



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU**

**KALİTE YÖNETİMİ UYGULAYAN HASTANELERDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN MOTİVASYON DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

**ZIRMAK KURT
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(YÖNETİM)**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. AYTOLAN YILDIRIM**

İSTANBUL- 2007

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Z. Irmak KURT tarafından hazırlanan **“Kalite Yönetimi Uygulayan Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyinin Belirlenmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 20.07.2007

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Doç.Dr. Aytolan YILDIRIM
:İst. Üni. / Florence Nigh. Hemş. YO
(Danışman)



Jüri Üyesi :Prof.Dr. Tayyip ÇALIŞLAR
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Adnan İŞGÖR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Prof.Dr. Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr. Kürşat ÖZDİLLİ
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



I) TEŞEKKÜR

Çalışmamın her anında yakın ilgi ve desteğini gördüğüm, tecrübesi ve fikirleriyle beni destekleyen ve yönlendiren, her sorunumda mutlaka değerli zamanını ayıran, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım **Sn. Doç.Dr. Aytolan YILDIM'** a,

Çalışmam süresince her zaman destek olan İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi **Sn. Op. Dr. Özgür YİĞİT'**e,

Çalışmam sırasında desteğini ve bilgisini esirgemeyen Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörü **Sn. Bilge AYDIN'**a, çalışmaya çok değerli tecrübe ve bilgileriyle katkıda bulunan çok değerli **meslekdaşlarım'**a,

Çalışmamın her aşamasında yanımda olan, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili **aileme** ve özellikle sevgili eşim **Onur KURT'a** teşekkürü bir borç bilirim

II) İÇİNDEKİLER

TEZİN BÖLÜMLERİ	Sayfa No
I) TEŞEKKÜR.....	I
II) İÇİNDEKİLER.....	II
III) KISALTMALAR ve SİMGELER	V
IV) ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ	
i) ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	VI
ii) TABLOLARIN LİSTESİ.....	VII
1 . ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3 . GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4 . GENEL BİLGİLER	6

BÖLÜM 1

KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....	6
1.1. Kalite Kavramı ve Tarihsel Gelişimi.....	6
1.2. Kalite Yönetim Modelleri	10

1.2.1.ISO Standartları.....	11
1.2.2.Akreditasyon.....	16
1.2.3.Magnet.....	19
1.2.4.Kalite Ödül Modelleri.....	19
1.3.Toplam Kalite Yönetimi (TKY).....	22

BÖLÜM 2

SAĞLIK HİZMETLERİNDE VE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ.....

30

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi.....	30
2.2.Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi.....	38
2.2.1. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi İçin Bir Plan	43

BÖLÜM 3

MOTİVASYON, TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ve HEMŞİRELİK

48

3.1. Motivasyon.....	48
3.1.1. Motivasyonun Tanımı ve Önemi.....	48
3.1.2. Başlıca Motivasyon Teorileri.....	49
3.1.2.1. Kapsam Teorileri.....	50
3.1.2.2. Süreç Teorileri.....	52
3.2. Toplam Kalite Yönetimi ve Motivasyon	55
3.3.Sağlık Hizmetlerinde ve Hemşirelik Hizmetlerinde Motivasyon	59

5. GEREÇ VE YÖNTEM.....

65

6. BULGULAR.....

73

7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	107
8. EKLER (GEREKLİ İSE).....	128
9. KAYNAKLAR.....	143
10 . ÖZGEÇMİŞ.....	163
11. ETİK KURUL ONAYI.....	164

III) KISALTMALAR VE SİMGELER

TKY : Toplam Kalite Yönetimi	Sayfa : 3
ABD : Amerika Birleşik Devletleri	Sayfa : 7
ASQC : ABD Kalite Kontrol Derneği.....	Sayfa : 7
EOQC : Avrupa Kalite Kontrol Örgütü.....	Sayfa : 7
TSE : Türk Standartları Enstitüsü.....	Sayfa : 7
yy: Yüz yıl.....	Sayfa : 8
KK : Kalite Kontrolü.....	Sayfa : 9
KKÇ : Kalite Kontrol Çemberi.....	Sayfa : 9
QA (Quality Assurance) (KG): Kalite Güvencesi.....	Sayfa : 10
KGS : Kalite Güvenve Sistemi.....	Sayfa : 11
ISO: Uluslararası Standartlar Örgütü	Sayfa : 11
AQAP (Allied Quality Assuarence Publication) :	
Müttefikler Kalite Güvencesi Yayını.....	Sayfa : 11
Ar-Ge : Araştırma Geliştirme	Sayfa : 13
KYS: Kalite Yönetim Sistemi.....	Sayfa : 14
AT: Avrupa Topluluğu	Sayfa : 14
JCAHO:Sağlık Organizasyonlarını Değerlendirme Birleşik Komisyonu	Sayfa : 17
JCI: Ulusal Akreditasyon Kurumu	Sayfa : 18
SB: Sağlık Bakanlığı	Sayfa : 18
ANA: Amerikan Hemşireler Birliği	Sayfa : 19
ANCC: Amerikan Hemşire Yetkilendirme Merkezi	Sayfa : 19
MBNQA: Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü.....	Sayfa : 20
NIST: Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü.....	Sayfa : 20
EFQM: Avrupa Mükemmellik Modeli.....	Sayfa : 21
TÜSİAD: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği.....	Sayfa : 21
KalDer: Kalite Derneği	Sayfa : 21
PDCA: Deming Çevrimi	Sayfa : 26
SKI: Kaliteyi Sürekli İyileştirme	Sayfa : 35
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü.....	Sayfa : 40

IV) ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ

i) ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1:	ISO 9000 Modelleri	Sayfa : 12
Şekil 2 :	Deming Modeli.....	Sayfa : 21
Şekil 3 :	Deming Çevrimi.....	Sayfa : 26

İİ) TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1 : Sosyo – Demografik Özellikler.....	sayfa: 73
Tablo 2 : Motivasyon İle İlgili Özellikler.....	sayfa: 75
Tablo 3 : Çalışma Koşulları ve Hastane Yönetimi İle İlgili Özellikler.....	sayfa: 78
Tablo 4 : Kalite İle İlgili Özellikler.....	sayfa: 81
Tablo 5 : Hemşirelerin Motivasyon Alt Faktörlerinden Aldıkları Ortalama ve Standart Sapma Puanları.....	sayfa: 84
Tablo 6 : Yaş Gruplarına Göre Motivasyon Durumlarının Dağılımı.....	sayfa: 85
Tablo 7 : Meslekte Çalışma Yılına Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 85
Tablo 8 : Kurumda Çalışma Yılına Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 86
Tablo 9 : Medeni Duruma Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 86
Tablo 10 : Öğrenim Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 87
Tablo 11 : Yapılan İşin Eğitime Uygunluğuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 88
Tablo 12 : Çalışma Pozisyonlarına Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 88

Tablo 13 : Çalışma Şekline Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 89
Tablo 14 : Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 89
Tablo 15 : Mesleki Memnuniyet Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 90
Tablo 16 : Çalıştığı Hastaneden Memnuniyete Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 90
Tablo 17 : Çalıştığı Birimdeki Memnuniyete Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı	sayfa: 91
Tablo 18 : İşle İlgili Planlama , Karar Verme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 92
Tablo 19 : İşle İlgili Yetki Kullanabilme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa:92
Tablo 20 : Birimde Çalışan Hemşire Sayısının Yeterliliğine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 93
Tablo 21 : İş Arkadaşları İle Uyumlu İletişime Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 93
Tablo 22 : Takım Çalışmasının Önemli Olma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 94

Tablo 23 : Takım Çalışması Varlığına Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı	sayfa: 94
Tablo 24 : Yöneticilerin Kararları Paylaşma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 95
Tablo 25 : Kişinin Yönetimin Beklentilerini Bilme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 95
Tablo 26 : Daha Fazla Sorumluluk Alma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa:96
Tablo 27 : Kurumun Hedeflerini Bilme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 97
Tablo 28 : Ast – Üst İlişkisine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 97
Tablo 29 : Ödüllendirilme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 98
Tablo 30 : Ödüllendirmenin Çalışmaya Etkisine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 98
Tablo 31 : Çalışılan Kurumda Araç – Gerecin Yeterliliğine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 99
Tablo 32 : Kalite Kavramının Anlamını Değerlendirmeye Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 99
Tablo 33 : Kalite Eğitim Programları Uygulanmasına Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa:100

Tablo 34 : Hemşirelik Hizmetlerinde Kalitenin Değerlendirilmesine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 100
Tablo 35 : Fikirlere Başvurmaya Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 101
Tablo 36 : Kalite Eğitim Çalışmalarının Yeterliliğine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa:102
Tablo 37 : Kalite Çalışmalarının Hemşirelik Hizmetlerini Etkilemesine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa:102
Tablo 38 : Hastanede Sosyal Etkinlik Olma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 103
Tablo 39 : Hastane Yönetiminin Motivasyonu Sağlamaya İstekli Olma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 103
Tablo 40 : Hastane Yönetiminin Motivasyonu Sağlamada Takdir Etme Yöntemini Kullanma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 104
Tablo 41 : Hastane Yönetiminin Motivasyonu Sağlamada İzin Verme Yöntemini Kullanma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı	sayfa: 104
Tablo 42 : Hastane Yönetiminin Motivasyonu Sağlamada Sosyal Faaliyetler Yöntemini Kullanma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 105
Tablo 43 : Hastane Yönetiminin Motivasyonu Sağlamada	

Mesleki Bilgi Ve Yetenekleri Geliştirme İmkanları Sağlama Yöntemini Kullanma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı	sayfa: 105
Tablo 44 : Motivasyonla Başarı İlişkisine Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı.....	sayfa: 106

1. ÖZET

Bu araştırma, kalite yönetimi uygulayan hastanelerde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde kalite belgesi almış olan on bir kamu hastanesinde çalışan hemşireler (n=1631), örneklem büyüklüğünü ise 435 hemşire oluşturmuştur. Denekler ise sistematik örnekleme metoduyla belirlenmiştir. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olan 38 soruluk “Bilgi Formu” ile 30 soruluk “Motivasyon Kaynakları Envanteri” (Cronch Alfa: 0,85) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 10,0. versiyonu ile bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiş, istatistik yöntem olarak sayı, yüzde, Cronch Alfa katsayısı, student t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun (%54,3) 25-34 yaş grubunda, önlisans (%49,7) mezunu, servis hemşiresi (%65,1) oldukları, nöbet usulü (%65,3) çalıştıkları, mesleği isteyerek (%61,1) seçtikleri, takım çalışmasını önemli (%97,0) buldukları ve başarılarından dolayı ödüllendirilmedikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin toplam motivasyon puan ortalamalarının 4,32 ile orta düzeyin biraz üzerinde olduğu bu düzeyin yatak başı ve yönetici pozisyonu dışında çalışanlarda daha yüksek olduğu, öğrenim seviyesi yükseldikçe motivasyon ortalamasının düştüğü saptanmıştır. Motivasyon alt boyutlarına göre; en yüksek motivasyon ortalamasının 5,60 ile içsel motivasyon alt boyutunda olduğu ve bunu sırası ile 4,65 ortalama ile hedef, 4,10 ortalama ile araçsal, 4,07 ortalama ile dışsal ve 2,76 ortalama ile içgüdüsel alt boyutunun izlediği belirlenmiştir.

Motivasyon ölçeği alt boyut ortalamaları ile hemşirelerin çalışma pozisyonu, çalışılan kurum ve birim, çalışma şekli meslekten memnuniyeti gibi demografik özellikleri arasında fark olduğu ve istatistik açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Hastane, kalite yönetimi, hemşire, motivasyon.

2. SUMMARY

This research was conducted as a descriptive investigation in order to determine the motivation level of nurses who work at hospitals to apply quality management.

Universe of the investigation consisted of nurses (n=1631) who work at eleven public hospitals which have been taken the quality certificate in Istanbul County, and 435 nurses included in the sample size. And test subjects were determined by method of systematic sample. The data were derived from "Inventory of Motivation Resources" (contains 30 questions) (Cronch Alpha: 0,85) and "Information Forum" (contains 38 questions) which was prepared by the investigator in accordance with the literature directions. Evaluation of data was analyzed on computer by using the 10th version of SPSS; moreover number, percentage, Cronch Alfa coefficient, student t test, and single-side variance analysis (ANOVA) were applied as statistic methods.

The determined majority of nurses who joined to the investigation is in group of age of 25-34 (%54,3), collage graduate (%49,7), and department nurse (%65,1), to be work with duty method (65,3), to be chose this job in desirous (%61,1) to be consider team-work as important (%97,0), and not to be rewarded for successful of them. Averages of total motivation points of nurses is over of medium level with 4,32, this level is higher in workers who work out of position of bed head and director. Furthermore it is found that when education level increases, motivation average decreases. According to the motivation sub-dimensions; it was found that highest motivation average is in internal motivation sub-dimension with 5,60 and orderly to be follow this the aim with 4,65 average, implemental with 4,10 average, external with 4,07 average, and instinctive sub-dimension with 2,76 average.

As a result of the study statistically significant differences found between averages of motivation scale sub-dimensions and demographic features such as working position of nurses and institution and department that is worked in.

Key words: Hospital, quality management, nurse, motivation.

3 . GİRİŞ ve AMAÇ

Birden fazla kişinin ortak bir amacı gerçekleştirmek üzere bir araya geldiği organizasyonlar yaşamlarını sürdürebilmek için içinde buldukları çevredeki değişimlere uyum sağlamaları gerekir. Bu değişimlere uyum, çağdaş yönetim teknikleri ve etkili yönetim süreçlerini uygulanmasını gerekli kılar. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) bu yönetim yaklaşımlarından biridir. Uzun dönemde müşteri tatminini ve başarıyı kendi çalışanları ile yarar elde etmeyi amaçlar. Kalite üzerine yoğunlaşmış ve tüm çalışanların katılımına dayanan bir yönetim şekli olarak karşımıza çıkar (72,176).

Kalite yönetim anlayışında; organizasyonlarda bilgi önem kazanır, dolayısıyla bu bilgiyi kullanacak olan insan önem kazanır. Organizasyonlara can veren, para, malzeme gibi tüm girdileri çalıştıran ve kendisi de bir üretim faktörü olan insandır. Akıyla çalışan, düşünen, analiz ve sentez yapabilen, yenilikçi, yaratıcı, eğitilmiş, katılımcı, kendine güvenen, kendi kendini kontrol edebilen, sürekli kendini geliştiren, organizasyona fikirleriyle katkıda bulunan , inisiyatif kullanabilen insan, TKY' de önemli bir faktördür. Kalite yönetim uygulamalarında örgütsel performans önemli yer alır ve TKY' nin esas varlığı sermaye değil bünyesindeki insan kaynağıdır. Çünkü insan faktörü olmadan üretime toplam kalite değerleri yerleştirilemez. Tüm çalışanların katılımı için; insan kaynaklarının motivasyonu, grup çalışması, yetki devri, güven, açık ve çok yönlü iletişim, eğitim ve geliştirme sistemin ağırlık noktasıdır (25,53,112).

TKY, müşteri ihtiyaçlarının ve beklentilerinin hızlı, sürekli ve hatasız olarak tüm çalışanların katkılarıyla uygun bir maliyetle karşılanmasını amaçlar. Kalite yönetimi müşteri memnuniyetine odaklanır. Müşteri odaklı ifadesi ile yalnızca dış müşteriyi değil iç müşteriyi (çalışanlar) de ifade eder. Organizasyonlar dış müşteriyi memnun etmek ve varlığını sürdürerek hedeflerini gerçekleştirebilmek için çalışanlarını memnun etme yoluna giderler. Çalışanların katılımını sağlamak, kişinin belirli koşullarda inisiyatif ve yaratıcılığını kullanması içinde bulunduğu sistemin sağlıklı iş yeri ortamı olması ile sağlanır. Düşünce ve görüşlerini sağlıklı bir iletişim çerçevesinde tartışabilen, kararlara katılabilen çalışanlar, yaratıcılıkları ile işin kalitesine farklı bakış açısı katabilirler. Çalışanları memnun etmeden kalite uygulamaları gerçekçi olamaz ve

amacına ulaşamaz. Bu nedenle kalite uygulamalarında; çalışanların motive olmaları önem kazanır ve ödüllendirilen çabalar, katkılar çalışanı motive ederek kariyerini, işini kendi performansının gelişmesine olanak tanır. Çalışanlar motive edilerek tam katılım sağlanır ve organizasyonlarda hedeflerine ulaşır. Çünkü TKY, insanı merkez alan bir yaklaşımdır, insan olmadan başarı olmaz. Kalite günümüzde, gelişmiş ülkelerde sadece topluma nitelikli hizmeti sağlama yolunda mesleki bir çabadan öte, toplumun her alanında talep ettiği bir konuma gelmiştir. Tüketiciler, maliyeti giderek artan sağlık hizmetleri karşısında da bu hizmetleri üretenlerden kendi harcadıklarına kanıt istemektedirler (11,79,80,176,179).

Hastanelerde sağlık hizmeti sunan işletmelerdir. Kârı ikinci plana atan, karmaşık yapıda açık – dinamik sistemlerdir, aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma vardır. Farklı yapı ve özellikte personeli bir arada bulundurlar. Bu nedenle koordinasyonu zordur. Güç ve statünün aynı kişilerde toplanamadığı, teknolojileri karmaşık organizasyonlardır. Hastaneler 24 saat kesintisiz hizmet verir, tıbbi çalışanları genellikle vardiya usulü ile çalışır. Çalışanların çoğu bayanlardan oluşur. Sağlık hizmetleri insan sağlığı ile ilgilendiği için kalite herkesin sorumluluğunda bir zorunluluktur. Hizmetin kaliteli olması için katılımcılık sağlık hizmetlerinde daha da önem kazanır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için hastalık oranları, hastalık iyileşme oranları, ameliyat sonrası komplikasyon oranları, yatak işgal oranları gibi nitel ölçütler geliştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını yapmak çok güç olmakla birlikte hasta bakım hizmetlerinde arzu edilmeyen sonuçların azaltılıp, arzu edilen sonuçların artırılması şeklinde tanımlanabilir. TKY, işi yapanın, işi en iyi bildiğini bu nedenle de işi yapanların özendirilmesini savunur. Yöneticiler çalışanlarına saygı gösterirlerse onlarda müşterilerine saygı gösterir, yönetim çalışanların sorunlarıyla ilgilenirse onlarda müşterilerin sorunlarıyla ilgilenir (19,51,107).

Hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimin, sağlık durumu ve verilen hizmetin etkinliği üzerinde büyük etkisi bulunur. Hasta tatminini etkileyen önemli bir faktör de hasta–hemşire etkileşimidir. Özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların hasta kabulünden taburculuk işlemlerine kadar geçen sürede en fazla etkileşimde buldukları tek meslek grubu hemşirelerdir. Bu nedenle hemşirelerin davranışlarının,

bilgilerinin hasta tatmininde önemli etkisi vardır. 24 saat kesintisiz hizmet üretim sürecinde kesintisiz olarak yer alan, çalışanların en kalabalık grubunu oluşturan ve benzeri kuruluşlara başvuran hasta ve yakınları ile en uzun süreli birlikteliği, iletişimi olan meslek grubu olarak karşımıza çıkan hemşirelerin sunmuş oldukları hizmetler sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen önemli bir bileşendir. Verilen hemşirelik bakımının kalitesi temelinde bakımın sonucu ile ölçülür, sonucun tanımlanması ise bakımı alan kişinin sağlık durumundaki değişikliği ile ilgilidir. Tüm sağlık ekibi üyelerinin arasındaki koordinasyon ve işbirliği ne denli güçlü olursa, hasta bakımının kalitesi de o denli yüksek olacaktır (107,126,179).

Sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumunda büyük önemi olan hemşirelerin motivasyonu önemli bir konudur. Hemşireler motive oldukça performansları yükselecek ve iş tatminleri artarak daha etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunacaklardır .

Tezin amacı; sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir bileşen olan hemşirelerin, kalite yönetimi uygulayan hastanelerde motivasyon düzeyini belirlemektir.

Tez; 4 bölümden oluşmaktadır. 1.bölümde; Kalite, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ile ilgili temel kavramlar, 2. bölümde; Sağlık Hizmetlerinde ve Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, 3. bölümde; motivasyon konusu ve 4.bölümde de yapılan çalışma yer almaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

BÖLÜM 1

KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. KALİTE KAVRAMI ve TARİHSEL GELİŞİMİ

Kalite, gereksinimlere uygunluk olarak tanımlanabilir. Kalite kavramı yeni bir kavram olmayıp, insanlığın var olduğu eski dönemlerde de bilinen ve üzerinde durulan bir kavramdır. Örneğin, Fenikeli denetçiler, kalite standartlarına bir aykırılık gördüklerinde bunun tekrarlanmasını önlemek için kusurlu malı imal edenin elini kesme yetkisi verilmiştir. M.Ö. 2150 yıllarında Hammurabi Kanunları'nın 229. maddesinde; "Eğer bir inşaat ustası bir adam için ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev, sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa o inşaat ustasının başı uçurulur." şeklinde kalite olgusuna yer verilmektedir. Kalkınmanın temel taşlarından biri olan standardın öneminin yüzyıllar önce Türkler tarafından kavrandığının belgesi olan 1502 tarihli ve zamanın padişahı II.Beyazıd Han tarafından çıkarılan Kanunname-i İhtisab-ı Bursa'da bugünkü anlamda, boyama, ambalaj, kalite gibi esaslar ile ceza hükümlerine yer verilmiştir. İşletmelerde kalite olgusu görece olarak daha yakın bir zamanı ifade eder. Kalite, kaynakların verimli kullanımını sağlayan, ürün ve hizmetlere kullanım uygunluğunu kazandıran, müşteri gereksinimlerine uygun üretim ve hizmet anlayışını getiren ve böylece işletmelerin kamusal sorumluluklarını da olumlu olarak gerçekleştirmelerine olanak hazırlayan bir performans boyutudur (4,7,28,29,36, 138,155,161).

Kalite; amaca ve kullanıma uygunluk derecesi, yapısal özellikler takımının şartları yerine getirme derecesi, bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı, tatmin edici bir üretimin en düşük maliyetle ve tüketicilerin ihtiyaçlarını hemen giderebilme yeteneği, müşterilerin kullanımına uygunluğu şeklinde bir çok tanımı bulunmaktadır. Kalite,

üzerinde birçok tanım yapılmasına rağmen hala belirsizliğini korumakla birlikte bu soyutluluk, kavramı daha da güçlendirmektedir (32,102,107,113 , 120,142,166).

Kalitenin artık örgütün yönetim yapısını, değişmeler doğrultusunda dönüştüren bir temel haline gelmesi ile standart bir tanımının yapılması zorunluluğunu doğurmuştur. Çeşitli ülkelerdeki kalite örgütleri bu amaçla tanımlar ve ölçütler geliştirmişlerdir. Amerika, Avrupa ve Türkiye' deki kalite örgütlerinin tanımları ise şu şekildedir;

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Kalite Kontrol Derneği'ne (ASQC) göre kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerin tümüdür.

Avrupa Kalite Kontrol Örgütü'ne (EOQC) göre kalite, bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir .

Türk Standartları Enstitüsü'ne (TSE) göre kalite, bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır şeklinde tanımlamaktadır(113).

Deming'e göre kalite, kullanıma uygunluktur. Tanımdan da anlaşıldığı gibi kalite, istenilen özellikler ve bu özelliklere uygunluk olarak iki bileşenden oluşmaktadır. Kaliteye verilen önem konusundaki en gerçek dışı değerlendirme, alıcıların beklentisini ekonominin temel kuralları olan sunum ve istemin dışında bir olgu olarak görmektir. İstem sunumu aştığı dönemlerde kaliteye verilen önemin derecesi azalır ve sunumun istemi karşılamasıyla birlikte hızla artar. Dünya ticaretindeki küreselleşmenin sonucu sunum bollaştığından, daha zor beğenir ve kalite en önemli rekabet etmeni durumuna gelir. Böylece herkesin kaliteye vermesi gereken önem bir zorunluluk haline gelir. Kalite; para, makine ve teçhizat, yönetim ve modern işletmecilik bilgileri, insan ve motivasyon, malzeme, üretim parametrelerinin oluşturulması, pazar gibi faktörlerden etkilenmektedir (82,153,154).

Literatürdeki kalite tanımlarından da anlaşılacağı üzere kalitenin çeşitli boyutları vardır. Zeithaml, Parasuman ve Berry'ye göre servis kalitesi on boyuttan meydana gelmektedir; fiziki görünüm, güvenilirlik, heveslilik, nezaket, inandırılık, emniyet, erişilirlilik, iletişim, müşteriye anlamak. Kim, Shim ve literatürde yer alan çeşitli kalite kavramlarını kullanarak; ürün bazlı, değer bazlı ve diğer olmak üzere üç boyutun olduğu faktör analizi uygulanmıştır. Garvin kalite boyutları ise; performans, özellikler, uygunluk, güvenilirlik, dayanıklılık, hizmet görürlük, estetik ve algılanan kalitedir (39,142).

Sanayi devrimine kadar geçen zaman sürecince, üretici ve tüketici her zaman yüz yüze ilişkiler içindeydi. Ancak seçim gözle muayene ve iyi olanı seçip alma şeklinde tüketiciler tarafından yapılıyordu. Bu dönemlerde ustaların becerisine göre seçim yapıldığı için, kalite tamamen ustaların ellerindeydi. Daha sonra kalite kontrol konusunda loncaların etkileri görünmeye başladı. Loncaların birtakım standartlar oluşturması, çalışma koşullarını ve ücretlerini belirlemesi, hammaddeden bitmiş ürüne kadar imalatın tüm ayrıntılarını düzenlemesi gibi kaliteyi iyileştirme çabaları bulunmaktadır. Kalite alanındaki ilk gelişmeler, bir işçi ya da çok az sayıda bir işçi grubunun tüm ürünün imalatından sorumlu olmasıyla başladı. 1900'lerin başlarında ise, modern fabrika kavramı ortaya çıktı. Benzer işi yapan işçilerin başına ustabaşılar getirilerek işin kalitesinden sorumlu oldular. Sanayi devriminin gerçekleşmesi ile üretim miktarında artışlar ve teknolojik yenilikler, kalite anlayışında bazı gelişmelere neden oldu. 1930'lu yıllarda amacı; iyi ürünleri kötü ürünlerden ayırarak, kalitesiz ürünlerin tüketiciye ulaşmasını engellemek olan muayene birimleri oluşturuldu. Sanayi devriminde sonra işletmelerin daha da büyümesi sonrasında 19. yüzyılın (yy) sonlarına doğru, üretimde Amerika' yı dünya lideri durumuna getiren Taylor modelinin gelişmesi ve otomasyona geçilmesiyle birlikte spesifikasyonlar ve testler geliştirildi, laboratuvarlar kuruldu ve ayrı bir kalite kontrol birimleri oluşturulmaya başladı. Modelin özünde, planlama ve yürütmenin birbirinden ayrılması yatmaktaydı. Bu yöntem, işlerin temel parçalara bölünerek basitleştirilmesi ve kişilerin uzmanlaşmasına dayanıyordu. Bu üretimde bir patlamaya sebep olurken, kalitenin gelişmesine aynı ölçüde yardımcı olamamıştır. Birinci Dünya Savaşı seri üretimi ortaya çıkarırken, artan üretim miktarı ve ürün çeşitliliği ile birlikte kalite kontrolde matematiksel yöntemlerin kullanılması

zorunluluk haline geldi. Amerika'da Bhewhart 1924 yılında Kontrol Çizgilerini geliştirdi. Amerika'da firmalar örnekleme metodunu kullanmaya başlarken, İngiltere'de Duding, elektrik endüstrisinde istatistiksel metodları uygulamaya başladı. II. Dünya Savaşı (1940) yıllarında imalatın artmasına bağlı olarak İstatistik Kalite Kontrol metodları geliştirilerek muayene maliyetlerinin düşürülmesine çalışıldı. Dünya savaşları nitelikli işgücünün yerini yeterli endüstri kültürü almamış kişilere bırakılmasına neden olmuştur. Bu durumda eş zamanlı olarak savunma sanayi ve nükleer teknolojideki gelişmeler önce muayene faaliyetlerinin ve istatistiksel yöntemlerin ön plana çıkmasına neden olmuştur (36, 97,154).

Kaliteyi oluşturan ürün özelliklerinin ölçülmesine kaliteyi ölçmek denir. Ürün özellikleri ölçüldüğünde müşteri isteklerinin gerçekleşip gerçekleşmediği anlaşılır. Kuşkusuz çıktıyı oluşturan sürecin ve süreç özelliklerinin de ölçümü gerekir. Bir yönetimin ispatlamak zorunda olduğu ilk amacı mal veya hizmetlerinin kalitesi ve tüketici ihtiyaçlarını tatmin etme yeteneğidir. Kalite Kontrolü (KK), gerçek kalite performansı ölçülerek kalite hedefleri ile karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan farkı düzeltici, önleyici pasif bir kontroldür. II. Dünya Savaşı sonrasında KK'de önemli gelişmeler yaşandı. Üretimdeki artışa bağlı olarak, istatistik KK teknikleri geliştirildi. Askeri malzeme ve araçların imalatında maliyetlerin düşürülmesi hedeflendiğinden, bu tekniklere duyulan ihtiyaç çok fazlaydı. 1950'lerin sonunda KK bölümleri oluşturuldu. II. Dünya Savaşı sonrasında asıl gelişme Japonya'da yaşanmıştır. 1960'larda Japonya'da toplam kalite kontrol düşüncesi ortaya çıktı. En üst yöneticiden en alt çalışana kadar, herkesin kaliteden sorumlu olduğu fikri gelişti. Amerikan istatistiksel kalite kontrol kavramı önce Deming sonrada Juran tarafından ülkede tanıtılmıştır. Bir çok eski yönetici işten çıkarılmış, yerlerine işletme içinden üretim ve planlama konusunda uzman kişiler getirilmiştir. Japonların yeni üst düzey yöneticileri, Amerikan Yönetim Seminerleri 'ne sekiz hafta boyunca katıldılar. Eğitimi ilk zamanlar Amerikalılar'dan alan Japonlar, giderek kendi eğitimlerini kendileri verdiler. Artık ustabaşı ve işçilerinde kalite konusunda bir şeyler yapma zamanı geldiği gerekçesiyle Kalite Kontrol Çemberleri (KKÇ) çalışmaları başlatmışlardır. Burada önemli olan öncelikle yöneticilerin kalite konusunda eğitilmiş olmalarıdır. 1980'li yılların sonlarından günümüze kadar ise önemini kaybetmeden gelen konular ise; kalite

güvencesi, kalite yönetimi, kalite sistemi ve kalite denetimidir. Oysa, bugün kaliteye ulaşmak için kontrolü temel almaktan vazgeçilmesi düşüncesi yaygınlaşmıştır (45, 51,68, 70,72,120,154,175).

Kaliteye ulaşmanın daha iyi bir yolu, süreçleri, ürettikleri ürün ve hizmetler üzerinde tekrar çalışmayı gerektirmeyecek biçimde iyileştirmektir. Bu nedenle de günümüzde ürün kontrolünden süreç (proses) kontrolüne geçilmiştir. Üretim sonrası düzeltmeye dayanan kontrol çalışmaları üretim hattının sonuna bazen de aralarına kalite kontrolleri koyarak üretimi tamamlanmış olan parçaların, hatalı ve hatasız şekilde ayrılmasına yöneliktir. Bunun yanı sıra bitmiş ürünlere hiçbir zaman %100 kontrol uygulanmadığı için hatalı ürünler müşteriye ulaşmakta, pazar ve imaj kaybı ile ölçülmeyen maliyetler gündeme gelmektedir. Müşteri kaybindan doğan maliyetler, ölçülebilen kalitesizlik maliyetlerinden çok daha fazla olmaktadır. Kontrol yolu ile kalite elde etmenin mümkün olmadığı, kalitenin ancak hatasız üretim yolu ile sağlanabileceği açıkça ortadadır (45,71,154).

Kalite güvencesi (QA: Quality Assurance, KG); bir üründe, kalitenin müşterinin güvenle satın alabileceği ve uzunca bir süre güven ve tatminle kullanabileceğini garanti etmesi üzerine değinir. Fakat bu, ürün kontrolü ile değil, proses kontrolüyle yapılır. KG, önlemenin düzeltmekten çok daha iyi olduğu düşüncesinden hareket etmektedir. Bu da, ürünün organizasyon içerisinde geçtiği her aşamanın ve her düzeyin dikkatli bir şekilde yönetilmesini gerektirmektedir (38,68,71).

1.2. KALİTE YÖNETİM MODELLERİ

Artan global rekabet, kaliteye olan ilgiyi arttırmakta ve kuruluşların kalite programlarını uygularken kullanacakları bir rehber aramalarına neden olmaktadır. Bu çabalar içinde kaliteyi iyileştirmek ve TKY modeli olarak kullanılmak üzere dünya genelinde pek çok ulusal ve bölgesel kalite ödülleri kullanılmaktadır. Kalite, özünde bir kaynak tasarrufu, teknolojik gelişmişlik sorunudur. Çalışanı ve yöneticisi ile verimsizliğe karşı açılan bir savaştır. Organizasyonlarda gerçek verimliliğe ulaşmanın

tek yolu insandan daha etkin olarak yararlanabilmektir. Kalite ödülleri insan faktörü bağlamında bir güdüleme gücü oluştururlar (42,80,123,132,148,155,168).

1.2.1. ISO STANDARTLARI

Standart, belirli bir amacın gerçekleştirilebilmesi için gerekli ve yeterli nitelik düzeyidir. Standardizasyon ise; ulusal ve uluslar arası standartların gerekliliklerini ve gerekliliklere uygun olan sistemleri tanımlayarak geliştirmektir (92).

ISO-9000 kalite mantığı, bir organizasyonu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen kontrollü şartlar yürütülmesi, izlenmesi, çıkacak sorunları tanımlaması ve bu sorunları düzeltme ve iyileştirme faaliyetlerini içermektedir. Ülkemizde de sık sözü edilen ISO 9000 Kalite Güvence Standartları (KGS) aslında bu yapıyı sağlamaya yönelik bir dizi öneridir. Amacı, uluslararası mal ve hizmet değişimini hızlandırarak bilimsel, teknolojik ve ekonomik ilişkileri geliştirmektir. Uluslar arası ticaretin ortak dilidir. Uluslararası Standartlar Örgütü'nün (The International Organization for Standardization) bir standardı olan ISO 9000'in önüne her ülke kendi standart örgütünün kısaltılmış ismini koyarak aynen uygulamaktadır. Bizde TS-ISO 9000 Standardı olarak yayınlanmıştır (58,92,132).

ISO-9000 Kalite Yönetimi ve KGS'nin temeli 1963 yılında ABD'de savunma teknolojisindeki yüksek kalite istemleri nedeni ile hazırlanmıştır. Nedeni, bitmiş ürünlerin muayeneye tabi tutulması yerine üretim sisteminin muayeneye gerek bırakmayacak şekilde güvenceye dayandırılması esasına dayanır. 1968 yılında da MIL-Q-9858'in yerini, ABD'de NATO için hazırlanan ve tüm NATO üyesi ülkelerde askeri kalite güvence standardı olarak kabul edilip yürürlüğe giren AQAP (Allied Quality Assurance Publication-Müttefikler Kalite Güvencesi Yayını) standartları almıştır. İngiltere'de AQAP esaslı BS 5179 standartları "Savunma Standartları" olarak endüstrinin kullanımına sunulmuştur. Savunma sanayinden sonra kalitede sistem yaklaşımı, enerji sektöründe de kendisini göstermiştir (37,120) .

ISO-9000 Kuruluş Dışı Kalite Güvence Sisteminde üç farklı model yer almaktadır. En geniş kapsamlı model ISO-9001'dir. Bunu ISO-9002 ve ISO-9003 takip etmektedir. Modellerin birbirlerinden farklılıkları ürün veya hizmet kalitesi ilgili olmayıp, sadece kapsam bakımındandır. Bu farklılıkların nedeni ise; işletmenin yapısı ile üretilen ürün veya hizmetlerden kaynaklanmaktadır. ISO-9000 standartları, TKY ile ilgili mevcut durumu ortaya koymakta ve bu durumla ilgili bazı konuları tanımlamaya yönelik sağlam bilgileri içermektedir (53).

Türk Standartları Enstitüsü (TSE), TS-EN-ISO 9000 serisi standartlar her çeşit işletme koşullarına uygun bir KGS kurulmasında ve/veya bir başka işletmenin KGS'nin değerlendirilmesinde esas olarak kullanılabilir KGS kurulması için asgari şartları belirleyen bir modeldir. Bu seriye dahil 9001, 9002 veya 9003 modellerine uygunluk belgesi, bir işletme için birçok sanayileşmiş ülkede kabul edilmiş olan, uluslararası standartlara uygun bir kalite güvence sistemine sahip olmak anlamına gelmektedir (37,152).

ISO - 9001 Tasarım/Üretim/Tesis Ürünün tasarımından nihai ürün aşamasına kadar olan safhalarda güvence	ISO - 9002 Üretim/Tesis Ürünün üretiminden nihai ürün aşamasına kadar olan safhalarda güvence	ISO - 9003 Nihai Ürün Kontrolü Nihai ürün özelliklerinde güvence
---	--	---

Şekil 1: ISO 9000 Modelleri (Kaynak : Çetin C., Akın B., Erol V.: TKY ve KGS (ISO 9000-2000 Revizyonu) Ülke Süreç Uygulama, Editör:Canan Çetin.Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2.Baskı, İstanbul, 2001, s:372)

ISO 9001, hizmet organizasyonları için uygulanabilir özelliğe sahiptir. ISO 9001 KGS'i bir işletmenin; yönetim sorumluluğu, kalite sistemi, sözleşmenin gözden geçirilmesi, tasarım kontrol, doküman ve veri kontrol, satın alma, müşterinin temin ettiği ürün, ürün tanı ve izlenebilirliği, proses kontrol, muayene ve deney, muayene ölçme ve deney teçhizatının kontrolü, muayene ve deney durumu, uygun olmayan ürünün kontrolü, düzeltici ve önleyici faaliyetler, taşıma, depolama, ambalajlama, koruma ve sevkiyat, kalite kayıtları, kuruluş içi kalite tetkikleri, eğitim, servis ve

istatistiksel teknikleri başlıklı standartlar bütünüyle satandardize edilmesidir. Bu bileşenlerden bir ya da daha çoğu organizasyon işlemlerinde yer almıyorsa, bu durum dökümanlarında belirtilmelidir (37,152) .

ISO-9002, üretim ve tesiste KG modelidir. Araştırma Geliştirme (Ar-Ge) fonksiyonu olmayan imalat ve hizmet firmaları bu standart için başvurabilir. Özellikle daha önceden oluşturulmuş ve onaylanmış tasarımlar doğrultusunda imalat yapan kuruluşlar için uygundur. ISO 9002'nin gereklilikleri ISO 9001'de belirtilen standartlarda verilen konuların tamamına yakını birbirinin aynıdır. Bu standart özellikle tasarım / geliştirme gibi fonksiyonel sahaların hepsini içermez .

ISO-9003, son kontrol ve testlerde kalite güvencesi modelidir. Düzgün ve basit imalatı olan veya müşterilerine, üretim süreçlerine ait kalite güvencesi vermeyi arzu eden işletmelerin bünyelerine daha uygundur. Örneğin, firma bitmiş yarı mamülleri alarak bunları monte etmek durumundaysa ve bu iş için müşterinin tasarımını kullanıyorsa, bu durumda ISO 9003 en uygun kalite sistemi standardı olacaktır.

ISO-9004 ise; kalite yönetimi ve kalite sistem birimleri için oluşturulmuş bir modeldir. 9001, 9002 ve 9003 standartlarının istediği özellikleri, kontrol eden bir liste olması itibariyle farklılık göstermektedir. ISO standartları her beş yılda bir gözden geçirilerek, söz konusu standartların, günün teknolojisine uydurulması gerçekleştirilir. ISO-9005 ise; sadece kalite sözlüğünden ibarettir (37,53,103).

Hızla gelişip yaygınlaşmasına karşın; ISO 9000 standartlar ailesinin çok sayıda standardı ve destek dökümanı kapsamı, şartlarının her organizasyona kolaylıkla uygulanamaması, imalat sanayi yönelimli olması, kullandığı terminoloji ile günlük hayattaki uyumsuzluklar gibi birçok nedenle bazı karışıklıklara ve kullanıcıların belirsizlikler yaşamasına neden olmuştur. Bu nedenle 2000 revizyonu ile, ISO 9000:1994 standartlarında yapısal ve kavramsal olarak önemli değişiklikler yapılması amaçlanmıştır. Yapılan çalışmalarla ISO/ TC 176, yapıyı basitleştirmek ve standartların sayısını azaltmak için, 2000 yılında yayımlanmış olan ISO 9000 standartlar ailesinin bir dizi teknik standartla desteklenen dört temel standarttan oluşması üzerinde görüş

birliğine varmış, ISO 9000 standartlarının 1994 yılı baskısına göre “Kalite Güvencesi” ifadesi kaldırılarak “Kalite Yönetim Sistemleri” (KYS) haline gelmiştir. 2000 revizyonunun önemli bir özelliği, eski standartlara göre, TKY felsefesinin daha hissedilir hale gelmesidir (23,88,92).

Girdileri çıktılara dönüştürmek için kaynakları kullanan faaliyetler süreç olarak kabul edilebilir. İşlevlerini etkili olarak sürdürmek isteyen kuruluşlar, süreçlerini tanımlamalı ve yönetmelidir. Bir sürecin çıktısı, çoğunlukla bir sonraki sürecin girdisi olmaktadır. Bir organizasyondaki süreçlerin tanımlanması ve bu süreçler arasındaki karşılıklı etkileşimlerin yönetilmesi süreç yönetimi olarak adlandırılır. Toplam Kalite'nin temel hedefleri olan, performans mükemmelliği ve müşteri tatmini, ISO 9000 standartlarından oluşan güçlü temelin içerdiği sistematik disiplinle desteklenmelidir. ISO 9000 ve TKY, birbirini destekleyen stratejik yönetim yaklaşımları olarak bir arada düşünülmelidir. Özellikle, süreç disiplini ve yönetimi konusunda, ISO 9000, kuruluşlara çok geniş olanaklar sunmaktadır (40,78,167).

Kuruluşların ISO 9000 serisine uygunluk belgesi alma nedenleri; özellikle Avrupa Topluluğu (AT) ülke müşterilerinin 01.01.1996 tarihinden başlayarak imalatçılardan ISO 9000'e uygun çalıştığını belgelenmesini istiyor olması, uluslararası düzeyde uygulanabilen bir model olması, kalite sisteminin belgelendirilmesi, sürekli gelişmeyi sağlaması, ISO 9000 serisine uygun bir kuruluş olduklarını göstermek, sertifika ile ISO 9000 statüsünü müşterilerine göstermek, pazarlama koşullarında avantaj sağlamak, yasal olarak zorlayıcı nedenler, etkin bir yönetim sağladığı, tüm faaliyetlerde geniş izleme ve kontrol sağladığı, müşterilerce talep edildiği, müşteri tedarikçi ilişkilerinde değişiklikler, karlılığı ve verimliliği arttırması ve en önemlisi de TKY'ne basamak teşkil ettiği içindir (37,103).

ISO 9000; zaman ve hammadde malzeme kayıplarının azaltılması ve giderek sıfırlanması, ürün kalitesinde sürekli gelişme, daha az müşteri şikayetleri, daha az servis-bakım giderleri, kaynakların optimum kullanımı, daha büyük bir tüketici kitlesine ulaşılması, kalite sağlama fonksiyonlarına müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde işlerlik kazandırması, kuruluşların, kendi bünyelerine ve faaliyet türlerine uygun

bir kalite sistemi kurmalarını sağlamak, firmaların kaliteyi etkileyen tüm unsurları, amaçları doğrultusunda kontrol edebilmeleri için; kuruluş ve organizasyon yapısında gerekli değişiklikleri yapmalarına yardımcı olmak, yönetim kolaylığı, sağlıklı bilgi akışı, etkinlik ve verimlilik ve 01.02.1996 tarih ve 22541 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan karar ile TS–ISO-9000 belgesine sahip olan firmalardan kendi üretimlerinde kullanılmak üzere ithal ettikleri ürünler için gümrüklerde uygunluk belgesi aranmayacağı gibi faydaları vardır (37,53,103).

Her standarttaki gereklilik sayısı farklıdır ancak hepsinde; kalite yönetim sistemi prensipleri, müşteri gerekliliklerinin karşılanması, dış faktörler üzerinde kontrol sağlanması, iç faktörler üzerinde kontrol sağlanması, uygunluğun gösterilmesi, ürün/hizmet kalitesinin korunması, eğitim ve satış sonrası hizmetler yer alır. TS–ISO 9000 Kalite Sistem Standardına geçmek ve belgelenmek kuruluşlara kendi çağını atlatılabilir. TS–ISO 9000 standardı asgari koşulları ortaya koyduğu için bu koşullar her örgütü en azından maliyeti düşürecek, pazarda rekabet şansını arttıracak ama sistemin gelişmesini engellemeyecektir (37,120,132).

ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi; kuruluşlardan faaliyet, ürün ve hizmetlerini belirlemelerini ve değerlendirmelerini, ürün ve hizmetlerinin çevresel etkilerini kontrol altına almalarını, kirliliği önleyici çalışmalarda bulunmalarını ve çevresel performanslarını sürekli geliştirmelerini bekler (92).

TS ISO 17799 Bigi Güvenliği Sistemi; bilgiyi, ticari sürekliliği sağlamak, ticari kayıpları en aza indirmek ve ticari fırsatların ve yatırımların dönüşünü en üst seviyeye çıkartmak için geniş tehlike ve tehdit alanlarından korur. Bilgi güvenliği; gizlilik, bütünlük, elverişlilik ve ulaşılabilirliğin korunması olarak tanımlanır. Bilgi güvenliği, politikalar, uygulamalar, yöntemler, örgütsel yapılar ve yazılım gibi bir dizi faaliyetleri ve uygun denetimi gerçekleştirme aracılığıyla sağlanır (92).

ISO 15189 Medikal Laboratuvar Kalite–Yeterlilik Şartları; uygun olmayan ürünün belirlenmesi ve kontrolü, düzeltici–önleyici faaliyet, sürekli iyileştirme, kalite ve teknik kayıtlar, iç kalite denetimi ve yönetimin gözden geçirilmesi şartlarını taşır. İnsan

kaynağı, yerleşim ve çevre şartları, laboratuvar donanımı, preanalitik–analitik– post analitik evre prosedürleri, analiz prosedürlerinin KG’si, sonuçların raporlanması teknik koşulları temsil eder (92).

ISO 17025 Deney Ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yeterliliği; teknik olarak yeterli olduklarını göstermek isteyen deney veya kalibrasyon laboratuvarların yerine getirmesi gereken bütün şartları içermektedir. Laboratuvar akreditasyonu, teknik yeterliliğin güvenilir bir göstergesidir. Aynı zamanda ulusal ve uluslar arası anlamda yeterliliğin resmi olarak tanınması anlamına gelir. Akredite laboratuvarlar tarafından düzenlenen rapor ve sertifikalar uluslararası kabul görmektedir (92).

TS 13001–Tehlike Analizi Ve Kritik Kontrol Noktaları Yönetim Sistemi (HACCP–Hazard Analysis and Critical Control Points); gıda sektöründe hijyen standartlarına uygun üretim yapılması ve ürün güvenliğinin sağlanması amacıyla yapılandırılan yönetim sistemidir (92).

OHSAS 18001 İş Sağlığı Ve Güvenliği Yönetim Sistemi (Occupational Health and Safety Management Systems); amacı; güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamının yönetilmesi, bu konudaki kanun ve yönetmeliklere cevap verilmesidir. Kuruluşun işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili risklerini kontrol altına alır. Çalışanlarla ilgili iş kazaları, meslek hastalıkları ve iş gücü kaybı azalır. İş sağlığı ve güvenliği politikası, planlama, uygulama, kontrol ve düzeltici faaliyetler ile yönetimin gözden geçirilmesi genel şartlarıdır (92).

1.2.2. AKREDİTASYON

Akreditasyon; bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören genellikle de bir sivil toplum örgütü tarafından değerlendirilip onayladığı resmi bir süreçtir. Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir. Sağlık kuruluşlarında tüm çalışanların katılımı ile kalite, hasta güvenliği ve sürekli gelişim anlayışının organizasyon kültürü haline getirildiği bir

süreçtir. Hastaneler akredite edilmeleri durumlarına göre de sınıflandırılırlar. Türkiye’de geçerli olmayan bu sınıflamada ABD’de Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JCAHO) tarafından belirlenen standartlara uygunluğu saptanan hastaneler, akredite edilen hastanelerdir. İlgili akreditasyon kuruluşunun ülkemizle ilgili ön çalışmaları sürmektedir. Bazı büyük hastanelerin bu yolda başvuruları vardır. Hastaneleri sınıflamada kullanılabilecek bir diğer kriter hastanenin dikey bütünleşme (vertical integration) basamaklarındaki konumu veya kapsamlı bir sağlık hizmetleri planı içindeki yeridir. Bu kritere göre hastaneler, birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olarak üç gruba ayrılmaktadır (87,92,107).

Akreditasyon bir çok ülkede ve bir çok sektörde topluma sunulan hizmetlerin niteliğinin sistematik bir yaklaşımla güvence altına alınması için geliştirilen bir yöntemdir. Akreditasyon, girdiler ve fiziki altyapı üzerine odaklanmaktadır. Akreditasyonda, akredite eden kurum standartları oluşturmakta ve akredite edilecek olan kurumun bu standartları en azından minimum düzeyde sağladığını onaylamaktadır.

İyi hizmet veren kuruluşların resmi olarak tanınmaları, kurumu değerlendirecek bir mekanizmanın yaratılması, çalışanların kurumlarıyla gurur duymasının sağlanması, çalışanlar arasında iletişimin geliştirilmesi, çalışanların katılımının desteklenmesi ve işe alınmasında yarar sağlaması, işletme politikalarının belgelendirilmesinin sağlanması, çalışmalarda yeterliliğin artırılması gibi faydaları vardır (<http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/akreditasyon.htm>, 01.10.2006).

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon ise; tek ve bağımsız, kar amacı gütmeyen, bakımın kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan bir dizi standartların sağlık bakım kurumlarında karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesidir. Sağlık kurumlarına güveni artırır, sağlık hizmetlerinin yönetimini iyileştirir ve eğitimi sağlar. Hizmet kalitesini arttırmak, hizmeti veren ve alanlar için güvenilir ortamlar sağlamak, maliyeti azaltmak, hizmetin etkinliğini ve verimliliğini arttırmak, sağlık bakım standartlarının var olan kalitesini uluslararası alanda rekabet edebilir düzeye taşımak, tanınımlık sağlamak için gereklidir (91,92,101).

Sağlık Bakanlığı (SB)–JCI ile işbirliği yaparak (Ulusal Akreditasyon Kurumu) ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılmasına karar verilmiş olup standart geliştirmede, denetçi eğitimi, kalite izleme ve ölçme sistemleri ve veri tabanı oluşturmada yararlanılması düşünülmektedir (92).

Akreditasyonun istenen düzeyde yürümesi için bazı unsurların bulunması gereklidir;

- Yaygın, anlaşılır ve desteklenen açık ulusal standartlar bütünüünün olması,
- Standartları iyi bilen, ziyaret için belirlenmiş bir protokolü izleyen ve standartlara dayalı olarak adil yargılara varabilecek eğitilmiş uzman meslektaşlar (değerlendiriciler) topluluğunun olması,
- Standartlara dayalı olarak kararlar verilmesini sağlayan bir karar oluşturma süreci ve bu süreci işleten bir karar verici merciiin olmasıdır. (<http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/akreditasyon.htm>,01.10.2006)

Akreditasyon denetiminin amacı; akreditasyon denetim kurulu, kurumun JCI akreditasyon standartlarına uyumunu ve amaca yönelik çalışmalarını değerlendirir. Kurumun standartlara uyumunu değerlendirirken; personel ve hastalarla sözlü mülakat yapar, sahada hasta bakımı süreçlerini ve bakım alanını inceler, politika, prosedür ve kayıtları inceler, akreditasyonun bir süreci olarak sonuçları değerlendirir. JCI tetkik sürecinde; Moch Survey öndenetim (Kurum talep ederse JCI'dan en az 2 denetçi gelir ve 3 günlük izlem) sonucu önerilerde bulunur. Kuruluş değerlendirme sonuçlarına göre çalışmalar yapar ve tetkik için JCI'ya başvurur. Gerçek denetimde, JCI'dan doktor, hemşire ve hastane yönetici toplam 3 denetçinin 4 gün süreli yaptıkları tetkiklerden oluşur. Saha denetim sürecinde kaliteli bakım hizmetlerinin iyileştirme çalışmaları izlenir ve kayıtlar incelenir. Denetim bulgularına göre akredite olup olunamayacağı belirtilir. JCAHO akreditasyonu belirli performans standartlarını yerine getirmek için bir organizasyonun taahhüdünü yansıtan ülke genelinde bir kalite sembolü olarak tanınır. Akreditasyonu kazanmak ve sürdürmek için, bir organizasyon en az her üç yıl bir JCAHO teftiş takımı tarafından yerinde bir teftiş geçirir (92, 101,<http://clevelandclinic.org/quality/choose/default.htm>,04.06.2006) .

1.2.3. MAGNET

1983 yılında Amerika'daki hastanelerde hemşire açığı fazla olmasına karşın bazı hastanelerin bu sorunu yaşamaması üzerine Amerikan Hemşireler Derneği bunun nedenini araştırdığında, mıknatıs kuvveti olarak tanımlanan özellikleri belirlemiştir. Bu özelliklerden yola çıkarak 1993 yılında Amerikan Hemşireler Derneği, Mıknatıs Hastaneler Hemşirelik Hizmetleri Programını kurmuştur. 1994 yılında 14 temel standart geliştirmişlerdir. Standartlar 1996 ve 2003 yılında revize edilmiştir. Standartlar ANA' (Amerikan Hemşireler Birliği)nin alt komitesi ANCC (Amerikan Hemşire Yetkilendirme Merkezi) tarafından onaylanmakta ve dört yıl geçerlidir. Bu güne kadar 73'ü Amerika'da , 1 tane de İngiltere'de olmak üzere 74 belgelendirme yapılmıştır. Bu program hemşirelik hizmetlerinde mükemmelliği tanımlamaktadır. Magnet; sağlık bakım organizasyonlarında hemşirelik hizmetlerinin mükemmelliğini onaylayan bir programdır (114).

Mıknatıs hastanelerde; hemşirelik imajını olumlu yönde etkilenmesi, hemşirelere öğrendikleri ve inandıkları hasta bakımı prensiplerini uygulama şansı vermesi, sürekli eğitim, sağlık bakımı veren disiplinler arasındaki ilişkileri olumlu yönde geliştirmesi, hastane idaresi içinde hemşirelik liderliğinin önemini ortaya koyması, hastanelerdeki hemşire sayısını stabilize etmesi, tüketicinin memnuniyetini artırması, hastanede yatış günü sayısını azaltması, hasta mortalitesini düşürmesi, kaliteli hemşire arama ihtiyacını azaltması, yeni hemşirelere iş verme ile ilgili işlemleri ve oryantasyon ile ilgili masrafları azaltması, hastane çalışanların moralini yükseltmesi gibi sonuçları olunca Amerikan hükümeti, mıknatıs hastane olabilmek için gerekli masrafı karşılayacak yasal fonları yaratarak hastanelerin mıknatıs hastane niteliklerini kazanmaları için teşvik yolları aramaktadır. Mıknatıs hastane kavramı Amerika dışında da ilgi görmeye başlamıştır (114).

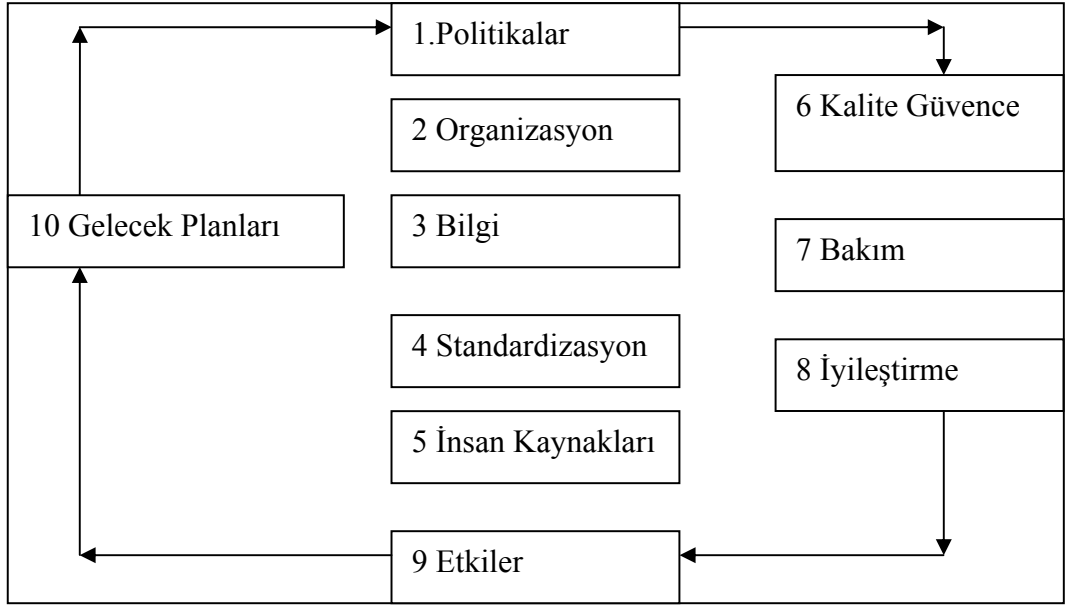
1.2.4.KALİTE ÖDÜL MODELLERİ

Kuruluşlar için yaşamlarını sürdürebilmenin ve büyümenin çözümü; müşteri odaklılık, kaliteli, verimli ve hızlı üretmedir. Organizasyonları bu doğrultuda

yönlendiren çağdaş yönetim yaklaşımı ise Toplam Kalite'dir. Ulaşım ve bilişim alanındaki gelişmelerin sonucu küçülen dünyamızda ezici rekabetin etki alanından kurtulabilmek için kuruluşların Toplam Kalite tek çıkar yoldur . Bu nedenle de bir çok geliştirilmiş model bulunmaktadır. Bunlardan bazıları (125);

Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Modeli; 1987'de oluşturulmuştur. MBNQA temeli özdeğerlendirmeler genellikle teşhis ve uygulanabilir iyileştirme fırsatları üzerinedir. Kurum performansını iyileştirmek ve müşterilerini memnun etmek için Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (NIST) ve Amerikan Kalite Derneği (ASQ) ortak çalışması sonucu oluşturulmuştur. MBNQA günümüzde; işletmeler, eğitim ve sağlık kuruluşlarına yönelik olmak üzere üç ayrı kategoride kullanılmaktadır. Modelin amacı, kalite bilincini ve kalite mükemmelliği için gereklerin anlaşılmasını arttırmaktır. Model birbiriyle ilgili yedi ana kriterden oluşmaktadır. Liderlik, stratejik planlama, müşteri ve pazar odaklılık, ölçme, analiz, bilgi yönetimi, insan kaynakları odaklılık, süreç yönetimi ve iş sonuçları temel kriterleridir. MBNQA kendi aralarında ilişkili; vizyon sahibi liderlik, müşteri yönelimli mükemmellik, organizasyonel ve kişisel öğrenme, çalışanları ve iş ortaklarını değerlendirme, çeviklik, geleceğe odaklanma, yenilik yönetim, gerçeklerle yönetim, toplumsal sorumluluk ve sonuçlara odaklılık gibi temel değer ve kavramlar üzerine inşa edilmiştir (53,131).

Deming Kalite Ödülü Modeli; Deming'in, Japonya'ya yaptığı katkıların tanınması ve JUSE'in önerisiyle 1951'de kalite kontrolün iyileştirilmesi amacıyla JUSE-Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği tarafından yaratılmıştır. Deming Uygulama Ödülü, Deming Bireysel Ödülü ve Fabrika Kalite Kontrol Ödülü olmak üzere üç ayrı kategoriye sahiptir. Deming Modeli'ne göre kalitenin yaratılması öncelikle üst yönetimin sorumluluğundadır ve bu konuda gerek üst yönetim gerekse tüm çalışanlar arasında bir bilinç yaratılmalıdır. Model on temel kriter üzerine kurulmuştur (53,131).



Şekil 2 : Deming Modeli (Kaynak: Pakdil F.: Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi, Verimlilik Dergisi, MPM Yayınları, 2003/3, s:45)

EFQM Kalite Mükemmellik Modeli; 1988’de Batı Avrupa’da yer alan ondört ülkenin girişimiyle kurulan Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) tarafından Avrupa Kalite Organizasyonu ve Avrupa Komisyonu’nun desteği ile Amerika kıtasındaki kalite hareketine karşılık olarak 1991’de oluşturulmuştur. Mükemmellik, temel faaliyet alanı ve süreçler sınıfında en iyi olan somut sonuçların sürdürülebileceğine ilişkin kanıtların mevcut olmasıdır. Ana kriterler kendi aralarında girdiler ve çıktılar olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Liderlik, insan kaynakları, politika ve strateji, işbirlikleri ve kaynaklar ile süreçler kriterleri girdi olarak değerlendirilmektedir. Girdi kriterleri kurumun ne yapması gerektiğini, çıktı kriterleri ise neleri başarması gerektiğini içerir. Mükemmelliğe ulaşmak için izlenecek ilkeler TKY’nin de temel prensipleri olarak görülmekte ve sonuç yönelimli olmak, müşteri odaklılık, liderlik ve amaç tutarlılığı, süreçlerle ve gereçlerle yönetim, insan kaynağını geliştirme ve katılımını sağlama, sürekli öğrenme, yenilikçilik ve iyileştirme, ortaklık geliştirme ile toplumsal sorumluluk şeklinde sıralanmaktadır (60,131).

TÜSİAD–Kalder Kalite Ödülü; Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) ile Kalite Derneği (KalDer) yönetim kurullarının işbirliği ve üyelerinin katkıları ile

düzenlenmektedir. Kalite ödülü ile ülkemizde kalite bilincinin yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması, kuruluşların kaliteye yönelik çabalarının özendirilmesi ve başarılı kalite stratejilerinin tüm ülke yararına sunulması amaçlanarak 1992 yılında tasarlanmıştır. Model geliştirilirken ülkemizin ileriye yönelik politik ve ekonomik çıkarları da göz önünde bulundurulmuş ve EFQM'in geliştirdiği model örnek alınmıştır. Modelin özünde, çalışanların yeteneklerinin çeşitli süreçler aracılığı ile iş sonuçlarına dönüştürüldüğü görüşü vardır. Çalışanlar ve süreçler iş yaşamında sonuçları üreten girdilerdir. Ulusal kalite ödülünün üç ana işlevi vardır: kalite bilincini ve TKY'ni ülke çapında yaygınlaştırmak, kalite seviyemizin uluslar arası ortamda saygınlık kazanılmasını sağlamak ve TKY sistemlerini kurmuş olan firmaların tanıtımını ve gündemde kalmasını sağlayarak TKY' ne olan ilgiyi arttırmaktır (125,154).

1.3.TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY)

İşletmelerin hayatta kalabilmeleri sundukları mal ve hizmetlerin kalitesine ve fiyatların uygun olmasına bağlıdır. Maliyetleri kontrol altına alma, verimliliği artırma, müşteri memnuniyetini ön plana alma ve sürekli iyileştirmeyi amaçlayan dolayısıyla TKY uygulayan işletmeler, bu amaçlara daha yakındırlar. TKY, işletmede tüm çalışanları sorumlu tutan, kalite olgusunu işletmenin bütününe yayan bir yaklaşım, bir yönetim felsefesidir. Kaliteyi arttırarak rekabet gücünü geliştirmenin çağdaş yönetim biçimi TKY; doğru üretimi, ilk defasında yapmayı ve bunun her defasında tekrarlamayı hedefleyen, örgütün bir bütün olarak etkinliğini sağlamayı, esnekliğe ulaşmasını ve rekabet gücünü amaçlayarak sürekli iyileştirmeyi amaçlayan bir yönetim şeklidir (132) .

TKY, bir takım ilkelere ve prensiplere sahip bir yaşam tarzıdır. Bireyler geleneksel hiyerarşik sistemlerden katılım kültürü için gerekenleri yapmazlarsa TKY başarılı olamaz. Bu nedenle de güçlü liderliliği zorunlu kılar. Kalite geliştirme programında karizmatik olması gerekmemekle birlikte kitleleri peşinden sürüklemesini bilen, ilham veren, güçlü olmamakla birlikte yetkilendirme alışkanlığı olan bir liderlik gerektirir. Kalite üretmek, sürekli olarak değişmektir. Bu değişim önce doğru yönde olmalı, sonra uygun bir hızla devam etmelidir (19,36,54,77,162) .

TKY; “İyileştirilebilen ve geliştirilebilen her şeydir, insanları yönetmek değil insanlarla yönetmektir, insana yapılan yatırımdır, katılımcılıktır ve bir yaşam biçimidir.” (Rixos Grup CEO’su Levent Hatay), “Eldeki kaynakların doğru ve etkin kullanımı ile rekabetin anahtarıdır.” (Dr. Yılmaz Argüden), “İnsana verilen değerdir, geleceğe ait güvencedir, tanımlanmış demokrasi, vatandaşlık bilinci ve ilkeli takım çalışmalarıyla geleceğe güvenle bakmaktır, müşterilerin bugünkü ve gelecekteki beklentilerini aşan hizmeti sunmaktır, önemli işlere öncelik vermektir.” (Dr. Stephen Covey), “Kurumun tüm kaynaklarını paydaşlarına ve topluma olumlu katkılarda bulunacak şekilde yönetmesidir.” TKY geniş kapsamlı özdeğerlendirme süreçleri ile yürütülür (114,122).

TKY kavramı, işletme yönetiminin kalitesinin gelişmesinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı söylenebilir. TKY, organizasyonun her aşamasında mükemmelliği hedefler. TKY felsefesi hem süreci hem de kalitenin ne olduğu ile ilgili inançları ve yönetimin bu inançları örgüt kültürüne öğretmedeki rolünü kapsar. Yönetim felsefesi rolü içinde, TKY örgüt kültürü ve yaşam stili açısından bir değişim gerektirir. Bu değişim net ve açık bir şekilde tepe yönetimin sorumluluğundadır. TKY yaklaşımının kültüründe; yöneticilerin çalışanları desteklemek, görüş ve önerilerini almak, üretim sürecindeki sorunları öğrenmek için alt kademe çalışanları desteklemek ve güçlendirmek (empowerment) vardır. Bu felsefede, kaliteyi yönetenin insan olduğu gerçeği hakimdir (71,74,79,132,142,162).

TKY uygulamaları, uygulayan kurumlara; öncelikle tercih edilen bir kurum olmak, kurum ile bütünleşmiş, iş doyumunu ve motivasyonu yüksek, takım çalışması yapabilen ve iyi iletişim kurabilen nitelikli çalışanlara sahip olmak, kurumsal kültür, kaynakları etkin ve verimli kullanabilmek, toplumsal sorumluluk bilincine sahip olmak, faaliyetlerini sürekli ve düzenli olarak gözden geçiren ve iyileştirebilen bir kurum olmak, mükemmel iş sonuçlarına sahip olmak gibi kazançlar sağlar. Ancak; kurumlarda mükemmelliği hedeflemek ciddi ve zorlu bir iştir ve iyi bir değişim yönetimi gerektirir. Kalite ile ilgili sorunlara çözüm arayan ve bilimsel çalışmalarıyla kalite olgusuna katkıda bulunan kişilerden biri de Bilimsel Yönetim Yaklaşımı’nın (Scientific Management Approach) babası olan Frederick Winslow Taylor’dur (1856–1915).

Taylor, işletmelerdeki verimsiz ve israflı çalışmalara dikkati çekmiş ve bunun sorumlusunun bilimsel yöntemlerden yararlanmasını bilmeyen yönetim kadrolarının olduğunu söyleyerek; planlama ve üretimin birbirinden ayrılmasını, işin mühendisler tarafından en ince detayına kadar planlandıktan sonra vasıfsız işçilere bu işin nasıl yapılacağını anlatılmasını gerekli olduğunu savunmuştur. Bugün toplam kalite felsefesi altında, çalışanların tümünün işlerini bir makine gibi değil, akıllarını, yaratıcılıklarını, bilgi, deneyim ve kültürlerini kullanarak yapmaları beklenmektedir (114).

Amerika'da Taylor atölye düzeyinde verimlilik çalışmalarını arttırırken, Max Weber'de Almanya'da; fonksiyonel uzmanlaşmaya dayanan işbölümü, açıkça belirlenmiş bir hiyerarşik yapı, her kademedeki işlerin nasıl yürüyeceği ile ilgili ilke ve yöntemleri esas alan bürokratik yaklaşımı ile kalite yönetimine katkılar sağlamıştır. Weber; sistem kurma, görev, yetki ve sorumluluk dağılımının akılcı ve bilimsel bir şekilde yapılmasını sağlamıştır. Bu yöntemler o günkü şartlara göre iyi sonuç vermiştir, fakat zaman içinde çalışanlar işe yabancılaşarak işe olan bağlılıkları azalmıştır. 1930'lu yıllara kadar sürmüştür. Ancak işletmelerde bilimsel yönetim ile ilgili boşluklar ve çeşitli örgüt sorunlarının artması sonucunda örgüt olgusuna farklı açıdan bakan insan ilişkileri yaklaşımı hızla gelişmiştir. Hawthorne araştırmaları olarak bilinen bir dizi araştırma, Western Electric şirketinin Hawthorne tesislerinde Kasım 1924'te Harvard Üniversitesi'nden Prof.Dr.Elton Mayo ve arkadaşları tarafından başlatılmıştır. Esasında bu araştırmanın temelinde klasik yaklaşımın iki ana varsayımı olan; işyerinin fiziksel şartlarıyla çalışanın verimi arasında olumlu etki vardır ile insan en yüksek düzeyde kazanç elde etmek ister, ona en yüksek kazancı sağlayacak bir yönetim kurulmalı ve birey dışardan yönetilmelidir, varsayımlarını denemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçları 1930 yıllarında alınmıştır. Sonuçta çalışma hayatı ile ilgili informal ilişkilerin kişilerin davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Böylece yönetimde insan faktörünün önemi ortaya çıkmıştır. Bu araştırmaya göre fiziksel şartlar ne olursa olsun, küçük grupların oluşturduğu takımlarda iş veriminin arttığı görülmüştür. Bu takımlarda ilişkiler sıcak, samimi ve yapılandırılmamıştır. Manevi teşvikler, maddi teşviklerden önemlidir. Böylece insanlar daha hevesli ve işlerine daha bağlı çalışmaktadırlar. Bu da kaliteyi ve verimliliği arttırmaktadır. Bu çalışmalar bugünün Kalite Çemberlerinin (KÇ) ve takım

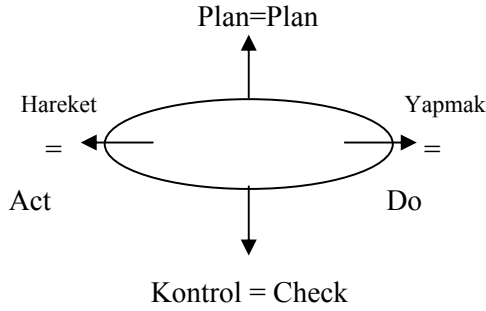
çalışmalarının temelini oluşturmuştur. 1930 yıllarında Bell Laboratuvarlarında Dr.W.A. Shewart tarafından proses kontrollü çalışmalar başlatılmıştır. Bu istatistiksel teknikler günümüzde ülkemizde kullanılmaktadır (70,79,112).

TKY kavramına Toplam Kalite Kontrolü kavramından gelinmiştir. 1950'li ve 1960'lı yıllarda Philip Crosby, Edward Demings, Armond Feigenbaum, Joseph Duran ve Kaon Ishikawa başta olmak üzere çeşitli kişiler tarafından yapılan çalışmalar ve ileri sürülen fikirler globalleşme olarak tarif edilen ortamın ortaya çıkması ile birlikte, kalite konusunun tüm işletme faaliyetlerine yön veren temel bir kavram haline gelmesine yardımcı olmuşlardır (104,137).

İkinci Dünya Savaşı'na kadar bu insani ve endüstriyel çalışmalar devam etmiştir. İkinci Dünya savaşı ile, savaş sanayii ile kalite tekrar ön plana çıkmıştır. Fakat savaş nedeniyle kalifiye elemanlar dağılmıştır. Çalışanlara iş yaptırabilmek için standartlara, talimatlara, prosedürlere ve kalite kontrolüne ağırlık verilmiştir. Bu dönemde yazılı belgeler gelişerek bugün kullandığımız birçok kalite standartlarının temelini oluşturmuştur. Talepler doyurulduktan sonra tüketicilerin bilinçlenmesi ile endüstriyel alan yeniden biçimlenerek TKY kavramının doğmasına neden olmuştur. TKY kavramı Amerika'da 1980'lerde gündeme gelmesine karşın Türkiye'de ve Avrupa'da 1990'larda yaygınlaşmış ve önemsenen bir konu olarak benimsenmiştir (130).

TKY'nin temelleri Amerikan asıllı olan Prof. Dr. Edward Deming (1900-1993) tarafından atılmıştır. Deming'in yanında Prof.Dr.J.M.Juran'nın da KK'nün tüm yönetimi ve çalışanları ilgilendiren bir süreç olduğunu iddia etmesi bugünkü çağdaş anlamda toplam kalite felsefesine gelmesine neden olmuştur. Takımların bütün potansiyellerini kullanabilmeleri için; süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesi yoluyla kurumlarının verimliliğini arttırmak ve kuruluşun kültürünü değiştirmeyi sağlayan bir güç olmak üzere iki amaçlarının olması gerekir. Deming'in öğretisi, yapılması ve yapılmaması gereken şeyleri içerir. Geleneksel yönetim tarzından uzaklaştırmak için izlenecek bir listedir. Bu liste sadece yönetim için geçerli değildir. Deming'in öğretileri uygulandıkça anlam kazanır. Deming çevrimi adı verilen mantıksal süreç Şekil 3'de görülen dört işlevden oluşur. TKY'nin de mantıksal işlevini oluşturan bu işlevler,

durmadan sürekli olarak sürdürülecek ve böylece devamlı iyileştirme ve geliştirmeler sağlanacaktır. Deming'in TKY'nde kullanılan bilimsel metod üzerine temellendirilerek geliştirilen bir modeldir (16,74,79,111).



Şekil 3 : Deming Çevrimi, PDCA (Kaynak:Eleanor J. Sullivan, Philip J. Decker, Efective Leadership and Management in Nursing, 2001, s:137)

Juran (1904-), istatistiksel süreç kontrolünün kurucusu olarak kabul edilmektedir. Kaliteyi mali konulara paralel bir yönetim disiplini olarak tanımlar. İlk olarak, kullanım veya kullanım için uygunluk terimini buldu ve bunu özelliklerin uygunluğu olarak ifade eden kalitenin tanımından çıkarmıştır. Organizasyon, haberleşme ve görevlerin koordinasyonu yani insan faktörü işle ilgili teknik problemleri çözmek için işgücü ile ilgili bir anlayış olarak ileri sürmüştür(53,71,120,142,153,154).

Ishikawa (1915–1989), kurumun temel değerleri ve teknolojesi, örgüt yapısı, yönetim şekli, amaç, hedef ve misyonu, müşteri beklentileri, problemler, aksaklıklar, kullanılan performans ölçütleri, eğitim faaliyetlerinin durumunun tespit edilmesiyle mevcut sistemin tanınmasını temel alır. Elde edilmiş olan bu veriler kalite sorunlarının da belirlenmesine temel olacaktır (53,120,153).

İstatistik ve analitik teknikleri basitleştirerek, sorunların teşhis edilip çözümlenmesini, öğrenilmesini ve uygulanmasını sağlayarak kalite iyileştirme çalışmalarını organizasyonun tabanına Ishikawa yaymıştır. KÇ'lerinin babasıdır. KÇ uygulaması, kuruluşlarda ekonomik etkinliği ve sosyal gelişmeyi birlikte gerçekleştiren

bir yönetimdir. KÇ'lerinin; yönetim tarzı, insan gereksinimlerinin karşılanması (motivasyon) ve işin gereklerinin yerine getirilmesine ilişkin olmak üzere üç temel unsuru vardır. KÇ'leri; kuruluşun gelişim ve ilerlemesine katkıda bulunurlar, insan boyutuna saygı duyar ve içinde çalışmanın bir ödül olarak algılandığı, mutlu ve canlı bir ortam oluştururlar, katılımcıların tüm potansiyellerini geliştirirler (24,41,71,91,137,142).

Ishikawa'nın geliştirdiği, neden-sonuç ya da balık kılçığı diyagramı olarak da bilinen yöneme göre , bir sorunun nedenlerini analitik bir bakışla inceleyip en optimum çözüm stratejisinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Japonya, Ishikawa ile birlikte, Deming'in kontrol çevrimlerine yeni bir bakış açısı getirmiştir. Daha önceden, kontrol sürecini, Taylor tarafından planla, yap, görü daha açık bir şekilde planla, yap, denetle ve sonuca göre harekete geç olarak yeniden düzenlenmiştir (71,120,142).

Feigenbaum ise; toplam kalite kontrol ve kalite maliyetleri kavramlarının öncüsüdür. Kalite tüm organizasyonu ilgilendiren bir sistemdir, bireysel ve grup çalışmasını teşvik eder, kalite ve yenilik birbiriyle iç içedir, kalite sosyal sorumluluk felsefesidir, kalite sürekli iyileştirme faaliyetlerini gerekli kılar, kalite organizasyonda verimliliğin sağlanması için ekonomik tekniklerin kullanılmasını sağlayacak ve maliyet etkinliğini getirecek bir araç olarak görülür (46, 53,154).

Crosby (1926-), 1979 yılında kabul edilebilir kusur seviyesi ile ilgili düşünce sisteminden söz ederek, onları sıfır hata amacına götürecek programlar oluşturmaları gerektiğini savunmuştur. Sıfır hata, Avrupa'da anlaşılmamış fakat Japonya'da çok iyi benimsenmiş ve hedef etrafında kararlılık için, çalışma-kararlılık-hedefi yükseltme kavramı olarak bilinen kaizen anlayışına dönüşmüştür. Sıfır hata kavramı anlaşılmazken kaizen yayılmıştır (53,142,153,154).

TKY sürekli daha iyinin arandığı bir süreçtir. Bir kuruluşun hangi ölçüde mükemmeli yakalamak veya vasatı tutturmak çabasında olduğunun göstergesi, o kuruluştaki görevlilerin zihniyet ve tutumudur. TKY'de değişimin ve dönüşümün insanda gerçekleştirilebileceği öngörülür ve ancak bu düşünce ile uygulama olanağı

bulur. Eđer herhangi bir gerçek yasaklarla rtölü ise, burada felsefi bir dűşünceden bahsedemeyiz. Topyekün mükemmelleşmenin başarısı insanı anlamaya bağlıdır. Bu bağlamda en temel problem meraksız ve soru sormayan insan gücünü en aza indirmektir. Değişim süreci insanla gerçekleştiği için insanı anlamak çok önem kazanır. Günümüzde TKY uygulamalarında insan faktörünün önemi anlaşılmaya başlanmıştır. TKY'nin başarılı olması için birbirini tamamlayan ve bir bütünlük oluşturan; beş temel öğesi (3,6,15,39,106,140,154,156,172);

Üst düzey yönetimin bağlılığı; önemlidir. Kuruluşların toplam kalite anlayışına uygun olarak kültürünü de değiştirmeleri gerekir. Kuruluş kültürü bir işletmenin ve çalışanlarının felsefeleri kümesine bağlıdır. Örgüt üyeleri arasında ortaklaşa paylaşılan bir anlamlar sistemi halinde bütünlüşen inançlar, değerler ve tutumların, karar verme, grup davranışı, iş organizasyonu, motivasyon ve iş doyumunu, yönetim kontrolü gibi örgütsel süreçler üzerinde önemli etkisi vardır. Müşteri tatmini konusunda en önemli değerlerden biri de ekip çalışmasıdır. Ekip alışması toplam kalite kültürünün önemli bir parçasını oluşturur (39,43,67,86,90,138,141,145).

Liderlik; herhangi bir organizasyon için gidiş yönünü belirlemek ve o yöne doğru çalışanları motive etmek anlamına gelir. Liderler, organizasyonun sürekli değişen ve ilerleyen en temel amacı doğrultusunda, çevre koşullarını da düşünerek yeni hedefler ve yönelimler bulmakla sorumlu tutulan kişilerdir. Güven, insan motivasyonunun en yüksek şeklidir. Kalite dönüşümü liderlere bağlıdır. Kalite iyileştirmede; misyona açıklık kazandırma ve değişim için kararlılık önemlidir. Her ikisi de liderliği gerektirir. Karar vermede katılım için diğerlerini teşvik edeceği, faaliyetlerde yetki devredeceği ve diğerleri için işi kolaylaştıracaağı söylenebilir. Peter Drucer, iyi liderliğin çok çalışmanın, amaç ve hedeflerin açık bir şekilde belirlenmesinin, uygulama standartlarının ve motivasyonun bir sonucu olduğunu belirtmektedir. alışanlarının tatmin olma beklentilerine önem veren yönetici liderler, onların belirgin bir şekilde daha iyi çalıştığını göreceklendir (2,33,39,46,47,50,90,117,119,141).

Müşteri odaklılık; TKY'nin en önemli unsurlarındandır. Müşteri odaklı bir kuruluş mevcut ve gelecekteki müşteri ihtiyaçlarını anlamalı, müşteri şartlarını yerine

getirmeli ve beklentilerini de aşmak için çaba göstermelidir. TKY’de yalnızca tüketici yaratıcılığından yararlanılmaz. Aynı zamanda ona yaratıcıkta sunulur bu sunumu gerçekleştiren iç müşterilerin de (çalışanlar) memnun edilmesi gerekmektedir (6,39,120,124,141,164,169).

Toplam katılımcılık; TKY, tüm işletme süreçlerinin sürekli geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve müşteri memnuniyeti, bağlılığın sağlanmasına yönelik çağdaş, katılımcı bir yönetim anlayışıdır (39,95,136,141,170).

Sistemik Analiz; organizasyonun süreçlerindeki ve çevresindeki değişikliklere karşılık vermede tutarlı olması için uygulanır. Süreçlerde yaşanan sorunların nedenlerinin bulunması için veriler toplanarak kurumun kendini kıyaslaması sağlanır (benchmarking) (39,40,141,176).

Bunları ayrı ayrı düşünmek ve uygulamak mümkün değildir. Şayet kurumlar bu öğelerden birini yada birkaçını uygulamazlarsa tam bir başarı elde edilemez. Bunun için öğeleri bütün olarak ele almak ve uygulamak gerekir (3,6,15,39,140,154,156,172).

BÖLÜM 2

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ve HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerini yürütenler ve bu konuda araştırma yapanlar için sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmeti kalitesinin uygun bir tanımını yapmak her zaman sorun olmuştur. Her tanım özel bir sorun için yapılmıştır (62).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelir. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından sunulur. Sağlık kurumları, ürettikleri temel sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılır. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana grupta toplanır. Hastaneler, temel işlevi olan tedavi hizmetlerinin sunumu yanında, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de sağlar. Dünya nüfusunun artması, insan faktörüne giderek daha fazla önem verilmesi sonucu hastanelere olan talepte büyük bir artış olmuştur (61,76,107).

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını belirleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Anderson ve arkadaşları bu faktörleri şu şekilde sıralamaktadır;

- Hazırlayıcı (demografik, sosyal–ekonomik, tutum ve davranışlar)
- Kolaylaştırıcı (aile ve kamusal özellikler)
- Gereksinim faktörleri (algılanan hastalık derecesi, gerçek hastalık)

Riedel ve arkadaşları ise gereksinim faktörleri yerine “Algılanan Hastalık Derecesi” boyutunu eklemiştir. Hizmet kullanımını etkileyen temel faktörler arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer çalışmada, hastalıklara göre hizmet kaynağının özellikleri ile bireysel özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkilerin

bulunduğu belirlenmiştir. Ülkenin ekonomik sistemi de hizmet kullanımını etkilemektedir (107).

Sağlık hizmetlerinde faaliyet gösteren kurumlar, bütün halka hizmet verdikleri için, toplumu sürekli bilgilendirmek ve güven duygusu oluşturma sorumlulukları vardır. Bu sorumluluğun yerine getirilmesinin belirlenmesinde kullanılabilir yöntemlerden biri de müşteri memnuniyetinin belirli aralılarla ölçülmesidir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi oldukça yeni olup son on yıldır ülkemizde de bu tür çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi için kolay kullanılabilir, kaliteli, süreklilik arz eden ve verimli olması gerekir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulmasını gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için; mesleki yeterlilik, kişisel kabul edilebilirlik ve verilen hizmetlerin meslek odaları ile kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olması gereklidir (81,107).

Sağlık hizmetleri, toplumsal ve ekonomik yaşamın tüm boyutlarını etkileyen hizmetlerdir. Toplumun sağlık sorunlarını en iyi şekilde çözebilmenin, izlenilmesi gereken öncelikli politikalardan birisi olmasının bilincinde olan ülkeler, toplumun ihtiyacını en iyi şekilde karşılamak üzere yeterli sağlık hizmeti üretmek ve bunu en iyi şekilde sunabilmek için önlemler almışlar ve uygulamaya başlamışlardır. Toplumun sağlık sorunlarının çözümünün ön koşulu, herkese yeterli ölçü ve kalitede sağlık hizmeti sunabilmek ve bunu herkes için ulaşılabilir kılmaktır. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi için; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve herkese eşit olarak verilmelidir. Çünkü; insan için vazgeçilmez olan en temel hak yaşama hakkıdır. Ülkelerin sosyo–ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeyinin en önemli göstergelerinden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterilerinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Sağlık sektöründe sunulan hizmet %100 güvenliğe sahip olmalıdır. Bu sektörde sunulan hizmetlerin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalitede olması gerekir. Sağlıkta hata %1 olmamalıdır. Sağlık hizmetinde hata o insanın ölümü

veya sakatlığı demektir ve hizmetin doğru olarak telafisi mümkün olmaz. Sağlık hizmetlerinde TKY'nin uygulanması bir gereklilik değil zorunluluktur (8,38,56,65,109).

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma 1980'li yıllarda hakim olmuş ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Bir yandan kişilerin sağlık bilinci artmış, sağlık hakkı kadar sorumlulukları da olduğu anlayışı gelişmiş, diğer yandan da daha kaliteli sağlık hizmeti beklentisine karşılık sağlık hizmetleri maliyetleri de artmıştır. Bu durum, hem ülkeler hem de aynı ülke içindeki bölgeler arasında sağlık hizmeti farklılıklarının olmasına, sağlık personelinin yönetim ve hizmet sunumu aşamalarında geleneksel rolün değişmesine yol açmıştır. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine ait özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmaktadır (56).

Mükemmelliğin ve TKY'nin temel kavramları sağlık sektöründe de geçerlidir. Müşteri odaklılık, kurumsal sosyal sorumluluk, sonuçlara yönlendirme, işbirliklerini geliştirme, liderlik ve amacın tutarlılığı, süreçlerle ve verilerle yönetim, çalışanların geliştirilmesi ve katılımı, sürekli öğrenme, yenilikçi ve iyileştirme (114).

Donabedian, sağlık hizmetlerinde kalitenin bazı özelliklerini; etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık, eşitlik gibi başlıklar altında sıralamıştır .Donabedian bu gruplandırmaya başka bir çalışmasında etkenlik maddesini de eklemiştir (5,66,67).

Donabedian tarafından geliştirilen ve üç ögeyi içeren yapı-süreç ve sonuç (çıktı) yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü olan kaliteli bakım hizmeti kriterlerini içerir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmeti talep eden kurum, toplum veya kişinin ihtiyaç ve isteklerini karşılamanın yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir (7,57,107,121,127,149).

Sağlık hizmetleri de bir üretim süreci içinde üretilir ve sunulur. Bu süreç içinde hizmet kalitesinin etkilendiği pek çok değişken vardır. Hastanelerde oluşan kalitesizlik sorunları, hasta güvenliğini de ön plana çıkarmıştır. Yapılan çalışmalar sağlık kuruluşlarının verimliliği, etkinliği arttırmak ve yüksek performansa ulaşmak için bazı özelliklere sahip olması gerektiğini ortaya koymuştur. Buna göre bir hastanede; yüksek standartlar ve hedefler belirlenmiş olmalıdır, bilgi verme ve geri bildirim yapılmalıdır, bölümler arası koordinasyon ve kaynak paylaşımı sağlanmalıdır, verimlilik ve etkililik için uygun sistemler oluşturulmalıdır, istihdam iyi yapılmalı ve çalışanların konsantrasyonu sağlanmalıdır ve çevresel baskılarla mücadele edecek bir yönetim grubu oluşturulmalıdır (7,128,134,171).

Kalite geliştirme uzun zaman alan inanç, süreklilik ve birlikte çalışma gerektiren zorlu bir iştir. Sağlıkta, müşteri ihtiyaçları diğer sektörlere göre daha komplikedir. Bu nedenle, sağlık kuruluşu müşterilerinin ihtiyaçlarına karşı çok daha hassas davranmak konusunda büyük sorumluluklar taşımaktadır. Sağlık sektöründe, müşteriye hizmetin sunulması için farklı bölümler birlikte çalışmak zorundadır. Kaliteli hizmetin sunumu için bu bölümler arasındaki ilişkiler etkili bir şekilde işlemelidir (56).

Kaliteli sağlık hizmeti; hastanın fiziksel yapısında ve fonksiyonlarında, ruhsal durum ve zihinsel yeteneklerinde mümkün olan en kısa sürede bir iyileşme yaratır, insan sağlığının geliştirilmesi, hastalıklardan bedensel ve zihinsel özürle olmaktan korunması ve bu gibi sonuçlar doğuracak şartların erken teşhisini ve tedavisini sağlar, hizmetin gereğinden uzun zamanda sürmemesi, gereksiz kesintiye uğramaması ve zamanından önce bitirilmemesini sağlar, hizmet sürecince hastaya ait alınan kararlar ve sonuçlarına ilişkin bilgi verilmesini ve onunla işbirliği kurulmasını sağlar, tıp biliminin doğruluğu kanıtlanmış prensiplerine dayanır ve ilgili diğer bilimsel, teknolojik ve uzmanlık alanlarından yararlanır, hastanın sağlık durumu ile ilgili yeterli ve güvenilir kayıtların oluşturulmasını ve bu sayede hizmetin sürekliliğini ve izlenebilirliğini sağlar, sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, beşeri ve finansal kaynaklarının en verimli bir biçimde kullanılmasına olanak sağlar, çalışanların uyumlu, bir arada koordineli şekilde çalışması ile ast üst ilişkilerinin gelişmesine katkıda bulunur, genel performansta iyileştirme sağlar, çalışanlar arasındaki ilişkilerin daha iyi düzeye gelmesini sağlar,

üretkenliği arttırır, hasta memnuniyetinin artmasını sağlar, karlılığı yükseltir, laboratuvar tetkik sürelerinin kısalmasını sağlar, ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesini sağlar, hastane enfeksiyon oranını düşürür, hatalı ilaç verme oranını azaltır ve hastanenin hem klinik hem de yönetsel anlamda daha kaliteli hizmet vermesini sağlar (7,127,135).

Dünyadaki son gelişmeler; sunucu odaklı olmaktan hasta odaklı olmaya, sonuç odaklı olmaktan süreç odaklı olmaya kuruluşları zorlamaktadır. Hizmeti yönlendirmede kullanıcılara yer verilmez ise mevcut durumla yetinen daha fazlasını istemeyen kurumlar haline gelir. Aynı düşüncüyü mesleki uygulamalar içinde sağlık profesyonellerinin birbirine karşı rollerini yerine getirirken de düşünölmelidir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı düşünölmönce hizmet verilenler sadece hasta olan bireyler değildir. Sağlıklı kişilerde danışmanlık ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Sonazzura'ya göre kalite "Hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya bilimsel olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konması" şeklinde tanımlar. Roemer ve Montoya–Aguilar sağlık hizmetlerinde kaliteyi "Kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi" şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite göstergeleri; hizmetin ulaşılabilirliği, güvenilirliği, doğruluğu, yeterliliği, yetkin kişilerce verilmesi, anlaşılabilirliği, güvenliği, esnekliği, sürekliliği ve uygun zamanda yapılmasıdır (81,114,127,150,177).

Kalitenin iki önemli şekli vardır. Gerçek kalite ve algılanan kalite. Gerçek kalite, bir ürün ya da hizmeti sunan kişi ya da kuruluşun, ürün ya da hizmeti sunmak amacıyla harcadığı çaba ve katlandığı maliyet sonucunda ürün ve hizmetlerin belirlenen spesifikasyonlarına ulaşması durumunda elde edilen kalitedir. Algılanan kalite, sübjektif bir kavram olup, müşterilerin algıladığı ve benimsediğı kalitedir. Bir ürün yada hizmet, müşteri beklentilerini karşıladığında algılanan kalite gerçekleşmiş olur. Sağlık hizmetlerinde bunlara ek olarak birde hastalar tarafından beklenen kaliteden söz edilebilir. Beklenen kalite; gerçek kalite ile algılanan kalite arasında bulunur (9).

Algılanan Hizmet Kalitesi > Beklenen Hizmet Kalitesi ise İDEAL KALİTE

Algılanan Hizmet Kalitesi= Beklenen Hizmet Kalitesi ise DOYURUCU KALİTE
Algılanan Hizmet Kalitesi < Beklenen Hizmet Kalitesi ise DÜŞÜK KALİTE

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi; kurumun stratejik planlamasıyla ilişkilidir, kurumun üst düzey yöneticilerinin önderliğinde yürür, çalışanlar için eğitim programlarını kapsar, gelişmeye açık noktaları ve fırsatları yakalamaya yöneliktir, süreci analiz etme ve yeniden düzene sokma anlamında işgücü desteğini kapsar, sürecin iyileştirilmesinde çalışanların motive edilmesine yönelik personel politikalarını ortaya koyar, süreç analizinde ve kontrolünde çok özenli istatistiksel tekniklerle çalışarak sonuç elde eder. Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite geliştirme uygulamaları bu kurumlarda; kurum içi motivasyonu artırır, işgücünde bulunabilen ve gözden kaçabilen entelektüel sermayeyi açığa çıkarır, yönetsel giderleri azaltır, süreç analizi için kapasiteyi artırır, sağlık hizmet kurumlarında sıklıkla karşılaşılan aşırı uzmanlaşmaya bağlı kapalı kutuların içinde neler olup bittiğini anlamamıza, etkisiz ve verimsiz noktaların giderilmesine olanak sağlar (113,150).

Başarılı bir kalite programının oluşturulabilmesi için gereken pek çok farklı koşulların bir arada bulunması gerekir . Bu koşulların bazıları şunlardır:

Mevcut Kalite Düzeyinin Ölçülmesi: Roemer ve Montoya–Aguilar’a göre kalite, sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir ve klasik üretim şeması (Girdi–Süreç–Ara Çıktı–Son Çıktı) göz önünde tutulduğunda iki şekilde ölçülebilir. İlk yaklaşımda bir sağlık hizmetinin üretimi sırasında her bir basamakta kalite düzeyi ölçülmelidir. İkinci yaklaşımda ise uygulanması aşamasında ortaya çıkan güçlükler sebebiyle “son çıktı”, kalite düzeyinin bir komponenti yerine üretim sürecinin en son noktasındaki bir gösterge olarak ele alınmaktadır.

Kalite Düzeyinin Sürekli İyileştirilmesi : Kaliteyi sürekli iyileştirme (SKI) kavramının mantığı gereği mevcut kalite düzeyi tespit edildikten sonra var olan düzeyin sürekli olarak iyileştirilip geliştirilmesi için problemler tespit edilip ekip anlayışı ile bunların sıfır hata yaklaşımı ile problem çözme yöntemlerine başvurulmasıdır. Her ne

kadar SKİ imalat endüstrisi odaklı özel sektörler için oluşturulmuş bir yönetim stratejisi olsa da, SKİ prensiplerinin hastaneler gibi hizmet endüstrilerinde de geçerlidir. Fakat SKİ'nin hastane ortamında başarılı bir şekilde yürütülmesi isteniyorsa, öncelikle hastane yöneticileri SKİ'nin temeli konusunda bilgili olmalı ve sağlık organizasyonlarının diğer imalat ve hizmet sektörlerinden çok farklı hatta benzersiz olduğunun farkında olunmalıdır. Ayrıca SKİ müşterilere karşı bir taahhüttür, TKY prensiplerinin tüm sistem ve süreçte bütünleştirilmesini ve en önemlisi de yöneticiden iyi bir lider olması beklenmektedir. Sağlık hizmetlerinde SKİ'nin aşamaları (125,176);

Dinamik bir süreç; seçilen bir sağlık hizmetinin, gerek kalite düzeyinin ölçülmesi ve bu düzeye göre yapılacakların uygulanmaya konması, yeni kalite düzeyinin tespiti ve bunun için ulaşılabilecek hedeflerin belirlenmesi sürekli dinamizm gerektirmektedir. Bu süreç; standart saptama, kriter belirleme, ölçme, değerlendirme, problem çözme ve uygulama aşamaları şeklinde işleyen klasik planlama süreci ile gerçekleştirilir.

Aşağıdan yukarıya gelişen faaliyetler ve yukardan aşağıya tam destek; SKİ'de önemli olan alandaki çalışanın yukarıdan güdümlü çeşitli kontrol ve mevzuat mekanizmaları tarafından değil kendileri tarafından değerlendirilmesi ve yönlendirilmesidir.

Sorumluluk ve aktivitelerin paylaşımı; sağlık hizmetlerinde kalite yaklaşımının benimsenmesi ve başarıyla uygulanabilmesi için, hizmetin sunumunda gerek karar verici, politika belirleyici ve program yapıcı konumdaki üst düzey yöneticilerin, gerekse hizmetlerin verilmesinde çalışanların tüm sorumlulukları paylaşması ve kendilerinden beklenen faaliyetleri önceden belirlenmiş standartlarda yapmaları gerekmektedir (127).

Hastanın ve çalışanların memnuniyeti; hasta memnuniyetine ilişkin veriler, sağlık kuruluşlarının kalite standartlarına uyumunun denetlenmesinde ve birbiriyle kıyaslanmasında giderek artan oranlarda kullanılmaktadır. Kalite ile ilgili tüm yaklaşımların temel taşlarından birisi müşterinin tam memnuniyetidir. Sağlık hizmetinin

planlanmasında, uygulanmasında ve izlenmesinde hasta memnuniyeti önemlidir ve mutlaka ölçülüp dikkate alınmalıdır. Bazen sağlık hizmetlerinin yapısından dolayı memnuniyetsizlik kaçınılmaz olmaktadır. Bununla birlikte kabul edilmeyen bu durumlar da bile kişi/kişileri memnun etmeye çalışmak sağlık çalışanlarının en temel amaçlarından biri olmalıdır. Çalışanların, yaptığı işten, çalışma ortamından ve ekipteki diğer çalışanlarla olan ilişkilerinden memnun olması da şarttır. Çalışma sırasında her bir çalışan diğerini, memnun edilmesi gereken bir müşterisi olarak görebilirse iş ortamında karşılıklı memnuniyet kendiliğinden oluşarak bu durum iş doyumunu arttıracak hizmetlerin daha verimli ve etkili sunulmasını sağlayacaktır.

Toplumun bilinçlendirilmesi; sağlık hizmetinden yararlanacak olan toplumun hasta hakları, etik ve kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve gerektiği zaman çalışanların ve yönetimin karşılaşılan aksaklıklar ve yaşanan memnuniyetsizliklerle ilgili olarak uyarılması teşvik edilmeli ve bu konuda eğitilmelidir.

İşbirliği; sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin saptanması ve özellikle iyileştirilmesi aşamalarında tüm bu faaliyetleri planlayan ve sunanların değil aynı zamanda sağlık hizmeti sunan sektörün kendi içinde ve sağlığı ilgilendiren diğer sektörlerle (eğitim, ekonomi, iletişim, ulaşım gibi) işbirliği yaparak koordinasyonu sağlamalıdır (59,127).

Baxter Vakfı tarafından yapılan ve J.L.Kellogg Kuzeybatı İşletme Üniversitesi ve Merkez Sağlık Servisleri Araştırma Merkezi araştırmacıları tarafından yürütülen bir anket, 30'dan fazla hastanenin yaklaşık %69'unun bakım kalitesini arttırmak için SKİ uygulamalarını yürüttüğünü bulmuşlardır. SKİ ile ilgili çeşitli yaklaşımlar benimsenmiştir, cevaplayıcıların %31'i Deming, Juran ve Crosby destekli yaklaşımları tercih etmişken, %26'sı ise tüm bu yaklaşımların bir kombinasyonunu uyguladıklarını bulmuşlardır (89).

Kalite iyileştirme faaliyetlerinin en önemli bileşeni insan gücünün yeterliliğinin geliştirilmesidir. Bu noktadan bakıldığında, kurumda verilen tüm eğitimler kalite

eğitimidir. Doğrudan kalite kavram ve tekniklerinin öğretildiği programlar ise bu eğitimin sadece bir parçasını oluşturmaktadır (83).

2.2. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi

Hemşireler sağlık hizmetlerinin temel yürütücüsü ve sağlık bakımının etkin bir üyesidir. Hemşirelik, insanın yaşam süreciyle ilgilenen pozitif bir bilimdir. Hemşirelerin çok yönlü görev ve sorumlulukları vardır. Hemşireliğin ilgi alanı, gözlemlenebilir bir olay olup, tanımlanabilecek ve bilimsel olarak açıklanabilecek hemşirelik uygulamalarına yönelik hedefleri içerir. Etkili bir hemşirelik bakımının sağlanmasında insan sağlığının korunması ve bunun anlaşılmasına dayalı derin bir bilgi gereklidir. İnsanla ilgili olarak değişen ve gelişen değerler, hemşirelik hizmetlerine de yansımıştır. Hemşirelik bilim ve sanattan oluşan uygulamalı bir disiplindir. Tüm uygulamalı disiplinlerde ise gelişim için değişim kaçınılmazdır. Hemşirelik uygulamaları bir bilgidir, bilginin uyarlanmasıdır. Klinik bilginin uygulanması yargılama ve yenilik üretme gerektirir. Klinik bilgi hemşirelik uygulamalarının sistematik incelenmesi sonucunda kuram olarak formüle edilir (13,27,30,85,108,115, 116,174,178).

İkinci Dünya Savaşı'nı takip eden yıllarda sağlık sorunlarının yaygınlığı, artan bilgi birikimi ve tıptaki yenilikler, daha fazla sağlık personeline ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur. Bu değişim ve gelişmelerde, hemşirelik bakımıyla ilgili kavram ve anlayışlarda değişiklikler yaratmıştır. Bu değişikliklerden en önemlisi, hizmete ekip anlayışını getirmesidir. Uygulamada hem kaliteli hemşirelik bakımı verilmesi, hem de hizmetin değerlendirilebilmesi için "Hemşirelik Süreci Sistemi" gelişmiştir. Hemşirelik süreci sistemi, hemşirelik bakımına sistemli bir yapı sağlar. Yaratıcıdır ve sürecin, hemşireliğin tüm alanlarına uyarlanması içinde yeterince esnektir. Hemşirelik süreci sisteminin uygulanabilmesinde, hemşirelerin en önemli gereksinimi "Bilgi ve sistematik düşünme" yetisidir. Hemşirelik süreci sistemi, hemşirelik süreci, hemşirelik hizmetlerinin planlanarak ve uygulamaların değerlendirilerek kayıtlı bir şekilde yapılması olarak tanımlanır ve birbirini izleyen şu aşamalardan oluşur (26,27,30);

- **Veri toplama:** Hasta hakkında kapsamlı bilgi edinme,
- **Hemşirelik tanısı:** Bireyin sağlık bakım gereksinimlerini belirleme, problemleri saptama,
- **Planlama:** Belirlenen hasta sorunlarının çözümlenmesi için verilecek olan bakıma karar verme , ne yapılacağı , nasıl yapılacağı konusunda karar verme,
- **Uygulama:** Bakım planını uygulamaya koymak,
- **Değerlendirme:** Planlanan işlemin yapılması sonucunda istenilen hedefe ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi,
- **Kayıt tutma:** Yapılan işlerin düzenli bir şekilde kayda geçirilmesidir.

Deming döngüsünün önermesi kalite gelişimini sağlamak için plan yapma, uygulama, sonuçları kontrol ve analiz etme, düzeltme ve gelişim için harekete geçmedir. Tüm aktivitelerin geliştirilmesi için bir çabayı gösterdiği gibi hemşirelik süreci sistemi de hemşirelik girişimlerindeki aktivitelerin geliştirilmesi için bir çabayı gösterir (29,111).

Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan üç bilgi kategorisi “yapı, süreç ve sonuç” tur. Yapı, kurumun kaynaklarını ve bakım düzenlemelerinin özelliklerini; süreç, hemşirelerin yerine getirdiği tüm aktiviteleri; sonuç, hemşirelik girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini gösterir. Hemşireler sağlık sistemi içindeki katkılarını uyguladıkları süreç ile hasta sonuçları üzerine olumlu etkilerini kanıt dayalı olarak uygulayarak ortaya koyarlar (69,110,133).

Hemşirelik hizmetlerinin kalitesi için; hastane ölçüleriyle birleşim içindeki temel hemşirelik hizmeti kalite göstergeleri, bütün sağlık hizmeti tüketicileri için anlaşılabilir performans puanları ve karşılaştırmalar ile kurum ölçümlerinden toplum bilgisine geçilebilir. Kalite bilincinin yükseldiği bu zamanda, hemşirelik kalite departmanının üyeleri, şeffaf odaklı standartları yayarak ve temel hemşirelik kalite göstergelerinin gelişimini raporlayıp sunarak hasta hizmetlerinin gelişiminde çaba gösterirler ([http:// cms.clevelandclinic.org/nursing/body.cfm](http://cms.clevelandclinic.org/nursing/body.cfm) 04.06.2006).

1978 yılında Dünya Devletlerinin Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da yapılan toplantıda kabul ettikleri Dünya Sağlık Stratejisi "2000 yılında herkes için sağlık" sloganı ile tanıtılmıştır. 1987 yılının 21-24 Haziran günlerinde Avrupa hemşireleri Viyana'da toplanmış ve aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 32 ülkeden 110 kişilik bir meslek grubu bu yönde hemşireliği yeniden yapılandırmanın yollarını aramışlardır. Kongrede daha önce belirlenen 37 hedef üzerinde durulmuş ve bu hedeflere ulaşmada hemşirelere düşen görevler tartışılmıştır. Her bir hedef insan sağlığı için çok önemlidir. Özellikle Hedef 31 hasta bakımının kalitesini güvence altına alınmalıdır. Sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesinin teknik gelişme düzeyi ve uzmanların yetenekleri ile sınırlı olmayıp değerlendirmede aynı zamanda bakım yöntemlerinin etkinliği, güvenliği, verimliliği ve toplumun ihtiyaçlarına uygunluğu da önemli bir konudur. Hizmetlerin sunuldukları kişiler tarafından kabul edilebilirliği, onların katılımlarının değerlendirilmesi, hastanın tatmin olması ve temel sağlık hizmetlerinin sosyo-ekonomik kalkınmaya katkısı da kalite ölçümünde dikkate alınması gereken çok önemli unsurlardır. Bu hedef doğrultusunda hemşirelere ve ebelere oldukça büyük sorumluluklar düşmektedir. Modern kalite stratejileri iş yerinde değişiklik yaratmak ve hemşireleri mesleklerine daha bağımlı ve verimli kılmak için kuvvetli bir liderliğe ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri sistemi içerisinde hasta bakım kalitesinde belirli bir düzeyi sağlayacak, etkin düzenekleri sağlama ve iyi bir plan yapmada hemşire liderlere bir çok görev düşmektedir (70,133).

Viyana Konferansı'nın arkasından DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Hemşirelikte Eylem Projesinin, hemşirelikte liderlik ve hemşirelik uygulamaları olmak üzere iki ana odak noktası vardır. Hemşireler uygulamada kalitenin iyileştirilmesine öncelik tanımaktadırlar. Hizmette yeniliklerin geliştirilmesini, temel sağlık bakımı yaklaşımının hayata geçirilmesini, tüketicinin gereksinimlerine daha duyarlı yaklaşılmasını ve etkinlik ile etkililik sorunlarının daha derinlemesine irdelenmesini içermektedir. Bu görevlerin gerçekleştirilmesi hemşirelerin eşitlik ilkesine dayalı ve herkese sağlık ilkeleri doğrultusunda sağlık bakım sistemleri oluşturulmasına yardımcı olacaktır. Sağlık bakımının hedefi sağlığın korunması, bozulduğunda iyileştirilmesi ve geliştirilmesini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ve niteliğinin yükseltilmesinde hemşirelik hizmetlerinin niceliği kadar niteliği de önemli bir rol oynar. Bu nedenle

hemşirelik mesleği üyelerinin, mesleğin yeterli ve etkili duruma getirilmesinde gerekenleri yapma ve hemşirelik bakım kalitesini sağlama gibi sorumlulukları vardır. Hemşirelerin paylaştıkları en güçlü ve takdir edilmesi gereken en önemli değer, başkalarının haklarını savunmak veya kişisel çıkarların ötesinde idealler peşinde koşmaktır (18,139).

Değişen sağlık bakımı, globalleşme, sağlık sistemlerinde teknolojik ve modern gelişmeler nedeniyle artan maliyetler, artan bürokratik denetimler, yönetim sorumluluk sistemleri, kanıta dayalı akımlar, değişen hasta beklentileri, global hemşirelik açığı hemşirelerin, hasta sonuçlarına katkısını nasıl tanımlarız ve ölçeriz sorularını gündeme getirmiştir. Hemşirelik bakımıyla ilgili hasta algıları, hasta memnuniyeti araştırmalarında merkez olmalıdır. Hemşirelik bakımı, hastanın hastane hakkındaki memnuniyeti ve tekrar aynı hastaneye gelmesi için çok önemli bir faktördür. Çünkü hemşireler hastanenin bütçesinde çok önemli bir rol oynarlar, kaliteyi sağlamada sürekli baskılarla yüz yüze gelirler, sınırlı bir zamanda fiyat etkili bir bakım anlayışı arasındaki boşluğu yok etmek için kalite ölçümlerinde yer alan değerler hastanın düşüncelerindeki iletişim değerlerini içermelidir (93,147,174).

Hastanelerdeki insan gücü bütçesinin yaklaşık %50'sini hemşirelerle ilgili harcamalar oluşturmaktadır. Bundan dolayı; maliyet kontrolü ve hasta hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili hedefleri yakalamada hemşirelik personelinin kullanımıyla ilgili konuların önemi büyüktür. Hastane insan gücü yönetimi literatüründe, insan gücü planlaması ile ilgili araştırmaların büyük çoğunluğu hemşirelerin hastanelerdeki kullanımına yöneliktir. Siferd ve Benton hemşire işgücünün planlanması ve kadrolama seçenekleri üzerinde araştırmalar yapmışlar ve hemşirelerin çalışma düzeni ile ilgili kararların zaman ve kalite olarak en iyi tıbbi bakımın sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Genelde de hemşire kaynaklarıyla ilgili yönetim modellerinin hem hasta bakımı hem de hemşire tercihlerini göz önüne alan kararlara dayanarak yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (157).

Yataklı tedavi kurumlarında hasta memnuniyetini etkileyen en önemli konulardan biri hemşirelik hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerin algılanışıdır.

Hizmet elle tutulamaz, gözle görülemez ve depolanamaz. Her bireyin hizmet algılaması ve değerlendirmesi farklıdır. Hizmeti verirken bireyin özellikleri de göz önüne alınmalı ve insiyatif kullanılmalıdır. Hasta memnuniyeti, hemşire bakım kalitesinin önemli indikatörüdür. Hastaların sağlık bakımı uygulayanların teknik yeteneklerini ve yeterliliğini gerektiği gibi değerlendirip değerlendiremeyeceği konusunda çok çeşitli düşünceler vardır. Sağlık bakımı alanında pek çok kişi, çoğu hastanın hemşirelerin yeteneği ile ilgili karar verebilecek nitelikte olmadığını düşünmektedirler. Nitekim, hasta memnuniyeti için yapılan araştırmalarda bakımın teknik yönüyle ilgili sorunların uygunluğu ile ilgili endişeler vardır. Hastalar, hemşirelik bakımını diğer servis alanlarına göre daha fazla fark eder ve hastaların bir hastaneyi yeniden tercih etmeleri için hemşirelik uygulamaları en önemli faktördür. Sağlık bakım sistemleri hızla gelişirken, hemşirelik mesleğinin hizmet verdiği alanlar da çeşitlenmektedir. Sağlık sektöründe verilen hizmet, insan sağlığı ve insan yaşamıdır. Bu nedenle verilen bakımın kalitesinin artırılması, yeni gelişmelerin takibi ve hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi için sürekli eğitime önem verilmelidir (17,27,64,75,94,175).

ANA hemşirelikte kaliteyi , “hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan tüm aktivitelerdir.” şeklinde tanımlar. Joint Komisyonu’na göre ise kalite, “hasta bakımının uygunluğu, kalitesinin değerlendirilmesi ve kontrol edilmesinde sistematik, tarafsız bir süreç” olarak tanımlanır. Kalite değerlendirilmesi kaliteyi garantileyen bir süreçtir. Geçmişte kullanılan kalite güvencesi, problemi tespit edip çözümlenme anlamına gelirken günümüzde sonuç ve süreçlerin kalitesini garantileme ile sürekli iyileşmeye odaklı kalitenin sağlanması anlamına gelmektedir (19).

Kalitenin değerlendirilmesi için öncelikle, kalitenin yazılı standartlarla tanımlanması yapılmalıdır. Değerlendirme çalışma grupları tarafından sürekli ve sistemli olarak yapılmalıdır. Sağlık bakımında, Joint Komisyonu tarafından geliştirilen on adımda değerlendirme ve kontrol etme, kalitenin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Değerlendirme ve kontrol etme modelinde on adım ;

1. Sorumlulukları belirleyin,
2. Hizmet ve bakımın önemli taraflarını tarif edin,
3. Hizmet ve bakımın önemli taraflarını tanımlayın,
4. İndikatörleri tanımlayın,
5. Değerlendirme için eşik değerleri belirleyin,
6. Bilgi toplayın ve analiz edin,
7. Değerlendirin,
8. Hareketi planlayın,
9. Harekete geçin ve dökümanı geliştirin,
10. İlgili bilgileri birleştirin (19).

TKY'nin temel karakteristiği, müşteri/alıcı odaklı olması, toplam organizasyonel katılımın sağlanması, kalite araçlarının ve ölçekleme istatistiklerinin kullanımı ve geliştirme için temel yöntemlerin tanımlanmasıdır (74).

2.2.1. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi İçin Bir Plan

Blueprint, geçen yüzyıl içinde büyük bir karmaşa ortamında ABD'de sağlık yaklaşımı olarak ortaya çıkmıştır. ABD hükümeti, sağlık alanında hemşirelik hizmetlerinin yetersizliği ve hasta bakımının kalitesizliğinin kontrol altına alınması için yeni düzenlemeler yapmıştır. Az sayıda personel ve kaynak ile sayısı artan hasta bakımının talep edilmesi hemşirelerde "Hasta ile ilgilendiğim zamandan daha fazlasını anlamsız kalite yönetimi için uyguluyorum." ortak düşüncesinin gelişmesine neden oldu. Bu da kalite geliştirme çalışmalarının çalışanlara farkındalığının gösterilmediğini ispatlamaktadır (19,105).

1980'lerde bir çok yönetici bir araya gelerek, standartların yalnızca bakıma değil personel ve sistemi de içine alacak şekilde düzenlenmesine yönelik çalışmalar yaptılar ve bakım alanında elde edilen başarı Blueprint'in kabul edilmesini sağladı. Beş yıllık bir araştırma sonucunda akreditasyon gerekliliğinin de kabul edildiği bakım modeli oluşturuldu. Öncelikli amacın, verilen hizmetin niteliğinin artırılması olduğudur.

Blueprint yaklaşımı, hemşirelik hizmetlerini bölümlere ayırmak amacıyla düzenlenmiş yaratıcı bir yönetim planının uygulanmasıdır. Blueprint, örnek alınmış modellerin niteliklerinin önemi ve buna yönelik düzenlenmiş, içeriği geniş plan anlamına gelir. Yalnızca hemşirelerin bakım ve yönetim organizasyonuna değil, hemşireliğin tüm birimlerine odaklanmaktadır. Bu yaklaşım ile hedeflenen, sunulan bakımın yönetimi ve organizasyonu yanında hemşirelik hizmetlerinin dağılımını ve yönetiminin de uygulama kapsamı içine alınmasıdır. Böylelikle hemşirelik hizmetlerinin, yalnızca verilen klinik hizmet olmadığı ifadesinin benimsenmesini sağlamıştır. Yaklaşımın savunduğu nokta; sağlanan her bakımın Klinik Yaklaşım–Profesyonel Yaklaşım–Yönetimsel Yaklaşım olarak üç ayrı ele alınmasının gerekliliğidir. Böylelikle hastanın yalnızca klinik uygulamadan değil bir bütün olarak hizmet alabilmesi sağlanmaktadır. Bu yaklaşımın kullanılma sebebi, verilen bakımın doğrudan izlenmesi ve değerlendirilmesi, sağlık hizmeti verirken karşılaşılan sorunların çözümünde kullanılan yeni bir uygulama ve Blueprint yaklaşımına özgü, vazgeçilmez bir özelliğe sahip olmasıdır (19,105) .

Sağlık hizmetlerinde sınırlandırılmış bakım kalitesi, yıllardır uygun nitelikte hizmet sunan hemşireleri, kimi zaman gereksiz yere sıkıntıya sokmuştur. Joint Komisyonu Başkanı Denis O’leary’in 1990 yılında Amerikan Hemşirelik Yönetim Organizasyonu düzenlenlediği toplantıda “Sağlık bakımında karşılaşılan problemlerin çoğu, sistemin problemidir ve hizmet sunan insanlar da sistemin kurbanlarıdır.” söylediği bu cümle sorunu gözler önüne sermiştir. Denis O’leary’in söylediği sözlerin doğruluğu, son dönemde büyük bir sağlık merkezinde yaşanan olayla da ispatlanmıştır. Sağlık merkezinin Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesinde tedavi görmekte olan ve üriner katater mevcut hastalarda ani bir üriner sistem enfeksiyonu görülür. Yönetim sebep olarak hemşirelik bakımının yetersizliğini gösterir ve bu konuya dikkat edilmesini ister. Haftalarca devam eden araştırmalar sonrasında gerçek sebebin, foley kateterlerinin paketlerinken oluşan kontaminasyonundan ortaya çıktığı anlaşılır. Günümüzde kaliteli bakım sağlamanın püf noktası, hemşirelik bakımını bir görev zinciri olarak değil, elde edilen sonuçları bir bütün olarak görebilmektir. Problemlerin çözümünde çıkış noktası hastanın, sağlık personelini ve sistemin hangi aşamada bu hizmete katılacağı sorulması ve saptanmasıdır. Kaliteli yönetimin amacı, öncelikle verilen hizmetin uygulanması değil hasta ve yönetim yaklaşımlarının da değerlendirme kapsamına

alınmasıdır. Blueprint yaklaşımı, kalite yönetimi bünyesindeki üç sistem ile işbirliği içindedir ve sağduyulu bir yaklaşım önerir. Sadece belirtilmiş olan üç boyut ile değil, Coyne ve Killion tarafından ortaya atılmış olan üç sistem ile iş birliği içinde olmalıdır. Coyne ve Killion'in üçlü sistemi (19,105);

1. **Değerler Sistemi:** Sistem, kalitenin farkında olunmasını içerir. Yazılmış olan standartlara dayalı bir değerler sistemi, kalite yönetim programı için esastır. Bakımın standardize olmasını sağlayarak, problemin çözülmesinde klinik ve uygulama yaklaşımı ile yönetim boyutunu da kullanarak çözümü kontrol altına alır. Böylelikle gözlem sırasında dikkat edilmesi gereken durumlar, belirlenmiş olan ihtiyaçlar doğrultusunda saptanır. Uygulama klavuzları ve standartlar bu yaklaşımın esasını oluşturur. Standartların yazılı olarak ifade edilmesi sonuçların ölçülmesini kolaylaştırır.
2. **Elde Edilen Sonucun Değerlendirilmesi Sistemi:** Kalite güvencesi ile eş anlamlıdır, spesifik değerlendirme aktivitelerinden oluşur. Bu aktiviteler hemşirelik hizmetlerinin dağılımı için gerekli olan, yazılı standartların belirlenmesinde rol oynarlar.
3. **Elde Edilen Sonuca Uygun Yaklaşım Sistemi İle Kalite Geliştirilmesi:** Kalite gelişimi, bir sistem iyi organize edildiğinde değişmez sonucudur. İyi organizasyon, kalite gelişiminin olasılığı oranında uygulanabilir bir yaklaşım planının mevcut olmasıdır. Blueprint içindeki hareket planları; klinik hareket planı/hasta bakım planı ve hasta eğitimi, mesleki gelişim programı, yönetsel hareket planı tipleri olarak üç bölümde incelenir. Her yaklaşım türü, bir problem karşısında gerekli ve uygun olanın kullanılmasının gerekliliğini göstermektedir. Hemşirelik hizmetlerinde üç sistemden biri olmadan kalite yönetim programı oluşturulup geliştirilmesi mümkün değildir. Kalite yönetim sisteminde her üç sistemde yer aldığı zaman, yazılı standartlar oluşturulacak, kaliteyi değerlendirecek veriler doğrudan yazılı standartlardan alınacak ve kalitenin geliştirilmesi ölçülebilecektir (19,105).

Özel bir yaklaşım olmadığı sürece, hemşirelik hizmetlerinde, kalite yönetimi için gerekli olan kriterlerin bir arada bulunabilmesi çoğu zaman imkansızdır. Söz edilen yaklaşım bir organizasyon planıdır. Böyle bir planın olması organizasyon içinde yer alan herkesin işleyişten haberdar olmasını sağlayacaktır. Bu plan aynı zamanda kaygıyı ve düzensizliği azaltır. Klinik olarak test edilmiş bu kriterler, hemşirelik hizmet dağılımı içinde değerlendirilen hemşirelik planının organize edilmesi, standart hale getirilmesi, gözden geçirilmesi, geliştirilmesi ve uygulanması ile yönetimin yaklaşımını kapsamaktadır. Planlananların uygulamasında ortaya çıkan olumsuzluklarda kurumun zayıf noktalarını tespit etmesini sağlar. Blueprint, klinik alan (hastaya hedeflenir), mesleki alan (personele hedeflenir), yönetim alanı (yönetime hedeflenir) olmak üzere üç alana bölünür. Her bir alan için özel yazılı standartlar oluşturulmalıdır. Bu organizasyonun ve standartların gelişimini sağlar. Her bir alanın kontrol sonuçlarıyla ölçümleri değerlendirilir. Standartlar; bakım standartları, uygulama standartları, idari standartlar olarak yapı, süreç ve sonuç kapsamında hazırlanır. Yapı standartları, kurumun ve sistemin kurallarını tanımlar. İlke, felsefe ve politikalarından oluşur. Hizmet ilkesi, kurum hizmet ilkesi ile uyumlu ve tüm hemşirelik alanları tanımlanır. Felsefe, değer ve yargıları tanımlayarak; klinik, mesleki ve yönetsel olarak üç alana ayırır. Klinik uygulamalarda ki felsefe; hasta bakımının verilmesi hakkında hemşirelerin yaklaşımlarını, mesleki felsefe; uygulamalarda mesleki pratikler hakkındaki felsefeleri, yönetsel felsefe ise; hemşirelik bölümlerinin yönetimi hakkındaki felsefelerden oluşur. Hedefler, amaçların uzun dönemde geleceği noktaları gösterir. Her bir alan için hedefler yazılmalıdır. Politikalar, yapının en önemli elementleridir ve her üç alan içinde yazılmalıdır. Politikalar kurallardır, tartışılmaz ve devredilemezler (19).

Sonuç standartları tek başlarına olmazlar daima diğer bir standardın hedefidir. Klinik alan, yazılı hasta bakım planları ve klinik uygulama rehberleridir. Mesleki alan, mesleki gelişim planları ve mesleki uygulama rehberi olarak yazılır. Yönetsel alan, yönetim hareket planları ve yönetim uygulama rehberleri olarak yazılırlar (19).

Süreç standartları çalışma standartlarıdır. Hemşirelerin ne yapacağını, nasıl yapacağını, nasıl bakım vereceğini ve sistemin nasıl çalışacağını tanımlar. Sistemin, personelin ve hastaların tüm hareketlerini içerir. Burada, hasta bakım planları, bakım

standartları, uygulama rehberleri, prosedürler, eğitim planları, personel gelişim planları, yönetsel hareket planları ve tüm dökümanlar yer alır. Bu standartlar, sağlık sistemindeki değişikliklere paralel olarak değiştirilebilir (19).

Değerlendirme standartları, Blueprint'in diğer farklı elemanlarından biridir ve tüm değerlendirme mekanizmaları, araçları ve kaynaklarından oluşur.

Blueprint'in avantajları;

- Sistem değerlerini organize eder,
- Hemşirelik hizmetlerine uygundur,
- Hemşirelik hizmetleri için sürekli gelişme yeteneğine sahiptir,
- Hemşirelik hizmetlerinin kontrolüne olanak sağlar,
- Hemşirelik hizmetlerinin maliyetinin kontrolüne olanak sağlar,
- Akreditasyon gerekliliklerini tamamen kapsar (19).

BÖLÜM 3

MOTİVASYON, TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ve HEMŞİRELİK

Kişilerin çalışırken yüksek performans gösterebilmeleri, yaptıkları işten ve buldukları iş çevresinden memnun olmalarına bağlıdır. Çalışanların performansları arasında gözlenen farklılıklar, işe motivasyon dereceleri arasındaki farklılıklarının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kendine, örgütün amaçları ile bağdaştırabilecek amaçlar koyan ve bunlara ulaşmak için gayretle çalışan kişilerin motivasyon dereceleri yüksektir. Çalıştığı yerde fikirlerine, yeteneğine, deneyimine kısacası kendisine değer verildiğini anlayan insan mutlu olur. Böylece yaratıcılığı ve verimliliği artar. Bulduğu örgütle hiçbir beklentisi olmayan insanların bile, zaman içinde örgütün hedeflerini benimseyerek kendi kişisel hedefleriymiş gibi algılamalarının sağlanması da hedeflerin saptanmasında alınacak kararlara, bu kişilerin katılımının gerçekleşmesiyle mümkündür (163).

3.1. Motivasyon

Hayata gelen organizma, bir çevre içine girer. Yaşamaya, gelişmeye, başarısına ve başarısızlığına bu çevre içinde içindedir. Bu organizma hayatını sürdürebilmek için birtakım yeteneklerle donatılmıştır ancak hayatı için gereklilikleri yaşadığı bu çevrededir. Kendisindeki yetenek ve güçleri kullanarak içinde bulunduğu çevreden gerekli olanları alır. İhtiyacı olan oksijen, yiyecek ve içecek çevresindedir; kendisini koruması gereken tehlikeler de yine içinde bulunduğu bu çevrededir. Çevre durağan değildir ve sürekli değişir bu değişimlerle baş edebilmek için kişi bir takım özelliklerle de donatılmıştır. Bunlardan belli başlısı; hareket edebilme ve bu hareketi ihtiyaç duyduğu hedefe yöneltebilme yeteneğidir bu da motivasyondur (160).

3.1.1. Motivasyonun Tanımı ve Önemi

Temelde kişinin davranışları ile ilgili bir kavram olan motivasyon Türkçe karşılığı güdülenme veya güdüleme, Latince’de hareket etme anlamına gelen “mot” kökünden

türetilmiş olup psikolojide, içten gelen itici kuvvetlerle belli bir hedefe doğru yönelen maksatlı davranışlar için kullanılır. Teşvik etmek, etki altına almak, harekete geçirmek, vs. gibi anlamlara sahiptir. Motivasyon (güdüleme), insan organizmasını davranışa iten, bu davranışların şiddet ve enerji düzeyini tayin eden, davranışlara belirli yön vererek devamını sağlayan çeşitli iç ve dış etkenleri ve bunların işleyiş mekanizmalarını içermektedir. İnsanı belirli bir amaca doğru harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamadır. Çalışma hayatının kalitesi yüksek olan başarılı bir örgüt incelendiğinde bir takım unsurların varlığı ortaya çıkar. Bunlar ilişkilerde karşılıklı güven, kararlara katılım, iletişim, yüksek beklenti ve hedeflerdir. Çalışanları, yaptıkları işin önemine inandırmak, onlara yetki devredip sorumluluklarını arttırmak, iş çeşitliliğini sağlamak, kendilerini geliştirmeleri için fırsatlar vermek, alınan kararlarda söz sahibi olmalarını sağlamak, çoğu kez maddi bir ödülünden daha etkili bir yöntemdir (10,130,163).

Yönetici, çalışanlarına yönelik motivasyon sürecini harekete geçirip işletirken, iletişim kanallarını etkin bir şekilde kullanmalı ve aşağıdan yukarıya doğru iletişimi özendirilmeye dikkat etmelidir. Bu sayede çalışanların iş doyumları, sosyal ilişkileri, verimlilik gibi sosyal ve ekonomik süreçlerine ait aldığı geribildirim, onu yerinde ve doğru bir karar alma sürecine götürecektir (163).

3.1.2.Başlıca Motivasyon Teorileri

Çalışma hayatının olduğu her yerde “Bu çalışmayı nasıl daha verimli kılabilirim?” sorusu sürekli sorulmaktadır. Bu doğal olarak yöneticilerin çalışanlar üzerinde bazı uygulamalara geçmelerini gerektirir. Bu uygulamalar çalışanları isteklendirdiği zaman güdü konusu içine girmektedir. Bunun için çeşitli yöntemler vardır. Motivasyon kuramlarını iki temel grupta inceleyebiliriz. Bunlardan ilki, bireye enerji vererek harekete geçiren ve yönlendiren ya da davranışını yavaşlatan ve durduran kişisel etmenleri inceleyen kapsam (içerik) kuramları, ikincisi de davranışın nasıl harekete geçirilip yönlendirileceğinin ya da yavaşlatılacağını açıklayan süreç kuramlarıdır (43,160).

3.1.2.1. Kapsam Teorileri

Kapsam teorileri adı altında gruplanan teorilerden en çok bilinen dört tanesi: Abraham Maslow tarafından geliştirilen İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımı, Frederick Herzberg tarafından geliştirilen Çift Faktör Teorisi (veya Hijyen–Motivasyon Teorisi) ile David McClelland tarafından geliştirilen Başarma İhtiyacı (Achievement) Teorisi ile Clayton Alderfer’ in ERG Yaklaşımı’dır (112).

İhtiyaçlar Teorisi; insanları belli bir davranışa yönlendiren temel etmen onun ihtiyaçları olduğuna göre, bu ihtiyaçları belirlemek ve giderebilecek çeşitli örgütsel araçları saptamak gerekir. İşte Abraham Maslow, insan ihtiyaçlarını önem sırasına göre bir hiyerarşi içine koymaya ve bunları giderecek örgütsel araçları belirlemeye çalışır. İnsanı harekete geçiren ya da davranışını etkileyen ihtiyaçlar, tatmin edilmeyen ihtiyaçlarıdır. Bu ihtiyaçlar önemine göre aşağıdan yukarıya doğru bir hiyerarşi biçiminde sıralanır. İnsanın bir basamaktaki ihtiyacı, ancak daha alt basamaktaki ihtiyacı belli bir dereceye kadar karşılanmışsa ortaya çıkar. Bir basamaktan diğer bir basamağa geçmek için, bulunulan basamaktaki ihtiyaçların belli bir dereceye kadar tatmin edilmesi gereklidir. Bunlar tatmin edildikten sonra aynı araçlarla kişiyi harekete geçirmek imkansızdır. Bu durumda yönetici bir üstteki ihtiyaçlara ve tatmin yollarına yönelerek kişinin davranışını örgütsel amaçlar doğrultusunda harekete geçirmelidir. Maslow’un bu modeli çeşitli yönlerden eleştirilmiştir. Bunların içinde en önemlisi bütün kişilerin ihtiyaçlarını aynı sırayı izleyen bir kalıp içine koymanın zorluğudur. Bazı kişiler için saygınlık ihtiyaçları, örneğin, sosyal ihtiyaçlardan önce gelebilir. Ayrıca bunları birbirinden ayıracak kesin çizgiler koymak zordur. Son olarak tahmin edilen ihtiyacın ortadan kalkacağı görüşü alt kademede ki ihtiyaçlar için geçerli olabilir fakat aynı şeylerin üst kademeler için de geçerli olduğunu önermek kuşku doğurucu niteliktedir (43).

Çift Faktör (Hijyen–Motivasyon Teorisi); Herzberg’in (1981) geliştirmiş olduğu bu teori, Maslow’un bir uzantısı olmakla birlikte belli bir araştırmaya dayandırılmıştır. Pittsburgh, Pennsylvania’daki şirketlerde çalışan yirmi muhasebeci ve mühendis üzerinde yaptığı incelemede iki soru sormuş ve bu iki soruya verilen cevaplar

teorik açıklamanın temelini oluşturmuştur. Bu sorular; “İşinizden çok fazla memnuniyet duyduğunuz anlar hangileri olmuştur–sizi şevklendiren şeyler nelerdir?” ve “İşinizin size çok kötü duygular verdiği anlar hangileri olmuştur–sizi ilgisizliğe iten şeyler nelerdir?”. Bu iki soruya verilen cevaplar, işin verdiği iyi ve kötü duyguların farklı boyutlardan kaynaklandığını göstermiştir. İyi duygular, işin içeriğine bağlanmış ve buna güdüleyiciler denmiş, kötü duyguları ise iş ortamına bağlanmış ve buna da hijyen faktörleri denmiştir .

Hijyen faktörleri

Şirket politikası ve yönetimi
Denetleme biçimi
Ücret
İş güvenliği
İnsanlar arası ilişkiler
Çalışma şartları

Güdüleyiciler

İşin kendisi
Başarma duygusu
Sorumluluk
İlerleme, gelişme
Fark edilme, takdir edilme

İşle doğrudan ilişkili olmayan, hijyen faktörleri doyumsuzluğu önler fakat doyum sağlamaz. Doyum sağlayan güdüleyici faktörlerdir. Hijyen faktörleri doyumsuzluğu önleyecek zemini hazırlayarak motivasyonun harekete geçmesine yardımcı olur. Hijyen faktörleri Maslow’un alt basamak ihtiyaçlarına, güdüleyici faktörler ise üst basamak ihtiyaçlarını andırır. Herzberg’in teorisi işte güdülenme konusunda oldukça tutmuş açıklamalardır. Ancak farklı yöntemlerle yapılan araştırmalarda bu iki faktörün farklı boyutlar oluşturduğuna ait deliller elde edilememiştir. Buna rağmen, daha önce ihmal edilen ve gözden kaçırılan, işin içeriği bu teori ile önem kazanmış ve işin zenginleştirilmesine katkısı olmuştur (160).

Başarma İhtiyacı Teorisi; McClelland, ihtiyaçların öğrenmeyle sonradan kazanılacağını önerir. Modelin temeli, üç temel güdünün (başarı, güç ve arkadaşlık) oluşması için insan davranışlarıyla, çevresel etmenlerin nasıl birleştirilebileceği konusundadır. Başarı ihtiyacında olan bireyler; sorunlara çözüm bulmakta kişisel sorumluluk almak isterler, amaca yöneliktirler, gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler koyarak belli bir dereceye kadar risk alırlar, yaptıkları işin sonucunu almak isterler, yüksek

enerji ve istekle zorlu çalışmalara girerler. Güç kazanma ihtiyacı olan bireyler; kişiler üzerinde güç ya da etki sahibi olmayı isterler, kendilerine bu gücü sağlayacak durumlarda diğerleri ile yarışmayı severler, diğerleriyle karşılaşmadan zevk alırlar. Arkadaşlık (özdeşleşme) ihtiyacında olan bireyler; diğerleri ile arkadaşlık ve duygusal ilişki içine girmek isterler, sevmekten ve sosyal faaliyetlerden hoşlanırlar, bir gruba katılarak kimlik duygusuna erişmek isterler. McClelland, bu motivatörlerin her birinin farklı şekilde tatmin duygusu doğuracağını söyler. Modele göre bireyin bir işi etkili ve verimli bir şekilde başarması olasılığı, diğer ihtiyaçlara oranla belirli motivasyon gücünün, görevi yerine getirmede başarı olasılığının ve o görev için konulan ödülün değerinin birleşimine bağlıdır (43).

Erg Yaklaşımı; Clayton Alderfer'in ERG teorisi Maslow'un teorisi üzerine geliştirilmiştir. Maslow'un beş ihtiyacı varoluş, bağlantı ve büyüme ihtiyaçları kategorileri şeklinde üçe indirmiştir.

ERG teorisinde bu üç tip ihtiyacın herhangi biri veya hepsi verilen zamanda bireysel davranışları etkileyebilir. Alderfer, bir kez tatmin edilmiş ihtiyacın motivasyonel etkisini kaybettiğini kabul etmez. ERG teorisinde yalnızca pişmanlık prensibi vardır. Alderfer'in ERG teorisinde yürütülen yaklaşımla, çalışan kişilerin ihtiyaçlarını anlayan ve cevap veren araçlar önerilir. İş zenginliği özellikle işlerinde gelişim–ihtiyaç tatmini arayan güçlü arzular taşıyan kişiler için en uygun görülür (6).

3.1.2.2. Süreç Teorileri

Süreç teorileri adı altında toplanan motivasyon teorilerinin odak noktası, kişilerin hangi amaçlar tarafından ve nasıl motive edildikleri ile ilgilidir. Süreç teorilerine göre ihtiyaçlar kişiyi davranışa sevk eden faktörlerden sadece birisidir. Bu içsel faktörlere ilave olarak birçok dışsal faktör de kişi davranışı ve motivasyonu üzerinde rol oynamaktadır (113).

Davranış Şartlanması (Sonuçsal Şartlanma); şartlandırma kavramının biri klasik şartlandırma diğeri sonuçsal şartlandırma olmak üzere iki şekli vardır. Klasik

şartlandırma I.Pavlov'un köpekler üzerine yaptığı deneylerle geliştirilen bir şartlandırma türüdür. Davranışlar belirli uyarılar tarafından harekete geçirilmektedir. Motivasyon teorisi olarak ele alınan şartlandırma çeşidi ise sonuçsal (edimsel şartlandırma, operant şartlandırma–operant conditioning) şartlandırmadır. Ana fikri, davranışların karşılaştığı sonuçlar tarafından şartlandırıldığı varsayımdır. Esasen B.F.Skinner tarafından geliştirilmiştir. Bunun organizasyonlara uygulanması ile de Örgütsel Davranış Değiştirme (Organizational Behavior Modification) adı verilen yeni bir alan doğmuştur. Sonuçsal şartlandırmanın ana fikri; kişi şu veya bu şekilde bir davranış gösterir. Bu gösterilen davranışın karşılaşacağı davranış önemlidir. Sonucun çeşidine göre kişi, ya aynı davranışı tekrar gösterecek veya göstermeyecektir. Edward L.Thorndike tarafından geliştirilen Etki Kanunu (Law of Effect)'na göre, kişi kendine haz verecek davranışları tekrarlar fakat acı verecek davranışı tekrarlamaz. Ödüllendirme ve cezalandırma bu tür şartlanmanın iki önemli elemanıdır. Bu yaklaşımı bir motivasyon aracı olarak kullanmak isteyen yöneticiler; örgüt açısından arzu edilen ve edilmeyen davranışlar açık ve seçik olarak belirlenmelidir, bu davranışlar çalışanlara duyurulmalıdır, mümkün olan her fırsatta ödüllendirme kullanılmalıdır, davranışlara hemen karşılık verilmelidir, araya girecek uzun bir zaman süreci sonucun davranışlar üzerindeki etkisini azaltabilir (113).

Bekleyiş Teorileri; motivasyon konusunda önemi gittikçe artan teorilerin başında gelmektedir ve iki teoriden oluşmaktadır. Vroom'un bekleyiş teorisi ve Lawler–Porter modelidir (113).

Vroom'un Bekleyiş Teorisi; bu kuramda temel değişkenler çekim, beklenti ve sonuçlardır. Çekim, kişilerin belirli bir sonucu tercih etme gücünü gösterir. Kişinin belirli bir sonucu tercih etmesi için o sonucun çekiciliğinin olumlu olması gerekir. Eğer kişi ilgisizse çekicilik sıfır olur. Sonuçlar ise iki düzeyde ele alınmaktadır. Birinci düzey sonuçlar örgütte gösterilen performansla ilgilidir. İkinci düzey sonuçlar ise, bireyin hedeflediği bireysel sonuçlardır. Beklenti ise çabaları birinci düzey ile ikinci düzey sonuçlarla ilişkilendirir. Beklenti varsayım olarak sıfır ile bir arası bir olasılık değerine sahiptir. Birinci aşamada kişinin çabasının istediği düzeyde performansı başarması ile sonuçlanacağı beklentisi vardır. Aynı şekilde ikinci aşamadaki beklenti de bireyin

başarılı performansının istediği kişisel sonuca ulaşmasını sağlayacağı ile ilgilidir. Çekim ile beklenti çarpımı belli bir davranışı seçmeye iten gücü göstermektedir. Bu güç hangi davranış için yüksekse kişi onu seçer (6).

Lawler–Porter Modeli; kişinin motive olma derecesi, bekleyiş (valens) tarafından etkilenmektedir. Ancak Porter ve ve Lawler’a göre kişinin yüksek bir gayret göstermesi otomatik olarak yüksek bir performansla sonuçlanmaz, araya iki yeni değişken girmektedir. Birincisi; kişinin yeterli bilgi ve yeteneği, ikincisi ise kişinin kendisi için algıladığı rol ile ilgilidir (6).

Eşitlik Teorisi (Equity Theory); bu teori, çalışanın iş ilişkilerinde eşit bir şekilde muamele görme arzusunda oldukları ve bu arzunun motivasyonu etkilediği tezi üzerine kurulmuştur. Bireyler zeka, bilgi, deneyim ve yeteneklerinin etkileşimi sonucunda ortaya koydukları başarılarını sergilerler. Bireyin harcadığı çaba ve örgütten elde ettiği ödüllerin oranı bir başka bireyin harcadığı çaba ve elde ettiklerinin oranı kıyaslandığında ortaya çıkması olası üç durum söz konusudur.

1. Eşitlik vardır bu durumda herhangi bir sorun olmaz.

2. Düşük bir oran varsa problem vardır. Dengenin aleyhine bozulduğunu hisseden kişi, bu doyumsuzluğun baskısından kurtulmak için kendi ödülleri arttırma yollarını araştırır. Bu noktada başarıya ulaşamazsa kuruma sunduğu emeklerinin miktarını azaltır.

3.Yüksek çıkarsa oranlama yine bir problem vardır. Kişi huzursuzluk duyar, çalışma arkadaşlarının baskıları altında ezilir (6,163) .

Amaç Teorisi (Goal Setting Theory); Edwin Locke tarafından geliştirilen bu motivasyon teorisine göre, kişilerin belirlediği amaçlar, onların motivasyon derecelerini de belirleyecektir. Erişilmesi zor ve yüksek amaç belirleyen bir kişi, elde edilmesi gayet kolay amaçlar belirleyen bir kişiye oranla daha yüksek bir performans ve daha yüksek

bir düzeyde motivasyonu gerçekleştirecektir. Kısacası bu teorinin temeli, kişinin kendisi için belirledikleri amacın ulaşılabilirlik derecesidir (6,113).

3.2. Toplam Kalite Yönetimi Ve Motivasyon

Günümüzde gelişen düşünce, üretimde toplam kalite yaklaşımını vazgeçilmez bir yere koymuştur. Hem üretici, hem tüketici açısından toplam kalite, hümanist değerler içerir. Çünkü insan faktörü olmadan üretime toplam kalite değerleri yerleştirilemez. Toplam kalite çevrimi organizasyonlarda sürekli olarak insani değerleri eyleme, eylemi insani değerlere çevirir. Uygulama yetisi sorumluluğu, sorumluluk uygulama yetisini güçlendirerek, organizasyon verimlilik ve sonuçta mutluluk üretir. Böylece kalite ürün ve servis, tüketici mutluluğu da getirir. Düşüncenin kalite üretmesi, insana özgü her tür faaliyetin kalite içermesi insan olma sorumluluğunun özüdür. İşletmelerin en önemli unsurları çalışanlardır. İşletmede amaçlanan verimin sağlanabilmesi için çalışanların çeşitli yönlerden tanınması, ihtiyaç ve arzularının bilinmesi, verimsizlik nedenlerinin araştırılması gerekmektedir. Çalışanın başarısı ve verimliliğinin farklılık göstermesi, aynı işi diğerlerinden daha iyi yapabilmesi bireysel farklılıkların bir göstergesidir. Çalışanların istedik şekilde verimli olması yetenekleri ile birlikte imkanların ve uygun ortamın sağlanmasına bağlıdır. Örgütler kalite ve verimliliği sürekli arttırmak için aldıkları önlemler; teknolojik yatırım, eğitim ve motivasyondur. Hedeflenen verimlilik artışının sağlanması için bu üç önlem dengede olmalıdır. Etkin bir çalışma ortamı sağlanmayan çalışanın performansı düşecek ve buna bağlı olarak hatalı kalite sınıflandırmaları yapılacaktır (25,52,55,96).

Motivasyon yönetimi, uzun zamandır yönetim işlevlerinde öncelikli bir konudur. Ancak son zamanlarda iş hayatında yaşanan değişimler motivasyonun önemini daha da arttırmıştır. Hızlanan küreselleşme ve beraberinde getirdiği küresel rekabet, verimlilik olgusunu üretim sürecinin odak noktasına taşırken, motivasyon kavramını da verimliliğin anahtarı durumuna getirmiştir. TKY'nin temel özelliği, organizasyon içinde tüm çalışanları, tedarikçileri ve müşterileri kapsayan entegre bir süreç olmasıdır. Kişilerin içsel motivasyonundan hareketle, en alt kademedeki çalışanla en tepe yöneticisine, müşterilerden tedarikçilere kadar otokontrolle ve hataların çıkmadan önlenmesine dayalı, ölçülen ve herkesin katılımıyla işbirliği içinde sürekli geliştirilen

kalite, daima rekabet üstünlüğü sağlayan bir unsurdur. TKY'nin başarıyla uygulanabilmesinin özünde kişileri motive etme, yönlendirme, bilgi ve beceri düzeylerini yükseltici eğitimler verme, rotasyon, iş zenginleştirme gibi insan faktörünü geliştiren ve ön planda tutan sistemler yatmaktadır. Yönetimin temel sorumluluğu sistemi geliştirmektir. Ancak bu gelişme yönetim tarafından değil çalışanlar tarafından gerçekleştirilebileceği için insan faktörüne gereken önem verilmelidir. Bunun için de ilk adım, kalite konusuna ilginin çekilmesi, sorunlara çözüm bulunmasını teşvik gibi yöntemlerle kalite bilincini yükseltmek gereklidir. Kaliteye gönülden bağlılık tüm çalışanlarca benimsendiğinde kaliteyi geliştirmek zevkli bir uğraş olacaktır. Kalite kültürü ve felsefesini geliştirmek yöneticilerin önemli görevlerindedir (99,129).

TKY'de herkesin etkin katılımı, yalnızca kalitede sürekli gelişim için değil, motivasyonu artırıcı ve eğitsel katkısı bakımından da önemlidir. Karar alma sürecinde yalnızca danışılarak da olsa çalışanların katılımının sağlanması durumunda, çalışanlar alınan kararları daha dikkatli olarak uygulama eğiliminde olacaklardır. Çalışan katılımının sağlanması ve katılımından başarılı sonuçlar elde edilmesi motivasyonla yakından ilgilidir. Çalışanın motivasyonu, yerine getirecekleri görevlerini ve bunların tüm faaliyetleri destekleme şeklini anlamaları ile başlar. Çalışanlar, bütün seviyelerdeki mükemmel iş performansının avantajları, diğer çalışanlar üzerinde olumlu etkileri, müşteri tatmini, maliyetlerin azalması, organizasyonun ekonomik açıdan iyileşmesi gibi etkileri konusunda bilinçlendirilmelidir. Çalışanları motive edecek çabalar herkes için gösterilmelidir. Motive edilmiş kişilerle Deming Çemberi "Planla-Yap-Kontrol Et-Uygula" faaliyet aşamaları tekrar tekrar kullanılarak problemler köküne inilerek çözümlenmeli, gelişmeler kaydedildikçe hedefler sürekli daha iyiye doğru geliştirilmelidir. Motivasyon bilgi ve eğitimle desteklenmelidir. Böylece katılımdan yüksek başarı elde edilir. Elde edilen başarılar motivasyonu daha da arttıracığından katılım güç kazanacaktır. Katılımın güçlenmesi iletişim, motivasyon ve eğitimin yükselmesine de neden olacaktır. Böylece, TKY 'de sürekli gelişim için, motivasyon, eğitim, katılım ve başarı arasında yararlı bir döngü oluşacaktır. Kurumlarda çalışan bireyler aynı zamanda sürecin kendisidir. İşletme "birey odaklı" olmaktan ziyade "süreç odaklı" oldukça, çalışanların iş memnuniyeti, bir işletme önceliği olmalıdır. İş memnuniyetinin ölçülmesi, işletme yönetimine önemli bilgi sayılabilir. İş

memnuniyeti kalite dönüşümünün nasıl yapılabileceğini, üretkenlikteki trendleri ve potansiyel problem noktalarını belirleyebilir. İlerlemenin kantitatif bir göstergesidir (129,154).

Çalışma yaşamında insan kaynağı dışındaki tüm kaynaklar kısıtlıdır. Bu kaynaklar hiçbir zaman aldıkları girdiden daha fazlasını çıktı olarak veremezler. Yalnızca insanlar nitelikleri sayesinde toplam girdiden daha fazla çıktı üretebilirler. Günümüzde bir çok kurumun müşteri odaklı çalıştığı bilinmektedir. Müşteri odaklı demekle, yalnızca dış müşterilerine odaklandığı anlamına gelmemelidir. Olayın bir de iç müşteri odaklı yönü vardır. Kurumlar gerçekten dış müşterilerini memnun etmek için iç müşteri felsefesini çok iyi algılayıp, iç müşterilerini memnun etme yoluna gitmelidirler. İç müşteri memnuniyetini arttırmak için; kurumdaki tüm sistemlerin adil olması, çalışanların düşüncelerine saygı, iş yeri koşullarının iyileştirilmesi ve ergonomi, sosyal ve kültürel aktiviteler düzenlenmesi, açık ve şeffaf iletişim ağının kurulması, duyarlı bir üst yönetimin varlığıdır (80).

İnsan davranışlarının istenilen doğrultuda yönlendirilmesi motivasyon olarak tanımlanmaktadır. Çalışanların motivasyonunun nasıl sağlanabileceği sorusu ön plana çıkmaktadır. İnsanların barınma, giyinme, sağlık, eğitim ve güvenlik gibi çeşitli ihtiyaçları vardır. Karşılanan ihtiyaçlar motivasyon unsuru olmaktan çıkarken, beklentilerin gerisinde kalan gerçekleşme motivasyon bozukluğuna neden olmaktadır. Dış etkiye dayalı motivasyon geçicidir. Motivasyonun devam edebilmesi için motive edici unsurların değerinin artırılması gerekmektedir. Kalıcı motivasyon kişinin içinden kaynaklanandır. İnsan kaynaklarını geliştirmeyi hedefleyen üst yönetim, bir taraftan çalışanların motivasyonunu bozan unsurları ortadan kaldırırken, diğer taraftan da iç motivasyonlarını geliştirmeye destek olmalıdır. Bu nedenle üst yönetim, çalışanlarının farkında olması gereken değişiklikler, TKY sisteminin uygulanması, kalite çalışmalarının özendirilmesi, iş güvencesi ve adaletli bir ücret anlayışının benimsenmesi olmak üzere üç grupta incelenebilir. Karar almada ve işyerlerinin düzenlenmesinde çalışanların katılımının sağlanması, ekip çalışması atmosferinin oluşturulması, iş rotasyonu ile çalışanlara işe genel bakış açısının kazandırılması ve ergonomik çalışma şartlarının hazırlanması ilk akla gelen motivasyon arttırıcı unsurlardır (52).

Geliştirilen yönetim kuramlarını, zamansal boyutta ve motivasyon yaklaşımları açısından, geleneksel, yarı geleneksel ve çağcıl kuramlar olmak üzere üç kümede toplanabilir. Öncülüğünü Amerikalı Mühendis F.Taylor'un yaptığı geleneksel kuramlar, insanın ekonomik düşünce yapısına sahip bir varlık olduğunu, buna dayalı olarak insanları daha çok çalışmaya motive etmek için daha çok ücret vermenin yeterli olduğunu ileri sürerler. Öncülüğünü E.Mayo ve arkadaşlarının yaptığı yarı geleneksel kuramlar ise, insanın toplumsal düşünceye sahip bir varlık olduğunu, buna dayalı olarak sevmeye, sevilme, ait olma, beğenilme, sayılma gibi toplumsal gereksinimlerini doyumlamaya çalıştığını dolayısıyla insanları daha çok çalışmaya motive etmek için onların söz konusu gereksinimlerini yanıtlayacak bir çalışma ortamı oluşturmanın doğru olacağını kabul ederler. Çağcıl kuramcılar ise, insanın hem ekonomik, hem toplumsal düşünce yapısına sahip bir varlık olduğunu buna bağlı olarak insanları daha çok motive etmek için çalışma ortamını, kişinin hem ekonomik, hem toplumsal gereksinimlerini yanıtlayacak araçlarla donatmanın gerekli olduğunu ancak her zaman, her yerde ve herkes için uygulanabilecek tek bir motivasyon modelinin olmayacağını, uygun motivasyon modelini durumsal koşulların; kişisel, örgütsel, sektörel ve ulusal değişkenlerin belirleyeceğini savunurlar (99).

Dr. Juran hataların %85'inin sistemden, %15'inin de insandan kaynaklandığını söylerken, Deming son yıllarda bu oranı %98'e %2 şekline çevirmektedir. Sonuç olarak, yönetimin esas görevinin sistemi geliştirmek olduğunu söylemektedir. Ancak bunu başarmak için gayretini ve zamanını büyük ölçüde insan ögesine ayırmak zorundadır. Sistemi geliştirmek için yüksek bir motivasyona ihtiyacı vardır. Yüksek motivasyonla amaç esasen başarıyı yakalamaktır. Yönetim, doğrudan etki ve dolaylı etki ile bunu iki yoldan yapabilir.

TKY'nin doğrudan etkileri; sistemin bir bütün olarak ele alınması ve performansın toplamda optimizasyonu, "Kalite Organizasyonu" ile hataların oluşmadan önlenmesi, ileri yönetim teknikleri ile yöntemleri ile sorunların çözülmesi.

TKY'nin dolaylı etkileri ise; kişiyi geliştiren yönü ile; eğitime önem vermesi, insan kaynakları yönetiminde dönüşümlü iş ve zenginleştirme öğeleri, işlerin entegrasyonu ve iş zenginleştirmenin birlikte uygulanması ile kişilerin daha yetkin ve yetenekli hale gelmesi. İkinci etkisi ise motivasyonu gerektiren yönü ile; yönetim anlayışında insan faktörüne önem ve değer veren yaklaşım, grup çalışmalarını ön planda tutarak aidiyat ve benimseme olgusunu geliştirmesi ve başarıların gerektiği şekilde takdir edilmesidir (71).

Çağıl yönetim kuramlarının rehberliğinde, motivasyon yönetiminde izlenecek stratejiler; işin, işi yapacak kişi için daha anlamlı olacak şekilde yeniden yapılandırılması; ücret sisteminin performansa dayandırılması; çağcıl kuramcılara göre performansın çok yakından izlenmesi ve denetim gereksinimi, çalışanlarda hoş olmayan duygular uyandırarak motivasyonları bozulmaktadır. İnsiyatif kullanmayı engelleyeceği ve yaratıcılığı yok edeceği ileri sürülmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre: nitelik ve yetkinlik düzeyi düşük çalışanlara uygulandığında, onları güdülemekte ve performanslarını arttırmaktadır. Ancak nitelik ve yetkinlik düzeyi yüksek çalışanlara bu model uygulandığında, motivasyon gücü azalmakta ve buna dayalı olarak da performansı düşmektedir; çalışanların motivasyonunu uyarabilme becerisine sahip yönetici liderlere yönetim kadrosunda yer verilmesi gerekmektedir. Uygun motivasyon modeli belirlerken çok yönlü düşünülmesi, birçok örgütsel etmenin göz önüne alınması gerekir. “Çalışanların motivasyonunu uyarabilme becerisine sahip yönetici liderlere yönetim kadrosunda yer verilmesi.” stratejisi, motivasyon yönetiminde uygulanan etkili bir stratejidir. Bu stratejiyi somutlaştırmak için lider ve yönetici kavramları bilinmelidir. İster küçük ister büyük olsun, ister kademeli ister yalın yapılı olsun, ister ileri ister geri teknoloji kullansın her işletme varlığını sürdürmek için ürün ve hizmet kalitesini iyileştirmek, verimliliğini yükseltmek ve maliyetini düşürmek çabasıdadır. Yöneticilerin birincil görevi kurumsal başarıyı, kurumsal etkinliği arttırmaktır (98,99).

3.3. Sağlık Hizmetlerinde ve Hemşirelik Hizmetlerinde Motivasyon

Hastaneler sistem yaklaşımına göre; dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirecek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Tüm açık sistemlerde

olduğu gibi hastanelerde de s¼rekli bir değişimin yaşanması doğaldır. Gerek teknolojik değişmeler, gerekse TKY gibi modern yönetim yaklaşımları, ayrıca sağlık hizmetlerinde yaşanan güçlü rekabet ortamı hastanelerdeki değişimi kaçınılmaz kılmaktadır. Hastanelerin zorunlu olarak bu değişimleri gerçekleştirmesi gerekmekte, örg¼tsel k¼lt¼rlerinin katılığı, kurumlarda farklı uzmanlık gerektiren profesyonellerin olması ve bunların farklı değer sistemlerine sahip olması gibi bir¼ok nedenden dolayı değişimde güçlüklerle karşılaşılabilmektedir. Türkiye’de sağlık sektör¼ ile ilgili tartışmalar Cumhuriyetle yaşıttır. Çeşitli hük¼metler tarafından geliştirilen sağlık politikalarına, yapılan ekonomik ve örg¼tsel düzenlemelere, sağlık kuruluşları için gerçekleştirilmeye çalışan yeniden yapılanma faaliyetlerine rağmen gelinen noktanın gelişmiş ¼lkelerle karşılaştırıldığında pek de iç açıcı olmadığı gör¼lmektedir. Sağlık sektör¼nde meydana gelen sorunlar yalnızca sağlık çalışanlarını değil aynı zamanda hastaları ve hasta yakınlarını da ilgilendirmektedir. Çalışanların yaşadıkları tatmin ya da tatminsizlik sadece kişinin kendisini değil, çevresini, çalıştığı örg¼t¼, örg¼t¼n m¼řterilerini ve onların memnuniyetini de etkiler. Sağlık sektör¼nde içsel fakt¼rlerin yanında fiziksel mekan ve ekipmanlarında önemli etkisi vardır (50,51,144,173) .

İnsanlar yaptıkları işten ve iş çevresinden memnun oldukları sürece daha etkin ve verimli çalışırlar. Kalite anlayışının yarattığı rekabet koşulları içinde m¼řteri memnuniyeti yani insan önem kazanmıştır. M¼řteri memnuniyeti ile hem dış hem de iç m¼řterinin memnuniyeti kastedilmektedir. Bunun içindir ki dış m¼řterinin yanında iç m¼řterinin de beklentilerinin karşılanması, en hızlı, kaliteli ve verimli hizmet sunacak iç m¼řteri olarak kabul edilen sağlık ve diğer çalışanların motivasyonuna ve motivasyon sonunda gerçekleşecek doyuma ve performansına bağlıdır. Hemşireler hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının yaklaşık %60’ını oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin motivasyonu hastanelerin etkinliği ve verimliliği açısından önemlidir (12,20,31).

Her hemşirenin kendini birey olarak ve bir mesleğin üyesi olarak algılayışı vardır. Bu benlik algısı hemşirenin içine, işlevlerine, mesleki uygulamalarına karşı tutumunu belirleyici önemli bir öğedir. Ç¼nk¼, kişilerin mesleki davranışı onların benlik imgelerini yansıtmaktadır. Mesleki benlik değerlerinin olumlu yönde olması kişilerin ge¼miř deneyimlerine, uyguladıkları mesleğin öz¼n¼ kavrama düzeylerine, gerekli

mesleki bilgi ve yeteneklerine bağlıdır. Hemşirelerin mesleği benlik değerlerinin olumlu yönde gelişmesi için:

- Hemşirelik eğitiminin kişinin kendi kendini yönetmesini, bağımsız bir kişilik ve saygınlık kazanmasını sağlayıcı nitelikte olması,
 - Mesleki uygulamalarda bilginin en önemli desteği iş doyumudur ve bu nedenle hemşirelerin sosyal ve ekonomik haklarla desteklenmesi,
 - Hemşire yöneticiler meslektaşlarına bir birey olarak değer verildiğini gösterecek özel ve sosyal faaliyetler düzenlemesi,
 - Hemşirenin kadro, istihdam, terfi sorunları ya da mesleğine uygun olmayan görevlendirmeler ile ilgili sorunları çözümlenmesi,
 - Hemşirelerin ülke ve çalıştıkları kurum düzeyinde söz sahibi olması sağlanması,
 - Çalışma ve dinlenme düzeninin yer, zaman ve fizik koşullar açısından uygunluğunun sağlanması,
 - Pozitif geri bildirimlerin hemşirelerle paylaşılması önerilmektedir.
- ABD’de, 2002 yılında bir araştırma şirketi olan Gallup’ın yaptığı kamuoyu yoklamasında, toplumun etik açıdan hemşireleri listenin başına koyduğu belirtilmiştir. Ayrıca, Vanderbilt Üniversitesince yapılan bir diğer araştırma sonucunda ise Amerikalıların %95’inin hemşirelere güvendiği, saygı duyduğu ve hayran olduğu sonucuna ulaşılmıştır (100).

Rol çatışmaları, çoğu zaman üstlerin çelişkili beklentileri, üstler arasındaki çelişkiler, belirsiz görevler, bireylerin işleriyle ilgi algıladıkları çelişkiler gibi nedenlerle çalışanların çevreleri üzerindeki kontrol yeteneğini azaltıp, rollerini etkin bir biçimde gerçekleştiremediklerinden dolayı psikolojik yıpranmalarına neden olmaktadır. Yine hemşirelerin kendilerini ve hastalarını etkileyen süreçlerde karar vermeye yönlendirilmesi önemlidir. Bazı araştırmacılar, hemşirelerin karar verme boyutlarının sınırsız olduğu bir iş ortamı tercih ettiklerini belirtmektedirler. Bu görüşü destekleyen çalışmalar, hemşirelerin merkezi karar verme koşullarında daha uzun süre çalıştıklarını, katılımcı uygulamalara yönlendirildiklerinde daha az iş doyumsuzluğu yaşadıklarını ve hemşirelerin daha geniş rol yapıları olan kurumlarda daha az çalıştıklarını göstermektedirler. Bir kuruluş çalışanının profesyonel yeterliliğini otonomisinin

düzeğine göre dikkate alabilir. Corwin, Tawes ve Haas'ın, otuz yıl önce yaptığı “Hemşirelerin mesleki statüye ulaşma çabalarının engellenmesinde kurumların rolü” konusundaki araştırma günümüzde de hala geçerliliğini korumaktadır. Profesyonel bir hemşire, hastası için yararlı olacağını düşündüğü ve yeteneği içinde olan faaliyetlerle ilgili kararları almakta bilgili ve özgür olmalıdır. Meslek grubu ve bireyi, mesleği uygulamada sınırsız özgüvene sahip olmalı, birlikte çalıştığı mesleklerin yardımcısı değil, ekibin meslek grubunun üyesi olduğunun öz güvenini yaşmalıdır. Eğer hemşirelik geniş bir otonomi sahibi değilse hemşirelik mesleği üyesi başka meslek grubu üyesi tarafından denetleniyorsa, mesleği ile ilgili ve yaptığı işle ilgili herhangi bir sorumluluk yüklenmez. Sağlık işletmelerinde personel devri önemli bir sorundur . Ülkemizde hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada; ücret, yükselme olanaklarının sınırlılıkları, çalışma koşullarındaki olumsuzluklar, işyerindeki çalışma süresinin uzunluğu ve vardiyalı çalışma durumu gibi birçok faktörün, iş doyumsuzluğuna ve işten ayrılmasına neden olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin işten ayrılma oranlarını azaltmak için, yöneticilerin hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini hissederek, gerekli önlemleri almaları ve her hastanenin kendine özgü sorunlarını ve hemşirelerini tanıyarak çözüm yollarını bulmaları gerekmektedir (14,49,143,158,159).

Hastaneler matriks organizasyon yapısına sahip oldukları için, sağlık disiplini üyelerinin birbirlerine karşı farklı sorumluluk ve yönetsel ilişki içinde olmalarını etkilemektedir. Hemşireler hasta ve yakınlarıyla olumlu ilişkiler kurarak bunu hastanın bakımına katabilir ve diğer sağlık disiplinleriyle olumlu ilişkiler kurarak hizmetin kalitesini artırıcı, kurumun iyi tanınmasını sağlayıcı çabaları, etkin hemşirelik girişimlerinin sağlık ekibine geribildirimlerin yapılmasıyla klinik koordinasyonu sağlarlar. Hemşireler, hastanelerdeki değişim sürecinde çalışanlarla iletişimi başlatmak, uygulamaya dönük yöntem ve süreçleri oluşturmak ve aynı zamanda değişimi yapılandırma sorumluluğunu da üstlenmektedirler (34,144).

Hemşireler ister yaptıkları işleri organize ederken, ister evde bakım hizmetlerini yürütürken, ister diyabetik bir hastaya yaşam şeklini değiştirmeyi öğretirken, ister kalite ile ilgili çalışmaları devam ettirirken, çalıştıkları her yerde aktif olarak değişimin gerçekleştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Hastanelerde görev alan hemşireler,

hizmetin yürütülmesinde çok önemli bir rol üstlenmekte ve hizmetin daha iyi sunulması konusunda somut öneriler getirebilmektedir. Günümüzde birçok hasta tıbbi girişimler için hastaneye gelse de, 24 saat hemşirelik hizmetlerine gereksinim duymaktadır. Hemşirelerin bakım ve organizasyon yetenekleri, hastanede sunulan bakımın maliyetini ve kalitesini belirlemekte, sağlık hizmetinin etkin ve verimli sunumunda önemli rol oynamaktadır (34,144).

Knox ve Irving'in örgütsel değişim sırasında üst yönetim davranışlarının hemşire yöneticiler tarafından algılanma durumuna ilişkin yaptıkları çalışmada; üst yönetimin destekleyici olmasının, açık ve doğrudan iletişim kurmasının, değişimin nedeni ve izlenecek stratejiler hakkında bilgi vermesinin, resmi ve resmi olmayan iletişim kanallarını kullanmasının değişim uygulamalarında olumlu etki yaratacağı üzerinde durulmuştur. Genellikle yönetici hemşirelerden, değişimin misyon ve vizyonu hakkında diğer çalışanlara yol göstermeleri ve kendi iş tanımlarını da geliştirmeleri beklenmektedir (34,144).

Hastanelerde gerçekleştirilen değişim süreçleri arasında kalite çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır. Bu kalite çalışmaları ülkemizde çoğunlukla; ISO 9001-2000 ve akreditasyon çalışmalarıdır. Weber ve Manning'in kalite çalışmaları sırasında çalışanların durumu algılamalarına yönelik yaptıkları çalışmada; çalışanlara, denetçilere (süpervisörlere) ve alt kademe yöneticilere, kalitenin kendileri ve işleri üzerine etkileri, yetiştirilme durumları, örgüt içi veya dışındaki diğer kişilere etkileri ve TKY gerçekleştirilme nedenleri sorulmuştur. Araştırma sonucunda, çalışanların çoğunluğu, kalite çalışmalarının kendileri ve işleri üzerine önemli etkileri olduğu görüşünde birleşmişlerdir. Kalite güvence çalışmaları sırasında hastanelerde ve bu çalışmaları yapan diğer örgütlerde kültürel bir değişim de yaşanmaktadır. TKY temelinde örgüt içi değişim süreçlerine ilişkin yapılan bir çalışmada ise, kalite gibi değişimsel bir süreçte teknik uygulamalardan çok, insan unsurunun öne çıkarılması gerektiği, sosyalleşmenin sağlandığı bir yapı içinde değişimin başarılı olacağı ve kişinin kendi kurumunun bir parçası olarak hissettiği ölçüde değişim sürecine katkıda bulunacağı üzerinde durmuştur (21,22,44,48,63,133,144,146,151).

Çalışma yaşamındaki olumsuz etkiler çalışanların iş verimini, sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. Hemşirelikte bilinen sorunlar; stres fazlalığı, otonomi azlığı, düşük ücret, gece ve/veya uzun saatler boyunca çalışma zorunluluğu ve ortamın yetersizliği, rol karmaşası, rol belirsizliği, rol netliğinin ve örgütsel desteğin olmayışı, hastalarla yakın ilişkide bulunmanın güçlükleri, ev-iş çatışması, yükselme ve gelişme olanaklarının sınırlı olması, hemşire-hasta oranı, yetersiz eğitim, farklı düzeyde eğitim görmüş hemşirelerin görev-yetki ve sorumluluklarının aynı olması, önemli kararlara katılmayıp, iş ortamının atmosferi, yüksek ses, kötü ulaşım, takdir görmeme, işin yüksek performans gerektirmesi, mesleğin imajı, özgüven eksikliği, destek yoksunluğu ve çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkiler olarak özetlenebilir. Hemşirelik personelinin yönetiminde yönetici pozisyonundaki hemşirelere önemli roller düşmektedir. Yönetici hemşirelerin görev ve sorumlulukları gereği, grupları doğru hedeflere etkili biçimde yönlendirmeleri liderlik davranışlarına bağlıdır. Hemşirelik personelinin etkili yönetiminde, iş tanımlarının yeterli olmaması ve oluşturulmaması, çalışma kurallarının açıkça ifade edilmemesi, buna bağlı olarak çatışma ve huzursuzlukların artması, olumsuz iş alışkanlıklarını ve tutumlarını değiştirmeye yönelik çalışmaların yapılmaması gibi sorunlar, bu alanda örgüt geliştirme çalışmalarına zemin hazırlamıştır. Sağlık hizmetleri zincirinin önemli bir halkası olan hemşireler nicel olarak hala yetersizdir. Çünkü bir taraftan mezunlar verilirken bir taraftan da ortalama %20 oranında meslekten kopmalar devam etmektedir (21,22,44,48,63,133,144,146,151).

Yüzyılımızda bilimsel ve teknolojik alandaki hızlı gelişmelere paralel olarak, sağlık gereksinimleri de artmakta ve önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir. Artan ve gelişen sağlık bakım gereksinimlerinin günün koşullarına uygun, yeterli düzeyde karşılanabilmesi için hemşirenin bilimsel bilgi içeriğinin, teknik becerilerinin sürekli yenilenmesi ve geliştirilmesi zorunludur. Motivasyonun verimliliği arttırmadaki rolünü kavrayan yönetici, örgütte bir motivasyon ortamı yaratacaktır. Motive olan çalışanın verimliliği artacak ve kaliteyi arttıracaktır. Hemşirelerin güç sahibi olma ve güç kullanmada en şanslı grup oldukları da bir gerçektir. Çünkü, toplumun her düzeyde, her yaşta, her ortamda hemşirelik hizmetlerine gereksinimi vardır. Hemşirelik mesleğinin, bireyin en doğal hakkı olan sağlık ile ilgili oluşu hemşireliği de vazgeçilmez kılmaktadır (1,73,84).

5.GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi:

Kalite yönetimi uygulayan hastanelerde çalışan hemşirelerin iş doyumlarına etki edeceği düşünülerek motivasyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma; 05/10/2006-10/05/2007 tarihleri arasında İstanbul ili sınırları içinde kalite belgesi almış olan 11 kamu hastanesinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle gerçekleştirilmiştir .

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi:

Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde kalite belgesi almış olan 11 kamu hastanesi oluşturmuştur . Bu hastanelere ilişkin bilgiler;

İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 16.01.1960 tarihinde 560 yatak sayısı ile kurulmuştur. 330 tane çalışan hemşiresi, 9 tane başhemşire yardımcısı ve 30 tane sorumlu hemşiresi vardır. 2000 yılında kalite çalışmalarına başlanmıştır ve ilk kez 16.02.2002’de TSE–ISO 9001:2000 belgesini almaya hak kazanmışlardır. Mayıs 2006’da TSE-ISO 9001-2000 belgesini yenileyerek, akreditasyon için çalışmalara başlamışlardır.

Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; fiili yatak sayıları 141, çalışan hemşire sayısı 39 kişi, 2 başhemşire yardımcısı, 7 tane sorumlu hemşireleri bulunmaktadır. 2006 Mart ayında TSE–ISO 9001–2000 belgesini almaya hak kazanmışlar.

Paşabahçe Devlet Hastanesi; 1955-1962’de dispanser, 1962 Temmuz ayında ise hastane olarak faaliyete geçmiştir. Fiili yatak sayısı 346, çalışan hemşire sayısı 110 kişidir. Eylül 2001’de hastanede Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarına başlanmıştır. Temmuz 2002 tarihinde hastane ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi belgesini almaya hak kazanmıştır. TSE tarafından yapılan belgelendirme tetkikinde ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi belgesini 3 Mart 2006 tarihinde yeniden almaya hak kazanmıştır.

Bakırköy Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 1965–1970’te kurulmuş, fiili yatak sayısı 233, çalışan hemşire sayısı 241 kişi, 2000 yılında kalite çalışmalarına başlamışlar ve 2003 Eylül’ünde ilk kez TSE–ISO 9001–2000 belgesini almaya hak kazanmışlar ve 2006’ da belgeleri yenilenmiştir.

Eyüp Devlet Hastanesi; 1952 yılında kurulmuş, fiili yatak sayısı 144, başhemşire yardımcısı 2 tane, sorumlu hemşiresi 6 tane, fiili çalışan hemşire sayısı 82 kişi. 2000 yılında kalite çalışmalarına başlamışlar ve 2002’de ilk kez TSE–ISO 9001–2000 belgesini almaya hak kazanmışlar ve 2004’de belgelerini yenilenmişler.

Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; fiili yatak kapasitesi 429, çalışan hemşire sayısı 100, 2001 yılında kalite çalışmalarına başlamışlar ve 2005 yılında kalite belgesini almaya hak kazanmışlar. Danışmanlık hizmetini URS’den almışlar.

70. Yıl Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 1985’te kurulmuş, fiili yatak sayısı 258, çalışan hemşire sayısı 93, başhemşire yardımcısı 2 , sorumlu hemşire sayısı 10 tanedir. 2001–2002’de kalite çalışmalarına başlamışlar ve 2003 Aralık’ta TSE–ISO 9001:2000 belgesini almaya hak kazanmışlar.

Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 1972’de kurulmuş, fiili yatak sayısı 1013, çalışan hemşire sayısı 327 kişi. 2002’de kalite çalışmalarına başlamışlar ve 2003’de ilk kez TSE–ISO 9001–2000 belgesini almaya hak kazanmışlar, 2006’da belge yenilenmesi oldu.

Pendik Devlet Hastanesi; 1990 yılında kurulmuş, 120 tane çalışan hemşirenin 50 tanesi hastanede çalışmaktadır, 4 tane baş hemşire yardımcısı ve 20 tane sorumlu hemşiresi bulunmaktadır. Kalite çalışmalarına 2002’de başlanmış ve 2003 ve 2005 TSE–ISO 9001:2000 belgesini almaya hak kazanmışlar.

Erenköy Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi; 1998 Ekim’inde kurulmuş. Fiili yatak sayısı 126, çalışan hemşire sayısı 20 kişi, 3 tane başhemşire yardımcısı ve 4 tane sorumlu hemşireleri vardı. 2002 yılında kalite çalışmalarına başlamışlar ve ilk kez TSE–ISO 9001-2000 belgesini almaya hak kazanmışlar ve Kasım 2006’da belgelerini yenilediler.

Süreyyapaşa Göğüs Ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; fiili yatak sayısı 868, çalışan hemşire sayısı 169 kişi, başhemşire yardımcıları 10 tane ve sorumlu hemşire 1 tane. Kalite çalışmalarına 2002–2003’de başlamışlar ve Kasım 2005’de ilk kez TSE–ISO 9001–2000 belgesini almaya hak kazanmışlar.

Araştırmanın evrenini adı geçen hastanelerde çalışan toplam 1631 hemşire oluşturmuştur .

Araştırmanın Örnekleme:

Evren büyüklüğü 1631 kişi alındığında %50 prevelans, %8 hata payı, %95 güven aralığında araştırmanın örnekleme **sistemik örneklem yöntemi** ile belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü 435 kişi olarak bulunmuştur.

Örneklem Büyüklüğü: $Nt^2pq / d^2(N-1) + t^2pq$

N: Evrendeki birey sayısı,

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı),

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı),

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinin t tablosundan bulunan teorik değer,

d: Olayın görölüş sıklığına yapılmak istenen \pm sapma.

Örnekleme seçimi hastanelerde çalışan hemşirelerin listesi alınmış, başlangıç için kura numarası verilerek ve sonrasında 3-4 kuralı ile örnekleme büyüklüğüne ulaşılmıştır. Her bir hastaneye yalnızca araştırmacının bildiği bir kodlama geliştirilerek veriler bilgisayar ortamına girilmiştir. Yapılan bu kodlama ile örnekleme formülü kullanılarak hastanelerdeki örnekleme ulaşılacak sayı belirlenmiştir.

Hastanelere göre örnekleme sayısı:

HASTANE KODLARI	ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI	ÖRNEKLEM
H1	100	27
H2	93	25
H3	241	64
H4	82	22
H5	330	87
H6	39	11
H7	110	29
H8	327	87
H9	169	45
H10	120	32
H11	20	6
TOPLAM	1631	435

$$Nt^2pq / d^2(N-1) + t^2pq$$

Verilerin Toplanması:

Araştırmanın belirtilen hastanelerde uygulanması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne yazılı olarak başvurulmuş ve 29.09.2006 tarihli onayı ile araştırma başlatılmıştır (Ek4, Ek5). Araştırma etiğine uygun olarak her ay İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne araştırmanın hangi aşamada olduğuna dair yazılı olarak geri bildirimde bulunulmuştur.

Araştırma ile ilgili veriler araştırmacı tarafından geliştirilen araştırmaya katılanların demografik bilgileri ile kaliteye ilişkin görüşlerinin yer aldığı 38 soruluk bilgi formu(Ek1) ile geçerlik ve güvenilirliği sağlanmış olan 30 soruluk Motivasyon Kaynakları Envanteri ölçeği (Ek2) ile toplanmıştır.

1. bölümde yer alan bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin demografik özelliklerini içeren (yaş, kurumda çalışma yılı, öğrenim durumu, medeni durumu, pozisyonu, mesleği seçme ve sevme durumu, hastaneden memnun olma durumu, yapılan işin alınan eğitime uygunluğu, işle ilgili yetki ve sorumluluğa sahip olma, takım çalışmasının varlığı ve önemi, hastanede fikirlerinin sorulması, hastane yönetiminin beklentilerini bilme, yetki ve sorumluluk alma isteği, ödüllendirme durumu, iletişim, çalışanların fiziksel ortamlarının yeterliliği, kalite eğitim programları ve hizmet içi eğitim programları ile ilgili toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Bilgi formunda yer alan sorular; 4'lü likert, bazıları birden fazla seçenek seçmeli ve açık uçlu olarak değerlendirilmiştir.

2.bölümde yönetici hemşire ve hemşirelerin motivasyon düzeylerini belirlemek amacıyla 1998 J.E.Barbuto ve R.W.Scholl tarafından geliştirilen Hinkin ve Schriesheim tarafından geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılan, ülkemizde Necla Dölek tarafından Türkçe'ye uyarlanan, 2000 yılında İsmail Atay, Güngör Oral, Mehtap Köktürk, Ömer Sağdullah, Oya Özçelik tarafından geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılan (Cronch Alfa:0.85)Motivasyon Kaynakları Envanteri Ölçeği kullanılmıştır .

Motivasyon Kaynakları Envanteri Ölçeği, 30 sorudan oluşmaktadır. Değerlendirmede ölçekteki her madde '1' kesinlikle katılmıyorum, '7' kesinlikle katılıyorum arasında sırayla 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 şeklinde yapılmıştır.

Ölçeğin Alt Grupları :

İçsel motivatör (faktör 1) (Cronch Alfa:0.78) alt faktörü; “yetenek ve becerilerimi kullanmama izin verecek bir kurumda çalışmak benim için önemlidir”, “kendi kendini motive edebilen bir insan olduğumu düşünüyorum”, “kişisel davranış standartlarımla tutarlılık gösteren kararlar almaya çalışırım”, “benim beceri ve değerlerimin kurumun başarısını etkilediğini bilmek isterim”, “bana kişisel başarı duygusu veren şeyleri yapmaktan hoşlanırım”, “aldığım kararlar, kendim için koyduğum yüksek hedefleri yansıtır”, “eğer bir kurum onayladığım hedefler doğrultusunda çalışıyorsa, böyle bir kurumun başarısındaki payımın ön plana çıkması önemli değildir”, “iş esnasında ne kadar gayret sarf edeceğimi işin gereksinimleri belirler” şeklinde **8 maddeden**,

Dışsal motivatörler (faktör 2) (Cronch Alfa:0.77) alt faktörü; “kararlarımı sık sık diğer insanların ne düşüneceğine dayanarak alırım”, “çabama kurumdaki en yetkili kişiler tarafından değer verildiğini bilirsem, var gücümle çalışırım”, “benim için davranışlarımı diğer insanların onaylaması önemlidir”, “eğer bir projeye çevremdekiler değer veriyorsa, o projede daha fazla çalışırım”, “iş çevresinde çok arkadaşı olanlar, hayatlarını dolu dolu yaşarlar”, “iş seçerken başarılarımla tanınmamı sağlayacak olan işi seçerim” şeklinde **6 maddeden**,

İçgüdüsel süreç motivatörleri (faktör 3) (Cronch Alfa: 0.68) alt faktörü; “iş seçerken genellikle bana en hoş görünen işi seçerim”, “iki iş arasında seçim yaparken, en önemli etken hangisinden daha çok hoşlandığımdır”, “işimi yaparken, daha çok hoşlandığım başka bir işi yapabilmek için sık sık elimdeki işimi ertelerim”, “işte zamanımı birlikte geçirmeyi seçtiğim kişi, birlikte olmaktan en çok hoşlandığım kişidir”, “işimde yalnızca hoşuma giden şeyleri yapmaktan hoşlanırım”, “çalıştığım yerde yaptığım işten hoşlanmazsam, işten ayrılırım” şeklinde **6 maddeden**,

Hedef İçselleştirme (faktör 4) (Cronch Alfa:0.68) alt faktörü; “kurumun hedefine ulaşması için çok çalışmam gerekiyorsa önce bu çalışmanın nedenine/gereğine inanmam gerekir”, “bu nedene inanmıyorsam çok çalışmam”, “çok çalışmam için bir

organizasyonun misyonunun benim değerlerimle uyumlu olması gerekir”, “çalışacağım kurumu seçerken, inanç ve değerlerimi savunanı ararım”, “bir kurumun üstlendiği/benimsediği görevi (misyonu) onaylamıyorsam o kurumda çalışmam” şeklinde **5 maddeden**,

Araçsal Motivatörler (Faktör 5) (Cronch Alfa:**0.68**) **alt faktörü**; “iş seçiminde genellikle en fazla ücret ödenen işi seçerim”, “bir günlük ücret veriliyorsa , bir günlük iş yaparım”, “işte en sevdiğim gün, ücret ödendiği gündür”, “göstereceğim gayretin bana daha yüksek ücret olarak döneceğini bilirim, daha fazla çalışabilirim”, “insanlar daha iyi iş fırsatları yakalamak için gözlerini ve kulaklarını daima açık tutmalıdır” şeklinde **5 maddeden** oluşmaktadır.

Araştırmanın Uygulanması:

Araştırma, belirlenen hastanelere araştırmacı tarafından bizzat gidilerek yönetici hemşirelerle öngörüşme yapıldıktan sonra hemşirelerle tek tek bazen gruplar halinde görüşülerek araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra araştırmayı kabul edenlere veri formlarını nasıl dolduracakları konusunda bilgilendirildikten sonra, Bilgi Formu ve Motivasyon Kaynak Envanteri Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan formlar 30 dakika süre ile uygulanmıştır. Araştırma veri toplama süreci; 05.10.2006/10.05.2007 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi :

Yalnızca araştırmacının bildiği hastane kodlarına göre her bir hastaneden toplanan verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, bilgisayar ortamında (SPSS 10,0.) gerçekleştirilmiş ve istatistiksel yöntem olarak; sayı, yüzde, Cronch Alfa katsayısı, Yüzdeler Student t testi , Anova testi gibi istatistiksel testlerden yararlanılmıştır.

Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları:

- Araştırmanın verilerinin araştırmaya katılanlarla tek tek görüşülerek toplandığından, hastanelerin birbirinden uzak olması bu sürecin uzun zamanda tamamlanmasına yol açmıştır,
- Araştırma kapsamına alınan hastanelerde hemşire sayılarının farklılık göstermesi istatistiksel açıdan hastaneler arasında karşılaştırma yapılamamasına neden olmuştur,
- Yine araştırma kapsamına alınmış olan hastanelerin kalite süreci içinde uyguladıkları **çalışan memnuniyeti anketlerinin** sonuçlarının elde edilememesi nedeniyle, araştırmamızın bulgularıyla karşılaştırılamamıştır.

6. BULGULAR

Araştırmanın bulguları, elde edilen verilerin tablo içindeki sayısal değerleri üzerinden verilmiştir .

Tablo 1 . Sosyo – demografik özellikler

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
18-24	25	5,7
25-34	236	54,3
35-44	130	29,9
45 ve üstü	44	10,1
Meslekte çalışma yılı		
0-5	66	15,2
06-10	123	28,3
11-15	82	18,9
16 ve üstü	164	37,7
Kurumda çalışma yılı		
0-5	150	34,5
06-10	94	21,6
11-15	70	16,1
16 ve üstü	121	27,8
Medeni durum		
Bekar	141	32,4
Evli	294	67,6
Öğrenim durumu		
Sağlık meslek lisesi	131	30,1
Ön lisans	216	49,7
Lisans	82	18,9
Lisans üstü ve doktora	6	1,4

Yapmakta olduğu işin aldığı eğitime uygunluğu		
Evet	232	53,3
Kısmen	170	39,1
Hayır	33	7,6
Mesleki pozisyonu		
Yönetici hemşire	84	19,3
Servis hemşiresi	283	65,1
Poliklinik hemşiresi	27	6,2
(Diğerleri)		
Hasta hakları birim hemşiresi	3	,7
Enfeksiyon kontrol hemşiresi	2	,5
Eğitim hemşiresi	5	1,1
Amaliyathane hemşiresi	16	3,7
Diyaliz hemşiresi	3	,7
Yoğun bakım hemşiresi	7	1,6
Kalite birimi hemşiresi	1	,2
Endoskopi hemşiresi	4	,9
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	119	27,4
Vardiya	32	7,4
Nöbet usulü	284	65,3

Tablo 1'de araştırma kapsamına giren hemşirelerin yaş, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, medeni durumu, öğrenim durumu, yapmakta olduğu işin aldığı eğitime uygunluk gösterme durumu, mesleki pozisyonu ve çalışma şekline ilişkin bulgular verilmiştir .

Tablo 1'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin; %54,3'ünün 25-34 yaş arasında olduğu, meslekte çalışma yıllarına göre bakıldığında %28,3'ünün 6-10 yıl çalışma yılları arasında olduğu ve kurumda çalışma yılı olarak da %34,5 ile 0-5 yıl arasında olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %67,6'sı evlidir ve öğrenim durumları açısından

%49,7'si önlisans mezunudur. Hemşirelerin %53,3'ü yapmakta oldukları işi aldıkları eğitime uygun bulduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin pozisyonları açısından bakıldığında; %65,3'ünün servis hemşiresi olarak çalışmakta ve çalışma şekilleri %65,3'ü nöbet usulü çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2'de araştırma kapsamına giren hemşirelerin; mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği sevme durumu, çalıştığı hastaneden memnun olma durumu, çalıştığı birimden memnun olma durumu, yaptığı işle ilgili çalışmalarında planlama, kontrol ve iyileştirme yapabilme durumu, işiyle ilgili yetki kullanabilme durumu, iş arkadaşlarıyla uyumlu olma durumu, işlerinde takım çalışmasını önemli bulma durumu, hastane yönetiminin kendilerini tanıma durumu, ödüllendirilmenin çalışmalarını etkileme durumu, hastane yönetiminin motivasyonlarını sağlamada ve arttırmada isteklilik durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 2 . Motivasyon ile ilgili özellikler

ÖZELLİKLER	n	%
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	266	61,1
Hayır	169	38,9
Mesleği sevme durumu		
Evet	173	39,8
Kısmen	191	43,9
Hayır	69	15,9
Fikrim yok	2	,5
Çalıştığı hastaneden memnun olma durumu		
Evet	135	31,0
Kısmen	213	49,0
Hayır	85	19,5
Fikrim yok	2	,5

Çalıştığı birimden memnun olma durumu		
Evet	248	57,0
Kısmen	146	33,6
Hayır	41	9,4
Yaptığı işle ilgili çalışmalarında planlama , kontrol ve iyileştirme yapabilme durumu		
Evet	113	26,0
Kısmen	230	52,9
Hayır	88	20,2
Fikrim yok	4	,9
İşle ilgili yetki kullanabilme durumu		
Evet	116	26,7
Kısmen	201	46,2
Hayır	114	26,2
Fikrim yok	4	,9
İş arkadaşlarıyla uyumlu olma durumu		
Evet	343	78,9
Kısmen	82	18,9
Hayır	8	1,8
Fikrim yok	2	,5
İşlerinde takım çalışmasını önemli bulma durumu		
Evet	422	97,0
Kısmen	8	1,8
Hayır	4	,9
Fikrim yok	1	,2
Hastane yönetiminin kendilerini tanıma durumu		
Evet	220	50,6
Kısmen	124	28,5

Hayır	55	12,6
Fikrim yok	36	8,3
Hastane yönetiminin çalışmalarındaki başarıdan dolayı ödül verme durumu		
Evet	48	11,0
Kısmen	41	9,4
Hayır	344	79,1
Fikrim yok	2	,5
Ödüllendirilmenin çalışmalarını etkileme durumu		
Olumlu etkiledi	73	16,8
Olumsuz etkiledi	78	17,9
Etkilemedi	284	65,3
Hastane yönetiminin motivasyonlarını sağlamada ve arttırmada isteklilik durumu		
Evet	28	6,4
Kısmen	111	25,5
Hayır	257	59,1
Fikrim yok	39	9,0

Tablo 2'ye göre araştırmaya katılan hemşirelerin; mesleği isteyerek seçme durumlarına bakıldığında %61,1'inin mesleği isteyerek seçtikleri, %43,9'unun hemşirelik mesleğinin bir üyesi olmaktan kısmen memnun oldukları, %49,0'unun çalıştıkları hastaneden kısmen memnun oldukları, %57,0'ının çalıştıkları birimden memnun oldukları görülmektedir. Hemşirelerin yaptıkları işle ilgili çalışmalarında planlama, kontrol ve iyileştirme yapabilmeleri konusunda %52,9'unun kısmen yapabildikleri, %46,2'si işleriyle ilgili kısmen yetki kullanabildiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %78,9'u iş arkadaşlarıyla uyumlu olduklarını ve %97,0'ı işlerini yaparken başarı için takım çalışmasını önemli bulduklarını ve % 79,1'i hastane yönetimince çalışmalarındaki başarıdan dolayı hiç ödüllendirilmediklerini, %50,6'sı hastane yönetiminin kendilerini tanıdıklarını ve %65,3'ü ödüllendirilmenin çalışmalarını

etkilemediğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %59,1'i hastane yönetiminin motivasyonlarını sağlamak için istekli olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 3' de: Araştırma kapsamına giren hemşirelerin; birimdeki hemşire sayısının yeterlilik durumu, hastanede takım çalışmasının yapıldığı ve kurulmuş takımların varlığı ile ilgili durum, üstlerin karar alırken çalışanların fikirlerini alma durumu, hastane yönetiminin kendilerinden beklentilerini bilme durumu, yaptıkları işte daha fazla yetki ve sorumluluk almayı isteme durumu, çalıştıkları kurumun gelecek dönemler için hedeflerini bilme durumu, hastanelerindeki ast-üst arasındaki iletişim durumu, hastane yönetiminin çalışmalarındaki başarıdan dolayı ödül verme durumu, çalışma ortamında gerekli araç-gereç varlığının yeterlilik durumu, çalışılan fiziksel ortamdaki aydınlatmanın yeterlilik durumu, çalışılan fiziksel ortamdaki ısının yeterlilik durumu, çalışılan fiziksel ortamdaki havalandırmanın yeterlilik durumu, çalışılan fiziksel ortamdaki sessizliğin yeterlilik durumu, çalışılan fiziksel ortamdaki giyinme odası, dolap, duş vb.nin yeterlilik durumu, çalışılan hastanede hemşirelik grubu için sosyal etkinliklerin yapılması durumuna ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 3. Çalışma koşulları ve hastane yönetimi ile ilgili özellikler

ÖZELLİKLER	n	%
Birimdeki hemşire sayısının yeterlilik durumu		
Evet	133	30,6
Kısmen	77	17,7
Hayır	234	51,5
Fikrim yok	1	,2
Hastanede takım çalışmasının yapıldığı ve kurulmuş takımların varlığı ile ilgili durum		
Evet	90	20,7
Kısmen	157	36,1
Hayır	149	34,3
Fikrim yok	39	9,0

Üstlerin karar alırken çalışanların fikirlerini alma durumu		
Evet	56	12,9
Kısmen	175	40,2
Hayır	197	45,3
Fikrim yok	7	1,6
Hastane yönetiminin kendilerinden beklentilerini bilme durumu		
Evet	233	53,6
Kısmen	93	21,4
Hayır	83	19,1
Fikrim yok	26	6,0
Yaptıkları işte daha fazla yetki ve sorumluluk almayı isteme durumu		
Evet	237	54,5
Kısmen	70	16,1
Hayır	116	26,7
Fikrim yok	12	2,8
Çalıştıkları kurumun gelecek dönemler için hedeflerini bilme durumu		
Evet	93	21,4
Kısmen	137	31,5
Hayır	183	42,1
Fikrim yok	22	5,1
Hastanelerindeki ast-üst arasındaki iletişim durumu		
Hiyerarşik düzeyde	135	31,0
Meskekdaşlık ilişkisi içinde	133	30,6
Uzak mesafeli	133	30,6
Yakın ve sıcak	34	7,8
Çalışma ortamında gerekli araç-gereç varlığının yeterlilik durumu		

Evet	97	22,3
Kısmen	204	46,9
Hayır	133	30,6
Fikrim yok	1	,2
Çalışılan fiziksel ortamdaki aydınlatmanın yeterlilik durumu		
Yeterli	348	80,0
Yetersiz	87	20,0
Çalışılan fiziksel ortamdaki ısının yeterlilik durumu		
Yeterli	295	67,8
Yetersiz	140	32,2
Çalışılan fiziksel ortamdaki havalandırmanın yeterlilik durumu		
Yeterli	168	38,6
Yetersiz	267	32,2
Çalışılan fiziksel ortamdaki sessizliğin yeterlilik durumu		
Yeterli	127	29,2
Yetersiz	308	70,8
Çalışılan fiziksel ortamdaki giyinme odası ,dolap , duş vb. yeterlilik durumu		
Yeterli	103	23,7
Yetersiz	332	76,3
Çalışan hastanede hemşirelik grubu için sosyal etkinliklerin yapılması durumu		
Evet	25	5,7
Kısmen	84	19,3
Hayır	297	68,3
Fikrim yok	29	6,7

Tablo 3'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin; birimlerindeki hemşire sayısını %51,5'u yetersiz bulduklarını, %36,1'i hastanelerinde takım çalışmasının ve belirli amaçları gerçekleştirmek için kurulmuş takımların kısmen kurulu olduğunu belirtmişlerdir. Üstlerinin kararları alırken %45,3'ü kendi fikirlerini almadıklarını belirtmişlerdir. %53,6'sı hastane yönetiminin beklentilerini bildiklerini, %54,5'u yaptıkları işte daha fazla yetki ve sorumluluk almak istediklerini, %42,1'i kurumlarının gelecek dönemler için hedeflerini bilmediklerini, %31,0'u hastanelerindeki ast-üst ilişkilerinin hiyerarşik düzeyde olduğunu belirtmişlerdir.

Hemşirelerin; %46,9'u çalıştıkları ortamda işleri ile ilgili araç ve gereçlerin kısmen yeterli bulduklarını, çalıştıkları birimde aydınlatmayı %80'i, ısıyı %67,8'i yeterli bulduklarını, havalandırmayı %61,4'ü, sessizliği %70,8'i, giyinme odası, dolap, duş vb. açısından %76,3'ü yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4'te araştırma kapsamına giren hemşirelerin; kalite kavramı ile ilgili algı durumu, çalıştıkları hastanede kalite eğitim programları ile ilgili eğitim yapılma durumu, hastanelerindeki hemşirelik hizmetlerinin kalitesi yönünden değerlendirme durumu, hastanelerinde yürütülen kalite çalışmalarında çalışanların fikirlerinin alınması durumu, hastanelerindeki yapılan kalite eğitim çalışmalarının yeterlilik durumu, hastanelerinde uygulanan kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini nasıl etkilediği durumu, hastane yönetiminin motivasyonu sağlamak için takdir etme, ücret artışı, izin verme, sosyal faaliyetler (toplantılar, yemekler, vb.), mesleki bilgi ve yetenekleri geliştirme (kurs, seminer, kongre, vb.) yöntemlerini kullanma durumu, motivasyonun yüksek olması iş hayatındaki başarıyı artırma durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4. Kalite İle İlgili Özellikler

ÖZELLİKLER	n	%
Kalite kavramı ile ilgili durum		
Mükemmellik	39	9,0
Aşırı maliyet	19	4,4
Standartlara uyma	113	26,0
Gereksinimleri karşılama	54	12,4

Tüm süreçlerin sürekli iyileştirilmesi	205	47,1
Lüx	5	1,1
Çalıştıkları hastanede kalite eğitim programları ile ilgili eğitim yapılma durumu		
Evet	220	50,6
Kısmen	160	36,8
Hayır	55	12,6
Hastanelerindeki hemşirelik hizmetlerinin kalitesi yönünden değerlendirme durumu		
Çok yeterli	7	1,6
Yeterli	79	18,2
Bazı düzenlemelerle yeterli olabilir	183	42,1
Yetersiz	142	32,6
Çok yetersiz	24	5,5
Hastanelerinde yürütülen kalite çalışmalarında çalışanların fikirlerinin alınması durumu		
Evet	51	11,7
Kısmen	114	26,2
Hayır	270	62,1
Hastanelerindeki yapılan kalite eğitim çalışmalarının yeterlilik durumu		
Evet	52	12,0
Kısmen	179	41,1
Hayır	159	36,6
Fikrim yok	45	10,3
Hastanelerinde uygulanan kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini nasıl etkilediği durumu		
Olumlu etkiledi	155	35,6
Etkilemedi	153	35,2
Olumsuz etkiledi	56	12,9
Fikrim yok	71	16,3
Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamak		

İçin takdir etme yöntemini kullanma durumu		
Evet	35	8,0
Hayır	400	92,0
Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamak için ücret artışı yöntemini kullanma durumu		
Evet	2	,5
Hayır	433	99,5
Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamak için izin verme yöntemini kullanma durumu		
Evet	31	7,1
Hayır	404	92,9
Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamak için sosyal faaliyetler (toplantı , yemek , vs.) yöntemini kullanma durumu		
Evet	44	10,1
Hayır	391	89,9
Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamak için mesleki bilgi ve yetenekleri geliştirme imkanları (kurs, seminer, kongreye gönderme vs.) yöntemini kullanma durumu		
Evet	121	27,8
Hayır	314	72,2
Motivasyonun yüksek olması iş hayatındaki başarıyı artırma durumu		
Evet	420	96,6
Kısmen	13	3,0
Fikrim yok	2	,5

Tablo 4'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin, %47,1'i kaliteyi tüm süreçlerin iyileştirilmesi olarak gördükleri, %50,6'sı hastanelerinde kendileri için kalite eğitim programı yapıldığını, %42,1'i hastanelerindeki hemşirelik hizmetlerini bazı düzenlemelerle yeterli olabileceğini belirtmişlerdir. Hastanelerinde yapılan kalite

çalışmalarında fikirlerine başvurmaları konusunda bakıldığında %62,1'inin fikirlerine başvurulmadığı görülmektedir. %36,6'sı hastanelerindeki kalite eğitim çalışmalarını yetersiz bulduklarını ve %35,6'sı hastanelerindeki kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir.

Hastane yönetiminin hemşirelerin motivasyonunu sağlama konusunda bakıldığında; hemşirelerin %92,0'ı takdir edilmediklerini, %99,5'u ücret artışı yapılmadığını, %92,9'u izin verilmediğini, %89,9'u sosyal faaliyetler (toplantı, yemek, vb.) düzenlenmediğini, %72,2'si mesleki bilgi ve yetenekleri geliştirme (kurs, seminer, kongre, vb.) imkanlarının sağlanmadığını belirtmişlerdir. Motivasyonun yüksek olması iş hayatındaki başarıyı artırma konusuna bakıldığında ise %96,6'sı motivasyonun başarıyı arttıracığını belirtmişlerdir.

Tablo 5'de araştırma kapsamına giren hemşirelerin motivasyon alt faktörleri olan, içsel, dışsal, içgüdüsel, hedefsel, araçsal alt faktörlerinin ve toplamda aldıkları ortalama ve standart sapmalarına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 5 . Hemşirelerin motivasyon alt faktörlerinden aldıkları ortalama ve standart sapma puanları

Alt gruplar	n	Minumum	Maksimum	X	SS
İÇSEL	435	1	7	5,60	,95
DIŞSAL	435	1	7	4,07	1,36
İÇGÜDÜSEL	435	1	7	2,76	1,32
HEDEF	435	1	7	4,65	1,37
ARAÇSAL	435	1	7	4,10	1,59
TOPLAM	435	1	7	4,32	,86

Tablo 5'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin motivasyon alt faktörlerinden toplamda aldıkları en yüksek ortalama 5,60 ile içsel alt faktöründe olduğu görülmektedir ve motivasyon alt faktörlerinin toplam ortalamasının 4,32 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6 . Yaş gruplarına göre motivasyon durumlarının dağılımı

Yaş	18-24		25-34		35-44		45+			
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	F	p
İçsel	5,89	,85	5,66	,86	5,49	1,05	5,46	1,12	1,949	,121
Dışsal	3,95	1,24	4,07	1,32	4,04	1,47	4,18	1,26	,176	,913
İçgüdüsel	2,95	1,75	2,83	1,31	2,59	1,23	2,81	1,42	1,106	,346
Hedef	4,68	1,31	4,77	1,30	4,53	1,54	4,32	1,21	1,835	,140
Araçsal	3,44	1,62	4,25	1,56	3,95	1,67	4,05	1,41	2,587	,053
Toplam	4,30	,74	4,39	,81	4,20	,96	4,25	,88	1,489	,217

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 6’da araştırmaya katılan hemşirelerin, yaşlarına göre motivasyon alt boyutunda içsel motivasyon puanlarının diğerlerine göre yüksek olduğu ancak gruplar gruplar arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7 . Meslekte çalışma yılına göre motivasyon puanlarının dağılımı

Meslek Ç. Yılı	0-5		6-10		11-15		16+			
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	F	p
İçsel	5,71	,78	5,61	,83	5,79	,94	5,47	1,09	2,366	,070
Dışsal	4,06	1,29	3,92	1,31	4,40	1,28	4,01	1,44	2,190	,089
İçgüdüsel	2,84	1,48	2,90	1,32	2,77	1,26	2,63	1,29	1,056	,368
Hedef	4,73	1,27	4,72	1,28	4,87	1,40	4,45	1,46	2,065	,104
Araçsal	3,99	1,57	4,27	1,49	4,23	1,70	3,95	1,61	1,240	,295
Toplam	4,36	,78	4,36	,75	4,49	,87	4,19	,95	2,567	,054

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 7’de araştırmaya katılan; 11–15 yıl arası çalışan hemşirelerin toplam motivasyon ortalamaları $4,49 \pm ,87$ ve ölçeğin alt grup ortalamaları, 0–5 yıl, 6–10 yıl ile 16 ve üzeri çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Kurumda alışma yılına göre motivasyon puanlarının dağılımlı

Kurumda alışma	0-5		6-10		11-15		16+		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,76	,85	5,52	,87	5,68	,97	5,44	1,09	1,856	,137
Dışsal	4,04	1,34	3,99	1,40	4,21	1,33	4,07	1,37	,370	,775
İçgüdüsel	2,74	1,31	2,95	1,34	2,59	1,40	2,74	1,29	1,009	,389
Hedef	4,84	1,34	4,58	1,17	4,69	1,50	4,43	1,47	2,106	,099
Araçsal	4,18	1,60	4,28	1,54	3,79	1,65	4,02	1,58	1,538	,204
Toplam	4,40	,80	4,34	,82	4,29	,89	4,22	,93	,955	,414

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 8’de araştırmaya katılan; kurumda 0-5 yıl arası çalışan hemşirelerin toplam motivasyon ortalamaları $4,40 \pm ,80$ ve ölçeğin alt grup ortalamaları 6–10 yıl, 11–15 yıl ile 16 ve üzeri çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Medeni duruma göre motivasyon puanlarının dağılımlı

Medeni durum	Bekar		Evli		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,69	,93	5,57	,96	1,233	,218
Dışsal	4,05	1,27	4,07	1,40	-,135	,893
İçgüdüsel	2,75	1,35	2,77	1,32	-,120	,904
Hedef	4,69	1,31	4,63	1,40	,451	,652
Araçsal	4,15	1,57	4,07	1,60	,475	,635
Toplam	4,35	,81	4,30	,88	,551	,582

($p>0.05$) Student t testi kullanılmıştır .

Tablo 9’da araştırmaya katılan hemşirelerin; bekar olanların toplam motivasyon ortalamaları (4,35±,81) ve ölçeğın alt grup puan ortalamaları, evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak istatıksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 10. Öğrenim durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

Öğrenim durumu	SML		Lisans		Lisansüstü		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,67	,92	5,58	,95	5,57	1,02	,429	,651
Dışsal	4,13	1,34	4,13	1,39	3,80	1,28	2,053	,130
İçgüdüsel	2,91	1,38	2,66	1,28	2,79	1,33	1,477	,230
Hedef	4,74	1,42	4,54	1,36	4,78	1,32	1,392	,250
Araçsal	4,15	1,64	4,16	1,54	3,86	1,65	1,254	,286
Toplam	4,40	,85	4,30	,86	4,24	,88	1,045	,352

(p>0.05) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 10’da araştırmaya katılan hemşirelerin; sağlık meslek lisesi mezunlarının içsel motivasyon düzeyi alt grubu puan ortalaması 5,67±,92, lisans mezunlarının içsel motivasyon düzeyi alt grubu puan ortalaması 5,58±,95 ve lisans üstü mezunlarının içsel motivasyon düzeyi alt grubu puan ortalaması 5,57±1,02 olarak bulunmuştur. Sağlık meslek lisesi mezunlarının motivasyon alt grupları ve toplam motivasyon puan ortalamaları 4,40±,85 olarak diğerk alt gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak öğrenim durumları arasında motivasyon puanları bakımından istatıksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 11 . Yapılan işin eğitime uygunluğuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

Eğitime uygunluk	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,69	,88	5,50	1,03	5,56	,98	2,072	,127
Dışsal	4,05	1,46	4,12	1,25	3,86	1,15	,531	,588
İçgüdüsel	2,78	1,33	2,78	1,28	2,53	1,52	,550	,577
Hedef	4,59	1,40	4,69	1,36	4,78	1,28	,425	,654
Araçsal	4,02	1,63	4,16	1,57	4,29	1,43	,610	,544
Toplam	4,32	,87	4,32	,87	4,27	,76	,045	,956

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 11’de; araştırmaya katılan hemşirelerin aldıkları eğitime uygunluk grupları arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12 . Çalışma pozisyonlarına göre motivasyon puanlarının dağılımı

Pozisyon	Yönetici		Servis		Poliklinik		Diğer		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,46	1,11	5,64	,93	5,64	,72	5,62	,87	,827	,479
Dışsal	3,90	1,48	4,13	1,32	4,21	1,00	3,87	1,51	1,022	,382
İçgüdüsel	2,69	1,39	2,68	1,31	3,01	1,18	3,32	1,31	3,189	,024*
Hedef	4,47	1,52	4,67	1,35	4,95	1,41	4,69	1,14	,921	,431
Araçsal	3,70	1,58	4,17	1,55	4,27	1,59	4,28	1,79	2,305	,076
Toplam	4,13	,96	4,34	,82	4,49	,75	4,43	,95	1,928	,124

($p<0.05$) Anova testi kullanılmıştır .

Tablo 12’de; araştırmaya katılan hemşirelerin; çalışma pozisyonlarına göre motivasyon dağılım puanlarına bakıldığında yönetici pozisyonunda ($2,69\pm 1,39$) ve

servis hemşiresi olarak çalışanların (2.68±1.31) içgüdüsel motivasyon alt grup puan ortalamasının diğer pozisyonunda çalışanlarla aralarında fark olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 13. Çalışma şekline göre motivasyon puanlarının dağılımı

Çalışma şekli	Sürekli gündüz		Vardiya		Nöbet usulü		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,52	,99	5,76	,84	5,62	,95	,881	,415
Dışsal	4,01	1,31	4,06	1,24	4,09	1,39	,131	,877
İçgüdüsel	2,81	1,28	2,96	1,43	2,72	1,33	,610	,544
Hedef	4,67	1,37	4,91	1,24	4,61	1,39	,676	,509
Araçsal	3,91	1,60	4,38	1,73	4,14	1,57	1,423	,242
Toplam	4,27	,87	4,49	,93	4,32	,85	,830	,437

(p>0.05) Anova testi kullanılmıştır .

Tablo 13’de; araştırmaya katılan hemşirelerin vardiya çalışan grubun içsel motivasyon düzeyi alt grubu puan ortalaması 5,76±,84, nöbet usulü çalışan grubun ise 5,62±,95 olarak sürekli gündüz çalışan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 14. Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı

Meslek seçimi	Evet		Hayır		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,62	,97	5,58	,93	,513	,608
Dışsal	4,09	1,35	4,03	1,37	,481	,631
İçgüdüsel	2,75	1,30	2,78	1,37	-,228	,819
Hedef	4,62	1,43	4,69	1,29	-,524	,601
Araçsal	4,02	1,64	4,21	1,51	-1,217	,224
Toplam	4,31	,88	4,33	,83	-,282	,778

(p>0.05) Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 14’te; araştırmaya katılan hemşirelerden mesleği isteyerek seğenlerin içsel motivasyon d¼zeyi alt grubu puan ortalaması 5,62±,97 olarak isteyerek seğmeyenlere g¼re daha y¼ksek bulunmuştur. Mesleği isteyerek seğmeyenlerin motivasyon puan ortalamaları 4,33±,83 olarak diğer gruba g¼re daha y¼ksek bulunmuştur. Ancak her iki grup arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 15. Mesleki memnuniyet durumuna g¼re motivasyon puanlarının dağılımı

S 10	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,50	1,08	5,64	,90	5,75	,71	1,980	,139
Dışsal	3,94	1,41	4,12	1,28	4,23	1,41	1,368	,256
İęg¼d¼sel	2,74	1,35	2,72	1,22	2,94	1,52	,760	,468
Hedef	4,40	1,51	4,75	1,19	4,98	1,39	5,386	,005**
Araçsal	3,89	1,65	4,19	1,55	4,33	1,52	2,548	,079
Toplam	4,19	,94	4,36	,80	4,52	,79	4,256	,015*

(p<0.01 ve p<0.05) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin içinde hemşirelikten memnun olmayanların hedef ve toplam motivasyon puanlarının(4,98±1,39 ile 4,52±,79) memnun olan(4,40±1,51) ve kısmen memnun olanlara(4,75±1,19) g¼re aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p< 0.01 ve p<0.05).

Tablo 16 . Çalıştığı hastaneden memnuniyete g¼re motivasyon puanlarının dağılımı

S 11	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,52	1,07	5,67	,88	5,57	,93	1,169	,312
Dışsal	4,05	1,44	4,18	1,32	3,80	1,27	2,536	,080
İęg¼d¼sel	2,74	1,30	2,82	1,32	2,66	1,39	,472	,624
Hedef	4,32	1,52	4,78	1,29	4,84	1,27	5,653	,004**
Araçsal	3,81	1,62	4,31	1,57	4,00	1,54	4,437	,012*
Toplam	4,18	,94	4,43	,84	4,25	,73	3,748	,024*

(p<0.05 ve p<0.01) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 16’da; araştırmaya katılan ve çalıştığı hastaneden memnun olmayan(4,84±1,27 ve 4,00±1,54) ve kısmen memnun (4,78±1,29 ve 4,31±1,57) olan hemşirelerin hedef ve araçsal motivasyon puan ortalamalarının memnun olanlara (4,32±1,52 ve 3,81±1,62) göre farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05 ve p< 0.01).

Yine çalıştıkları hastaneden kısmen memnun olanların (4,43±,84) toplam motivasyon puanlarının diğerlerine göre farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 17 . Çalıştığı birimdeki memnuniyete göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 12	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,59	,96	5,56	,95	5,83	,93	1,328	,266
Dışsal	4,09	1,39	4,01	1,32	4,15	1,29	,252	,777
İçgüdüsel	2,75	1,36	2,72	1,18	3,01	1,59	,792	,454
Hedef	4,53	1,39	4,72	1,32	5,14	1,39	3,879	,021*
Araçsal	4,11	1,60	4,00	1,55	4,33	1,71	,705	,495
Toplam	4,30	,88	4,28	,82	4,57	,90	1,907	,150

(p<0.05) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 17’de; araştırmaya katılan hemşirelerden çalıştıkları birimden memnun olmayan hemşirelerin hedef (5,14±1,39) motivasyon puanları memnun (4,53±1,39) olanlara göre anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 18 . İşle ilgili planlama , karar verme durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 13	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,73	,98	5,50	,92	5,73	,97	2,729	,145
Dışsal	4,06	1,42	4,08	1,29	4,03	1,45	,037	,964
İçgüdüsel	2,86	1,33	2,76	1,30	2,64	1,37	,679	,507
Hedef	4,69	1,46	4,57	1,33	4,81	1,37	1,069	,344
Araçsal	4,04	1,66	4,13	1,50	4,07	1,73	,134	,875
Toplam	4,37	,91	4,28	,83	4,34	,88	,394	,675

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 18’de; araştırmaya katılan hemşirelerin işle ilgili karar verme durumlarına göre motivasyon alt grupları ve toplam motivasyon puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 19. İşle ilgili yetki kullanabilme durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 14	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,75	,89	5,56	,97	5,54	,98	1,819	,163
Dışsal	4,14	1,42	4,00	1,38	4,10	1,25	,431	,650
İçgüdüsel	2,74	1,44	2,82	1,28	2,69	1,28	,390	,677
Hedef	4,64	1,32	4,58	1,39	4,77	1,39	,718	,488
Araçsal	4,28	1,54	3,99	1,61	4,10	1,60	1,178	,309
Toplam	4,39	,88	4,28	,87	4,32	,82	,714	,490

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır .

Tablo 19'a göre; hemşirelerin işyerinde yetki kullanabilme durumları arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20. Birimde çalışan hemşire sayısının yeterliliğine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 15	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,68	,97	5,42	1,11	5,63	,87	1,972	,140
Dışsal	3,92	1,40	3,91	1,37	4,20	1,32	2,381	,094
İçgüdüsel	2,88	1,40	2,52	1,26	2,78	1,30	1,913	,149
Hedef	4,69	1,40	4,37	1,49	4,72	1,31	1,911	,149
Araçsal	4,06	1,71	4,04	1,64	4,14	1,50	,191	,826
Toplam	4,33	,95	4,13	,88	4,37	,79	2,317	,100

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 20'ye göre araştırmaya katılan hemşirelerin; birimlerindeki çalışan hemşire sayısını yeterli ve yetersiz görenler arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21 . İş arkadaşları ile uyumlu iletişime göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 16	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,62	,98	5,53	,87	5,77	,86	,414	,661
Dışsal	4,08	1,36	4,01	1,38	4,15	,75	,098	,907
İçgüdüsel	2,72	1,32	2,97	1,38	2,60	,98	1,330	,266
Hedef	4,64	1,39	4,60	1,31	5,45	1,14	1,432	,240
Araçsal	4,06	1,61	4,18	1,53	4,78	1,23	,916	,401
Toplam	4,31	,87	4,33	,84	4,59	,62	,442	,643

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 21'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin; iş arkadaşlarıyla uyum grupları arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22. Takım çalışmasının önemli Olma Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı

S 17	Evet		Hayır		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,60	,95	5,79	1,14	-,705	,481
Dışsal	4,05	1,36	4,45	1,37	-1,034	,302
İçgüdüsel	2,74	1,30	3,51	1,98	-2,080	,038*
Hedef	4,65	1,37	4,72	1,67	-,200	,841
Araçsal	4,08	1,58	4,51	2,00	-,945	,345
Toplam	4,31	,86	4,67	,95	-1,521	,129

($p<0.05$) Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 22'ye göre araştırmaya katılan hemşirelerin; takım çalışmasına önemli ($2,74\pm 1,30$) olduğu görüşünde olanların içgüdüsel motivasyon puanları ile takım çalışmasını önemli bulmayanların ($3,51\pm 1,98$) puanları arasında fark olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 23 . Takım alışması varlığına göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 18	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,58	,99	5,67	,84	5,58	1,05	5,50	,89	,439	,725
Dışsal	4,12	1,29	4,29	1,34	3,92	1,38	3,62	1,33	3,510	,015*
İçgüdüsel	2,71	1,46	2,64	1,22	2,92	1,32	2,81	1,43	1,230	,298
Hedef	4,62	1,48	4,69	1,28	4,66	1,36	4,47	1,57	,282	,839
Araçsal	3,90	1,86	4,18	1,52	4,14	1,56	4,05	1,34	,656	,580
Toplam	4,27	,93	4,38	,79	4,32	,88	4,17	,88	,684	,562

($p<0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 23'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin; hastanelerde kısmen takım çalışması var ($4,29\pm 1,34$) diyenlerin dışsal motivasyon puanları ile fikrim yok

(3,62±1,33) diyenler arasında fark olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 24 . Yöneticilerin kararları paylaşma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 20	Evet		Kısmen		Hayır			
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	F	p
İçsel	5,62	1,11	5,61	,88	5,59	,97	,041	,960
Dışsal	4,16	1,57	4,12	1,33	3,98	1,31	,662	,516
İçgüdüsel	2,89	1,52	2,87	1,30	2,62	1,29	1,980	,139
Hedef	4,60	1,60	4,59	1,42	4,71	1,26	,414	,661
Araçsal	3,83	1,76	4,06	1,56	4,21	1,57	1,375	,254
Toplam	4,31	1,10	4,34	,82	4,30	,83	,092	,912

(p>0.05) Anova testi kullanılmıştır .

Tablo 24'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin; yöneticilerin kararları paylaşmalarına evet (5,62±1,11 ; 4,16±1,57 ve 2,89±1,52) diyenlerin içsel, dışsal, içgüdüsel motivasyon alt grupları puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur, hayır diyenlerin (4,71±1,26 ve 4,21±1,57) hedef ve araçsal motivasyon alt grupları puan ortalamaları evet diyenler ile kısmen diyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Kısmen diyenlerin (4,34±,82) toplam motivasyon puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, motivasyon alt grupları ve toplam motivasyon puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 25. Kişinin Yönetimin Beklentilerini Bilme Durumuna Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı

S 21	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok			
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	F	p
İçsel	5,65	,92	5,72	,83	5,42	1,12	5,35	1,01	2,327	,074
Dışsal	4,13	1,37	4,00	1,34	3,99	1,37	4,01	1,30	,322	,810
İçgüdüsel	2,84	1,34	2,69	1,23	2,66	1,40	2,63	1,33	,603	,614
Hedef	4,77	1,36	4,45	1,37	4,40	1,37	5,05	1,35	2,611	,054
Araçsal	4,18	1,60	3,95	1,51	3,95	1,73	4,33	1,37	,916	,433
Toplam	4,39	,86	4,27	,75	4,17	,94	4,32	,92	1,544	,203

(p>0.05) Anova testi kullanılmıştır.

Tablo 25'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin; yönetimin kendilerinden beklentilerini bilenlerin dışsal (4,13±1,37), içgüdüsel (2,84±1,34), hedef (4,77±1,36), araçsal(4,18±1,60) motivasyon alt gruplarından ve toplam motivasyon (4,39±,86) puan ortalamaları arasında diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak, motivasyon alt grupları ve toplam motivasyon puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 26. Daha fazla sorumluluk alma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımlı

S 22	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,67	,95	5,56	,86	5,55	1,00	5,20	1,03	1,232	,298
Dışsal	4,18	1,38	3,86	1,26	3,99	1,36	3,72	1,11	1,533	,205
İçgüdüsel	2,82	1,40	2,87	1,26	2,56	1,17	2,94	1,62	1,333	,263
Hedef	4,64	1,36	4,63	1,26	4,73	1,45	4,17	1,46	,647	,585
Araçsal	4,16	1,59	4,00	1,73	4,05	1,54	3,77	1,40	,431	,731
Toplam	4,38	,90	4,27	,84	4,25	,81	4,04	,54	1,124	,339

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır .

Tablo 26'ya göre araştırmaya katılan hemşirelerin; daha fazla sorumluluk almak isteyenlerin içsel (5,67±,95), dışsal (4,18±1,38), araçsal (4,16±1,59) motivasyon alt faktör puan ortalamaları ile motivasyon alt faktörlerinin toplam ortalaması (4,38±,90) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak motivasyon alt grupları ve toplam motivasyon puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

TABLO 27 . Kurumun hedeflerini bilme durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 23	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,68	1,00	5,61	,92	5,64	,91	4,96	1,12	3,725	,011*
Dışsal	4,16	1,27	4,24	1,33	3,88	1,41	4,06	1,29	2,089	,101
İçgüdüsel	2,70	1,26	2,88	1,35	2,70	1,31	2,79	1,53	,566	,637
Hedef	4,55	1,49	4,64	1,30	4,72	1,32	4,47	1,79	,460	,710
Araçsal	4,00	1,53	4,31	1,64	4,03	1,56	3,74	1,77	1,438	,231
Toplam	4,31	,87	4,41	,87	4,28	,82	4,06	1,03	1,340	,261

($p < 0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ve kurumun hedefleri hakkında fikri olmayan hemşirelerin içsel motivasyon puan ortalamasının ($4,96 \pm 1,12$) diğerlerine göre farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

TABLO 28 . Ast–üst ilişkisine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 24	Hiyerarşik		Meslekdaş		Uzak mesafeli		Yakın sıcak		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,50	1,06	5,73	,90	5,62	,83	5,49	1,11	1,514	,210
Dışsal	3,92	1,40	4,23	1,31	4,04	1,38	4,11	1,24	1,181	,317
İçgüdüsel	2,58	1,24	2,92	1,36	2,77	1,30	2,81	1,56	1,484	,218
Hedef	4,61	1,31	4,71	1,29	4,69	1,44	4,38	1,66	,585	,625
Araçsal	3,86	1,57	4,36	1,58	4,16	1,55	3,78	1,75	2,610	,055
Toplam	4,18	,88	4,47	,82	4,34	,85	4,21	,91	2,777	,041*

($p < 0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ve ast üst ilişkisinde meslekdaşlık ($4,47\pm 82$) özelliğinin varlığını belirtenlerin toplam motivasyon puan ortalamasının bu ilişkileri hiyerarşik ($4,18\pm,88$) olarak değerlendirilenlere göre farklı olduğu ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 29 . Ödüllendirilme durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 25	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,56	1,20	5,60	,87	5,61	,93	,054	,948
Dışsal	4,24	1,28	4,27	1,26	4,02	1,38	1,118	,328
İçgüdüsel	2,56	1,36	2,77	1,19	2,79	1,34	,641	,527
Hedef	4,57	1,63	4,56	1,53	4,67	1,32	,200	,819
Araçsal	3,81	1,68	4,40	1,63	4,10	1,57	1,549	,214
Toplam	4,24	1,04	4,39	,85	4,32	,84	,363	,696

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; çalışmalarındaki başarılarından dolayı kısmen ödül aldıklarını ($4,39\pm,85$) belirtenlerin toplam motivasyon puan ortalamalarının diğerlerine göre farklı olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 30. Ödüllendirmenin çalışmaya etkisine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 26	Olumlu		Olumsuz		Etkilemedi		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,75	,99	5,69	,99	5,54	,93	1,740	,177
Dışsal	4,48	1,30	3,99	1,50	3,98	1,31	4,092	,017*
İçgüdüsel	2,76	1,34	2,82	1,41	2,75	1,30	,102	,903
Hedef	4,84	1,39	4,68	1,42	4,59	1,36	1,010	,365
Araçsal	4,21	1,62	4,19	1,57	4,04	1,59	,466	,628
Toplam	4,49	,93	4,36	,88	4,26	,83	2,136	,119

($p<0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ve ödüllendirilmenin çalışma üzerinde etkili ($4,48\pm 1,30$) olduğu görüşünü belirten hemşirelerin dışsal motivasyon puan ortalamasının

etkilemediğini (3,98±1,31) belirtenlere göre farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 31. Çalışılan kurumda araç-gerecin yeterliliğine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 27	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,52	,97	5,60	,95	5,68	,95	,818	,442
Dışsal	4,08	1,26	4,01	1,35	4,15	1,43	,412	,663
İçgüdüsel	2,85	1,31	2,80	1,26	2,64	1,44	,890	,412
Hedef	4,46	1,39	4,58	1,44	4,88	1,22	2,943	,059
Araçsal	4,04	1,78	4,09	1,54	4,15	1,54	,141	,869
Toplam	4,28	,82	4,30	,87	4,38	,87	,481	,618

(p>0.05) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; çalışılan kurumda araç-gerecin yeterli olup-olmama konusunda motivasyon alt grupları ve toplam motivasyon puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 32 . Kalite kavramının anlamını değerlendirmeye göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 29	Mükemmel		Maliyet		Standartlar		Gereksinim		İyileştirme		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,74	1,04	5,97	,75	5,53	,94	5,57	,93	5,63	,94	1,16	,326
Dışsal	4,09	1,40	4,46	1,16	3,89	1,15	4,14	1,41	4,12	1,45	1,01	,400
İçgüdüsel	2,82	1,37	3,17	1,42	2,73	1,42	2,79	1,18	2,73	1,28	,513	,726
Hedef	4,61	1,48	5,43	1,32	4,51	1,43	4,66	1,22	4,67	1,35	1,85	,117
Araçsal	3,99	1,64	4,05	1,49	4,22	1,59	4,21	1,64	4,00	1,57	,46	,764
Toplam	4,35	,86	4,70	,89	4,25	,85	4,35	,85	4,32	,84	1,14	,337

(p>0.05) Anova testi kullanılmıştır .

Araştırmaya katılan ve kalite kavramının anlamını maliyet (5,43±1,32 ve 5,97±,75) olarak değerlendirilenlerin hedef ve içsel motivasyon puan ortalamasının

diğerlerine göre farklı olmasına karşın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 33 . Kalite Eğitim Programları Uygulanmasına Göre Motivasyon Puanlarının Dağılımı

S 30	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,62	1,01	5,64	,82	5,42	1,08	1,175	,310
Dışsal	4,05	1,44	4,20	1,29	3,74	1,12	2,396	,092
İçgüdüsel	2,88	1,39	2,62	1,22	2,68	1,35	1,892	,152
Hedef	4,59	1,37	4,81	1,38	4,42	1,32	2,157	,117
Araçsal	3,94	1,56	4,23	1,56	4,32	1,74	2,255	,106
Toplam	4,31	,88	4,38	,79	4,19	,97	1,031	,357

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; kalite eğitim programları uygulanmıyor ($5,42\pm 1,08$; $3,74\pm 1,32$ ve $4,42\pm 1,32$; $4,19\pm ,97$) diyenlerin diyenlerin içsel, dışsal, hedef motivasyon alt faktörlerinin puan ortalamaları ile toplam motivasyon alt faktörlerinin ortalama puanları diğerlerine göre farklı bulunmuştur. Ancak istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 34 . Hemşirelik hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 31	Yeterli		Bazı düzenlemelerle yeterli		Yetersiz		Çok yetersiz		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,80	,80	5,66	,92	5,43	1,04	5,54	1,09	2,153	,125
Dışsal	4,26	1,38	4,11	1,35	3,91	1,35	3,94	1,29	1,322	,267
İçgüdüsel	2,66	1,31	2,78	1,33	2,81	1,31	2,78	1,47	,226	,878
Hedef	4,58	1,43	4,79	1,35	4,47	1,33	4,89	1,53	1,792	,148
Araçsal	4,03	1,54	4,16	1,66	4,00	1,56	4,45	1,43	,717	,542
Toplam	4,36	,83	4,38	,84	4,20	,89	4,38	,92	1,290	,277

($p>0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yeterli (5,80±,80; 4,26±1,38) görenlerin içsel, dışsal, yetersiz diyenlerin (2,81±1,31) içgüdüsel, çok yetersiz diyenlerin(4,45±1,43) araçsal motivasyon alt faktör puan ortalamaları diğerlerine göre farklılık bulunmuştur. Çok yetersiz diyenlerle (4,38±,92), bazı düzenlemelerle iyileştirilebileceğini söyleyenlerin (4,38±,84) toplam motivasyon alt faktör puan ortalamalarının diğerleri ile farklılık bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 35. Fikirlere başvurmaya göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 32	Evet		Kısmen		Hayır		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,39	1,19	5,60	,93	5,65	,91	1,549	,214
Dışsal	4,11	1,52	4,33	1,38	3,94	1,30	3,344	,036*
İçgüdüsel	3,03	1,41	2,82	1,33	2,69	1,30	1,538	,216
Hedef	4,56	1,51	4,71	1,46	4,64	1,31	,206	,814
Araçsal	3,38	1,62	4,30	1,59	4,15	1,56	6,442	,002**
Toplam	4,19	1,02	4,42	,88	4,30	,82	1,530	,218

(p<0.05), (p<0.01) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ve kararlarda kısmen fikirlerinin alındığını belirtenlerin (4,33±1,38) dışsal motivasyon puan ortalamasının fikirlerine başvurulmadığını (3,94±1,30) belirtenlere göre farklı olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Aynı şekilde fikirlerine kısmen başvurulduğunu belirtenlerle (4,30±1,59), başvurulmadığını belirtenlerin (4,15±1,56) araçsal motivasyon puan ortalamasının diğerlerine göre farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.01).

Tablo 36 . Kalite eğitim çalışmalarının yeterliliğine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 33	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok			
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	F	p
İçsel	5,59	1,01	5,59	,90	5,63	1,00	5,58	,96	,076	,973
Dışsal	3,88	1,54	4,23	1,28	3,91	1,42	4,18	1,13	2,072	,103
İçgüdüsel	2,88	1,40	2,77	1,32	2,69	1,30	2,85	1,38	,330	,804
Hedef	4,54	1,37	4,72	1,37	4,66	1,41	4,43	1,27	,661	,577
Araçsal	3,63	1,65	4,07	1,55	4,09	1,59	4,74	1,54	4,027	,008**
Toplam	4,20	,99	4,36	,80	4,28	,90	4,42	,79	,745	,526

($p < 0.01$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ve kalite eğitim çalışmaları hakkında fikrim yok diyenlerin(4,74±1,54) araçsal motivasyon puan ortalamasının evet diyenlere (3,63±1,65) göre farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$).

Tablo 37 . Kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini etkilemesine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 34	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok			
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	F	p
İçsel	5,57	1,02	5,62	,91	5,42	1,13	5,79	,69	1,749	,156
Dışsal	4,24	1,44	3,86	1,31	3,84	1,32	4,32	1,23	3,412	,017*
İçgüdüsel	2,90	1,33	2,51	1,22	3,02	1,34	2,80	1,46	2,166	,124
Hedef	4,46	1,47	4,78	1,32	4,60	1,46	4,81	1,14	1,720	,162
Araçsal	4,02	1,67	4,11	1,51	3,84	1,64	4,45	1,53	1,756	,155
Toplam	4,33	,93	4,25	,78	4,22	,96	4,51	,75	1,708	,165

($p < 0.05$) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ve kalite çalışmalarının hemşirek hizmetlerini etkilemesine ilişkin fikri olmayanların (4,32±1,23) dışsal motivasyon puan ortalamasının diğerlerine göre farklı olduğu bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olfduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 38 . Hastanede sosyal etkinlik olma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 35	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,99	,52	5,40	1,01	5,63	,99	5,66	,51	2,747	,043*
Dışsal	4,21	1,57	4,06	1,33	4,07	1,36	3,92	1,23	,211	,889
İçgüdüsel	2,57	1,32	2,85	1,38	2,75	1,32	2,83	1,30	,316	,814
Hedef	4,54	1,45	4,36	1,50	4,75	1,31	4,49	1,49	2,054	,106
Araçsal	4,22	1,67	3,92	1,55	4,17	1,60	3,78	1,57	,954	,415
Toplam	4,41	,79	4,20	,92	4,35	,86	4,24	,70	,844	,470

(p<0.05) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ve hastanelerinde sosyal etkinlik olduğunu belirtenlerin (5,99±,52), içsel motivasyon puan ortalamasının kısmen diyenlere (5,40±1,01) göre farklı olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 39 . Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamaya istekli olma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 36	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok		F	p
	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,45	1,16	5,60	,96	5,62	,96	5,63	,72	,283	,838
Dışsal	4,17	1,60	4,18	1,33	4,02	1,39	3,98	,99	,460	,710
İçgüdüsel	2,74	1,35	2,78	1,32	2,74	1,34	2,86	1,29	,102	,959
Hedef	4,49	1,60	4,50	1,39	4,74	1,33	4,58	1,45	,948	,417
Araçsal	3,60	1,73	4,18	1,62	4,13	1,57	4,00	1,53	1,090	,353
Toplam	4,18	,93	4,33	,90	4,33	,87	4,30	,65	,265	,851

(p>0.05) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşireler; hastane yönetiminin motivasyonu sağlamaya istekli olup olmadıklarına fikrim yok (5,63±,72 ; 2,86±1,29) diyenlerin içsel, içgüdüsel,

kısmen diyenlerin (4,18±1,33; 4,18±1,62); dışsal ve araçsal, hayır diyenlerin (4,74±1,33); hedef motivasyon alt faktör gruplarının ortalama puanları diğerlerine göre farklı bulunmuştur. Yine kimen diyenlerle (4,33±,90), hayır diyenlerin (4,33±,87) toplam motivasyon puan ortalamaları diğerlerine göre farklı bulunmuştur. Ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 40. hastane yönetiminin motivasyonu sağlamada takdir etme yöntemini kullanma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S37a	Hayır		Evet		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,54	1,15	5,61	,94	-,424	,672
Dışsal	4,28	1,41	4,05	1,35	,957	,339
İçgüdüsel	2,84	1,38	2,76	1,32	,372	,710
Hedef	4,18	1,57	4,69	1,35	-1,97	,057
Araçsal	3,93	1,67	4,11	1,59	-,662	,508
Toplam	4,25	1,03	4,32	,84	-,469	,639

(p>0.05) Student t testi kullanılmıştır .

Araştırmaya katılan hemşireler; hastane yönetiminin hemşirelerin motivasyonu arttırmak için takdir ediyorlar diyenler ile etmiyorlar diyenler arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 41. Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamada izin verme yöntemini kullanma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S37c	Hayır		Evet		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,60	,95	5,65	1,01	-,268	,789
Dışsal	4,07	1,36	4,06	1,36	,029	,977
İçgüdüsel	2,78	1,34	2,53	1,09	1,005	,315
Hedef	4,64	1,37	4,70	1,48	-,206	,837
Araçsal	4,12	1,57	3,77	1,82	1,194	,233
Toplam	4,32	,86	4,24	,89	,553	,581

(p>0.05) Student t testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşireler; hastane yönetiminin motivasyonu sağlamak için izin verme yönetimini kullanıyor diyenler ile kullanmıyor diyenler arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 42. Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamada sosyal faaliyetler yöntemini kullanma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S37e	Hayır		Evet		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,61	,93	5,58	1,16	,186	,853
Dışsal	4,03	1,33	4,36	1,54	-1,539	,125
İçgüdüsel	2,77	1,34	2,69	1,22	,387	,699
Hedef	4,62	1,36	4,87	1,48	-1,123	,262
Araçsal	4,09	1,61	4,14	1,46	-,175	,861
Toplam	4,31	,85	4,40	,94	-,663	,508

($p>0.05$) Student t testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; hastane yönetiminin hemşirelerin motivasyonu sağlamada sosyal faaliyetlerde bulduklarını belirtenlerle, bulunmadığını belirtenler arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 43. Hastane yönetiminin motivasyonu sağlamada mesleki bilgi ve yetenekleri geliştirme imkanları sağlama yöntemini kullanma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımı

S37f	Hayır		Evet		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,61	,93	5,58	1,02	,274	,784
Dışsal	4,07	1,34	4,06	1,40	,090	,928
İçgüdüsel	2,72	1,27	2,86	1,45	-,985	,325
Hedef	4,66	1,34	4,61	1,45	,326	,745
Araçsal	4,10	1,56	4,08	1,67	,113	,910
Toplam	4,32	,82	4,32	,95	-,072	,942

($p>0.05$) Student t testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; hastane yönetiminin motivasyonlarını sağlamak için mesleki bilgi ve yeteneklerini geliştirme imkanı sağladığını belirtenlerle sağlamadığını belirtenler arasında motivasyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 44 . Motivasyonla başarı ilişkisine göre motivasyon puanlarının dağılımı

S 38	Evet		Hayır		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
İçsel	5,62	,96	5,20	,64	1,573	,116
Dışsal	4,09	1,36	3,40	,91	1,821	,069
İçgüdüsel	2,76	1,32	2,82	1,67	-,152	,880
Hedef	4,67	1,38	4,12	1,01	1,406	,161
Araçsal	4,12	1,59	3,32	1,62	1,785	,075
Toplam	4,34	,86	3,87	,65	1,922	,055

($p>0.05$) Student t testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; motivasyonun işteki başarıyı etkilediğini belirtenlerin; içsel ($5,62\pm,96$), dışsal ($4,09\pm1,36$), hedef ($4,67\pm1,38$) ve araçsal ($4,12\pm1,59$) motivasyon alt faktörleri puan ortalamaları ile toplam motivasyon puan ($4,34\pm,86$) ortalamaları diğerlerine göre farklı bulunmuştur. Ancak bu farklılık istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

1.Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (Tablo1);

SB'na bağlı kalite belgesi alan hastanelerde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmaya katılan 435 hemşirenin büyük bir çoğunluğunun (%54,3; 25-34) genç yaş grubunda ve evli olduğu (%67) belirlenmiş olup bu sonuçlar Özdemir, Altındiş ve arkadaşlarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir (20). Araştırmamıza katılan hemşirelerin meslekte ve kurumda çalışma yılı 5 yıl üstü olarak Akhan'ın çalışma sonuçları ile benzer, Öztürk'ün çalışması ve Seren'in çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir (10,130,145).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitimlerine bakıldığında, çoğunun ön lisans (%49,7) ve sağlık meslek lisesi (%30,1) mezunu olduğu anlaşılmaktadır. 1997 yılında gerçekleştirilen Açıköğretim Fakültesi ön lisans programlarına sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin katılımı önlisans mezunu hemşirelerin sayısal artışını önemli ölçüde etkilemiştir. Diğer yandan hastanelerde lisans ve lisansüstü mezun hemşirelerin çok az sayıda bulunması, uzun yıllar SB'nın kendi bünyesindeki meslek lisesi mezunlarını hastanelerinde istihdam etmesine ve bundan dolayı lisans mezunlarının daha çok sayıda üniversite hastanelerinde çalışıyor olmalarına bağlanabilir. Bu bulgular Öztürk'ün çalışması ve Özdemir'in çalışmasındaki bulgularla benzer olup Özdemir, Altındiş ve arkadaşlarının çalışma bulguları ile farklılık göstermektedir (20,126,130).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%53,3) yaptıkları işin aldıkları eğitime uygun olduğunu belirtmişlerdir. Bulgularımız, Tezcan'ın çalışmasındaki bulgularla benzerlik göstermiştir (161). Diğer yandan hemşirelerin yarısının yaptıkları işlerin hemşirelik eğitime uygun olmadıklarını belirtmeleri, mevcut uygulamalarda hemşirelerin hasta bakımına yönelik hemşirelik hizmetlerinin dışında işlevlerle görevlendirildikleri ile açıklanabilir.

Hemşirelerin %67,4'ünün hasta başında çalıştıklarını geriye kalan %32,6'sının ise hasta başında çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar da hemşirelik personelinin uygun şekilde istihdamının yapılmadığı, hemşirelerin kendi alanları dışında

farklı görevlerle görevlendirildiği sonucunu desteklemektedir. Hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde belirtilmektedir. Yönetmelik incelendiğinde hemşirelerin bakıma ilişkin görevlerinin çok az sayıda yer aldığı daha çok hastane hizmetlerinden sorumlu tutuldukları anlaşılmaktadır.

Hemşirelerin %65,3'ü nöbet usulü çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hasta bakımının 24 saat süreli hizmetlerinden sorumlu tutulan hemşirelik personelinin çalışma saatleri 12, 16, 24, bazı durumlarda 48 saatlik nöbetler şeklinde düzenlenmektedir. Uzun süreli nöbet saatleri, fazla sayıda hastanın bakım ve tedavisinin uygulanmasında yetersizlikler ve hatalara yol açabileceği gibi hemşirelerin fiziksel psikolojik ve sosyal anlamda sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğine yönelik araştırmalar mevcuttur. Bulgularımız; Özdemir, Altındiş ve arkadaşlarının çalışmaları ile benzerlik göstermektedir (20).

2. Araştırmaya katılan hemşirelerin motivasyona ait görüşleri (Tablo2);

Hemşirelerin çoğunluğu (%61,1) mesleği isteyerek seçmesine karşın halen mesleklerini kısmen (%43,9) sevdiklerini, çalıştıkları hastaneden %49'u kısmen memnun, %57,0'ı ise çalıştıkları birimden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Mesleği isteyerek seçme durumuna ilişkin bulgularımız Öztürk'ün bulgularıyla ve Özdemir, Altındiş ile arkadaşlarının çalışmalarındaki bulgularla benzerlik göstermektedir (20,130).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu mesleği isteyerek seçmelerine rağmen şu anda meslekten memnun olmamalarının nedeni, çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle fizyolojik ve psikolojik olarak yıpranmaları düşünülebilir. Hatta bazı hemşirelerin üniversite sınavlarına girerek farklı mesleklere yönelmeleri bunu destekler görünmektedir. Hemşirelerin yaptıkları işin karşılığında aldıkları ücretin yetersizliği de mesleklerini şu anda sevmemelerinin nedeni olabileceği düşünülmektedir. Günümüzde uygulanan performans değerlendirme sisteminde hemşirelerin objektif bir şekilde yaptıkları işlerin değerlendirilmeyip bir puanlama yapılmaması bu düşüncüyü destekler görünmektedir. Farklı düzeylerde eğitim

almalarına karşın aynı işlevlerden sorumlu tutulmaları ve aynı ünvanı taşımaları, meslekten memnun olma durumunu olumsuz etkilediği söylenebilir.

Çalışılan hastaneden memnuniyet konusunda hemşirelerin büyük çoğunluğu (%68,5) kısmen memnun ve memnun olmadıkları, çalıştıkları birimden ise memnun oldukları yönünde görüş bildirmişlerdir. Hemşirelerin, çalıştıkları kurumdan memnun olmamalarına rağmen çalıştığı birimden memnun olmalarını, birim içindeki iş arkadaşlarıyla kurdukları iletişimin iyi olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda hemşirelerin %34,2'sinin yatak başı hemşireliği alanı dışında çalışıyor olmaları ve bu birimlerde çalışanların nöbetlerinin olmaması, hasta takibi yapmamaları gibi nedenlerle çalıştıkları birimden memnun olma düzeyini yükseltmekte olabileceği düşünülebilir. Çalıştıkları hastaneden memnuniyet bulgularımız, Tezcan'ın bulguları ile farklılık göstermiştir (161).

Araştırmamızda hemşirelerin çoğunluğu (%73,1) yaptıkları işle ilgili planlama, kontrol ve iyileştirme yapamadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular hastanelerde lisans ve üstü hemşirelerin sayısal yetersizliği ile de açıklanabilir. Bulgularımız Tezcan'ın bulguları ile farklılık göstermektedir (161).

Yine hemşirelerin çoğu (%72,4) işleriyle ilgili kısmen yetki kullandıklarını veya hiç kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelik mesleğini uygularken yapılan işin sorumluluğuna denk yetki verilmesi gerektiği yıllardır bilinen bir sorundur ve bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bulgularımız Tezcan'ın bulguları ile benzerlik göstermektedir (165).

Araştırmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu (%78,9) iş arkadaşlarıyla uyumlu çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin meslektaşlarıyla uyum içinde çalışmalarını kendi birimlerinde çalışmalarındaki memnuniyet bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bulgularımız; Özdemir, Altındış ve arkadaşlarının bulgularıyla da uyumluluk göstermektedir (20).

Hemşirelerin çoğu (%97,0) işlerinde takım çalışmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler sağlık hizmetinin etkinliği için büyük önemi olan ekip çalışmasını daha eğitimlerinin ilk yıllarında ders olarak aldıklarından, mezuniyet sonrası pratikte de takım çalışmasını önemli bulması bulgularımızla uyumluluk göstermektedir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%79,1) hastane yönetiminin kendilerini tanıdıklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın yapıldığı hastanelerdeki hemşirelerin çoğunluğunun 5 yıl üstü kendi hastanelerinde çalışıyor olması ile ilgili bulgularla paralellik göstermektedir .

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%79,1) çalıştıkları hastanedeki yöneticileri tarafından başarılarından dolayı hiç ödüllendirilmediklerini belirtmişlerdir. Bu durum, yöneticilerin objektif bir performans değerlendirme yapmadıklarını ve yönetimi uygularken iş doyumunu için ve insanın doğası gereği önemli olan motivasyona gereken önemi vermedikleri düşünülebilir. Bu da insan odaklı olan kalite yönetimi anlayışı ile ters düşmektedir. Bulgularımız Tezcan'nın bulgularıyla benzerlik göstermiştir (161).

Ödüllendirilen hemşireler (%11,0) sayıca az olmalarına karşın ödüllendirilmeden dolayı işlerinde olumlu etkilenme durumunun (%16,8) düşük olması ödüllendirilmenin hemşireleri olumlu etkilemediğini göstermiştir. Bu durum ödül verilirken seçilen ödüllendirme yollarını kişiye göre, kurum kültürüne uygun şekilde özel olarak seçilmediğini düşündürmüştür.

Hemşirelerin çoğunluğu (%59,1) hastane yönetimlerinin motivasyonlarını sağlamak için isteksiz olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler yöneticilerinin kendilerinin motivasyonunu sağlamak için çaba göstermediğine inanmaktadırlar. Bulgularımız Tezcan'nın bulgularıyla benzerlik göstermiştir (161).

3.Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma koşulları ve hastane yönetimi ile ilgili görüşleri (Tablo:3);

Hemşirelerin çoğunluğu (%51,5) birimde çalışan hemşire sayısını yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Çalışma koşullarının olumsuzlukları, gece nöbetleri, ücret yetersizliği, alan dışı görevlendirmeler gibi nedenler hemşirelerin meslekte uzun süre kalmamalarına neden olmaktadır ve bu nedenle de alanda hemşire sayısı yetersiz olmaktadır. Alanda mevcut hemşirelerinde uygun şekilde istihdam edilmemesi hemşire sayısının yetersizliğine yol açtığını düşündürmektedir. Hemşire sayısının yetersiz olması iş tatmin düzeyini de olumsuz etkilemektedir. Özdemir'in çalışmalarındaki bulgular ile benzerdir (126).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %36,1'i kısmen takım çalışmasının var olduğunu ve %34,3'ü hastanelerinde takım çalışması olmadığını belirtmişlerdir. Takım çalışmasının önemini benimseyen hemşireler kendi hastanelerinde diğer sağlık profesyonelleri arasında bu anlayışı göremedikleri için motivasyonlarının düşmesine neden olduğu düşünülebilir. Takım çalışmasını benimsemeyen hemşirelik profesyonellerini kalite yönetimi uygulayan hastanelerde bir değişim ajanı olarak görmek sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırıcı bir hareket olacağını düşündürmektedir.

Hemşirelerin çoğunluğu (%45,3) üstlerinin karar alırken kendilerinin fikirlerini sormadıklarını belirtmişlerdir. Kurumlarda katılımcı yönetim anlayışının uygulanmadığını düşündürmektedir. Bulgularımız Tezcan'nın bulgularıyla benzerlik göstermiştir (161). Aynı zaman da bulgularımız, kalite yönetiminde olması gereken klasik yönetim anlayışındaki piramidin tersine dönerek bilgiler aşağıdan yukarıya doğru gelir ve kararlara çalışanların katılımı sağlanır ilkesi ile de farklılık göstermektedir.

Hastane yönetiminin kendilerinden beklentilerini bir çok (%53,6) hemşire bildiklerini belirtmişlerdir. Birçoğunun kendilerinden beklenileni bilmesi umut verici bir gelişmedir fakat yeterli değildir. Kurumda kullanılan iletişim kanallarının iyi kullanılmamış olmasından dolayı diğerlerine bilgilerin ulaşılmadığı düşüncesindeyiz. Hastane yönetimi genel olarak hemşirelik hizmetlerini hastane hizmetleri alanı içinde geniş kapsamlı olarak ele alması gerektiği düşüncesindeyiz. Kalite yönetiminde önemli olan herkesin bilmesi olduğu için bulgularımız kalite yönetim ilkeleri ile farklılık göstermektedir.

Hemşirelerin çoğunluğu (%42,1) kurumlarının gelecek dönemlerdeki hedeflerini bilmediklerini belirtmişlerdir. Bulgularımız Tezcan'ın bulgularıyla benzerlik göstermiştir (161).

Hemşirelerin çoğunluğu (%54,5) yaptıkları işte daha fazla yetki ve sorumluluk almayı istediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin işlerinde daha fazla sorumluluk almak istemeleri meslek adına çok sevindirici bir durumdur. Kalite yönetiminde çalışanların kurumun hedefleri için daha çok isteklendirilmesi herkesin kendi sürecine katkısının ve yeni olumlu fikirler katması için motive edilmesi gerektiği önemli bir durumdur. Bulgularımız kalite yönetimi felsefesi ile ve Tezcan'ın bulgularıyla uyumluluk göstermiştir (161).

Hemşirelerin çoğu (%61,6) hastanelerindeki ast-üst ilişkisini uzak mesafeli ve hiyerarşik bulduklarını belirtmişlerdir. Bulgularımız Seren'in bulguları ile benzerlik göstermiştir (145). Bulgularımız kalite yönetiminde olması gereken liderlik tarzı ile farklılık göstermektedir.

Hemşirelerin çoğunluğu (%69,2) çalıştıkları birimde işleri için gerekli araç-gereci yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Bulgularımız, Tezcan'ın bulgularıyla benzerlik göstermiştir (161).

Hemşireler fiziksel ortamdaki aydınlatmanın (%80,0), ısının (%67,8) ve havalandırmanın (%38,6) yeterli olduğunu buna karşın sessizliğin (%70,8) ve giyinme odası, dolap, duş imkanlarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Fakat bunların yetersizliğinden yaşadıkları sorunu çok önemsemediklerini düşündürmüşlerdir. F.Roethlisberger ve Elton Mayo'nun Hawthorne araştırmalarındaki bulgular ile benzerlik göstermiştir (112).

Hemşirelerin çoğunluğu (%68,3) kendileri için sosyal etkinliklerin yapılmadığını belirtmişlerdir. Sosyal faaliyetlerin, kurumdaki kültürün gelişmesi için önemli bir araç olarak kullanılabilmesi düşüncesindeyiz. Çalışanlar kendilerinin önemsendiklerini

düşünerek, birbirleriyle yakınlaşmaları sağlanıp yöneticilerine ve kurumlarına güven duygusu kazandırabilir düşüncesindeyiz. Bulgularımız, Tezcan'ın bulgularıyla benzerlik göstermiştir (161).

4. Araştırmaya katılan hemşirelerin kalite yönetimine ilişkin görüşleri (Tablo:4);

Hemşirelerin çoğu (%73,1) kalite kavramını, tüm süreçlerin iyileştirilmesi ve standartlara uygunluk olarak tanımlamışlardır. Bu da hemşirelerin kalite kavramının ne olduğunu bildiklerini belirtmektedir. Bulgularımız Ertaç'ın bulgularıyla benzerlik göstermiştir (81).

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%50,6) hastanelerinde kalite eğitim programları yapıldığını belirtmişlerdir. Kalite yönetiminde eğitim önemli bir yer tutar ve herkesin eğitime alınmasını savunur. Hastanelerde eğitim programlarının yapılıyor olması kalite yönetiminin gelişimi için olumlu bir olaydır ve bulgularımız kalite yönetim felsefesiyle uyumludur.

Hemşireler (%42,1) hastanelerindeki hemşirelik hizmetlerinin kalitesi yönünden kendilerini bazı düzenlemelerle yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Bu da hemşirelerin kendileri ve ortaya koydukları işler açısından özdeğerlendirme yapabildiklerini bize düşündürmektedir. Özdeğerlendirme yapabilmek mevcut durumda nerede olduğunu bilerek gelecek için gerçekçi hedefler koyabilmeyi sağlayacağı için son derece önemlidir. Buda EFQM kalite yönetim ödülünün temelini oluşturmaktadır ve bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin kendi hizmet alanlarında nerelerde iyileştirmeler yapılabileceğini bildiklerini düşündürmektedir.

Hemşireler (%62,1) hastanelerinde yürütülen kalite çalışmalarında fikirlerinin alınmadığını belirtmişlerdir. Kalite yönetiminde hedefe ulaşabilmek için katılımcı yönetim uygulanması gerekmekte olduğu için bulgularımız kalite yönetim felsefesine ters düşmektedir. Bulgularımız, Tezcan'ın bulgularıyla da benzerlik göstermiştir (161).

Hemşireler (%77,7) hastanelerindeki uygulanan kalite eğitim çalışmalarını yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Yöneticiler çalışanların fikirlerini almadıkları için kendilerinin belirledikleri eğitim programları çalışanlarının eksikliğini gideremediği için yeterli bulunmadıkları düşüncesindeyiz. Bulgularımız, Tezcan'ın bulgularıyla farklılık göstermiştir (161).

Hemşirelerin (%35,6) çoğunluğu hastanelerindeki kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir. Bu bulgular doğrultusunda hemşirelerin kalite çalışmalarına olumlu baktıklarını ve değişime hazır olduklarını düşündürmektedir.

Hemşireler hastane yönetiminin kendilerini motive etmek için hangi araçları kullandığı sorusunun cevabı aranırken, çoğunluğu (%92,0) takdir edilmediklerini, (%99,5) ücret artışı kullanılmadığını, (%92,9) izin yöntemini kullanmadıklarını, (%89,9) sosyal faaliyetlerin yapılmadığını ve (%72,2) mesleki bilgi ve yeteneklerini geliştirme için yönetimin bir şey yapmadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızın yapıldığı hastaneler kamu hastaneleri olduğu için buradaki yöneticiler, hemşirelere motivasyon aracı olarak bir ücret veremediklerini düşündürmüştür. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%96,6) iş hayatındaki başarı için motivasyonun yüksek tutulmasını önemli bulduklarını belirtmişlerdir. Tezcan'ın çalışmasında da hemşireler motivasyonun en önemli unsurunu "Takdir edilme" olarak görürken motivasyonun çalışma ile ilgili olduğu konusunda fikir belirterek bizim bulgularımızla yakınlık göstermiştir (161).

5. Araştırmaya katılan hemşirelerin genel motivasyon ve alt faktörlerine göre motivasyon düzeyleri, ortalama ve standart sapma puanları (Tablo 5);

Çalışanların performanslarını yükseltmek amacıyla bir çok yöntem geliştirmiştir. Bu yöntemlerin hemen hepsi gayretin artırılması için çalışanı isteklendirme yani güdüleme yolunu kullanır. Steininger'in, kısa zamanda dışsal motivatörlerin işe yaradığını belirtir. Ancak bu motivatörlerin insanın temel ihtiyaçlarını tatminde uzun vadede işe yaramayacağını, insanların ancak içten motive edildiklerinde en iyi şekilde doyurulabileceğini bildirir (10,130,165).

Araştırmamızın yapıldığı kurumlardaki hemşirelerin toplam motivasyon puan ortalamaları 4,32 olarak orta düzeyin biraz üzerinde motive oldukları bulunmuştur. Özdemir, Altındış ve arkadaşlarının çalışmalarında da hemşirelerin toplam motivasyon seviyeleri orta düzeyde bulunması bulgularımızla benzerdir. Bulgular sonucunda hemşirelerin çoğunluğunun (5,60) içsel motivasyon düzeyi yüksek olduğu saptanmıştır. Akhan'ın bulguları bizim bulgularımızla benzerdir. Öztürk'ün bulguları bizim bulgularımızla farklılık göstermiştir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin 4,65 ile hedef motivasyon düzeyi ikinci sırada yüksek bulunmuştur. Hedefler, ihtiyaçları doyurarak dürtülerin giderilmesini sağlayan uyarıcılardır. Bu nedenle de pekiştiricidirler. İhtiyacımız belli bir hedefi elde ettiğimiz zaman doyurulabiliyorsa, bu hedef yaklaşma davranışına yol açan hoş bir hedeftir. Fakat ihtiyacımız, belli bir şeyi uzaklaştırdığımız zaman giderilebilcekse bu nahoş bir hedeftir ve kaçma davranışına neden olur. Hedeflerin hoş veya nahoş olması kişiden kişiye farklılık gösterir. Bir hedefin çekiciliği arttıkça, ihtiyaç fazla olmazsa bile motivasyon fazla olabilir. Bir hedefin hoşluk derecesi azaldıkça, ihtiyaç fazla olmasa bile motivasyon çok düşük seviyede olabilir. Örneğin, ihtiyacı fazla olmasa bile, para bazı kişileri fazlaca motive ederken, bir başkasını ihtiyacı olduğu halde motive etmek hiç de kolay olmayabilir (10,20,35,130).

6.Motivasyon düzeylerinin sosyo-demografik özellikler ve diğer bulgulara karşılaştırılması:

Araştırmamıza katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre toplam motivasyon puanlarının ortalaması 4,39 ile araştırmanın çoğunluğunu temsil eden 25-34 yaş grubunun ortalaması olarak bulunmuştur. Yaş gruplarının motivasyon puan dağılımları açısından istatistik olarak anlamlı bulunmamasına karşın, çok genç yaş grubunda olanlar ile ileri yaş grubunda olanların motivasyonu daha düşük bulunmuştur. Çok genç grubun motivasyonunun düşük çıkmasının nedeni beklentilerinin çok olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çok genç yaş gruptakilerin özellikle diğer yaş grubundakilerden (2,95) içgüdüsel motivasyon düzeyi açısından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İleri yaş grubunun ise düşük olmasının nedeni çalışma hayatında beklentilerinin daha az olmasına bağlanabilir (Tablo6).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre toplam motivasyon puanlarının ortalamalarında 4,49 ile 11-15 yıllık deneyimi olanların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna rağmen çalışma yılı grupları arasında istatistik olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. Burada 0-5 yıl arası çalışan grubun motivasyon puanlarının düşük çıkmasının sebebi olarak çalıştıkları kuruma henüz oryante olamadıklarını düşündürmektedir (Tablo7).

Aynı kurumda çalışma yılına göre gruplar arasında istatistik olarak anlamlı fark bulunmamıştır. 0-5 yıl çalışanların motivasyon puan dağılımı toplamda daha yüksek (4,40) tespit edilmesine karşın 6-10 yıl çalışanların (4,28) araçsal motivasyon düzeyi en yüksek bulunmuştur. Motivasyon sürecinin ikinci aşaması davranışlardan oluşur. Bu davranışlar belli bir hedefe varmak için bir araç gibi kullanıldığından bunlara araçsal veya vasıtalı davranış denir. Hedefe ulaşıldığında itici güç ortadan kalkar ve üçüncü aşamaya geçilir. Bu aşamada ihtiyaç, doyurulmuş olduğundan dürtü ortadan kalkar ve rahatlama olur. Ancak bu rahatlama devamlı değildir, sonrasında yeni bir ihtiyaç ortaya çıkar ve güdüsel olaylar dizisi yeniden başlar. Hedefe vararak dürtünün giderilmesi, pekiştirici bir durumdur. Hangi davranış bunu gideriyorsa, o davranışı benimser. Toplumlar aynı hedef için farklı davranışları pekiştirdikleri zaman aralarında farklılıklar doğmaktadır. Belli bir toplumda çalışma hayatına atılan bir kimse, önemli kişilerle kurduğu ilişkilerden dolayı yükselirken, bir başka toplumdaki kişi işinde başarılı olduğu için yükseliyorsa, bu iki toplumda yükselmek için gösterilen gayretin kapsamı farklı olacaktır. Her iki toplumda da hedef yükseltmek olduğu halde araçsal davranışlar farklılık gösterecektir. Yöneticilerinde bunları bilip ona göre motivasyon araçlarını kullanmaları faydalı olacağını düşündürmektedir (35) (Tablo 8).

Medeni duruma göre motivasyon puanlarının dağılımında istatistik olarak anlamlı bulunmamasına karşın bekar grubu oluşturanların toplam motivasyon ortalamaları 4,35 ile evli gruba göre daha yüksek bulunmasının nedeni evli olanların işleri dışında da yüklendikleri; eş olma, anne olma gibi olaylardan dolayı daha az motive olduklarını düşündürmektedir (Tablo 9).

Öğrenim durumlarına göre motivasyon puanlarının dağılımında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın sağlık meslek lisesi mezunu olanların 5,67 içsel motivasyon düzeyi, lisans mezunu olanlarda 4,16 araçsal motivasyon düzeyleri, lisans üstü mezunlarında ise 4,78 hedefsel motivasyon düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin içsel motivasyon puanlarının yüksek olması daha uzun süreli motive olacakları için sevindirici bir gelişmedir. Fakat lisans ve üstü mezunu hemşirelerin içsel olarak motive olamamaları, kurumlarında uygulanan kalite yönetiminden istediklerini henüz alamadıklarını ve bu nedenle doyum sağlayamadıklarını düşündürmektedir. Öğrenim düzeyi yükseldikçe motivasyon düzeylerinin düşmesi de bu tespiti kanıtlamıştır (Tablo 10).

Yapılan işin eğitime uygun bulunmasına göre motivasyon puanlarının dağılımında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın yaptıkları işin aldıkları eğitime uygun olmadıklarını belirten hemşirelerin motivasyon düzeyleri düşük bulunmuştur. Yaptıkları işte eğitimlerinden getirdiklerini kullanamamalarından dolayı motivasyonlarının düşük olduğu düşünülebilir. Kişi aldığı eğitime uygun şekilde çalışırsa kendisi ile çelişmeyerek ve işteki başarısının da artacağı düşüncesindeyiz (Tablo 11).

Hemşirelerin çalışma pozisyonlarına göre yatak başı çalışmayan (hasta hakları, kalite birimi, eğitim hemşireleri, enfeksiyon kontrol hemşireleri, endoskopi hemşireleri) hemşireler ile poliklinik hemşirelerinin toplam motivasyon puanları diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Bu grupta bazılarının hasta ile birebir çalışmadıkları için klinik süreçteki strese maruz kalmamalarından, endoskopi ve diyaliz gibi birimlerde çalışanlar ise spesifik bir alanda (uzmanlık gerektiren) çalıştıkları için motivasyon puanları daha yüksek bulunmuş olabilir. Yönetici hemşirelerin daha düşük motivasyon puanına sahip olmasının nedeni olarak da tepe yönetimin beklentileri ile çalışanlar arasında bu beklentileri karşılamaya çalışırken daha fazla iş yükü ile stres altında kalmaları düşünülebilir. Servis hemşirelerinde de motivasyon puanının 4,34 gibi düşük bir değer bulunmuştur. Alanda hemşire eksikliğinin olması, iş yükü fazlalığı ve nöbetlerin fazla olması gibi nedenlerden olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 12).

Çalışma şekline göre motivasyon puanlarının dağılımlarında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın vardiya çalışanların 4,49 ile nöbet usulü çalışanların ise 4,32 puan ile motivasyon puanı olarak sürekli gündüz çalışanlara göre daha motive olmalarının nedeni çalıştıkları saat dilimleri içerisinde tepe yöneticilerin olmaması olabilir (Tablo 13).

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçip gelenlerin daha motive olmaları beklenirken araştırmada bu grubun motivasyon puanları 4,31 ile düşük bulunmuştur. Nedeni ise, meslekten beklentilerinin ve kurumlarında kalite yönetimi başlatan hastane yönetiminden beklentilerinin çok yüksek olması fakat bunu çalışma ortamında henüz bulamadıklarını düşündürmektedir (Tablo 14).

Hemşirelik mesleğini şu anda yapmaktan memnun olamayanların 4,98 puan ile hedef ve 4,52 ile toplam motivasyon puanları istatistiki olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Esasında mesleği severek yapanların motivasyonlarının yüksek olması beklenirken araştırmamız da böyle çıkmamasının nedeni, mesleği sevmekle mesleğin yaşadığı sorunları çözemediği için bu olumsuzluklardan daha fazla etkilenmeleri olabilir düşüncesindeyiz (Tablo 15).

Çalışılan hastaneden kısmen memnun olanların 4,43 ile toplam motivasyon puanları memnun olanlar ile olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Nedeni ise yönetimden hala umutlarının olduğu ve beklentilerinin olabileceğini düşündürmektedir. Kısmen memnun olanlar ile memnun olmayanların hedef ve araçsal motivasyon puanları memnun olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede fazladır. Memnun olanların motivasyon puanlarının düşük olmasının nedeni hastanelerini daha iyi yerde olmaları gerektiğini düşündüğünden olabilir (Tablo 16).

Çalıştığı birimden memnuniyete göre memnun olanların toplam puanının düşük bulunmasının nedeni birimlerindeki hemşire sayısının yetersiz olması düşünülebilir (Tablo 17).

İşleri ile ilgili planlama, karar verme durumuna göre motivasyon puanı 4,37 ile karar verebilenlerin tahmin edildiği gibi diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 18)

İşle ilgili yetki kullanabilenlerin motivasyon puanı 4,39 ile diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni ise sorumluluklarına denk yetki ile donatılmış olmaları düşünülebilir (Tablo 19).

İş arkadaşlarıyla uyumlu olarak çalışmanın motivasyon puanları üzerinde anlamlılık bulunmamış olmasına rağmen uyumlu olanların motivasyonlarının daha yüksek olması beklenirken uyumlu olmayanların 4,59 puan ile daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni işte yalnızca işinin gerekliliğini yerine getirdiğinde daha çok motive oldukları düşünülebilir. İş arkadaşlarıyla uyumlu olanlar iyi arkadaşlık ilişkileri içinde olduklarından daha motive bulunmuştur (Tablo 21).

Takım çalışmasının önemli olma durumunun motivasyon puanları dağılımında önemli bulmayanların 4,67 puan ile daha yüksek bulunmuştur. Takım çalışmasını önemli bulmayanlar kendi başlarına yaptıkları işlerden daha fazla motive oldukları, önemli bulanların ise motivasyon puanlarının düşük olmasının nedeni ise kurumlarında bu çalışmalara yeterince önem verilmemesi olduğu düşünülebilir (Tablo 22).

Ödüllendirme durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımında anlamlı fark bulunmamıştır. Buna rağmen kısmen ödüllendirilenlerin motivasyon puanı daha yüksek bulunmasına karşın ödüllendirilenlerin 4,24 puan ile diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Ödüllendirilenlerin ödüllendirilme şekilleri açısından doyum sağlayamadıkları, yöneticilerin uygun olmayan ödüllendirme yöntemi kullandıklarını düşündürmektedir (Tablo 29).

Buna rağmen ödüllendirilmenin çalışmaya etkisine göre olumlu etkiledi diyenlerin beklendiği gibi olumsuz etkiledi veya etkilemedi diyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ve özellikle dışsal motivasyon düzeyi 4,28 puanı ile diğer gruplar arasında en yüksek puanı aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 30).

Hastane yönetiminin kendilerinin motivasyonu sağlamaya istekli olma durumuna gruplar arasında motivasyon puanlarının dağılımında anlamlılık bulunmamış olmasına karşın yöneticilerin bu konuda isteksiz olduğunu söyleyenlerin toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Yöneticileri kendilerini motive etme konusunda isteksiz de olsa hemşireler işlerini yapmakta fakat kendi kendilerini motive edebildikleri düşünülmektedir (Tablo 39).

Birimde çalışan hemşire sayısının motivasyon puanları arasında beklenen bir fark olmasıdır fakat araştırmada istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hemşire sayısı yetersiz olsa da hemşireler işlerini aksatmadan istedik şekilde yerine getirdikleri düşünülebilir (Tablo 20).

Takım çalışmasının varlığına göre motivasyon puanlarının dağılımında kısmen takım çalışması var diyenlerin 4,29 puan ile dışsal motivasyon puanları fikrim yok diyenlere göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Hastanelerinde takım çalışmasının olmadığı konusunda fikri olmayanların motivasyon puanlarının düşük çıkması beklendiği gibi olmuştur. Takım çalışmasının var olduğunu söyleyenlerin motivasyonlarının düşük çıkmasını, hastanelerinde istedikleri anlamda kurulmuş yeterli ekip çalışmasının olmamasını düşündürebilir (Tablo 23).

Yöneticilerin kararları paylaşma durumuna göre evet ve kısmen diyen hemşirelerin hayır diyenlere göre motivasyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Yöneticiler aldıkları kararları çalışanlarının katılımıyla almaları onların işlerini yaparken daha motive olarak çalıştıkları düşünülebilir. Bu da katılımcı yönetim anlayışının iş doyumunu olumlu yönde etkileyeceği görüşüne dayandırılabilir (Tablo 24).

Yönetimin kendilerinden beklentilerini bilenlerin, bilmeyenlere göre motivasyonları daha yüksek oranda tespit edilmiştir. Bu durum kurumunun hedefi için yapması gerekenleri, kurumu için kendinin ve yaptığı işin önemli olduğunu düşünerek aidiyet duygusunun geliştiğini düşündürmektedir (Tablo 25).

İşlerinde daha fazla sorumluluk alma durumuna göre motivasyon puanlarının dağılımında almak isteyenlerin puanları 4,38 ile diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. İşlerinde daha fazla sorumluluk almak isteyen insanlar işlerinden ve kurumlarından beklentilerinin var olduğunu düşündürmektedir (Tablo 26).

Kurumun hedeflerini bilme durumuna göre motivasyon puanları kısmen bilenler 4,41 puan ile tam bilenlerin 4,31 puan ile diğer gruptakilere oranla daha yüksek bulunmuştur. Çalışanların kurumun hedeflerini bilmesi kalite yönetiminde önemlidir. Kurumun hedeflerini bilen hemşireler bilinen hedefleri gerçekleştirmeye yönelik çalışmaları daha öncelikli yerine getirecekleri düşünülebilir (Tablo 27).

Ast-üst ilişkisine göre motivasyon puanlarında yöneticilerinin meslekdaşlık ilişkisi içinde liderlik tarzı benimsediklerini belirtenlerin motivasyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Kalite yönetiminde yöneticilerin katılımcı yönetimi uygulamaları beklenmekte olup hiyerarşik, uzak ve mesafeli bir yönetim ile kalite yönetiminin uygulanamayacağı bilinmektedir (Tablo 28).

Çalışılan kurumda araç-gerecin yeterliliğine göre motivasyon puanlarının dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamasına karşın araç gereci yetersiz bulan hemşirelerin diğer gruplara oranla daha motive olmaları işlerinde araç gereç yetersizliğinden daha önemli sorunları bulunduğunu, araç gereç sorununun kolaylıkla çözümlenebilecek bir sorun olarak gördükleri düşünülebilir.(Tablo 31).

Hastanede sosyal etkinlik yapılıyor diyen hemşirelerin içsel motivasyon puanları 5,99 ile yüksek bulunmuştur. Kendileri için kurumlarının hazırladığı sosyal etkinlikler sayesinde hemşireler kendilerinin ve yaptıkları işin kurumları için önemli olduğunu hissederek motive oldukları düşünülmektedir (Tablo 38).

Kalite kavramının anlamını değerlendirmeye göre motivasyon puanlarının dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamasına karşın standartlara uygunluk diyenler ile gereksinimlerin karşılanması olarak görenlerin araçsal motivasyon düzeyleri

diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur. Kalite yönetimi uygulamalarında kendi alanları için bir olumlu bir fırsat olarak gördükleri düşünülebilir (Tablo 32).

Kalite eğitim programları uygulanmasına göre motivasyon puanlarının dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen evet diyenler ile kısmen eğitim programları yapıyor diyenlerin motivasyon puanları yapılmıyor diyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Kalite eğitimi alanların motive olmaları beklendik olmasına rağmen kısmen diyenlerin eğitimleri yeterli bulmadıklarını düşündürmektedir (Tablo 33).

Hemşirelik hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesine göre motivasyon puanlarının dağılımı gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte yeterli bulanların içsel ve dışsal motivasyon düzeyleri, çok yetersiz diyenlerin hedefsel ve araçsal motivasyon düzeyleri yüksek bulunmuştur. Çok yetersiz bulanların, (hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesi) hedeflerine ulaşmada kalite çalışmalarını bir araç olarak gördüklerini düşündürmektedir (Tablo 34).

Fikirlere başvurmaya göre motivasyon puanlarının dağılımına göre kısmen fikirlerine başvurulduğunu belirtenlerin fikirlerine tam olarak başvurulmadığı için dışsal ve araçsal motivasyon puanları yüksek bulunmuştur. Kısmen diyenlerin kalite yönetimini kendileri için bir araç olarak gördükleri düşünülmektedir (Tablo 35).

Kalite eğitim çalışmalarının yeterli bulmayanların içsel motivasyon düzeyleri yüksek bulunmuştur. Eğitim programları hazırlanırken, eğitim ihtiyaçlarının doğru tespit edemediğini düşündürmektedir. Kurumdaki eğitim programlarını yeterli bulmayan kişiler kendilerini donatmak için dışardan eğitimlerle kendilerini gerçekleştirmeye çalışırlar (Tablo 36).

Kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini etkilemesine göre motivasyon puanlarının dağılımında etkilenip etkilenmediği hakkında fikrim yok diyenlerin etkilenmedi veya kısmen etkilendi diyen hemşirelere göre dışsal motivasyon puan düzeyleri anlamlı bulunmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastanelerde kalite

çalışmalarının özellikle yazılı dökümantasyon bölümlerini hemşirelerin yürüttüğü ve kalite tetkiklerinde hemşirelik alanının denetlendiği gözlemlenmiştir. Bu da zaten fazla iş yükü olan hemşirelere sanki daha fazla iş yükü getirdiği şeklinde algılandığı için fikir belirtmedikleri düşündürmektedir (Tablo 37).

Yöneticilerinin, motivasyonu sağlamada “takdir etme” yöntemini kullanıyor diyen hemşirelerin motivasyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler için yöneticileri tarafından küçük bir sözle bile yaptığı işteki başarısından dolayı takdir edilmek önemli bir motivasyon aracı olduğunu düşündürmektedir. Yöneticilerin basit ama etkin bir motivasyon yöntemi olarak kullanabilecekleri bir araç olduğu düşüncesindeyiz (Tablo 40).

Yöneticilerinin, motivasyonu sağlamada “izin verme” yöntemini kullanmıyor diyen hemşirelerin motivasyon puanları daha yüksek bulunmuştur. İzin olarak ödüllendirildikleri zaman alanda zaten az olan hemşire sayısı daha da azalacağı için pek istemedikleri bu nedenle motivasyon puanlarının diğer gruba göre daha yüksek çıktığı düşünülmektedir (Tablo 41).

Yöneticilerinin, motivasyonu sağlamada “sosyal faaliyetler” yöntemini kullanıyor diyen hemşirelerin beklendiği gibi motivasyon puanları, kullanmıyor diyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler için hatırlanmak, yöneticileri tarafından toplantıya çağrılmak gibi motivasyon araçlarının önemli olduğu düşünülmektedir. Yöneticilerin bu konularda daha titiz davranmaları iyi olacağı düşüncesindeyiz (Tablo 42).

Yöneticilerinin, motivasyonu sağlamada “mesleki bilgi ve yetenekleri geliştirme imkanları sağlama” yöntemini kullanıyor diyenlerle kullanmıyor diyenlerin motivasyon puanlarının dağılımında bir farklılık gözlenmemesine karşın, kullanmıyor diyen grubun içsel, dışsal, hedefsel ve araçsal motivasyon düzeyi diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Bu grubun kendilerini geliştirmek için kendi imkanlarını kullanarak

bunları sağladıkları böylelikle de kendi kendilerini motive ettikleri düşünülmektedir (Tablo 43).

Araştırmaya katılan hemşireler “Motivasyon işteki başarıyı etkiler mi?” sorusuna “etkiler” diyenlerin motivasyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu ise, hemşireler için motivasyonun önemli bir unsur olduğunu düşündürmüştür. İş yükünün çok, işi yapanın az, kariyer planlamanın olmadığı, uzmanlaşmanın olmadığı, hangi eğitimi almış olursa olsun aynı işlerden sorumlu tutulup herkese hemşire dendiği, alınan ücretin yetersizliği, yeni düzenlenmiş yasaya uygun yönetmeliklerin henüz hazırlanmamış olmaması, 24 saat kesintisiz hizmetin getirdiği farklı sıkıntılar gibi sorunlarla boğuşan bir profesyonel disiplin için motivasyonun önemli olması beklenen bir sonuç olarak bulunmuştur (Tablo 44).

SONUÇ

Bu araştırmada; Kalite Kavramı, Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı, Sağlık Hizmetlerinde ve Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Kalite Yönetiminde Motivasyonun Önemi, Sağlık Hizmetlerinde ve Hemşirelik Hizmetlerinde Motivasyonun Önemi üzerinde durularak kalite yönetimi uygulayan hastanelerde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Kalite yönetiminin odak noktası insandır. Sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu her disiplinin ve özellikle hemşirelerin çalıştığı kurumlardan memnun olmaları yeteneklerini kullanabilmeleri ve kendilerini geliştireilebilmeleri, yönetimin temel sorumluluğu altında olup bu ortamın sağlayıcı sistemlerin geliştirilmesi hemşirelerin motivasyon düzeylerini olumlu etkileyecektir.

Hemşirelik, hasta memnuniyet sonuçlarını etkileyen en önemli disiplindir. Hasta memnuniyetinin sağlanabilmesinde hemşirelerin motivasyonunun sağlanması aynı ölçüde önem kazanmaktadır .

İstanbul ili sınırları içerisinde bulunan, kalite belgesi alan hastanelerde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir;

- Hemşirelerin çoğunluğunun 25-34 yaş grubunda olup yatak başı hemşireliği yaptıkları, evli , önlisans mezunu, 5 yıl üstü hemşirelik yaptıkları, nöbet usulü çalıştıkları, yaptıkları işin aldıkları eğitime uygun bulduklarını, mesleği isteyerek seçtiklerini fakat şu anda mesleklerini kısmen sevdikleri, çalıştıkları hastaneyi kısmen sevmelerine karşın çalıştıkları birimi sevdikleri, kısmen yetki kullanarak yaptıkları işte de bu ölçüde planlama ve iyileştirmeler yapabildikleri, takım çalışmasına önem vererek arkadaşları ile uyum içinde çalıştıkları, hastane yönetimince tanındıkları halde işteki başarılarından dolayı ödüllendirilmediklerini fakat bunun işlerini etkilemediğini, hastane yöneticilerinin motivasyonlarını sağlamak ve arttırmak için istekli olmadıklarını, çalıştıkları birimdeki hemşire sayısını yetersiz buldukları, hastanelerinde kısmen takım çalışmasının yapıldığı, üstelerinin karar alırken hemşirelerin fikirlerine başvurmadıkları, hastane yönetimini kendilerinden beklentilerini bildiklerini fakat daha fazla sorumluluk ve yetki istedikleri, çalıştıkları kurumun hedeflerini bildikleri, hastanelerindeki ast-üst iletişimini hiyerarşik bulduklarını, çalışma ortamındaki araç-gereci kısmen yeterli buldukları, çalıştıkları ortamdaki aydınlatma ve ısıtmayı yeterli, havalandırma, sessizlik, giyinme odası, dolap ve duşu yetersiz bulduklarını ve kendileri için sosyal etkinlikler yapılmadığını, kaliteyi “tüm süreçlerin iyileştirilmesi olarak” bildikleri, çalıştıkları hastanede kalite eğitim yapıldığı, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi için bazı düzenlemelerle yeterli olabileceğini düşündükleri, kalite çalışmalarında fikirlerinin alınmadığı, hastanelerinde yapılan kalite eğitim çalışmalarını kısmen yeterli buldukları, kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini olumlu etkilediğini, hastane yönetiminin motivasyonlarını sağlamak için takdir, ücret artışı, izin, sosyal faaliyetler, kurs, seminer ve kongre gibi kendi kişisel gelişimlerini sağlayacak yöntemleri kullanmadıklarını, motivasyonun iş başarısında önemli bir faktör olarak düşündükleri ,

- Hemşirelerin genel motivasyon puan ortalamasının 4,32 ile orta düzeyin üzerinde olduğu, alt faktörler içinde en yüksek içsel alt motivasyon (5,60) puanı aldıkları ,

- Yönetici (4,13±,96) ve servis hemşiresi (4,34±,82) pozisyonunda çalışanların puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu ($p<0,05$),
- Mesleğinden memnun (4,40±1,51; 4,19±,94) ve kısmen memnun (4,75±1,19; 4,36±,80) olanların motivasyon düzeylerine göre diğerlerine göre düşük olduğu ($p<0.01$ ve $p<0.05$),
- Çalıştığı hastaneden memnun olmayan (4,84±1,27; 4,00±1,54) ve kısmen (4,78±1,29; 4,31±1,57) olanların hedef ve araçsal motivasyon düzeyinin memnun olanlara göre yüksek ve kısmen memnun (4,43±,84) olanların genel motivasyon düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$ ve $p<0.01$),
- Çalıştığı birimden memnun (4,53±1,39) olanların memnun olmayanlara (5,14±1,39) göre hedef motivasyon puanlarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Takım çalışmasının önemli bulmayanların (3,51±1,98) içgüdü motivasyon düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Takım çalışması varlığına göre motivasyon puanlarının dağılımında hemşirelerin hastanelerinde kısmen (4,29±1,34) takım çalışması var diyenlerin dışsal motivasyon puanları fikrim yok (3,62±1,33) diyenlere göre daha fazla motive olduğu ($p<0.05$),
- Kurumun hedefleri hakkında fikri olmayanların (4,96±1,12) diğerlerine göre içsel motivasyon düzeyinin daha düşük olduğu ($p<0.05$),
- Kurum içi meslekdaşlık ilişkisinin (4,47±,82) varlığını belirtenlerin toplam motivasyon puan ortalamasının hiyerarşik (4,18±,88) olduğunu düşünenlere göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Ödüllendirilmenin çalışma üzerinde olumlu (4,48±1,30) etkisi olduğunu düşünenlerin dışsal motivasyon puanının diğerlerine göre yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Fikirlerine kısmen (4,33±1,38; 4,30±1,59) başvuru alanların diğerlerine göre dışsal ve fikirlerine başvurulmadığını (4,15±1,56) belirtenlere göre araçsal motivasyon puanlarının yüksek olduğu ($p<0.05$; $p<0.01$),

- Kalite eğitim çalışmalarında fikri olmayanların (4,74±1,54) araçsal motivasyon puanlarının yeterli bulanlara (3,63±1,65) göre daha yüksek olduğu (p<0.01),

- Kalite çalışmalarının hemşirelik hizmetlerini etkilediği yönünde fikri olmayanların (4,32±1,23) diğerlerine göre dışsal motivasyon puanlarının yüksek olduğu (p<0.05),

- Hastanelerde sosyal etkinliğin var (5,99±,52) olduğunu belirtenlerin içsel motivasyon puanının diğerlerine göre daha yüksek olduğu (p<0.05) bulunmuştur .

Araştırmada elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Sağlık kuruluşlarında TKY uygulamaları içinde hasta memnuniyetini sağlamaya yönelik gösterilen özenin çalışan memnuniyeti ve özellikle hemşirelerin motivasyonunu sağlamada da aynı şekilde gösterilmesi,
- Servislerde görev yapan hemşirelerin iş yükü dağılımının motivasyon düzeylerini etkilediği bu anlamda yeterli hemşire sayısı ile desteklenerek, doğrudan hasta bakımına yönelik alanlarda sorumlu tutulmalarının sağlanması,
- Kurum içi hiyerarşik yapının daha esnek düzeyde uygulanarak hemşire yöneticilerin astları ile ilişkilerinde objektif ve olumlu tutum sergilemeleri,
- Hastanelerde hemşire ve diğer çalışanlara yönelik motivasyon araçlarının etkili bir şekilde kullanılması, özellikle ödül sisteminin yaygınlaştırılması,
- Kalite sürecine ilişkin katılımın tüm hemşireler düzeyinde sağlanması ve bu yönde gerekli eğitimlerin yapılması önerilebilir .

8.EKLER

EK 1

BİLGİ FORMU

Sayın meslektaşım;

Kalite Yönetim Sisteminin hemşirelerin motivasyonları üzerinde etkisini belirlemek amacıyla planladığımız bu çalışmada sizlerin görüşleri araştırmamız için son derece önemlidir. Çalışmamızda demografik özellikleriniz ve kaliteye ilişkin görüşlerinizi belirlemeye yönelik bir bilgi formu ile motivasyon ölçeği kullanılmaktadır. Maddelerin karşılığında size uygun olan tek seçeneği işaretlemeniz yeterli olacaktır. İşbirliğiniz için teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Z . Irmak KURT

Haliç Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans

Programı Öğrencisi

Doç . Dr . Aytolan YILDIRIM

Tez Danışmanı

1. Yaşınız?

a) 18 – 24

c) 35 – 44

b) 25 – 34

d) 45 ve üstü

2. Meslekte çalışma yılınız?

a) 0 – 5

c) 11 – 15

b) 6 – 10

d) 16 ve üstü

3. Kurumda çalışma yılınız?

a) 0 – 5 yıl

c) 11 – 15 yıl

b) 6 – 10 yıl

d) 16 ve üstü yıl

4. Medeni durumunuz?

a) Bekar

b) Evli

5. Öğrenim durumunuz?

- a) Sağlık meslek lisesi
b) Ön lisans
c) Lisans
d) Lisans üstü ve doktora

6. Yapmakta olduğunuz iş , aldığınız eğitime uygun mu?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır

7 . Mesleki pozisyonunuz?

- a) Yönetici hemşire
b) Servis Hemşiresi
c.) Poliklinik Hemşiresi
c) Diğer (Açıklayınız ; eğitim hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi vb.)
.....

8 . Çalışma şekliniz?

- a) Sürekli Gündüz
b) Vardiya
c) Nöbet usulü
d) Sürekli Gece

9 . Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

- a) Evet
b) Hayır

10 . Hemşirelik mesleğinin bir üyesi olmaktan memnun musunuz?

- a) Evet
b.) Kısmen
c.) Hayır
d.) Fikrim yok

11 . Çalıştığınız hastanede olmaktan memnun musunuz?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

12 . Çalıştığınız birimden memnun musunuz?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

13. Yaptığınız işle ilgili olarak çalışmalarınızda planlama , kontrol ve iyileştirme yapabiliyor musunuz?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

14 . İşinizle ilgili yetki ve sorumlulukta söz sahibi misiniz?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

15 . Biriminizdeki hemşire sayısı yeterli midir?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

16 . İş arkadaşlarınızla uyumlu musunuz?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

17 . Sizce işinizde başarı için takım çalışması önemli midir?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

18 . Hastanenizde takım çalışması var mıdır veya belirli amaçları gerçekleştirmek için takımlar kurulmuş mudur?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

19. Hastane yönetiminiz sizi tanıyor mu?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

20 . Üstleriniz karar alırken fikirlerinizi alıyor mu?

- a) Evet
b) Kısmen

c) Hayır d) Fikrim yok

21. Hastane yönetiminin sizden beklentilerini biliyor musunuz?

a) Evet b) Kısmen
c) Hayır d) Fikrim yok

22 . Yaptığınız işte daha fazla yetki ve sorumluluk almak ister misiniz?

a) Evet b) Kısmen
c) Hayır d) Fikrim yok

23 . Kurumunuzun gelecek dönemler için hedeflerini biliyor musunuz?

a) Evet b) Kısmen
c) Hayır d) Fikrim yok

24 . Hastanenizde ast üst arasındaki iletişim nasıl dır?

a) Hiyerarşik düzeyde b.) Meslekdaşlık ilişkisi içinde
c.) Uzak mesafeli d.) Yakın ve sıcak

25. Hastane yönetiminizce çalışmalarınızdaki başarıdan dolayı hiç ödüllendirildiniz mi?

a) Evet b) Kısmen
c) Hayır d) Fikrim yok

26 . Ödüllendirildiyse bu durum çalışmanızı nasıl etkiledi?

a) Olumlu etkiledi b) Olumsuz etkiledi c) Etkilemedi

27 . Çalıştığınız ortamda işiniz için gerekli olan araç ve gereçler yeterli midir?

a) Yeterli b) Kısmen yeterli
c) Yetersiz d) Fikrim yok

28. Çalıştığınız birimde fiziksel ortamınız yeterli midir? İşaretleyiniz.

Fiziksel ortam özellikleri	Yeterli	Yetersiz
Aydınlatma		
Isı		
Havalandırma		
Sessizlik.		
Giyinme odası, dolap ,duş vs		

29. Kalite kavramı sizce neyi ifade ediyor?

- a) Mükemmellik b) Aşırı maliyet c) Standartlara uyma
d) Gereksinimleri karşılama e) Tüm süreçlerin sürekli iyileştirilmesi f) Lüks

30. Hastanenizde sizin için kalite eğitim programları yapılıyor mu?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

31 . Hastanenizi hemşirelik hizmetleri kalitesi yönünden kalite yönetimini nasıl değerlendirir siniz?

- a) Çok yeterli b) Yeterli
c) Bazı düzenlemelerle yeterli olabilir d) Yetersiz
e) Çok Yetersiz

32 . Hastanenizde yapılan kalite çalışmalarında fikirlerinize başvuruluyor mu?

- a) Evet b) Kısmen c) Hayır

33 . Hastanenizde yapılan kalite eğitim çalışmaları sizce yeterli midir?

- a) Yeterli b) Kısmen yeterli
c) Yetersiz d) Fikrim yok

34 . Hastanenizde uygulanan kalite çalışmaları hemşirelik hizmetlerini nasıl etkiledi?

- a)Olumlu etkiledi b) Etkilemedi
b) Olumsuz etkiledi d) Fikrim yok

35 . Hastanenizde hemşirelik için yapılan sosyal etkinlik var mıdır?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

36 . Hastane yönetiminiz motivasyonunuzu sağlamak için istekli mi?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

37 . Hastane yönetiminiz motivasyonunuzu sağlamak için aşağıdakilerden hangilerini yapmaktadır?

- a) Takdir etme
b) Ücret artışı
c) İzin
d) Terfi
e) sosyal faaliyetler (toplantılar , yemekler)
f) Mesleki bilgi ve yetenekleri geliştirme imkanları (kurs , seminer , kongre

38 . Sizce , motivasyonun yüksek olması iş hayatında başarıyı arttırır mı?

- a) Evet
b) Kısmen
c) Hayır
d) Fikrim yok

EK 2

- Aşağıdaki motivasyon kaynak envanteri ile ilgili sorular yer almıştır.
- Her soru 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiştir. "1" kesinlikle katılmıyorum ile "7" kesinlikle katılıyorum arasında gösterilmekte olan rakamlar "2,3,4,5,6" katılım derecesini ifade etmektedir.
- Her soru için size uygun gelen puanı işaretleyiniz.

MOTİVASYON ENVANTERİ

J . BARBUTO & R . SCHOLL , 1998 , USA

1. İşimde yalnızca hoşuma giden şeyleri yapmaktan hoşlanırım.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

2. İşimi yaparken, daha çok hoşlandığım başka bir işi yapabilmek için sık sık elimdeki işimi ertelerim.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

3. İş seçerken genellikle bana en hoş görünen işi seçerim.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

4. İşte zamanımı birlikte geçirmeyi seçtiğim kişi, birlikte olmaktan en çok hoşlandığım kişidir.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

5. İki iş arasında seçim yaparken, en önemli etken hangisinden daha çok hoşlandığımdır.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

6. Çalıştığım yerde yaptığım işten hoşlanmazsam, işten ayrılırım.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

7. İş esnasında ne kadar gayret sarfedeceğimi işin gereksinimleri (işte yapılması gerekenler) belirler.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

8. Bir günlük ücret veriliyorsa bir günlük iş yaparım.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

9. Göstereceğim gayretin bana daha yüksek ücret olarak döneceğini bilirim, daha fazla çalışabilirim.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

10. İş seçiminde genellikle en fazla ücret ödenen işi seçerim.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

11. İşte en sevdiğim gün , ücret ödendiği gündür.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

12. İnsanlar daha iyi iş fırsatları yakalamak için gözlerini ve kulaklarını daima açık tutmalıdır.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

13. Benim için, davranışlarımı diğer insanların onaylaması önemlidir.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

14 . Kararlarımı sık sık diğer insanların ne düşüneceğine dayanarak alırım.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

15. Eğer bir projeye çevremdekiler değer veriyorsa, o projede daha fazla çalışırım.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

16. İş seçerken başarılarımla tanınmamı sağlayacak olan işi seçerim.

1	2	3	4	5	6	7
KESİNLİKLE KATILMIYORUM						KESİNLİLİKLE KATILYORUM

17. İş çevresinde çok arkadaşı olanlar , hayatlarını dolu dolu yaşarlar .

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

18. Çabama kurumdaki en yetkili kişiler tarafından değer verildiğini bilirim, var gücümle çalışırım.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

19. Aldığım kararlar, kendim için koyduğum yüksek hedefleri yansıtır.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

20. Yetenek ve becerilerimi kullanmama izin verecek bir kurumda çalışmak benim için önemlidir.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

21. Kişisel davranış standartlarımla (kişiliğimle) tutarlılık gösteren kararlar almaya çalışırım.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

22. Kendi kendini motive edebilen bir insan olduğumu düşünüyorum.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

23. Bana kişisel başarı duygusu veren şeyleri yapmaktan hoşlanırım.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

24. Benim beceri ve değerlerimin kurumun başarısını etkilediğini bilmek isterim.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

25. Bir kurumun üstlendiği/benimsediği görevi (misyonu) onaylamıyorsam o kurumda çalışmam.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

26. Kurumun hedefine ulaşması için çok çalışmam gerekiyorsa önce bu çalışmanın nedenine/gereğine inanmam gerekir.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

27. Bu nedene inanmıyorsam çok çalışmam.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

28. Çalışacağım kurumu seçerken, inanç ve değerlerimi savunanı ararım.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

29. Çok çalışmam için bir organizasyonun misyonunun benim değerlerimle uyumlu olması gerekir.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILIYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------------

30. Eğer bir kurum onayladığım hedefler doğrultusunda çalışıyorsa, böyle bir kurumun başarısındaki payımın ön plana çıkıp çıkmaması önemli değildir.

1 KESİNLİKLE KATILMIYORUM	2	3	4	5	6	7 KESİNLİLİKLE KATILIYORUM
---------------------------------	---	---	---	---	---	----------------------------------

EK 3**HEMŞİRELERİN MOTİVASYON DÜZEYİNİ BELİRLEYEN ÖLÇEĞİN ALT FAKTÖR DAĞILIMLARI**

<u>Madde No</u>	<u>Motivasyon Kaynakları Envanterinin Alt Faktörleri</u>	<u>Faktör Puamı</u>
	<u>İçsel Motivatör (Faktör 1) a:0.78</u>	
20.	Yetenek ve becerilerimi kullanmama izin verecek bir kurumda çalışmak benim için önemlidir.	0.78
22.	Kendi kendini motive edebilen bir insan olduğumu düşünüyorum.	0.78
21.	Kişisel davranış standartlarımla tutarlılık gösteren kararlar almaya çalışırım.	0.78
24.	Benim beceri ve değerlerimin kurumun başarısını etkilediğini bilmek isterim.	0.76
23.	Bana kişisel başarı duygusu veren şeyleri yapmaktan hoşlanırım.	0.75
19.	Aldığım kararlar, kendim için koyduğum yüksek hedefleri yansıtır.	0.58
30.	Eğer bir kurum onayladığım hedefler doğrultusunda çalışıyorsa, böyle bir kurumun başarısındaki payımın ön plana çıkmaması önemli değildir.	0.32
7.	İş esnasında ne kadar gayret sarf edeceğimi işin gereksinimleri belirler.	0.25
	<u>Dışsal Motivatörler (Faktör 2) a : 0.77</u>	
14.	Kararlarımı sık sık diğer insanların ne düşüneceğine dayanarak alırım.	0.77

18.	Çabama kurumdaki en yetkili kişiler tarafından değer verildiğini bilirim , var gücümle çalışırım.	0.66
13.	Benim için davranışlarımı diğer insanların onaylaması önemlidir.	0.65
15.	Eğer bir projeye çevremdekiler değer veriyorsa , o projede daha fazla çalışırım.	0.65
17.	İş çevresinde çok arkadaşı olanlar , hayatlarını dolu dolu yaşarlar.	0.45
16.	İş seçerken başarılarımla tanınmamı sağlayacak olan işi seçerim.	0.43
<u>İçgüdüsel Süreç Motivatörleri (Faktör 3) a : 0.68</u>		
3.	İş seçerken genellikle bana en hoş görünen işi seçerim.	0.79
5.	İki iş arasında seçim yaparken , en önemli etken hangisinden daha çok hoşlandığımdır.	0.71
2.	İşimi yaparken, daha çok hoşlandığım başka bir işi yapabilmek için sık sık elimdeki işimi ertelerim.	0.62
4.	İşte zamanımı birlikte geçirmeyi seçtiğim kişi, birlikte olmaktan en çok hoşlandığım kişidir.	0.61
1.	İşimde yalnızca hoşuma giden şeyleri yapmaktan hoşlanırım.	0.57
6.	Çalıştığım yerde yaptığım işten hoşlanmazsam, işten ayrılırım.	0.16

<u>Hedef İcseleştirme (Faktör 4) a:0.68</u>		
26.	Kurumun hedefine ulaşması için çok çalışmam gerekiyorsa önce bu çalışmanın nedenine/gereğine inanmam gerekir.	0.50
27.	Bu nedene inanmıyorsam çok çalışmam.	0.77
29.	Çok çalışmam için bir organizasyonun misyonunun benim değerlerimle uyumlu olması gerekir.	0.72
28.	Çalışacağım kurumu seçerken, inanç ve değerlerimi savunana ararım.	0.47
25.	Bir kurumun üstlendiği/benimsediği görevi (misyonu) onaylamıyorsam o kurumda çalışmam.	0.42
<u>Araçsal Motivatörler (Faktör 5) a:0.68</u>		
10.	İş seçiminde genellikle en fazla ücret ödenen işi seçerim.	0.80
8.	Bir günlük ücret veriliyorsa , bir günlük iş yaparım.	0.72
11.	İşte en sevdiğim gün , ücret ödendiği gündür.	0.58
9.	Göstereceğim gayretin bana daha yüksek ücret olarak döneceğini bilirsem , daha fazla çalışabilirim.	0.55
12.	İnsanlar daha iyi iş fırsatları yakalamak için gözlerini ve kulaklarını daima açık tutmalıdır.	0.27
Toplam 30 maddenin Cronbach Alpha (a):0.85		

9. KAYNAKLAR

1. Abaan S.: Hemşirelikte Güç Sahibi Olma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2, S:1. ss:4, Ocak–Haziran-1995.
2. Adair J.:Effective Motivation (Etkili Motivasyon İnsanlardan En İyi Verimi Nasıl Alabilirsiniz?), Türçe Çeviri: Salih Uyan, Babıali Kültür Yayıncılık- 2.Baskı, İstanbul, Nisan 2005, ss:110-111.
3. Akal Z.: Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Özel Sayı-2.Basım, ss:85, Ankara, 1996.
4. Akal Z.: İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi Çok Yönlü Performans Göstergeleri. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No-473, 6. Basım, ss:136-137, Ankara, 2005.
5. Akalın E.: Nasıl Bir Sağlık Hizmeti. Hastane Dergisi, Yıl:14 , S:19 , ss. 8, Kasım–Aralık, 2002.
6. Akdemir A.: Düşünceden Uygulamaya Temel İşletmecilik Bilgileri, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2003, ss: 82,204-208.
7. Akdemir N.: Kalite Maliyet ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1, S.1, ss:45-47, Ocak 1994.
8. Akdemir N.: Sağlık Hizmetlerinde Ekip Anlayışı Ve Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 11, S:3, ss:79-80, 1995.
9. Akgün H.S., Erdal R.: Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Editör:Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1998, s:220-225.

10. Akhan U.L.: Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Özlem Işıl).
- 11 . Akın Ö.: Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan (Yöneticiler İçin), Ezgi Kitabevi, Bursa 2001.
12. Aksayan S.: Koruyucu Ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkenlerinin İrdelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul,1990 (Danışman: Perihan Velioğlu).
13. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A. ve ark.: Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, HEMAR-GE Yayını, İstanbul, 2002, s.13-16.
14. Aktaş A.: Hemşirelik Hizmetlerinde Otonomi ve Örgütlenme , 1. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi 2000’li Yıllarda Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Sorunları, Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi Yayınları, Ankara, 04-07 Mayıs 2000, ss:232-233.
- 15.Aktaş R.:Toplam Kalite Yönetimi İle Uyumlu İnsan Kaynakları Yönetimi Süreçleri. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Yayınları, S:1, ss:42, Ankara, 2002.
16. Aktün H.: Toplam Kalite Yönetimine Geçişte Deming Felsefesinin İrdelenmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2, S: 8, ss:31, Kasım 1998.
17. Aktürk U.Ö.: Bayındır Hastaneleri Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Eğitim Bölümü Faaliyetleri Ve Hemşirelerin Eğitimle İlgili Görüşleri. Bayındır Süreç Hemşirelik Eğitim Bülteni, 8, S:55, ss:4, Ankara Ocak-Şubat 2002.

18. Aktürk U.Ö.: Yönetici Hemşirelerin Güçlendirilmesi. Bayındır Hastaneleri Yönetici Hemşire Eğitimi, Bayındır Süreç Hemşirelik Eğitim Bülteni, 8, S:57, s:4, Ankara, Mayıs-Haziran 2002.
19. Alcan Z.: Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Anadolu Matbaası, İstanbul, 2001.
20. Altındış S., Özdemir Ş., Altındış M.: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri. IV. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bilimsel Kitabı, Editör: Haydar Sur, Onur Yarar. 13-16 Nisan 2006, Ölüdeniz-Fethiye, ss:136-146.
21. Arıkan F., Gökçe Ç., Özer C.Z., Köksal C.D.: İş Doyumu ve Hemşirelik. Hemşirelik Forumu, ss:4-10, Ocak-Şubat-Mart-Nisan 2006.
22. Arıkan F., Gökçe Ç., Özer C.Z., Köksal C.D.: Tükenmişlik ve Hemşirelik. Hemşirelik Forumu, ss:14-17, Mayıs-Haziran-Temmuz-Ağustos, 2006.
23. Arıkbay C., Bozkurt R.: Kalite Yönetim Sistemlerine İlişkin ISO 9000:2000 Uluslararası Standartları ve Getirdikleri. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, S:3, ss:83-116, Ankara, 2003.
24. Arkış N.: Kalite Çemberlerinin Amaçları. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Özel Sayı, 2. Basım, ss:155-170, Ankara, 1996.
25. Arıoğlu Ü.: Kalite İnsanı. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Özel Sayı, 2. Basım, ss:25-30, Ankara, 1996.
26. Aslan E.F., Doğan M., Çelik G., ve ark.: Hemşirelik Süreci. 2. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi Sağlık Hizmetleri ve Hemşire , Ebe ve Sağlık Memurları, Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi Yayınları, Antalya, 21-25 Ekim 2001, ss:259.

27. Aslan Ö.: Kıyıların Ötesindeki Hemşirelik. Sendrom Dergisi, 18, S:1, s:99-101, Ocak 2006.
28. Ataay N.A.: Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Faktörünün Yeri Ve Önemi Ve Bir İnceleme, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1994 (Danışman:Prof.Dr.Erol Eren).
29. Atalay M.: Hemşirelik Süreci Sistemi. Hemşirelik Esasları El Kitabı, Editör: Meliha Atalay. Vehbi Koç Vakfı Yayınları-No:8,Birlik Ofset Ltd.Şti., İstanbul, 1997, s:19-24.
30. Atalay M., Dinç L.: Hemşirelikte Temel Kavramlar. Hemşirelik Esasları El Kitabı, Editör: Meliha Atalay. Vehbi Koç Vakfı Yayınları-No:8,Birlik Ofset Ltd.Şti., İstanbul, 1997, s:1-18.
31. Aydın R.: Hemşirelerde İş Doyumu Ve Kişilerarası Çatışmalara Olan Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2000 (Danışman: Yard.Doç.Dr.: Yasemin Kutlu).
32. Bağrıaçık A.: Belgelerle Uygulamalı ISO 9000 Nedir? Nasıl kurulur? 1 Baskı, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul, 1995.
33. Barutçugil İ.: Performans Yönetimi 2. Baskı, Kariyer Yayıncılık, İstanbul Ekim 2002.
34. Baykal Ü.: Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme Ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1994 (Danışman:Uyargil Cavide).
35. Bilgin N.: Endüstri ve Örgüt Psikolojisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Ders Notları, İzmir 1992.

36. Bolat T.: Toplam Kalite Yönetimi (Konaklama İşletmelerinde Uygulanması) 1.Baskı, İstanbul, 2000.
37. Bozkurt R.: ISO 9000 ve Belgelendirme. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Yayını, Özel Sayı, ss:7-45, Ankara 1993.
38. Bozkurt R.: Hizmet Endüstrisinde Kalite. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Yayınları, Özel Sayı, 2. Basım, ss:171-204, Ankara 1996.
39. Bozkurt R.: Örgütsel Mükemmellik Arayışı:Toplam Kalite Yönetimi. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Yayınları, S:1, ss45-73, Ankara 2001.
40. Bozkurt R.: Süreç İyileştirme. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:661, 4. Basım, ss:17, Ankara 2005.
41. Bozkurt R., Eşit C.: Kalite Çemberleri. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Yayın No:662, ss:15, Ankara, 2003.
42. Burgess N.: The Problems With Using ISO 9000 And The Relationship With Total Quality, Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, 135, S:412, ss:141-142, Nisan 1996.
43. Can H., Akgün A., Kavuncubaşı Ş.: Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi 4. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2001.
44. Canbaz S., Sünter T., Dabak Ş., Peşken Y.: Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. Hemşirelik Forumu, ss:31, Temmuz-Ağustos 2005.
45. Charles N.W.: Toplam Kalite Yönetimi'nin Dört Aşaması 1.Baskı, Editör: Celal Seçkin. Çevirenler: Tuncay Birkan, Osman Akınhay. Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1997.

46. Collins J.C., Porras J.I.: Kalıcı Olmak Geleceğin Güçlü Kurumlarını Yaratmak 1.Basım, Çeviri: Zuhâl Çivi. Sistem Yayıncılık “Built To Last”, İstanbul, Şubat 1999, s:192
47. Covey S.R.: Etkili İnsanların Yedi Alışkanlığı 27.Basım, Çeviri: Gönül Suveren, Osman Deniztekin, Varlık Yayınları, İstanbul, Mart 2005, s.151-190.
48. Çam O.: Hemşireleri Mesleki Yaşamları Nasıl Etkiliyor? Tükenmişlik Ne Demektir?. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8, S:1, ss:68, Ocak–Nisan 1992.
49. Çarıkçı İ.H.: Çalışanlardaki Roller Arası Çatışmaların Örgüt Açısından Önemi ve Çeşitli Örgütsel Süreçler Üzerindeki Etkileri. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayınları, 3, ss:119-128, 2002.
- 50.Çarıkçı İ.H., Oksay A.: Doktorlar ve Hemşireler Aynı Ekipte Farklı Tutumlar. Hastane Yönetimi Dergisi, 10, S:1, ss:28-39, Ocak-Şubat-Mart 2006.
51. Çatalca H.: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi 1.Bası, Beta Yayınları, İstanbul, 2003.
52. Çelik C.: Kalite Yönetiminde İnsan Faktörü. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayınları MPM Yayını, Özel Sayı, ss:119-131, 1993.
53. Çetin C., Akın B., Erol V.: Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi (ISO 9000-2000 Revizyonu) İlke Süreç Uygulama, Editör: Canan Çetin, Beta Yayınları 2.Baskı, İstanbul 2001.
54. Çetin C.: Toplam Kalite Yönetiminin Kişisel Gelişime Etkileri. Örgütte Kişisel Gelişim, Editör: A. Esra Aslan. Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti.- No:371, Ankara 2002, s.293-324.

55. Çetin N., Öztürk Y.: Çevre Faktörlerinin Kalite Kontrol Bölümü Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, Özel Sayı, ss:133-139, 1993.
56. Çiçek R., Kara B., Koyuncu K.: Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 3,ss:125-143, 2006.
57. Çoruh. M.: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Ankara Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler Editör:.Mithat Çoruh. 1996, s.3-4.
58. Çoruh M.: Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2, S:4, ss:4, Ocak 1998.
59. Dadan K.: Üç Farklı Statüde Hizmet Veren Hastanede Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005 (Danışman: Prof.Dr.Ayşe Kaypmaz).
60. Dağ C.:Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Yaklaşımı, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002 (Danışman Doç.Dr. A. Zeynep Düren).
61. Darr Kurt ve Jonathan S. Rakich.; Hospital Organization and (Text and Readings), Health professions Press, Baltimore Maryland:1988,s.2.
62. Deming W.E.:Krizden Çıkış, Çeviren:Cem Akaş, Kalder Yayını, İstanbul 1996, s.140.
63. Demir A.: Hemşirelerin Tükenmişlik (Burnout) Düzeyleri Ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6, S:1-2, ss: 35, Ocak-Aralık 1999.

64. Demir Y., Eşer İ.: Hasta Ve Hemşirelik Bakımını Algılamaları. Çınar Dergisi, 9, S:2, ss: 33 -37, Temmuz 2003.
65. Doğan K.N.: Hemşirelik Hizmetleri ve Enfeksiyonların Önlenmesi Sunusu, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu SANERC ve Hasta Güvenliği Derneği ,İstanbul 2006.
66. Donabedian A.:The Role Of Outcomes in Quality Assesment and Assurance. Quality in Health Care (Theory,Application and Evulation). Editör: Nancy O. Graham, An Aspen Publication, Gaithersburg Marylan:1995, ss.198-209.
67. Donabedian A.: Seven Pillars of Quality. Arch.Pathol, Lab. Med Vol. 114, November, s.1116-1118.
68. Donald A.S., Sanders J.A, Richard H. J. III.M.S., Scott C.F.: ISO 9000 Nedir? Niçin? Nasıl?. Çeviren:Prof.Dr.Gönül Yenersoy. Rota Yayın Yapım Tanıtım Tic. Ltd. Şti., 1998.
69. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi Kopenhag, Avrupa Bölgesi “Herkes İçin Sağlık” Satratejisi Hedefleri, s: 93-94.
70. Efil İ.: İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon 6. Baskı, İstanbul 1999, s.35-37, 215.
71. Efil İ.: Toplam Kalite Yönetimi 6. Baskı, Alfa Aktüel Yayınları, İstanbul 2006.
72. Efil İ.: Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, İstanbul 1999, s :18-19.
73. Ekizler H., Tekin N., Cingi E.M., Engin F., Klinisyen Hemşirelerin Bilimsel Etkinliklere Katılımları ve Yayınları İzleme Durumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4, S:1, ss: 9, Ocak – Haziran 1997.

74. Eleanor J.S., Philip J. D.: Efective Leadership and Management in Nursing, Prentice Hall, Newjersey 2001, ss:137.
75. Engin O., Sevinç A.: Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Konya'da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 3, ss:145-146, 157, 2006.
76. Erbaş A.: Hastane İşletmeciliği , İç Denetim Ve Yönetim Denetiminin İncelenmesi , Dokuzeylül Üniversitesi Aydın Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu, Aydın 1990, ss:8-10.
77. Erdem S.: Küçük ve Orta Boy İşletmelerde Belgelerle Uygulamalı ISO 9000 Nedir? Nalsı Kurulur?, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul 1999.
78. Erdoğan İ.: Hastane Yönetiminde ISO 9000 Standartları. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2, S:5, ss:7, Haziran–Temmuz 1998.
79. Eren E.: Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar) 6.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul Nisan 2003, s:3, 37-50, 117-127.
80. Ersen H.: Topyekün Mükemmelleşme Sürecinde İnsan Kaynakları ve Kalite 2. Baskı, Soyak Yayınları, İstanbul Ağustos 2003.
81. Ertaç S.: Kamu Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Ve sağlık Hizmetlerinde Bir Uygulama, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon,1999 (Danışman: Yrd.Doç. Mehmet Erkan).
82. Esin A.: ISO 9001:2000 Işığında Hizmette Toplam Kalite 1.Baskı, ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık ve İletişim A.Ş.-METU PRESS, Ankara, Nisan 2002.
83. Evrenosoğlu M.N.: Kalitede Eğitim. 4.Ulusal Kalite Kongresi, TÜSİAD Yayınları, İstanbul, 1995.

84. Eyüpoğlu B.: Bir Sağlık İşletmesinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı İçin Öngördüğü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 1999.
85. Fadıloğlu Ç., Özbayır T., Özsoy S.A., Saruhan A.: Hemşireliğin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8, S:1, ss:7, 1992.
86. Fındıkçı İ.:İnsan Kaynakları Yönetimi 2. Baskı, Alfa Yayınları, İstanbul Nisan 2000, s:59-79, 241-247, 369-406.
87. F.L.Wolper., J.P.Pena .:History of Hospitals. Editör: F.L.Wolper. Health Care Administration:Principles, Practices, Structures and Delivery, Maryland Aspon Publication:1995, s.3-14.
88. Gün Ö.: Proseslerin Yönetimi, Etkileşimi ve İyileştirme Teknikleri. Türk Standartlar Enstitüsü Personel Belgelendirme Müdürlüğü, S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Notları, 28-29 Aralık 2005 , s.5.
89. Haddock C.C., Nosky C. F. Crayton A Jr., Kurz R.S.: The Impact of CQI on Human Resources Management. Hospital & Health Services Administration, 40,1, ABI / INFORM Global, Spring 1995, pg: 139.
90. Halis M.: Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO-9000 Kalite Güvence Sistemleri ISO-9002 Kalite Belgesi Çalışmaları 1.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, Ekim 2000, s.37,135 ,197-201.
- 91.Hemser A.: Kalite Çemberi Uygulamaları. Hastane Yönetimi Dergisi, 1 , S:3, ss:11, Kasım 1997.
92. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Kursu Ders Notları, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu SANERC, İstanbul, 2007.

- 93.Herdman E.A.: Etkin Hemşirelik Uygulamaları ve Hastadaki Sonuçları, Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulaması:Çocuklarda Acı Ve Üzüntünün Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Sempozyumu Sunusu, SANERC, İstanbul, 22-23 Eylül 2005.
- 94.Hırka N.: Bayındır Hastaneleri Ankara 7 Kavaklıdere’de Uygulanmakta Olan Oryantasyon Programına Genel Bir Bakış. Bayındır Hastanesi Süreç Hemşire Eğitim Bülteni, 8, S:58, ss:4, Ankara, Temmuz-Ekim 2002.
- 95.İbicioğlu H.: İşletmelerde Departmanlar Arası Çatışmaların Kaynakları ve İşletme Performansına Etkilerine İlişkin Göller Bölgesinde Bir Araştırma, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 1, ss:99, 2001.
96. İlgar L.: İşgören Performansının İşletmenin Toplam Faktör Verimliliği Üzerindeki Etkisinin İstanbul Deri Sanayinde Faaliyet Gösteren İşletmelerde Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1994 (Danışman: Doç.Dr. HünerŞencan).
- 97.İnan Ö., Koparal C., Berberoğlu G.: Yönetim ve Organizasyon. Editör: Prof.Dr. İnan Özalp. Anadolu Üniversitesi İktisat İşletme Fakültesi Ders Kitapları Yayın No:15, Web-Ofset, Eskişehir, 2001.
- 98.İncir G.: Motivasyonu Uyaran Belli Bir Lider Kişilik Yapısından Yada Belli Bir Lider Davranış Biçiminden Söz Edilebilir Mi?. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 2, ss:31-45, 2001.
- 99.İncir G.: Motivasyon Modellerinde Son Gelişmeler, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 3, ss:69-70, 2002.
- 100.İyigün E., Taştan S.: Hemşirelik İmajının Geliştirilmesi, Sendrom Dergisi, 17, S:9, ss:101-102, Eylül 2005.
- 101.İzmen B.: Akreditasyon Nedir ve Faydaları Nelerdir?. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6, S:2, ss:50, Nisan–Mayıs– Haziran 2002.

- 102.J.M.Juran.Juran's Quality Control Handbook. Fourth Edition, Mc Graw –Hill Book Co., Singapore 1988, pg:.2.
103. K-Q TSE-ISO-EN 9000, Türk Standartları Enstitüsü, TS-EN-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notları, s.18.
104. Kasa H.: Toplam Kalite Yönetimi Ve Sınırları Hastane Yönetiminde Uyulanması Olanağı. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 3, S:1, ss:9-10, Ocak 1999.
- 105.Katz J., Gren E.: Kalite Yönetimi Hemşirelik Hizmetlerinin değerlendirilmesi ve Kontrol Edilmesinde Bir Rehber, Özet ve Çeviri: Alcan Zehra, Ankara, 1998.
106. Kavrakoğlu İ.:Toplam Kalite Yönetimi 4.Basım, Kalder Yayınları Rekabetçi Yönetim Dizisi, 3, ss:47, İstanbul, 1998.
107. Kavuncubaşı Ş.: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, Mart 2000.
108. Khorshid L.,Tulum Y.: Hemşirelik Uygulamalarında Teknoloji ve Hümanizm. Sendrom Dergisi, 17, S:7, ss:99, Temmuz 2005.
109. Kısaer H.: Sağlık Sektörü, Kalkınma ve Verimlilik. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 2, ss:100, 2003.
110. Kocaman G.: Uluslar Arası Hemşireler Birliği (ICN) Temasına Yaklaşımlar Hemşirelikte Kalite Güvenliği Çalışma Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,1, S:2, ss:38, Temmuz 1994.
111. Kocaman G.:Toplam Kalite Yönetimi. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı 1.Baskı, Editör:Prof.Dr. Gülten Uyar. Vehbi Koç Vakfı Yayınları –No:15, Birlik Ofset Ltd.Şti., İstanbul, 1996, s.140-141.

112. Koçel T.:İşetme Yöneticiliği Yönetim ve Organizasyon Organizasyonlarda Davranış Klasik –Modern ve Güncel Yaklaşımlar 10.Baskı, Arıkan Yayınları, İstanbul, Ekim 2005, s. 234-255, 637.
- 113.Köksal A.: Hastane Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik. Ekonomik ve Teknik Dergi Standart, 43, S:516, ss:79, Aralık 2004.
114. Kömürcü N.: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Kursu Sunusu, SANERC, İstanbul, 2007.
115. Köşgeroğlu N.: Hemşireliğin Felsefesi. Sendrom Dergisi, 18, S:5, ss:90, Mayıs 2006.
116. Kuğuoğlu S., Kürtüncü M.: Sağlıkın Geliştirilmesi Ve Korunmasında Hemşirelik Stratejileri. Sendrom Dergisi, 17, S:12, ss:84, Aralık 2005.
117. Lee T.H.: Toplam Kalite Yönetimi ve Liderlik. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınlar, Özel Sayı, 2. Basım, ss:17, 1996.
118. Manuel D.F.: Two Faces of the Same COIN Quality and Leadership (Madolyonun İki Yüzü Olarak Kalite ve Liderlik) TSE Ekonomik ve Teknik Dergi Standart, yıl 35, S:412 , ss:133, Nisan 1996.
119. Marşap A.: Organizasyonlarda Toplam Kalite Yönetiminin Başarılması, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları 2. Basım, Özel Sayı, ss:137, 1996.
120. Muhlis H.: Paradigmadan Uygulamaya TKY ve ISO-9000 KGS'leri ISO-9002 Kalite Belgesi Çalışmaları, 2000, s .173-176, 235-236.
121. Neil A. M., Douglas W.V.: Product Quality Alignment and Business Unit Performance. Product Innovation Management, Volume 18, Number 6, ss:396-407, November 2001.

122. Oğuz O., Oktay A., Ayhan H.: 21. Yüzyılda Eğitim Ve Türk Eğitim Sistemi 2. Basım, Değerler Eğitim Merkezi Yayınları, İstanbul, Ağustos 2004, s.172-173.
123. Okuyucuya Mektup, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Özel Sayı , ss:5-6, Ankara 1995.
124. Onay İ., Koroğlu A.: Toplam Kalite ve Müşteri İçin Üstün Değer Yönetimi, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları 2. Basım, Özel Sayı, s:109.
125. Orçunus A.R.: Rekabetçi Yönetim ve TÜSİAD–KALDER Toplam Kalite Modeli, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayını 2. Basım, Özel Sayı , ss:81, 1996.
126. Özdemir I.: Hemşirelikte Liderlik, Motivasyon, İş Tatmini ve Hastane Sektörüne Yönelik Bir Tatmin Araştırması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989 (Danışman: Dr. Tanıl Kılınç).
127. Özer M.: Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kalite. Hemşirelik Formu, 6, S:4, ss:44-47, Temmuz-Ağustos 2003.
128. Özgülbaş N.: Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Ölçümü ve Finansal Performansı Arttırmak İçin Kullanılacak Stratejiler. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 3, ss:136-137, 2005.
129. Öztürk N.: Toplam Kalite Yönetiminde Motivasyon , Eğitim ve Katılımın Önemi. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, Özel Sayı, ss:61-62, 1993.
130. Öztürk H., Oktay S.: Hemşirelerin Motivasyon Ve Performans Düzeyleri. Modern Hastane Yönetim Dergisi, 8, S:2, ss:19-36, Nisan –Mayıs-Haziran 2004.
131. Pakdil F.: Deming,Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, S:3, ss:37-40, Ankara, 2003.

132. Peker Ö.: Toplam Kalite Yönetimi ve TS-ISO 9000 Standartları. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayını, Özel Sayı, ss:48-49, Ankara,1993.
133. Pektekin Ç.:Hemşirelik Bakımının Kalite Güvenliğinin Sağlanması, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bülteni, 5, S:19 , ss:15-16, İstanbul, 1991.
- 134.Peşkirçioğlu N.: Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvencesi Ve Sağlık Hizmetlerine Uygulanması. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayınları, Özel Sayı, ss:148, 1993.
- 135.. Peşkirçioğlu N.: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1, S:1, ss:59, Ocak 1994.
136. Peşkirçioğlu N.: Toplam Kalite Yönetimi ve Katılımcılık. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayınları 2. Basım, Özel Sayı , ss:34-35, 1996.
137. Prokopenko J.: Verimlilik Yönetimi Uygulamalı Elkitabı 5. Baskı, International Labour Office. Çeviri: Baykal Olcay, Atalay Nevda, Fidan Erdemir. Milli Produktivite Merkezi Yayınları , Yayın No: 476, Ankara 2003 , s. 208 – 210.
138. Sabuncuoğlu Z.: İnsan Kaynakları Yönetimi1.Baskı, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa, Eylül 2000, ss:113.
139. Salvage J.: Nursing in Action Streghtening Nursing and Midwifery To Support Health For All. Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Çeviri Editör:Saadet Ülker. Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995, s.8-10.
140. Saraç Ö.: Kamu Yönetiminde Toplam Kalite. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayını , 4, ss:54, 2001.

141. Sarıkaya N.: Toplam Kalite Yönetimi Kalite Süreç Müşteri Tatmini Maliyet 1. Baskı, Sakarya Kitabevi , Sakarya, 2003, s.26-24.
142. Sarıkaya N.:Toplam Kalite Yönetimi 1. Baskı, Sakarya Kitabevi, Sakarya Aralık 2003.
143. Seren Ş.: Hemşirelikte Otonomi. 1. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi 2000' li Yıllarda Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Sorunları, Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi Yayınları, 04-07 Mayıs 2000, ss:228-231.
144. Seren Ş.: Hastanelerde Yaşanan Değişim Sürecinde Hemşirelerin Rolü. Hastane Yönetimi Dergisi, ss:41, Temmuz-Ağustos-Eylül, 2005.
145. Seren Ş.:Değişime Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Değişim İle Örgüt Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul 2005 (Danışman:Yard.Doç. Ülkü Baykal).
146. Seren Ş., Baykal Ü.: Özel Bir Hastanede Hemşirelik Personeli Yönetiminin İyileştirilmesine Yönelik Bir Uygulama: Hemşirelik Personeli El Kitapçığının Geliştirilmesi, Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bülteni, XIII, S:51,ss:67-68, 2003.
147. Sertkaya Ö.: Bayındır Süreç Hemşirelik Eğitim Bülteni, S:37, , s :3-4, Ankara Ocak-Şubat 1999.
148. Suiçmez H.: (Tarihsel ve Güncel Bakışla) Etkinlik ve Verimlilik Terimleri, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, S:3, ss:22, Ankara, 2003.

149. Sunar H.: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Toplam Kalite Yönetimi'ne İlişkin Bir Plan Önerisi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1998
(Danışman: Prof.Dr. Cavide Uyargil).
150. Sur H.: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Felsefesi ve Yaklaşımı Sunumu, Van, Aralık 2006.
151. Şahin İ., Eriğüç G.: SSK Hastaneleri Yönetici Hemşirelerinin Liderlik Tarzlarının Yönetim Gözeneği Yaklaşımına Göre Belirlenmesi, Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Merkezi Yayını, 4, ss:139, 2001.
152. Şahin Ü.: Hastane İşletmeciliğinde Kalite. Editör:Nurullah Uçkun, Eskişehir, 1999, s. 23-24
153. Şimşek M.: Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü. Editör: Süreyya Sağlam. Babıali Kültür Yayıncılığı No:27, İstanbul, 2002.
154. Şimşek M.:Toplam Kalite Yönetimi 4.Basım, Alfa Yayınları, İstanbul, Şubat 2004.
155. Tan S.: Toplam Kalite ve Verimsizlik. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Merkezi Yayını, Özel Sayı, s.15,16, Ankara, 1995.
156. Tan S.: Toplam Kalite ve Verimsizlik. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayınları, Özel Sayı, 2.Basım, ss:7, 1996.
157. Tarcan M.: Sağlık Kurumlarında Performans Ölçüm Kriterleri: Gözden Geçirme ve Araştırma Önerileri. Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayınları, 2, ss:101, 2006.

158. Tekin D.E.: Özel Bir Hastanede Hemşirelik Personeli Devir Hızının Hemşirelerin İş Doyumuyla İlişkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001 (Danışman: Yard.Doç. Ülkü Baykal).
159. Tekin D.E., Baykal Ü.: Özel Bir Hastanede Hemşirelik Personeli Devir Hızının Hemşirelerin İş Doyumuyla İlişkisinin Araştırılması, Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bülteni, 13, S:53, ss:86-87, 2004.
160. Tevrüz S.: Güdülenme Örgütte Kişisel Gelişim. Editör:Aslan A. Esra. Nobel Yayınları, Ankara Eylül 2002, s:96.
- 161 . Tezcan N.: Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Ve Etimesgut Hava Hastanesinde Personel Motivasyonunun Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000 (Danışman:Prof.Dr. Sevinç Üreten).
162. The İmplementation of Quality Management İn Hospitals, Health Care Management Rewiew; Fall 1995; 20, 4; ABI/INFORM Global, pg.7.
163. Tınaz P.: Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar1. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul Aralık 2005, s.12-18, 115.
164. Tümer S.: Toplam Kalite Yönetiminde Kuruluş Organizasyon Yapısı, Verimlilik Dergisi Milli Produktivite Yayınları, Özel Sayı, ss:41, 1996.
165. Türk Psikologlar Derneği, KalDer Kalite Derneği. Endüstri ve Örgüt Psikolojisi, Editör Suna Tevrüz, 2.Baskı, Ankara 1997, ss:33-41.
166. Türk Standartları Enstitüsü, TS-EN-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notu, s.3.

167. Türk Standartları Enstitüsü, Kalite Yönetim Sistemleri İç Tetkik Eğitim Notu, s.9-10 .
168. Türk Standartları Enstitüsü, Performans Değerlendirilmesi Ders Notları, Ankara Mayıs, 2002, s.2.
169. Türk Standartları Enstitüsü Personel Belgelendirme Müdürlüğü, Müşteri Memnuniyeti Ders Notları, Ankara, Mayıs 2002, s.5.
170. Türkmen İ.: Toplam Kalite Yönetimine Geçiş ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, Özel Sayı 2. Basım, 1996, s.146.
171. Tütüncü Ö., Güner G., Gidener S.: Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon: Dokuz Eylül Üniversitesi Yüksek Lisans Program Önerisi, IV. Ulusal Sağlık Kuruluşları Kongresi Bilimsel Kitabı, Fethiye, 13-16 Nisan 2006 , ss:75.
172. Ülger B.: Yönetimde Modernizasyonu Hedefleyen Bir Uygulama Olarak “Corporate Governance” Sistemi ve Kurumsal İtibara Etkisi. Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayını, 4, ss:79, 2001.
173. Ünsar S., Taştan İ., Ünsar S., Dindar İ.: İş Tatmin Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler: Sağlık Sektöründe Bir Alan Araştırması, Verimlilik Dergisi Milli Prodüktivite Yayınları, 2, ss:135, 2006.
174. Üstünsöz A.:Tarihsel Gelişim Sürecinde Hemşirelik İmajı, Sendrom Dergisi, 18, S:4 , ss:95- 96, Nisan 2006.
175. Williams S.: Journal of Nursing Care Quality. Kalite ve Bakım: Hasta Algıları, Çeviri: Özge Sertkaya, Bayındır Süreç Hemşirelik Eğitim Bülteni, S:37, ss:5, Ocak-Şubat 1999.

176. Yee –Ching Lilian Chan, Shih – Jen Kathy Ho, Continuous Improvement: A Survey of American and Canadian Healthcare Executives, Hospital & Health Services Administration; Winter 1997; 42; 4; ABI/INFORM Globa pg:543,532.

177.Yorulmaz M.: Kalite Güvenliği ve Hemşirelik, Hemşirelik Formu, 4, S:4-5 , ss:6-9, Temmuz –Ekim 2001.

178. Yıldırım A.: Profesyonel Hemşirelik Uygulamaları Üstüne, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, XII, S:48, ss:XX, yayın no:4337, İstanbul, 2002.

179. Yılmaztürk M.H.: Özel Sağlık Kuruluşları Yönetiminde “ Müşteri Odaklılık” Ve Bir Model Önerisi, İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001 (Danışman: Yard.Doç.Dr. Cem Dikmen).

10. ÖZGEÇMİŞ

Z. Irmak Kurt; ilk, orta ve lise öğrenimini Adana'da tamamladıktan sonra lisans öğrenimini İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda tamamlamıştır. Kocaeli Üniversitesi Jeofizik Mühendisliği bölümünü kazanmış fakat o dönemde yaşanan depremden dolayı okulunu bitirememiştir. Halen, Anadolu Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi bölümü öğrencisidir. Aksaray Vatan Hastanesi, İstanbul Üniversitesi (Çapa) Tıp Fakültesi, Haseki Kardiyoloji Enstitüsünde yoğun bakım ve servis hemşiresi olarak çalışmış kadrolu olarak atandığı SSK İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Koroner Yoğun Bakım, Anestezi, Acil, Periton Diyaliz ve Hemodiyaliz hemşiresi olarak çalışmıştır. Evlendikten sonra SSK Edirne Bölge Hastanesi'nde Acil Servis sorumlu hemşiresi olarak çalışmıştır. Şu anda, SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Merkez Poliklinik Sorumlu hemşiresi olarak çalışmaktadır. İlgi alanları; Kalite Yönetimi, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarının Yönetimi, Yönetim Bilişim Sistemleri olup İngilizce bilmektedir. Bisiklete binmek, voleybol, tenis ve yüzmek zevk alarak yaptığı sporlardır.

724



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

29/09/2006

SAYI :SG.B104İSM.4344743/925
KONU :Anket İzni (Z.Irmak KURT)

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Z.Irmak KURT'un "Kalite Yönetimi Uygulayan Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışma anketini 22/09/2006 tarih ve 717 sayılı yazınızda belirttiğiniz kurumlarımızda uygulama talebi uygun görülmüştür. İlgili kurumlarımıza üst yazı gönderilmiş olup, üst yazı ve protokol örneği ektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

- EK: 1. Protokol Fotokopisi (1 adet – 1 sayfa)
2. Yazı (11adet – 11sayfa)

HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
Gelen Evrak
Tarih: 20.10.2006
Sayı: 11651

Ek 5

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Haliç Üniversitesi H.Y.O.
Üniversitesi/Hastanesi

Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Ye. d. Aile. Göz. Hastalıkları Fk. Ar. 7.0. yıl, Rndk. F. Z. K. Ted., Bakırköy S. S. S. Kanak, Paşa bahçe D. H., Eyyup D. H., İst. Ep. Ar. Ç. Z. K. Erenköy F. Z. K.
Çalışmanın adı: Klinik Yabancı Milyon Hastanelerle Gelen Hastaların Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler 2. İsmail KURT dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 05. 10. 06 / Bitiş 15. 05. 07

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü 3. ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

29.09/2006
Ünvanı-Adı-Soyadı

2. İsmail KURT



OLUR
29.09/2006
Vali a.
Uz. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdürü Yekili

OLUR

29.09/2006

Vali a.

Uz. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdürü Yekili

29.09/2006

Ünvanı-Adı-Soyadı

J. E. Nurgül KÖKSAL AYŞE

