmasında toplamda hemşirelerin kişisel faaliyetlere ayırdıkları zaman gündüz vardiyasında %20 ve akşam vardiyasında %24 oranındadır ve çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Yine Ekici ve Gürçay (2013) özel bir hastanenin farklı birimlerinde yaptıkları çalışmasında gündüz vardiyasında hemşirelerin zamanlarının %20'sini kişisel faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir. Ekici ve Gürçay (2013) elde ettiği sonuçlar çalışmamızla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Diğer birimlerde yapılan yurt dışı çalışmalardan Kiekkas vd. (2005) anestezi yoğun bakımda yapmış oldukları çalışmalarında hemşirelerin kişisel faaliyetlere ayırdıkları süre % 18,8 oranında, Hobgood vd. (2005) acil serviste yapmış oldukları çalışmasında %19,1 oranında, Williams' ın (2006) nörolojik rehabilitasyon ünitesinde yapmış olduğu çalışmada %19 oranında ve Garcia and Fugulin (2010) acil serviste yapmış oldukları çalışmasında %18 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir. Tüm bu birimlerde yapılan çalışma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermekte olduğu söylenebilir. Bununla birlikte iş kanuna göre haftada 45 saat ve üzerinde çalışanların dinlenme süreleri belirlenmiştir (Demir ve Yücesoy 2011). Ekici (2013) belirttiğine göre hemşireler haftada 40 saat çalışırken; çalışma saatlerinin %15-20 arasında kişisel faaliyetlere ayırabileceği düşünülmektedir. Çalışmaya baktığımızda hemşireler vardiyalarda %15-23 arasında kişisel faaliyetlere zaman ayırmaları etkili ve verimli çalıştıkları söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere faaliyetlerinin genel dağılımı

- Çalışmada gündüz, akşam ve gece vardiyası olmak üzere toplam 2717 gözlem yapılmıştır. 8-16 vardiyasında 1399; 16-24 vardiyasında 794 ve 24-08 vardiyasında 524 hemşirelik faaliyeti gözlemlenmiştir.
- Gündüz vardiyasında hemşireler zamanlarının %39'unu doğrudan hasta bakım faaliyetlerine, % 32'sini dolaylı hemşirelik uygulamalarına, % 18'ini kişisel faaliyetlerine ve %11'ini klinikle ilgili faaliyetlere ayırmaktadırlar.
- Akşam vardiyasında (16-24) yapılan gözlemlere göre hemşireler çalışma sürelerinin %39'unu doğrudan hemşirelik faaliyetlerine, %38'ini dolaylı hemşirelik faaliyetlerine %15'ini klinikle ilgili faaliyetlere ve %8'ini kişisel faaliyetlere ayırdıkları belirlenmiştir.
- Gece vardiyasında (24-08) hemşirelerin çalışma sürelerinin %33'ünü doğrudan hemşirelik faaliyetlerine, %32'sini dolaylı hemşirelik faaliyetlerine, %12'sini klinikle ilgili faaliyetlere ve %23'ünü kişisel faaliyetlere ayırdıkları belirlenmiştir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı

- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden hasta kabulü, nakil ve taburculuk faaliyetlerine gündüz vardiyasında %7,08, akşam vardiyasında %1,13, gece vardiyasında %0,76 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden fiziksel değerlendirme faaliyetlerine zamanlarının gündüz vardiyasında %6'sını, akşam vardiyasında %8,06'sını, gece vardiyasında %5,73'ünü ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi faaliyetlerine gündüz vardiyasında %3, akşam

vardiyasında %5,16, gece vardiyasında %9,16 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden tedavi ve bakım uygulamaları faaliyetlerine gündüz vardiyasında %10,36, akşam vardiyasında %11,8, gece vardiyasında %5,34 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden iletişim faaliyetlerine gündüz vardiyasında %8,08, akşam vardiyasında %7,43, gece vardiyasında %0,95 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden solunum faaliyetlerine hiçbir vardiyada zaman ayırmadıkları saptanmıştır.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden beslenme faaliyetlerine gündüz vardiyasında %1,14, akşam vardiyasında %2,52, gece vardiyasında %2,67 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden hareket faaliyetlerine gündüz vardiyasında %0,29, akşam vardiyasında % 0,13 oranında zaman ayırdıkları, gece vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları saptanmıştır.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden boşaltım faaliyetlerine gündüz vardiyasında %0,71, akşam vardiyasında %1,26, gece vardiyasında % 1,15 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden bireysel hijyen-giyim faaliyetlerine gündüz vardiyasında %0,29, akşam vardiyasında %0,25 ve gece vardiyasında %0,57 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden çalışma ve eğlence faaliyetlerine gündüz vardiyasında %1,93, akşam vardiyasında %1,26, gece vardiyasında %0,38 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden uyku ve dinlenme faaliyetlerine gündüz vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları, akşam vardiyasında %0,5, gece vardiyasında %6,68 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden ölüm faaliyetlerine hiçbir vardiyada zaman ayırmadıkları saptanmıştır.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin dağılımı

- Hemşirelerin dolaylı hemşirelik faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; bakımın planlaması faaliyetlerine zamanlarının gündüz vardiyasında %0,36'sını ve akşam vardiyasında %0,25'ini ayırdıkları, gece vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden bakımın koordinasyonu; ekip toplantıları faaliyetlerine gündüz vardiyasında %16,23, akşam vardiyasında %12,47, gece vardiyasında %13,36 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden tanı ve tedaviye yardımcı Uygulamalar faaliyetlerine gündüz vardiyasında %6,22, akşam vardiyasında %14,11, gece vardiyasında %7,26 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin doğrudan hemşirelik faaliyetlerinden dokümantasyon/kayıt faaliyetlerine gündüz vardiyasında %9,22, akşam vardiyasında % 11,08, gece vardiyasında %11,26 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinin dağılımı

- Hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden araç-gereç malzeme ve yardımcı personel organizasyonu faaliyetlerine gündüz vardiyasında %2, akşam vardiyasında %2,27, gece vardiyasında %0,38 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden sekreterlik işleri faaliyetlerine gündüz vardiyasında %3,15, akşam vardiyasında %4,41, gece vardiyasında %5,34 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden eğitim faaliyetlerine gündüz vardiyasında %4,07, akşam vardiyasında %,0,68 gece vardiyasında %3,24 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin klinik ile ilgili faaliyetlerinden diğer faaliyetlere (klinik kapısını açıp kapatma, amire sorun bildirimini, klinik telefonuna bakma vb.) gündüz

vardiyasında %1,79, akşam vardiyasında %1,26, gece vardiyasında %2,48 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kişisel faaliyetlerinin dağılımı

- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden kıyafet değişimi faaliyetine gündüz ve akşam vardiyasında %0,1 oranında vakit ayırdıkları gece vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden yemek yeme faaliyetine gündüz vardiyasında %4,6 oranında, akşam vardiyasında %1,9 oranında, gece vardiyasında %2 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden telefonla bireysel görüşme yapma faaliyetine gündüz vardiyasında %0,8 oranında, akşam vardiyasında %1,3 oranında, gece vardiyasında %2 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden lavaboya gitme faaliyetine gündüz vardiyasında %1,7 oranında, akşam vardiyasında %1,1 oranında, gece vardiyasında %1 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden dinlenme faaliyetine gündüz vardiyasında %4,1 oranında, akşam vardiyasında %1,9 oranında, gece vardiyasında %14 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden çay/sigara içme faaliyetine gündüz vardiyasında %2 oranında, akşam vardiyasında %6 oranında, gece vardiyasında %2 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden klinikten kişisel işler için ayrılma gündüz vardiyasında %3,7 oranında, akşam vardiyasında %2,1 oranında vakit ayırdıkları gece vardiyasında hiç zaman ayırmadıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin kişisel faaliyetlerinden diğer (internet kullanımı, kitap okuma vb.) faaliyetine gündüz vardiyasında %1,5 oranında, akşam vardiyasında %0,3 oranında, gece vardiyasında %2 oranında zaman ayırdıkları tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırma sonucuna göre öneriler aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Araştırmanın sonuçları yurt dışı ve yurt içinde yapılan psikiyatri ve diğer alanlarda yapılan doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin toplamı ile benzerlik göstermektedir. Ancak doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetlerinin oranlarının değiştiği, araştırmamızda doğrudan ve dolaylı hemşirelik faaliyetleri arasında belirgin bir zaman farkının olmadığı tespit edilmiştir. Kaliteli bakım sunumunda hemşirelerin doğrudan bakım faaliyetleri büyük önem taşımaktadır. Doğrudan hemşirelik faaliyetlerinin oranının nasıl arttırılabileceğini bulmak için klinikteki bakım süreçlerini ve prosedürlerinin değerlendirmesi önerilmektedir.
- Ek iş yükü oluşturan sekreterlik işlerine ayrılan sürenin hemşirenin hastayla geçireceği zamanı azalttığı bakım kalitesini doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Hemşirenin doğrudan hemşirelik faaliyetlerine daha fazla zaman harcanmasının sağlanması için kaynakların tekrardan gözden geçirilmesi ve teknolojinin daha etkin kullanılması önerilebilir. Bunun maliyet/etkinliği ile ilgili çalışmalar yapılarak bu görüş desteklenebilir.
- Literatürde psikiyatri hastalarının bakım gereksinimlerini ölçen standart bir hasta sınıflandırma sisteminin bulunmaması nedeniyle çalışmada gözlemlenen hemşirelik faaliyetlerinden yola çıkarak bu konu ile ilgili ileri çalışmaların yapılması önerilebilir. Aynı zamanda hemşire insangücü planlaması yapılırken birimlerde yatan hastaların bakım gereksinimlerinin dikkate alınması ve vardiyalarda buna göre hemşire sayısı planlanması önerilebilir.
- Araştırma belirli bir dönemi kapsamakta ve performans ölçmemektedir. Ancak hemşirenin çalışma zamanları boyunca ara ara tükenmişlik yaşaması, psikiyatri hastalarının uzun dönem yatışının olması, hasta profiline göre hemşirelik uygulamalarının değişmesi, kalite çalışmaları vb. nedeniyle iş yükünün ve buna bağlı olarak hemşirelik faaliyetlerinin değiştiği belirlenmiştir. Fazla sayıda ve kompleks olan bu değişkenleri kontrol altına alabilmek için ileride bu alanda yapılacak olan çalışmalarda uzun dönemli çalışmalar planlaması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2).
- Ailey SH, Marks B. (2016) Technical Standards for Nursing Education Programs in the 21st Century. *Rehabilitation Nursing*, 1–11.
- Ak MK, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar MH. (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(4):330-337.
- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and Standards Of Practice* (2nd Edition). Silver Spring.
- Ammenwerth E, Spötl HP. (2009). The time needed for clinical documentation versus direct patient care a work-sampling analysis of physicians activities. *Methods of Information in Medicine*, 48(1): 84–91.
- Ampt A, Westbrook J, Creswick N, Mallock N. (2007). A comparison of self-reported and observational work sampling techniques for measuring time in nursing tasks. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1): 18–24.
- Ançel G. (1996). Hemşirelerde zamanı verimli kullanma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Tezi Ankara. (Danışman: Prof. Dr. N. Kum).
- Antinaho T, Kivinen T, Turunen H, Partanen P. (2015). Nurses' working time use – how value adding it is?. *Journal of Nursing Management*, 23(8): 1094–1105.
- Antinaho T, Kivinen T, Turunen H, Partanen P. (2016). Improving the quality of registered nurses' working time usedata. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20): 3031–3043.
- Aştı N, Çetinkaya Z. (2000) Yataklı psikiyatri ünitelerinde hemşirelerin yürüttüğü yatan hasta grupları. *Düşünen Adam Dergisi*, 13(3): 185-192.
- Atalay, B. (2015). Kliniklerin kapasite yönetiminde ve insan gücü planlamasında zamana dayalı faaliyet tabanlı maliyetleme. *Journal of Accounting, Finance and Auditing Studies*, 1(1):40-61.
- Avcı K, Ağaoğlu K. (2014). Türkiye’de sağlık insan kaynakları planlaması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7: 83-94.
- Avcı K, Terzioğlu F. (2015). Hastanelerde hemşire işgücü planlaması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 14(5): 110-123.
- Bal MD. (2014). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücü Planlama Yaklaşımları. *Journal of Health and Nursing Management*, 3(1): 148-154.
- Balcıoğlu, İ., (1999). Antipsikotiklerin Yan Etkileri, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, s. 157-168.
- Barber P, López-Valcárcel BG (2010). Forecasting the need for medical specialists in Spain: Application of a system dynamics model. *Human Resources for Health*, 8(24):2-9.

- Barker P. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing The Craft of Caring*. 2nd ed. Hodder Arnold, London.
- Bilici R, Sercan M, Tufan AE. (2013). Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 26(2): 190-198.
- Blay N, Christine M, Duffield RG, Roche M. (2014). Methodological integrative review of the work sampling technique used in nursing workload research. *JAN*, 70(11): 2434–2449
- Blegen NE, Eriksson K, Bondas T. (2016). Ask me what is in my heart of hearts! The core question of care in relation to parents who are patients in a psychiatric care context. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1).
- Buchan J, Aiken L. (2008). Solving nursing shortages: A common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24): 3262–3268.
- Can Ş, Acaroğlu R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 23(1): 32-40.
- Carayon P, Gürses A. (2008). Nursing Workload and Patient Safety – A Human Factors Engineering Perspective. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Chapter 30(2): 204-216.
- Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3):188-196
- Chaboyer W, Wallis M, Duffield C, Courtney M, Seaton P, Holzhauser K, Schluter J, Bost N. (2008). A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: An observational study. *Int J Nurs Stud*. 45(9):1274-84.
- Cheryl B, Jones RN, Gwen D, Sherwood RN. (2014). The globalization of the nursing workforce: Pulling the pieces together. *Nursing Outlook*, 62: 59-63.
- Çam O, Bilge A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci. *Sistemik Derleme Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2): 91-101.
- Çelik AS, Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T, Çetin S. (2013). Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 21(3): 147-153.
- Dal V. (2010). REFA, MTM VE GSD iş akış süresi belirleme sistemlerinin örnek bir uygulama ile karşılaştırılması olarak incelenmesi. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 3(3): 224-237.
- Garcia EA, Fugulin FM. (2010). Nurses' work time distribution at the emergency service. *Rev Esc Enferm USP*, 44(4):1027-1033.
- Demir S, Yıldırım NK. (2014). Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1): 25-3226.
- Demir M, Yücesoy, Y. (2011). Çalışma Yaşamında Haklar El Kitabı. Uluslararası Çalışma Ofisi. Ankara.
- Douglas S, Cartmill R, Brown R, Hoonakker P, Slagle J, Schultz K, Roy V, Walker JM, Weinger M. (2013). The work of adult and pediatric intensive care unit nurses. *Tosha Wetterneck Pascale Carayon Nursing Research*, 62(1): 50-8.

- Dellefield ME, Harrington C, Kelly A. (2012). Observing how rns use clinical time in a nursing home: A pilot study, *Geriatric Nursing*, 33(4): 256-263.
- Duffield C, Roche M, Merrick ET. (2006). Methods of measuring nursing workload in Australia. *Collegian*, 13(1), 16-22.
- Duman ZÇ, Bademli K. (2013). Psikiyatride güncel yaklaşımlar- kronik psikiyatri hastalarının aileleri. *Sistemik Bir İnceleme Current Approaches in Psychiatry*; 5(1):78-94.
- Dziopa FK, Ahern K. (2010). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A review of the research literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1):1-10.
- Ekici D. (2013). Sağlık Bakım Hizmetlerinin Yönetimi. Sim Matbaacılık, Ankara, s. 239-265.
- Ekici D, Gürçay, E, (2013) ‘Özel bir hastanede hemşireler çalışma zamanlarını nasıl kullanıyor?’ **7.Ulusan Sağlık ve Hastane İdare Kongresi**, Konya.
- Ekici D, Gürçay E. (2016). Nursing time allocation: A work sampling survey in a Turkish private hospital, *International Journal of Hospital Research*, 5(2), 58-63.
- Ellis J, Priest A, MacPhee M, Sanchez- McCutcheon A. (2006). Staffing for safety: A synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety. Canadian Health Services Research Foundation. Ottawa, Ontario.
- Ertem MY, Keçeci A. (2016). Ego States of nurses working in psychiatric clinics according to transactional analysis theory. *Pak Journal Med Sci*, 32(2):485-490.
- Fieldston ES, Lisa B, Zaoutis P, Hicks J, Kolb S, Sladek E, Geiger D, Paula M, Agosto JP, Boswinkel L, Bell M, (2014). Front-line ordering clinicians: *Matching workforce to workload*. *Journal of Hospital Medicine*, 9(7):457-462.
- Gardner G, Gardner A, Middleton S, Della P, Kain V, Doubrovsky A. (2010). The work of nurse practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10): 2160-2169.
- Gardner G, Gardner A, Middleton S, Gibb M, Della P, Duffield C. (2012). Development and validation of a novel approach to work sampling: A study of nurse practitioner work Patterns. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 27(4): 4-12.
- Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3): 137-142.
- Güner M, Yaşatan İ, İllez AA. (2007). Bir konfeksiyon işletmesinde ofis çalışanlarının kayıp zamanlarının iş örnekleme yöntemiyle belirlenmesi. *The Journal Of Textiles and Engineers*, 14: 68.
- Güngör F, Batmaz C., (2012) ‘İş Örneklemesinin, Personel Verimliliğinde Öneminin Anlaşılması Ve Bir Uygulaması’, Üretim Araştırmaları Sempozyumu, Gediz Üniversitesi, Menemen-İzmir.
- Halter JM. (2008). Perceived characteristics of psychiatric nurses: Stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1): 20-26.
- Hiçdurmaz D, Öz F. (2007). Bir etik problem: Psikiyatride ilaç araştırmaları ve hemşirelik. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 82-91.

- Hobgood C, Villani MDJ, Quattlebaum R, (2005). MSIV impact of emergency department volume on registered Nurse *Time at the Bedside Ann Emerg Medicine*, 46:481-489.
- Hogarth J. (1975). Glossary of Health Care Terminology. WHO, Copenhagen.
- Homedes N, Ugalde A. (2005). Human resources: the cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 3(1):1-2.
- Howard V, Holmshaw J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 862-872.
- Huber DL, (2010). Leadership and Nursing Care Management. 4th ed. Saunders, USA. P. 623-646.
- Humble F, Cross W. (2010). Being Different: A Phenomenological Exploration of A Group Of Veteran Psychiatric Nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 128-136.
- Hurst K. (2002). A systematic review of the literature commissioned by the department of health selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams. Nuffield Institute for Health.
- Hurst K. (2010). Evaluating the strengths and weaknesses of NHS workforce planning methods. *Nursing Times*, 106(40) 10-14.
- Internet: American Nursing Association, 'What is Nursing?'
<http://www.nursingworld.org/EspecialllyForYou/What-is-Nursing/> (Erişim Tarihi: 10.2.17.)
- Internet: ICN 'International Counsel of Nursing, Definition of Nursing'
<http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (Erişim Tarihi: 10.10.2016)
- Internet: International Council of Nurses (ICN) (2006). International Nurses Day 2006. Safe Staffing Saves Lives. Geneva;1-16.
<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf> (Erişim Tarihi: 13.09.2016).
- Internet: OECD, Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, (2013). p.77
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>. (Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2016).
- Internet: Psychiatric Mental Health Nursing Scope & Standards Draft Revision 2006
<http://www.ispn-psych.org/docs/standards/scope-standards-draft.pdf> (Erişim Tarihi: 10.11.2015).
- Internet: WHO: World Health Organization <http://www.who.int/topics/nursing/en/> (Erişim Tarihi: 10.10.2016).
- Internet: World Health Organization (WHO (2013).). World Health Statistics; p:128.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf (Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2016).

- İnternet: T. C. Sağlık Bakanlığında: 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html> (Erişim Tarihi :10.11.2015).
- Jong AE, Leeman J, Middelkoop E (2009). Development of a nursing workload measurement instrument in burn care. *Burns*, 35(7): 942–948.
- Kamışlı S, Daştan L. (2008). Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri. *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1).
- Kanawaty G. (1969) Introduction To Work Study, fourth edition, International Labour Office, Geneva, p. 29-25.
- Kane C. (2015). The 2014 scope and standards of practice for psychiatric mental health nursing: Key updates. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1).
- Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. (2007). Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment Number 151. AHRQ Publication, Minnesota, s: 13.
- Karakoç FY, Dönmez L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40: 39-49.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, s.339.
- Kaya H, Kaya N, Turan Y, Tan YM, Terzi B, Barlas DB. (2011). Nursing activities in intensive care units in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17: 304–314.
- Kelleci M, Ata EE. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3):105-110.
- Kiekkas P, Pouloupoulou M, Papahatzi A, Androutopoulou C, Maliouki M, Prinou A. (2005). Nursing Activities and Use of Time in the Postanesthesia Care Unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 20(5): 311-322.
- Kim HM, Pfeiffer P, Ganoczy D, Valenstein M. (2011). Intensity of Outpatient Monitoring After Discharge and Psychiatric Rehospitalization of Veterans With Depression. *Psychiatric Services*, 62: 11.
- Kocakaya S. (2012). Deneysel çalışmalar ne kadar güvenilir? *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 1(2): 2146-9199.
- Köksal Ç, Köksal T, Köksal M. (2017). Suriyelilere yönelik bakış açısı ölçeği geliştirme çalışması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(51): 538-550.
- Kulkarni PP, Kshire SS, Chandratre KV.(2014). Productivity improvement through lean deployment & work study methods. *International Journal of Research in Engineering and Technology*, 3(2): 429-434.

- Laker C, Rose D, Flach C, Csipke E, McCrone P, Craig T, Kelland H, Wykes T. (2012). Views of the therapeutic environment (VOTE): Stakeholder involvement in measuring staff perceptions of acute in-patient care. *International Journal of Nursing Studies*, 49 1403–1410.
- Lavieri M, Puterman ML. (2009). Optimizing Nursing Human Resource Planning in British Columbia. *Health Care Management Science*, 12: 120-128.
- Lundstrom T, Pugliese, G, Bartley, J Cox J, Guither C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control*, 30: 93-106.
- Marakoğlu K. (2013) Türkiye’de tıp bilimleri alanında insan gücü durumu. *Genel Tıp Dergisi*, 23(1):17-23.
- Mazhindu DM, Griffiths L, Pook C, Erskine A, Ellis R, Smith F. (2016). The Nurse Match Instrument: Exploring Professional Nursing Identity And Professional Nursing Values For Future Nurse Recruitment, *Nurse Education in Practice*; 18: 36-45.
- McInnis-Perry G, Greene A, Santa-Mina E, Chong S, Groening M, Campbell G, Arthur M, Wong K, Buisson S, Carloss E, Meadus R. (2014). Canadian Federation of Mental Health Nurses. Canadian Standards for Psychiatric- Mental Health Nursing 4th Edition, Toronto.
- Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, Leyva-Moral JM, Lluch-Canut T, Roldán-Merino JF. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: a narrative review of the perspective of nurses and patients, *Arch Psychiatr Nursing*.30(6):782-787.
- Muir-Cochrane E, Oster C, Grotto J, Gerace A, Jones J. (2013). The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 304–312.
- Natan MB, Drori T, Hochman O. (2015). Associative stigma related to psychiatric nursing within the nursing profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, (29): 388–392.
- Noseworthy AM, Seigny E, Laizner AM, Houle C, La Riccia P. (2014). Mental health care professionals' experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics. *Into Community Care Archives of Psychiatric Nursing*, 28: 263–271.
- Okuroğlu GK, Bahçecik N, Alpar ŞE. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*, 1.
- Omaç-Sönmez M, Nazik F, Turkol E, Dağ Ş. (2014) .Bir kamu hastanesinde hemşireler tarafından tutulan yazılı kayıtlar ve hemşirelik hizmetleri ile ilgisi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 11(1): 34-40.
- Otong DA. (2003). Psychiatric Nursing: Biological & Behavioral Concepts, Thomson, USA, 3-21.
- Öğüt A, Kaya D. (2011). Sağlık kurumlarında ekip çalışması, Selçuk Üniversitesi. *Sellçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 1(1).

- Özbaş D, Buzlu S. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 19(3): 187-193.
- Özkul-Özel H, Yurtsever D, Mutlu S. (2012). Temel hemşirelik uygulamalarına ilişkin hizmet içi eğitimin değerlendirilmesi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(3):146-150.
- Pal- Singh L. (2016). *Work Study and Ergonomics*. India: Cambridge University Press, 1-10.
- Pınar G, Doğan A, Kırlangıç Y, Özdemir Ç. (2010). Hemşirelerin Hizmet İçi Uyum Eğitimine İlişkin Görüşleri *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 1(3): 199-205.
- Pickard B, Birmingham SAE. (2010). Staffing and Scheduling. In: D. L. Huber, (Ed.) *Leadership and Management*. Fourth ed. Missouri: Saunders Elsevier, 623-644.
- Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study *International Journal of Nursing Studies*, 45(11): 1598–1606.
- Robinson MA. (2010). Work sampling: Methodological advances and new applications human factors and. *Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 20(1): 42–60.
- Sabancıoğulları S, Açıl AA, Hallaç S. (2014). Akut psikiyatrik bakımda bir profesyonel kontrol yöntemi: Hemşirelik gözlemleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1):79-91
- Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Türkinaz A, Seçim H. (1996). Hemşirelik Esasları: Ünite 1 – Hemşirelik Tanımları, Temel Kavram ve Kuramlar, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 496, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 225.
- Sercu C, Ayala RA, Bracke P. (2014). How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1): 307-16.
- Seri K. (2010). Zaman Etüdünün Uzun Vadeli Verimliliğe Etkisi Bir Gıda Firmasında Ampirik Bir Değerlendirme. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. H. Turan).
- Sharac J, McCrone P, Sabes-Figuera R, Csipke E, Woodb A, Wykes T. (2010). *Nurse International Journal of Nursing Studies*, 47: 909–917.
- Sharp RA, Mudford OC, Elliffe D. (2015). Representativeness of direct observations selected using a work-sampling equation. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 48, 153–166.
- Skec, S., Storga, M., Tecec-Ribarić, Z., Marjanovic, D., (2015) 'Work sampling approach for measuring intellectual capital elements in product development context', *International Conference On Engineering Design*, Politecnico Di Milano, Italy.
- Steffen S, Kösters M, Becker T, Puschner B. (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand*, 120(1):1-9.
- Stewart D, Burrow H, Duckworth A, Dhillon J, Fife S, Kelly S, Marsh-Picksley S, Massey E, O'Sullivan J, Qureshi M, Wright S. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff Len Bowers Institute of Psychiatry. *Kings College Lond International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 82–90.

- Şantaş F, Özer Ö, Çıraklı Ü. (2012). Türk kalkınma planlarında sağlık insan gücü planlaması. *Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2): 45-59.
- Tatar-Baykal Ü, Ercan-Türkmen E. (2014). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Akademi Basın Yayıncılık, İstanbul, s. 410-439.
- Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2(15): 66-74.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. (2014). Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. Ankara.s. 84.
- Tierney A J. (1998). Nursing models: extant or extinct? *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 77–85.
- Tsehayae, AA. Fayek, AR., (2012) ‘A Research framework for work sampling and its application in developing comparative direct and support activity proportions for different trades construction research congress’, *Construction Research Congress*, 1420-1429.
- Ulusoy H. (2008). Güvenli istihdam önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3): 106-112.
- Üçüncü K. (2015). Karadeniz Teknik Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Endüstri Mühendisliği Bölümü Ders Notları, İş Etüdü Orman Endüstri Mühendisliği Bölümü ,Trabzon.
- Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Öz YC, Aşık E, Kızılkaya M, Duran S, Aydın S, Türk D, Şıpkın S. (2014). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2):90-95.
- Üstünsoy-Çobanoğlu ZS, Aker T, Çobanoğlu N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Özet Düşünen Adam*, 16(4): 211-218.
- Veale D, Gilbert P, Wheatley J, Naismith I. (2015). A new therapeutic community: Development of a compassion-focussed and contextual behavioural environment clinical psychology and psychotherapy, *Clinical Psychology And Psychotherapy* 22, 285–303.
- Veale D, Miles S, Naismith I, Pieta M, Gilbert P. (2016). Development of a compassion-focused and contextual behavioural environment and validation of the Therapeutic Environment Scales (TESS). *BJPsych Bull*, 40(1):12-9.
- Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, Seitz DP. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br Journal Psychiatry*, 202(3):187-94.
- Williams H, Harris R, Turner-Stokes L. (2009). Work sampling: a quantitative analysis of nursing activity in a neuro-rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2097–2107.
- Wolff J, McCrone P, Berger M, Patel A, Ackermann C, Gerhardt K, Normann C. (2015). A work time study analysing differences in resource use between psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(8): 1309–1315.

- Wortans H, Wortans J, Happell B, Johnstone H. (2006). The role of the nurse practitioner in psychiatric/mental health nursing: exploring consumer satisfaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1) 78–84.
- Yıldırım D. (2003). Hasta sınıflandırma aracı geliştirme. *İ.Ü Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu*, 13(51): 115-132
- Yılmaz, E., Okanlı, A., (2012) ‘Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalamanın tedaviye uyumuna etkisi’, **II. Uluslararası & VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi**, Erzurum, s. 187.
- Yılmaz S, Buzlu S, (2012). Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20(2): 93-103.
- Yükseköğretim Kurulu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. (2010). Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu. (YÖK Yayın No: 2010 /1) Ankara. s.3.
- Zarea K, Nikbakht-Nasrabadi A, Abbaszadeh A, Mohammadpour A. (2013). Psychiatric nursing as ‘Different’ care: Experience of Iranian mental health nurses in inpatient psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20: 124–133.

EKLER

EK 1. Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

3. Medeni Durumunuz: Evli
 Bekar

4. Eğitim Durumunuz: Ön Lisans
 Lisans
 Lisansüstü

5. İdari Pozisyonunuz: Sorumlu Hemşire
 Klinik Hemşiresi

6. Meslekteki Hizmet Yılıınız:

7. Klinikteki Hizmet Yılıınız:

8. Statünüz: Kadrolu Personel
 Sözleşmeli Personel

EK 2. Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örneklemeye Gözlem Formu

TARİH:	SAYFA:																TOPLAM GÖZLEM SAYISI										
GÖZLEMÇİNİN ADI SOYADI:	VARDİYA SAATI:																TOPLAM GÖZLEM SAYISI										
YAPILAN TOPLAM GÖZLEM SAYISI:	VARDİYADA ÇALIŞAN TOPLAM HEMŞİRE SAYISI:																TOPLAM GÖZLEM SAYISI										
TOPLAM HASTA SAYISI:																											
GÖZLEM SAATLERİ																											
Faaliyet Türü	08:00	08:20	08:40	09:00	09:20	09:40	10:00	10:20	10:40	11:00	11:20	11:40	12:00	12:20	12:40	13:00	13:20	13:40	14:00	14:20	14:40	15:00	15:20	15:40	16:00	TOPLAM GÖZLEM SAYISI	
DOĞRUDAN HASTA BAKIM FAALİYETLERİ																											
1.1. Hasta Kabulü, Nakil ve Taburculuk																											
1. Hastayı kliniğe kabul ve oryante etme(servis tanıtma, kuralları hatırlatma, eşyaların kontrolü, vital bulgu takibi, Bkl, kilo, bel çevresi ölçümü İletişim bilgilendirmesi, hasta hakları vb.)																											
2. Hasta ve / veya hasta yakınları ile kabul değerlendirmesi yapma(Sağlık öyküsü vb.)																											
3. Zorla yatan/Yatışı kabul etmeyen hastaya müdahale																											
4. Ziyaret ve izin dönüşü yasak olan eşyaların kontrolü ve emanete alma																											
5. Hastanın kurum içine ve dışına transferi öncesinde gerekli uygulamaların yapılması(monitör, güvenlik, oksijen, fiziksel bakım...vb)																											
6. Taburculuk eğitimi verme																											
1.2. Fiziksel Değerlendirme																											
1. Fiziksel muayene																											
2. Vital bulguları ölçme																											
3. Hastayı monitörize etme ve takibi																											
4. Boy-kilo-Bkl ve bel çevresi ölçümü/ Kilo takip programı oluşturma																											
1.3. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi																											
1. Hasta kimlik doğrulama																											
2. Ağrı değerlendirme/izlem																											
3. Oryantasyon değerlendirme/izlem																											
4. Glaskow değerlendirme/izlem/girişim																											
5. Bası yarası değerlendirme/izlem/bakımı																											
6. Hastanın düşme riski değerlendirme ve takibi																											
7. Hasta ünitelerinin günlük yasaklı esya kontrolü ve emanete alma																											
8. Hastaların güvenliğini sağlama ve gözlem amacıyla saatlik oda kontrolü																											
9. Riskli olan hastanın (intihar, saldırganlık vb.) planlanan aralıklara risk durumuna uygun takibi/kontrolü /uygun girişim																											
10. Hasta tespiti ve takibi (ANTA, besleme, gözlem, eliminasyon vb.)																											
11. Afet/olaganüstü(Mavi, kırmızı, beyaz vb. uygun kodlu) durumlara uygun girişim																											
1.4. Tedavi ve Bakım Uygulamaları																											
1. Kan şekeri ölçme ve takibi																											
2. Sıcak/soğuk uygulama																											
3. O2 tedavisi uygulama/izlem																											
4. Hastanın hipersalivasyon değerlendirmesi ve takibi																											
5. Kan ve kan ürünlerinin gönderilmesi ve takibi																											
6. Uygulama şekline göre hastaya ilaç uygulama																											
7. Hastanın kullandığı ilaçların etki ve yan etkilerinin takibi																											
8. İlaç içme şüphesi olan hastaya ilaç sonrası bekleme programı yapma ve takibi																											
9. EKT hasta hazırlığı(bilgilendirme, fiziksel hazırlığının sağlanması vb.)																											

Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örnekleme Gözlem Formu

Faaliyet Türü	GÖZLEM SAATLERİ																TOPLAM GÖZLEM SAYISI										
	08:00	08:20	08:40	09:00	09:20	09:40	10:00	10:20	10:40	11:00	11:20	11:40	12:00	12:20	12:40	13:00		13:20	13:40	14:00	14:20	14:40	15:00	15:20	15:40	16:00	
10. EKT işlemine katılma ve EKT uygulanan hasta izlemi																											
11. Hastaya uygulanacak tanı ve tedavi ve girişimsel uygulamalar için işlem öncesi hasta hazırlığı (bilgilendirme, ilaç uyulama, aç kalması vb.)																											
12. Pre-op hasta hazırlığı																											
13. Post-op hasta hazırlığı/takip																											
14. Hastaya ilaç uygulamaları dışında invaziv girişimlerde bulunma																											
1.5. İletişim																											
1. Klinik ortamı güçlendirme toplantılarını (iş bölümü, günaydın, kitap okuma vb.) yönetme																											
2. Hastalara iş paylaşım toplantısı öncesi görev planlama /takibi																											
3. Hastalara grup eğitimi yapma																											
4. Hasta ve ekip üyeleri ile grup terapisi yönetme																											
5. Hasta ile bireysel görüşme ve eğitim yapma																											
6. Yeme bozukluğu hastasıyla birlikte grup ekip toplantısına katılma																											
7. Ev ziyareti yapma																											
8. Hasta ile izin dönüşü değerlendirme yapma																											
9. Hemşirenin yıllık sorumluluk aldığı hasta görevi (iş bölümü toplantısında hastalara verilen görevler) ile ilgili toplantı ve aktiviteleri yürütme																											
10. Hastanın bireysel gelişimi ve hastalık belirtileri ile baş etmesini sağlamak için uygun girişimlerde(farkındalık, ödev, davranış geliştirme vb.) bulunma ve yapmasına sağlama																											
11. Davranışlarını kontrol edemeyen hastaya kısmi kısıtlama (oda,telefon, para, ziyaretçi vb...) uygulama ve takibi																											
12. Diğer ekip üyeleri tarafından Bilişsel Davranışçı Terapi yapılan hastanın ödev takibi/yapmasını sağlama																											
13. Tedaviyi reddeden hasta ile görüşme ve uygun girişim																											
14. Madde/Alkol/ilâç bağımlılığı tanılarıyla izlenen hastaların kesilme belirtilerini değerlendirme ve takip																											
15. Hastalarla salonda iletişim kurarak birlikte vakit geçirme																											
1.6. Solunum																											
1. Solunum sıkıntısı olan hastaya girişim(nefes egzersizi vb)																											
1.7. Beslenme																											
1. Hastaların ana ve ara öğünlere katılımını sağlama																											
2. Hareket kısıtlılığı dışındaki nedenlerle (yeme bozukluğu, kataton vb.)beslenmede problem yaşayan hastaların takibi /yardım																											
3. Enteral/ Parenteral besleme/izlem/bakım																											
4. Bulantı ve kusma takibi																											
5. Yeme bozukluğu ile izlenen hastanın takibi																											
6. Su içme programı olan hasta takibi desteklenmesi																											
1.8. Hareket																											
1. Hareket/egzersiz programlarını (spor yapma, FTR egzersiz programına uyum vb.) planlama ve destekleme																											
2. Hareket kısıtlılığı olan hastaya yardım(giyinme, yatağını yapma, besleme, yatak içi pozisyon verme, eliminasyon vb.)																											
1.9. Boşaltım																											
1. Aldığı- çıkardığı takibi/ Boşaltım takibi																											

Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örnekleme Gözlem Formu

GÖZLEM SAATLERİ																	TOPLAM GÖZLEM SAYISI											
Faaliyet Türü	08:00	08:20	08:40	09:00	09:20	09:40	10:00	10:20	10:40	11:00	11:20	11:40	12:00	12:20	12:40	13:00		13:20	13:40	14:00	14:20	14:40	15:00	15:20	15:40	16:00		
2. Ödem takibi																												
3. Üriner katateri olan hasta bakımı																												
4. Konstipe olan hastayı değerlendirme ve takip																												
5. İdrar/gaita inkontinansı olan hastaya program oluşturma ve destekleme																												
1.10. Bireysel Hijyen-Giyim																												
1. Hastaların günlük yaşam aktivitelerine (yatakların toplanması, giyinme, hijyen, bireysel bakım vb.)adaptasyonunu sağlama ve yardım																												
2. Banyo programı oluşturma ve takip																												
3. Biti olan hasta bakımı																												
1.11. Çalışma ve Eğlence																												
1. Hastaya bireysel sosyal aktivite programı oluşturma																												
2. Hasta grubu ile oyun, gezi, aktivite planlama ve planlanan aktivitelere katılma																												
3. Hastayı izinli çıkarma ve izin planı yapma																												
4. Hastaları uğraşıya yönlendirme/destekleme/yardım																												
1.12. Uyku ve Dinlenme																												
1. Uyku hijyenini değerlendirme ve girişimde bulunma																												
1.13. Ölüm																												
1. Ölen hastayı fiziksel olarak hazırlama ve kurumsal protokolü uygulama																												
2. Ölen hastanın yakınları ile yas sürecini paylaşma																												
2. DOLAYLI BAKIM FAALİYETLERİ																												
2.1. Bakımın Koordinasyonu; Bakımın planlaması																												
1. Bilekliği olmayan hastayı ilgili personele bildirme /takılmasını sağlama																												
2. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yapması ve sürdürmesi için yardımcı personel ile planlama yapma																												
3. Risk durumuna göre değerlendirilen hastaların takibi için ekip/yardımcı personel ile planlama yapma ve takibini sağlama																												
4. Tetkik/Girişimsel işlemler için servise dışına çıkacak hastaları değerlendirme ve güvenli olarak servise gelip gitmesini sağlama																												
5. Hastaya destek olacak kaynak ve disiplinleri (Sosyal hizmet görevlisi, dernek, bakımevi,bakıcı/gönüllü bireyler vb.)belirleyerek hastanın görüşmesini sağlama ve koordinasyon																												
6. Yasaklı eşyaları kullanırken (parfüm,oje,kalem, traşvb) ve hasta aktiviteleri sırasında hastanın yardımcı personel tarafından gözetim altında tutulmasını sağlama																												
7. Kısmi kısıtlaması olan hastaları ekibe bildirme ve takibinin sağlama																												
8. Hasta tespiti için ekibi organize etme																												
9. Hastanın kabul, taburculuk, kurum içine ve dışına transferi sırasında yardımcı personelin organizasyonu																												
2.2. Bakımın Koordinasyonu; Ekip toplantıları																												
1. Vadiya teslimi alma/verme																												
2. Sabah, akşam ve gece ekiple viziit yapma																												
3. Multidisipliner hasta vizitine katılma																												
4. Bireysel aile görüşmesi																												
5. Birebir hemşire-hekim hasta değerlendirmesi ve sıkıntılı durumlarda haberleşme																												
6. Stajyer doktor/hemşire ile hastaya yönelik bilgi paylaşımı																												

Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örnekleme Gözlem Formu

Faaliyet Türü	GÖZLEM SAATLERİ																TOPLAM GÖZLEM SAYISI										
	08:00	08:20	08:40	09:00	09:20	09:40	10:00	10:20	10:40	11:00	11:20	11:40	12:00	12:20	12:40	13:00		13:20	13:40	14:00	14:20	14:40	15:00	15:20	15:40	16:00	
7. Özel diyeti olan hastalar için diyetisyenle görüşme																											
8. Hasta ile ilgili (diğer birimler, doktor, aile)telefon görüşmeleri																											
9. Ekip ile birlikte aile görüşmesine katılma																											
2.3. Tanı ve Tedaviye Yardımcı Uygulamalar																											
1. Girişimsel işlemler sırasında hastayı destekleme/yanında kalma																											
2. Hastanın tetkik/labaratuvaz bulgularının takibi																											
3. Hastaların ilaçlarının temin edilmesi için gerekli birim veya kişilerle iletişime geçme																											
4. Hasta ilaç order değişiklikleri ve biten ilaçlar ile ilgili doktor grubuyla iletişime geçme																											
5. Hasta orderlarını alma(sözel/yazılı)ve ilaç kartlarını kontrol etme																											
6. İlaç tepsisini ve ilaçları hazırlama																											
7. Klinik rutininde olmayan hasta tanı ve tedavi uygulamaları/girişimsel işlemler için diğer birimlerden danışmanlık alma/araştırma yapma																											
8. Hastaya ilaç uygulamaları dışında invaziv girişimlerde bulunma																											
2.4. Dökümantasyon/Kayıt																											
1. Hasta ile ilgili gözlem yazma ve düzenli aralıklarla gözlemleri revize etme																											
2. Hastalar için hemşirelik bakım planı oluşturma ve revize etme/gözden geçirme																											
3. Vardiya teslim notu yazma																											
4. Hasta kayıtlarını (vaka notu, ziyaret notu vb.) inceleme																											
3. KLİNİK İLE İLGİLİ FAALİYETLER																											
3.1. Araç-Gereç Malzeme ve Yardımcı Personel Organizasyonu																											
1.Klinik günlük malzeme kontrolü																											
2. Klinikte eksik malzemeleri temin etme																											
3. Klinik deposunda malzeme sayımı																											
4. Klinik deposundan temin edilen malzemeleri yerleştirme																											
5. Hasta ilaçlarını teslim alma ve barkodlayarak kilitli kaldırma																											
6. Klinikte tespit odasının hazır bulundurulmasını sağlama																											
7. Klinikte hastalara kullanılacak malzemelerin dezenfeksiyonu/sterilizasyonunu sağlama																											
8.Rutin temizlik haricinde klinik içinde kirlenen yerlerin temizliğini sağlama																											
9. Taburcu olan hastayı personele ileterek oda temizliğini sağlama																											
10. Hastaların bireysel ihtiyaçları (emanet dolabındaki parfüm,saç kurutma makinası vb., mp3 çalar ya da radyolarının sarj edilemesini sağlama vb.) için kullanacağı malzemeleri temin etme																											
11. Eğitim/toplantı/aktiviteler için uygun ortamın sağlanarak kullanılacak malzemeleri temin etme																											
12. Klinik içerisindeki oda(EKT,ilaç uygulama odası), dolap(emanet, ilaçve panoları düzenleme/hazırlama																											
13. Gerekli durumlar (güvenlik, temizlik , kanların labaratuvara gönderilmesi vb.) klinik dışından personel temin etme																											
14. Klinikte çalışan destek hizmet personelinin eğitimi/oryantasyonu																											
3.2. Sekreterlik İşleri																											
1. Günlük/Haftalık olarak hastaya kullanılacak formları hazırlama																											

Psikiyatri Hemşireliği Faaliyetleri İş Örneklemeye Gözlem Formu

Faaliyet Türü	GÖZLEM SAATLERİ																TOPLAM GÖZLEM SAYISI											
	08:00	08:20	08:40	09:00	09:20	09:40	10:00	10:20	10:40	11:00	11:20	11:40	12:00	12:20	12:40	13:00		13:20	13:40	14:00	14:20	14:40	15:00	15:20	15:40	16:00		
2. Gerekli durumlarda (ilaç hataları, izinden dönmeme, intihar, şiddet vb.) uygun olan formları doldurma																												
3. Klinik işleyişi bozan sorunlar ile ilgili telefon görüşmeleri																												
4. Hastaya uygulanan hemşirelik girişimlerinin faaliyetlendirilmesi için bilgisayara kaydını yapma																												
5. Hemşire çalışma ve iş paylaşım listesi hazırlama																												
3.3. Eğitimler																												
1. Kurum içinde düzenlenen eğitim/konferans/seminerlere katılma																												
2. Kurum içi eğitim sunma																												
3. Klinik hizmet içi eğitimlerine katılma																												
4. İşe yeni başlayan hemşirenin kliniğe adaptasyonu																												
5. Bilimsel çalışmalara destek verme																												
6. Klinikte hastalarla yapılan toplantılara gözlemci olarak katılma ve sonrası toplantıyı yapan hemşireye geribildirim verme																												
7. Vaka hazırlama /sunma																												
3.4. Diğer																												
1. Klinikte sağlık ekibi ile etkileşim toplantısına katılma																												
2. Klinikte amire genel sorun bildirim																												
3. Kliniğe ziyaretçi kabul etme																												
4. Refakatçi oryantasyonu																												
5. Kliniğin güvenliğini sağlamak için gerekli önlemleri alma																												
6. Klinik içinde gerekli durumlarda hastanın odasını değiştirme																												
7. Dış kapıyı açma /kapatma																												
8. Klinik telefonuna bakma																												
9. Süpervizör denetimi																												
10. Kermes organizasyonu																												
4. KİŞİSEL FAALİYETLER																												
1. Kıyafet değişimi																												
2. Yemek yeme																												
3. Telefonla bireysel görüşme yapma																												
4. Lavaboya gitme																												
5. Dinlenme(sohbet vb.)																												
6. Çay /sigara içme																												
7. Klinikten kişisel işler için ayrılma																												
8. Diğer (internet kullanımı, kitap okuma vb.)																												

EK 3. Psikiyatri İş Örnekleme Gözlem Formu Oluşturulurken Görüşüne Başvurulan Uzman Listesi

Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL- Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Nermin GÜRHAN- Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK- Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Semra KARACA- Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Nevin ONAN- Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Candan TERZİOĞLU- Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı

Dr. Hem. Songül Kamışlı- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Hemşiresi

Sorumlu Hemşire Leyla DAŞTAN- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Sorumlu Hemşiresi

Hemşire Şennur Kocabaşoğlu-- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Hemşiresi

EK 4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

(Hemşire Grubu)

(Araştırmacının Açıklaması)

Bu çalışma Hemşire Eda KES tarafından yürütülen **“Bir Üniversitesi Hastanesinin Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Hizmetlerinde İş Örnekleme Uygulaması”** başlıklı bir araştırmadır. Araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisinde hemşirelerin zamanı nasıl kullandıklarının belirlenmesidir. Araştırma süresi toplamda 12 ay olarak belirlenmiş olup, çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisinde gündüz vardiyasında (08-16) ve gece vardiyasında (16-08) çalışan tüm hemşireler ve faaliyetlerini kapsamaktadır. Araştırma kapsamında serviste shiftlerde çalışırken yaptığınız faaliyetler araştırmacı/gözlemci tarafından belli aralıklarla gözlemlenecek ve kayıt edilecektir. Veriler bireysel performansınız olarak değerlendirilmeyecek yapılan faaliyetler belirlenecek, kayıtlar sırasında isminiz kesinlikle geçmeyecektir. Bu çalışma sizlerin performansınızı değerlendirmek amaçlı değildir. Elde edilen veriler doğrultusunda kesinlikle yargılanmayacak, suçlanmayacak ya da cezalandırılmayacaksınız. Çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için sizlere ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu nedenle gözlemler yapılırken rahat davranmanız ve işinizi her zamanki gibi yapmanız çalışmanın amacına ulaşması açısından önemlidir.

Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olup, gönüllü istediği zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmada sizlere ait veriler saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmaya katılımızı rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarda; söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel :

İmza :

EK 5. Etik Kurul Formu



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1267

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 2 ARALIK 2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/24
Proje No : GO 15/757 (Değerlendirme Tarihi: 02.12.2015)
Karar No : GO 15/757 - 30

Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN'in sorumlu araştırmacı olduğu, Eda KES'in tezi olan GO 15/757 kayıt numaralı ve "*Bir Üniversitesi Hastanesinin Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Hizmetlerinde İş Örnekleme Uygulaması*" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------|--------------------------------------|----------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu | (Başkan) | İZİNLİ | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu | (Üye) |
| İZİNLİ | | | | |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken | (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül | (Üye) | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara | (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan | (Üye) | |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu | (Üye) | İZİNLİ | 12. Prof. Dr. Leyla Dinç | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer | (Üye) | 13. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu | (Üye) | |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay | (Üye) | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan | (Üye) | |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova | (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl | (Üye) | |
| 8. Prof. Dr. Levent Akın | (Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu | (Üye) | |

EK 6. Araştırma izni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-975/3727 - 26605
Konu: Araştırma izni

28/12/2015

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 17.12.2015 tarih ve 228890 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN danışmanlığında, Yüksek Lisans Programı Doktora öğrencisi Eda KES' in "Bir Üniversite Hastanesinin Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Hizmetlerinde İş Örnekleme Uygulaması" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Psikiyatri kliniğinde yapması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

GÖNÜL YILDIRIM
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürü



ÖZGEÇMİŞ

Eda KES 1985 yılında karabük'te doğdu; ilk ve orta öğretimine aynı şehirde devam etti.75. Yıl Anadolu Lisesini bitirdikten sonra 2003-2008 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Fakültesin'de lisans eğitimimi tamamladı. Lisans eğitimi sonrası 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde klinik hemşiresi olarak çalışmaya başladı ve hala aynı klinikte çalışmaya devam etmektedir. 2014 yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda başlamış olduğu yüksek lisans programını sürdürmektedir.

ADRES BİLGİLERİ

Adres : Ön Cebeci Mah. Aydoğmuş Sok.
Şafak Apt. 17/ B Daire: 2
Tel : (0530)789 73 59
E-posta : eda.kes@gmail.com.tr

