



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



BİR ÖZEL HASTANENİN MİKNATIS HASTANE STANDARTLARINA UYGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ

Kübra TEKAYAK

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA

2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÖZEL HASTANENİN MIKNATIS HASTANE
STANDARTLARINA UYGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ

Kübra TEKAYAK

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA
2021

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Bir Özel Hastanenin Mıknatıs Hastane Standartlarına Uygunluğunun Belirlenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Kübra TEKAYAK

Tarih:27.09.2021

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında Kübra TEKAYAK tarafından hazırlanan “Bir Özel Hastanenin Mıknatıs Hastane Standartlarına Uygunluğunun Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:27.09.2021

İmza

Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN

Ankara Üniversitesi

Jüri Başkanı

İmza

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

Ankara Üniversitesi

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Okan ÖZKAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Fügen AKTAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	viii
1.GİRİŞ	1
1.1. Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Kalitesi ve İyileştirilmesi	5
1.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon	8
1.2.1. Akreditasyon ve Hemşirelik Bakım Hizmetleri	11
1.3. Mıknatıs Hastane ve Özellikleri	15
1.4. Hastanelerde Mıknatıs Onaylama Programı	19
1.4.1. Hastanelerde Mıknatıs Onaylama Programının Faydaları	25
1.4.2. Hastanelerde Mıknatıs Onaylama Program Süreci	25
1.5. Mıknatıs Hastane Programına Etki Eden Faktörler	28
1.5.1. Yönetim	30
1.5.2. Profesyonel Hemşirelik Uygulamaları	32
1.5.3. Profesyonel Gelişim	34
2. GEREÇ VE YÖNTEM	36
2.1. Araştırmanın Amacı	36
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	36
2.3. Araştırmanın Türü	37
2.4. Veri Toplama Araçları	37
2.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme	40
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
2.7. İzinler	41
2.8. Araştırmanın Hipotezleri	41
3. BULGULAR	47
3.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulguları	47
3.2. Ölçek İfadelerine Yönelik Elde Edilen Yönelik Bulgular	49
4.TARTIŞMA	71
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	81
5.1.Sonuçlar	81
5.2. Öneriler	85
5.2.1.Araştırma Bulgularına İlişkin Öneriler	85
5.2.2. Araştırma Sonuçlarına Göre Genel Öneriler	87
ÖZET	89
SUMMARY	90
KAYNAKLAR	91

EKLER	102
EK-1 Anket Formu	102
EK-2 Mıknatıs Hastane Ölçeği Kullanım İzni	107
EK-3 Etik Kurul Kararı	108
EK-4 Kurum İzni	109
ÖZGEÇMİŞ	110



ÖNSÖZ

Mıknatıs hastaneler, yüksek kaliteli hasta bakımı veren, mükemmel hemşirelik uygulamaları olan, nitelikli hemşirelerin kurumda kalmalarını sağlayan, gelişmiş hasta bakım sonuçları ve kanıta dayalı uygulamaları olan hastaneler olarak bilinmektedir. Hasta bakımı ve hemşirelik hizmetlerinin mükemmelleştirilmesi, hiyerarşinin azaltılması, hemşire otonomilerinin yükselmesi, katılımcı yönetim anlayışının yaygınlaştırılması, personel eğitiminin önem kazanması, hekim-hemşire iletişiminin artması ile iş birliğinin daha etkili hale gelmesiyle birlikte mıknatıs hastane kavramının kurum ve kişiler üzerindeki etkisi önem kazanmaya başlamıştır. Konu ile ilgili araştırmalar ilerledikçe, kurumlar açısından çalışma koşulları, hemşirelik otonomisi, meslekler arası iş birliği ve iletişim, etkili hemşire yöneticiliği algısı farkındalığının arttığı belirlenmiştir.

Bu araştırmanın amacı; bir özel hastanede görev yapan hemşirelerin bağlı bulundukları kurumun mıknatıs hastane olma özelliğine sahip olup olmadığı, mıknatıs hastane özelliklerine göre hastanenin düzeyini saptamaktır. Araştırma için zaman ayırarak katılım sağlayan ve araştırmaya destek olan tüm değerli katılımcılara teşekkür ederim.

Araştırma süresince büyük bir sabırla bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Araştırmanın başlangıç aşamasından itibaren bana yol gösteren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Okan ÖZKAN'a çok teşekkür ederim.

Her koşulda yanımda olan, manevi destekçilerim anneme ve arkadaşlarıma gösterdikleri sabır ve anlayış için çok teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEN	Accreditation Comission for Education in Nursing (Hemşirelik Eğitiminde Akreditasyon Kurumu)
ANA	American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
ANCC	American Nurses Credentialing Center (Amerikan Hemşireleri Akreditasyon Merkezi)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EFQM	Europaean Foundation of Quality Management (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı)
HEPDAK	Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
ISO	International Organization for Standardization (Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu)
ISQua	International Society for Quality in Health Care (Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Kalite Topluluğu)
JCHAO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)
MRP	Magnet Recognition Program (Mıknatıs Tanıma Programı)
n	Araştırmaya Katılan Kişi Sayısı
p	İstatistiksel Anlamlılık Durumu
SANERC	Semahat Arsel Hemşirelik ve Araştırma Merkezi Koç Merkezi
YÖKAK	Yükseköğretim Kalite Kurulu

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1 Amerikan Hemşireler Akreditasyon Merkezinin Belirlediği Manyetizma Kuvvet Türleri.	20
Çizelge 2.1. Hastanenin Mıknatıs Özelliklerinin Belirlenmesi Ölçeğinin Alt Boyutlara Göre Dağılımı.	39
Çizelge 2.2. Normallik Analizi Tablosu.	40
Çizelge 3.1. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı.	47
Çizelge 3.2. Araştırma Grubunun Çalışma Yeri Özelliklerine Göre Dağılımı.	48
Çizelge 3.3. Ölçek İfadelerinin Dağılımı.	49
Çizelge 3.4. Araştırma Grubu Ölçek Puanlarının Dağılımı.	52
Çizelge 3.5. Araştırma Grubunun Yaşa Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	54
Çizelge 3.6. Araştırma Grubunun Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	56
Çizelge 3.7. Araştırma Grubunun Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	58
Çizelge 3.8. Araştırma Grubunun Öğrenim Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	60
Çizelge 3.9. Araştırma Grubunun Toplam Çalışma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	62
Çizelge 3.10. Araştırma Grubunun Kurumda Çalışma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	65
Çizelge 3.11. Araştırma Grubunun Çalışma Birimine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	67
Çizelge 3.12. Araştırma Grubunun Çalışma Düzenine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.	69
Çizelge 3.13. Hipotezlere Ait Kabul/Ret Tablosu.	70

1. GİRİŞ

Sağlık bakım sistemleri; sürekli artan araştırmalar sonucunda yeni politikaların üretilmesi, gelişen teknolojinin sisteme uyarlanması nedeni ile sürekli değişimin bir parçası olmaktadır. Dünya nüfusunun sürekli artış göstermesi sağlık bakım maliyetlerini azaltma yönündeki çabaları da beraberinde getirmekte, hastalığı önleme, birincil izlem ve bakım, hastanede kalış süresinin azaltılması gibi konuları gündeme getirmektedir (Yıldırım ve ark. 2012).

Kişisel sağlığa verilen değerin artması, sağlık hizmetlerinde kalite gereksinimlerinin artması ve sağlık ihtiyacı durumunda seçim hakkına sahip olabilme nedeniyle, sağlık kurumları arasındaki rekabet gün geçtikçe artmaktadır. Hizmet veren kuruluşlarda kaliteyi belirleyen en temel unsur çalışanlardır. Sağlık hizmeti sunan işletmelerin kendine has özellikleri birçok mesleğin bir arada çalışmasını gerektirmektedir (Çelik ve Karaca, 2017; Deveci, 2020). Hemşireler de sundukları bakım hizmetleri ile en çok ihtiyaç duyulan personel grubundadır. Amerika’da 1980’li yıllarda ilk olarak hemşire sayısının yetersiz olması nedeni ile kuruma çekme ve kurumda kalma, çalışma koşullarının iyileştirilmesi üzerine çalışmalar başlatılmıştır. Bu çalışmalar ile American Nurses Association (ANA) tarafından mıkknatis hastane kavramı ortaya çıkarak mıkknatis tanıma programı ile akreditasyon geliştirilmiştir (McClure ve Hinshaw, 2002; Rosenberg, 2008). Mıkknatis tanıma programının amacı, sağlık bakım organizasyonlarını; kaliteli hasta bakımı, hemşirelikte mükemmellik ve profesyonel hemşirelik uygulamalarında yenilik açısından akredite etmek ve geliştirmektir. Adından da anlaşılacağı gibi mıkknatis hastaneler, hemşireleri çeken, hemşirelerin bu organizasyonda yer almak istediği, hemşireler için cazip çalışma ortamına sahip olan organizasyonlardır (Carter 2012; Brady-Scwartz, 2005).

Mıkknatis hastane, hemşirelik bakımında hemşireleri bağımsız ve etkin kılan, hemşirelerin mesleki gelişimlerini destekleyen, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanılmasını sağlayan, pozitif bir çalışma ortamı kazandıran sistemdir. Ayrıca Mıkknatis Standartları sağlık hizmeti sunan tüm hemşirelerin

otonomisini artmasına ve diğer sağlık disiplinlerinin hemşirelik alanına müdahalesini engellemesine neden olmaktadır. Mıknatıs hastane sistemi ile iş doyumunun yüksek olduğu, güvenli bir çalışma ortamının sunulduğu hemşirelerin devir hızını da düşürdüğü ortaya çıkmıştır (Yıldırım ve ark. 2012; Urich ve ark., 2007; Hess ve ark., 2011).

Sağlık hizmeti veren kuruluşların, sağlık hizmeti kullanıcılarının yaşam kalitesine olan etkisi incelendiğinde, çalışma ortamının özellikleri sağlık sektörü açısından önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti almak için başvuran hastaya tedavi aşamasında uzun zaman geçirerek, stresli bir çalışma ortamı ile risk faktörlerinin yüksek olduğu hemşirelerin sağlık durumlarının korunması gerekmektedir. Hemşirelerin çalışma koşulları göz önüne alındığında, çalışma şartlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz yönde etkilenebildikleri araştırmalar ile ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca hemşirelerin çalışma ortamları incelendiğinde, bu ortamların yetersiz olması, verimin düşmesine, hizmet kalitesinin azalmasına ve kurumdan ayrılma isteğine sebep olmaktadır. Çalışma koşulları iyileştirildiği kurumlarda motivasyonun arttığı, işten ayrılmaların azaldığı, kuruma bağlılık ve hizmet kalitesinin iyileştiği belirlenmiştir (Bakoğlu, 2014; Bauman, 2007; Saygılı, 2008).

Kalite, sağlık bakım sürecinin her aşamasında var olması gereken bir unsurdur. Kalite sistemler kurulduktan sonra ele alınan bir kavram değil, sistemin kuruluş sürecinde dikkate alınması gereken sonrasında uygulamada da yer alması gereken bir olgudur. Süreçler hizmetin kalitesinin devamı, uygun raporlama sistemleri, sürekli eğitim, toplumun katılımı, öz değerlendirme, değerlendirme sonuçlarına dayalı gerekli ayarlamaların yapılarak kalite güvencesi yoluyla sürekli olarak değerlendirilmelidir. Sağlık kurumlarının hedefi toplumun sağlıklı yaşamasını sağlamak ve bunu sürdürebilmektir. Hemşirelerin sağlık hizmetlerinin etkin ve etkili bir biçimde yürütülmesinde payı yüksektir. Hemşirelik hizmetlerinin özelliği, verilen hizmetin sürekli bir hizmet olmasıdır (Nural, 1992; Özdemir ve ark., 1998).

Birey yaşamı devam ettiği sürece bakıma gereksinim duymaktadır ve hemşirelik bakım vermeyi sağlayan en önemli mesleklerden birisidir. Hemşirelik, uygulama

alanlarında doğru kararın alınarak ile kaliteli ve güvenli sağlık bakım hizmeti sunmayı gerektirir. Bireyin sağlığının tüm boyutlarının korunması ve geliştirilmesinde bireye yardımcı olarak iyi hemşirelik bakımının sunulması hemşireliğin temel görevi olarak nitelendirilebilir (Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Kocatepe ve ark., 2017). Hemşireliğin bağımsız olduğu rol, bakım verme rolüdür. Bakım, hemşirelik mesleğinin esası olup, hemşirelerin bağımsız oldukları alandır. Tam anlamıyla yerine getirilen hemşirelik bakımı, mesleğin başarı temelini oluşturarak mesleki doyum sağlamaktadır (Okumuş ve Uğur, 2017).

Hemşirelik bakımı, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumunda iyileşmenin sağlanması aşamasında birey için en iyiye ulaşma çabasını ifade etmektedir. Birimoğlu ve Ayaz (2015), bakımın duyuşsal beceri ve teknik beceriden oluştuğunu belirtmişlerdir. Bakım, çevresel faktörleri düzenlemeye ya da yaşam biçimini düzeltmeye, geliştirmeye yönelik hizmettir. Hemşirelerin hasta ihtiyaçlarının karşılanması ve hastanın mümkün olan en yüksek öz bakım derecesine ulaşmasına yardımcı olması için hasta ile doğal ve yapıcı bir ilişki kurması önemlidir. Kaliteli bir bakım için, hemşirelerin bilgi ve beceri bakımından donanımlı olması, mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmesi ve bakımın ahlaki boyutuna duyarlı olması, bakım verdiği bireyleri anlayabilmesi ve duygusal destek sağlaması önemli etkenlerdir (Cerit ve Çoskun, 2017; Johansson ve ark., 2002).

Bakım kalitesini değerlendirirken, standartlarının belirlenerek, değerlendirme ve kontrolün bu standartlara göre yapılması gerekmektedir. Hasta doyumunda önemli olan etmenler, kişiler arası ilişkiler, hizmet verenlerin yeterliliği ve sunulan bakımın kalitesi olarak belirtilmekte ve bakım hizmetlerinin değerlendirilmesine hasta görüşlerinin dahil edilmesinin bakım kalitesini geliştireceği bildirilmektedir (Eşer ve Çevik, 2014).

Örgütsel anlamda güven ortamının düşük olduğu hastanelerde işten ayrılmalar artmakta, ekip çalışması ve sorumluluktan kaçma, iş doyumunu azaldığı için moral ve motivasyon düşerek öğrenme arzusu azalarak, duygusal tükenmişlik seviyeleri yükselmektedir (Laschinger ve ark., 2001). Hemşirelerin kurumda kalma isteklerinin

arttırılması, kuruma bağlılığın yükseltilmesi amacı ile mıkknatis hastane kavramı gündeme gelerek yaygınlaşmaya başlamıştır. Mıkknatis hastaneler hemşireleri kuruma çeken, kurumda kalmalarını sağlayabilen ve sürekli nitelikli hizmet sunumu ile bakımı mükemmelleştiren kurumları ifade etmektedir (Aiken ve ark., 2008; Bauman, 2007; Joyce- McCoach ve Crookes, 2011; Saygılı, 2008).

Sağlık kurumunda görev yapan hemşirelerin kurumda kalma isteğinin arttırılarak motive edilmesi için yapılan uygulamalar kurumun mıkknatis özelliğini arttırabilmektedir (Shearer, 2015). Mıkknatis olma özelliği kurumun bu konu üzerinde çalışma yaparak süreçleri iyileştirmesi ile gerçekleşecek bir durumdur (Hawke, 2004). Sağlık kurumu mıkknatis özelliğine sahip olduğunda yapısal güçlenme sağlandığı için hekim-hemşire iletişiminin arttığı, otonomi seviyesinin yükseldiği, bakım kalitesinin yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi, verimlilik ve performansın artırılması, karar verme ve kararlara katılım seviyesinin yükselmesi, hekim-hemşire iş birliğinin geliştirilmesi benimsenerek kurumun mıkknatis olmasını özendirici hale getirmektedir (Kutney-Lee ve ark., 2015; Laschinger ve ark., 2001). Mıkknatis olmayan hastanelerde hemşire devir hızının ve tükenmişlik oranının yüksek olduğu, bununla birlikte çalışma koşullarının iyi olmadığı belirlenmiştir. Mıkknatis hastanelerde ise hemşirelerin nitelik ve niceliğinin yeterli olduğu, çalışma saatlerinin esnek olarak düzenlendiği, kariyer gelişimlerine fırsat vererek desteklendiği, hekim-hemşire iletişiminin güçlendirildiği, otonomi seviyesinin artırıldığı belirlenmiştir (Armstrong ve Laschinger, 2006).

Bu araştırmanın amacı; bir özel hastanede görev yapan hemşirelerin bağlı bulundukları kurumun mıkknatis hastane olma özelliğine sahip olup olmadığının belirlenmesi, mıkknatis hastane özelliklerine göre hastanenin düzeyinin saptanmasıdır. Araştırma yapılan kurumun yeterli mıkknatis hastane özelliklerini sağlaması, Mıkknatis Tanınma Programına dahil olarak sertifika alabilme olasılığını ortaya çıkarabilir; Türkiye’deki Mıkknatis Hastane sertifikasına sahip ilk hastane olabilir.

Bu çalışmanın ilk bölümde bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, akreditasyon, mıkknatis hastanenin tanımı, mıkknatis tanınma süreci, mıkknatis hastane özellikleri,

mıknatıs tanınma programı incelenmektedir. Araştırmanın ikinci bölümünde, araştırma metodolojisi, üçüncü bölümünde, çalışmanın analizi sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır. Literatür bulguları ile araştırma bulgularının birlikte incelendiği tartışma bölümü araştırmanın dördüncü bölümünü oluşturmaktadır. Sonuçlar ve geliştirilen öneriler ise son bölümde yer almaktadır.

1.1. Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Kalitesi ve İyileştirilmesi

Toplumun ve bireylerin çeşitlenen, gelişen ve farklılaşan sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında hemşireler sorumluluklarını tekrar değerlendirerek işlev ve rollerinde başarılı olabilmektedir. Hastaya bireysel, bilimsel ve teknik anlamda bakım vermek hemşirelerin en büyük sorumluluğudur (Güven, 2007).

Hemşirelerin vermiş olduğu bakım hizmetinin kalite değerlendirilmesi önemlidir. Sağlık hizmetlerinin yeterlilik ve kalite değerlendirmesi açısından dikkate alınan kriterlerden birisi hizmetin sunulduğu hasta ve yakınlarının tatminidir. Hemşirelerin vermiş oldukları bakımın hasta ve yakınları tarafından ne türlü algılandığı, mevcut hastaneyi tekrar tercih edip etmeme, yakınlarına tavsiye edip etmemesi etkili olmaktadır (Karaca ve Durna, 2018). Ertuğrul (2015), bakım algısının; insanların sosyo demografik özellikleri, sağlık hizmeti veya bakımıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaştığını ifade etmiştir. Bakım memnuniyeti; bakım kalitesini belirlemede, tedavi için tercih edeceği kurumu seçmede, tedaviye uyumda ve sağlık hizmeti verenlerle ilişkisinin devamlılığını belirlemede önemli bir güce sahiptir (Aldemir ve ark., 2018).

Sağlıkta bakım kalite standartlarını güvence altına alıp bunların yükselmesi için çaba vermek sağlık sektöründe çalışan her bireyin sorumluluğundadır. Hemşireler bu sorumluluğun mesleki boyutunda yer almaktadır. Alanında profesyonelleşmiş hemşireler, hizmet verdiği kişilerin ihtiyaçlarını tespit edip, tespit edilen ihtiyaçlarına yönelik bakım veren ve bu bakımın sorumluluğunu üstlenmesi gereken bireylerden konumundadır. Bakım hizmetinin güvenilirliği temeli incelendiğinde; hasta başına

düşen hemşire oranının saptanması, insan kaynağının organize edilmesi, kanıta dayalı bakım ve uygulama hizmetlerinin oluşturulmasının yer aldığı görülmektedir. Bakım hizmetlerinin daha kaliteli olması isteniyorsa bakım için yeterli sayıda ve kalifiye hemşire bulundurmak gereklidir (Okumuş, 1992).

Bakım kalitesini değerlendirmek için iki yöntem belirlenmiştir. İlk yöntem, bakım standartlarının belirlenerek, değerlendirme ve kontrolün standartlara göre yapılmasıdır. Diğer yöntem, hasta memnuniyet anketlerinin uygulanması ve hasta şikayetlerinin izlenmesidir (Eşer ve Çevik, 2014). Aiken ve ark. (2012), hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından bakım kalitesi ile hemşire çalışma ortamının ilişkisinin araştırılması gerektiğini ifade etmektedir. Hemşirelerin çalışma ortamı, profesyonel hemşirelik uygulamalarını gerekli önemi veren çalışma ortamının örgütsel özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Olumlu çalışma ortamı olarak adlandırılan bu örgütsel özellikler; yeterli sayı ve nitelikte çalışan bulundurulması, hemşirelerin mesleki gelişimlerini ve otonomisini kullanmasına olanak sağlanması, sağlık ekibi ve hemşireler arasındaki ekip iletişimi ve iş birliğinin desteklenmesi, hemşirelerin liderlik ve yönetime katılımının sağlanması şeklinde açıklanmaktadır (Aiken ve Fagin, 2018; Kocaman ve ark.,2018; Lake, 2007; Swiger ve ark.,2017). Ryan ve ark. (2017), hemşirelerin bakım kalitesi algısını; liderlik, yeterli insan gücü ve kaynak sağlama, zaman ayırma, etkili iletişim ve iş birliği, profesyonellik, ilişki temelli bakım, çevre/kültür, kolaylaştırıcı yaklaşım, çıktılar ve hasta deneyimi kavramlarının etkilediğini belirtmektedir.

Klinik hemşire sunduğu hizmetin kalitesine önem vererek, standartları belirleyip sunmuş olduğu hizmetin denetimini sağlayarak değerlendirebilmektedir (Şahin, 1999). Hemşirelik bakımının kalitesinin iyileştirilmesinden öncelikle hemşireler sorumludur. Hemşirelik hizmetleri yöneticileri kalite güvencesi programının yapılması ve uygulanmasında en önemli konumdadır. Kaynakların oluşturulması, ortamın hazırlanması onların sorumluluğundadır. Bunun yanında eğitici hemşireler bu konuda hemşirelerin eğitilmesi ve değişime hazırlanmasında ve yöneticilerle birlikte çalışmalara liderlik yapmak konusunda önemli rol oynamaktadır. Hemşireler doğrudan hizmeti sunan kişiler olarak hizmetin kalitesini etkilemektedir (Aksoy, 2001; Alpman,

1999).

Sağlık bakımında beklenen kalitenin sağlanmasında yazılı standartlar önemlidir. Standartlar kuralları, hareketleri ve durumları tanımlar. Bunlar yapı standartlarıdır. Yapı standartları, hizmetin arzu edilen düzeyde olmasını sağlamada alt yapı şartlarıdır. Yapı standartları kavramı istenildiği gibi değiştirilemez ve hakkında tartışılmaz. Uygulamanın nasıl yapılacağı ise süreç standartları olarak tanımlanır. Talimatlar, prosedürler, bakım planları ve protokoller süreç standartları içerisinde yer alır. İstenilen sonuçlara ulaşip istenilmeyen sonuçların önüne geçebilmek için ise sonuç standartları kullanılır. Sonuç ve süreç standartları birbirinden ayrılmayan bir bütünün parçalarıdır. Hastalar, sistemler ve personel için belirlenmesi gereken standartlarda, hastalara nasıl bir hizmet sunulacağı, çalışanların iş görmelerinin nasıl olacağını ve bu sistemlerin nasıl yürütüleceği belirlenmelidir (Alcan, 2004).

ANA, hemşirelik duyarlı kalite göstergelerini yapı, süreç ve hemşirelik bakım sonuçları olmak üzere 3 başlıkta toplamıştır. Kurumda çalışan hemşire sayısı, çalışan hemşirelerin sahip olduğu beceri ve sertifikalar vb. belgeler yapı standartlarına örnektir. Hemşirelerde iş doyumunun sağlanması yapılan girişimler ve tanılar süreç standartlarındandır. Hastalara verilebilecek en iyi bakım ANA tarafından hemşirelikte kaliteyi tanımlamaktadır. Joint Comission International'a (JCI) göre ise, hemşirelikte kalite, hastaya verilen bakımının uygun olup olmadığı ve bunun sistematik ve tarafsız bir biçimde kalitesinin değerlendirilip kontrol edilmesidir. Kalite güvencesi denildiğinde; süreçlerin ve sonuçların da kalitesini teminat altına almak ve bunu sürekli iyileştirme yaparak korumak ve geliştirmek akla gelmektedir (Alcan, 2004; Sönmez, 2019).

Sağlık bakımında kalite, genel anlamda sağlık sistemindeki her şeyi iyileştirmeyi ve günümüz hemşirelik koşulları ve standartlarını geliştirmeyi kapsar. Hemşirelik uygulamalarında hastaların sağlığa ulaştırılmasına ek olarak verilen bakımda en yüksek düzeyde faydaya ulaşabilmek için de standardizasyon işlemi yapılmalıdır. İşe standart oluşturmaktan öte, hastaların ve çalışanların tam olarak neye ihtiyacı olduğu saptanarak başlanmalıdır (Aiken ve ark., 2000).

Hemşirelik bakımını standartlaştırma amaçları; meslek üyelerinin hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi alışverişlerini ve anlaşmalarını kolaylaştırmak; uygulanan bakım hizmetlerinde işgücü, malzeme, zaman vb. faktörlerden en üst düzeyde ekonomi sağlamak (hemşire çıkarları); kaliteli hizmet üreterek hasta çıkarlarını gözetmek ve insanın sağlık ve güvenliğini korumak olarak sıralanabilir .Söz konusu standartların, saptanan hedeflere ulaşmada iyi bir kriter olabilmesi için bir otorite tarafından saptanması, ilkelere dayalı olması, işlevlere açıklık getirmesi, amaca uygun, ulaşılabilir, uygulayıcılar tarafından kabul edilebilir, açık, seçik, yorumlanabilir, esnek, yeni kavram ve uygulamalara dayalı, ana gelişmeleri hedef alan yapıcılığa yer veren, hemşirelik hizmetlerinin nicelik ve niteliğini değerlendirici, özellikle sürekli değerlendirme ve değişikliğe yer verici nitelikte olması gerekir (Gökdoğan, 1992; Güven, 2007).

Bakım standartları oluşturmak, kaliteyi arttırmak, bakım programları iyileştirilmek için belirli kuruluşlar çalışmalar yapmakta ve akredite ederek sertifika programı geliştirmektedir. Mıknatıs Tanınma Programı ile hemşirelerin çalışma ortamı, bakım kalitesi ve iyileştirmeleri, otonomileri, yeterlilikleri, hekim- hemşire iletişimi konularında standartlar geliştirilmiştir. Hemşireler hasta bakımını tüm klinik yönleri üzerinde söz sahibi olmalı ve standartların gelişimi ve denetim sürecinde profesyonelce yer almalıdır. Sağlık hizmeti sunan tüm disiplinlerin (hemşire, doktor, laborant, diyetisyen vb.) eğitim, öğretim ve yönetim alanında görüş birliği içinde standardizasyon oluşturmaları gerekmektedir (Gömbül, 1993).

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon

Kalite standartları doğrultusunda yetkili ve bağımsız kurum tarafından mal veya hizmetlerin değerlendirilerek, kurumsal imajın artırılması ve rekabet gücü kazandırılması amacı ile belirlenen standartlara uygun hale getirilerek değerlendirilmesi günümüzde artış göstermektedir. Akreditasyon kuruluşları öncelikle üretim sektöründe daha sonra hizmet sektöründe standartlar belirleyerek değerlendirme çalışmaları yapmışlardır (Sönmez, 2019). Akreditasyon, sağlık sisteminin

değerlendirilmesinde ve süreçlerin iyileştirilmesinde, bakım kalitesinin artırılmasında önemli bir kriter haline gelmiştir (Shaw ve ark., 2010).

Akreditasyon, ‘‘bir kuruluşun, önceden belirlenmiş standartlara uygunluğunun, genel geçer kabul gören bağımsız bir dış kuruluş tarafından değerlendirilerek standartlara uygun olduğunun onaylandığı resmi bir süreç’’ olarak tanımlanabilir (Shaw, 2004). Uygunluk değerlendirmede akreditasyonu gerçekleştiren kuruluş belli standartları ve kriterleri göz önünde bulundurmaktadır. Bu yeterlilik ve uygunluk kriterleri sektörlere özel, bölgesel ve uluslararası kabul görmüş rehberler doğrultusunda belirlenmiştir (Shaw ve ark., 2010).

Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu önceden ilgili alanlara özgü olarak oluşturulmuş prosedürleri, kurumun fiziksel yapısını, idari süreçleri, bakım süreçlerini ve finansal güçleri kapsar. Bazı akreditasyon programları sağlık kurumlarının tümünü baz alırken, bazı akreditasyon programları ise sadece bir alanı akredite edebilirler (Shaw, 2004; Vlasceanu ve ark., 2004). International Standardization Organization (ISO), European Foundation of Quality Management (EFQM) vb. sağlık bakım kalitesinin iyileştirilmesi amacı ile değerlendirici olan duruluşlardır (Melo, 2016; Rooney ve Ostenberg, 1999). Akredite eden kurum, belirlediği standartlara uygun olup olmadığını yine kendi belirledikleri zaman aralıklarında denetim yaparak kontrol etmektedir. Bu sayede standartların sürekli sağlanmış olması garantilenmektedir (Ostenberg, 2004).

Akreditasyon sisteminin bileşeni, sağlık kurumlarının optimal seviyede kaliteli hizmet sunumunu gerçekleştirmesi için gereken standartların tanımlanmasıdır. Uygulanacak standartların akredite edilecek sağlık kurumları tarafından ulaşılabilir, anlaşılabilir, uygulanabilir ve sürekli iyileştirmeyi destekleyecek şekilde sistematize edilmiş olmalıdır (Scrivens, 1997; Shaw, 2004). Akreditasyon aşamaları;

- Özerk ve yetkili bir denetim kuruluşu tarafından,
- Kuruluşun belirlediği kriterler,

- Değerlendirme neticesinde belgelendirme/sertifikasyon ve
- Akredite sürecinin devamlılığının sağlanması için gerekli destek bileşenlerinden oluşmaktadır (Sinclair ve Rayner, 2007).

The International Society for Quality in Health Care (ISQua) kuruluşu sağlık kurumlarında gerçekleştirilecek olan akreditasyon faaliyetinde en yaygın bilinen kuruluşlardan birisidir. ISQua, sağlık hizmetleri alanında uluslararası akredite çalışmaları yapan kurumların akreditasyonunu gerçekleştiren kuruluştur. ISQua, 1985 yılında kurulmuş, bağımsız ve kâr amacı gütmeyen, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile “resmi” olarak ortak çalışan, küresel, yüzü aşkın üye ve bağlantısı olan yapıdır. ISQua tarafından sağlık hizmetleri akreditasyonu konusunda akredite edebilme yetkisi verilmiş en yaygın başvuru kuruluşlarından bir diğeri JCI’dir. ISQua çeşitli programlara yönelik akreditasyon verebilme yetkinliği sağlamaktadır. Bunlar; kurumsal akreditasyon, standartların akreditasyonu ve denetçi eğitim programlarıdır (The International Society for Quality in Health Care, 2020).

Joint Commision on Accreditation of Hospitals (JCAH) 1951 yılında sağlık sektöründe süreçlerin standardizasyonunu sağlamak için kurulan akreditasyon kuruluşudur. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yapılan akreditasyon çalışmaları birbirinden bağımsız olarak yapılan kalite çalışmalarını sağlık standartlarında Toplam Kalite Anlayışı ile bir araya getirerek birleştirmişlerdir. Uluslararası Akreditasyon Standartları 1999 tarihinde 16 üyeden oluşan komisyon ile yayımlanmıştır (Joint Commission International, 2021).

JCI sağlık organizasyonlarına liderlikte gelişim, organizasyonda kalite, güvenlik ve etkililik alanlarında akredite eden diğeri bir kuruluştur. JCI’ya başvuran kurumlara, alanında uzman danışmanlar ve denetçiler belirli bir zaman aralığında ziyarette bulunmaktadırlar. Denetim sırasında kurumun önceden belirlenmiş standartlara uyup uymadığını sorgulamaktadır. Standartlara uyum sağlandığı takdirde hastane akredite edilmektedir, ancak akredite edildikten sonra her üç yılda bir tekrar denetlenmektedir. Eğer standartlardan ödün verilmiş ise kuruma ödün verilen standartlar konusunda

düzeltilme zamanı tanınmaktadır. Daha sonra kurum tekrar denetlenerek standartlar tamamlanmışsa akreditasyon süreci sona ermekte, eğer tamamlanmamış ise kurumun akreditasyonu iptal edilmektedir. Türkiye’de şu an güncellenmiş 44 sağlık kurumu JCI tarafından akredite edilmiştir (Joint Comission International, 2021).

EFQM, kuruluşların işlevi ve gereksinimleri doğrultusunda sürdürülebilir kurumsal mükemmellik anlayışı, yönetim araç ve tekniklerinin uyum sağlayarak birbirini tamamlayacak biçimde kullanılmasını sağlamaktadır. Mükemmellik denildiğinde akla gelen başlıca kavramlar; sürdürülebilir olarak gelecek inşa etmek, işletmenin ve çalışanların kurumsal yeteneklerini geliştirmek, değer yaratan bir işletme olabilmek, esnek ve hızlı kararlar alabilen bir yönetim anlayışına sahip olmak, çalışanları güçlendiren ve yeteneklerine önem veren ve dahası bu hedeflenen mükemmel sonuçları sürdürebilme olarak sıralanabilir (European Foundation of Quality Management, 2021; Sönmez, 2019).

1.2.1. Akreditasyon ve Hemşirelik Bakım Hizmetleri

DSÖ; 1990 tarihinde hastalara verilen bakımın belirli bir kalitede ve standartta sunulabilmesini garanti altına almak için birtakım mekanizmaların oluşturulmasını tavsiye etmiştir. Verilen sağlık bakımının sürekliliğini sağlayarak belirli bir standartta verilmesini sağlamaktan hizmet veren herkes yükümlüdür. Alanında profesyonelleşmiş hemşireler, hizmet verdiği kişilerin ihtiyaçlarını tespit edip, tespit edilen ihtiyaçlarına yönelik bakım veren ve bu bakımın mesuliyetini üstlenmesi gereken bireylerden konumundadır. Bakım hizmetinin güvenilirliği temeline bakıldığında; hasta başına düşen hemşire oranının saptanması, kanıta dayalı bakım ve uygulama hizmetlerinin oluşturulmasının yer aldığı görülmektedir. Bakım hizmetinin güvenilirliği temeline bakıldığında; hasta başına düşen hemşire oranının saptanması, kanıta dayalı bakım ve uygulama hizmetlerinin oluşturulmasının yer aldığı görülmektedir. Verilen hemşirelik bakımının organize edilmesi, insan gücü planlaması yapılması kaliteli bir hizmet için gerekli görülen temel işlemlerdir. Uygulanan sağlık politikalarındaki yanlışlıklar, hasta başına düşen hemşire oranının arzu edilen nicelikte

ve nitelikte olamamasına sebep olmaktadır. Bakım hizmetlerinin daha kaliteli olması isteniyorsa bakım için yeterli sayıda ve kalifiye hemşire bulundurmak gereklidir. Bu temel koşul sağlandıktan sonra bakım standartlarına karar verilerek bunlar hedef haline getirilir (Abaan ve ark., 2000; Güven, 2007; Okumuş, 1992).

Kaliteli bakım hizmeti verilebilmesi için sağlık kurumlarında hemşire hizmetlerinin organizasyonu, iş gücünün tasarlanması, planlama yapılırken bakım sunacak hemşirelerin nitelik ve nicelik açısından değerlendirilmesi önemli kriterlerdir. Yeterli nitelik ve nicelikte hemşire sağlandıktan sonra hemşirelik bakım kriterlerinin tanımlanması ve bu kriterlere ulaşılması beklenmektedir. Kaliteli bakım hizmeti sunulmasında yeterli sayıda hemşire bulundurulması önemlidir, ancak hizmetin kalitesini yükseltmede ve güvence altına almada sayısal yeterlilik kadar hizmetin standardı da önem kazanmaktadır. Bakım standartlarının oluşturulması hemşirelik bakımında standart oluşturularak kişisel bakım farklılıklarının uygulanmasını ortadan kaldıracaktır. Hasta bakım standartları hemşirelik personeli etkin bir şekilde kullanarak, kaliteli bakım hedefine ulaştıracak planlamayı içerir (Güven, 2007; Okumuş, 1992).

Hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi oldukça eskilere dayanmaktadır. Florence Nightingale ile hemşirelik hizmetlerinde kalite kavramına değinilmektedir. 1850’lerde Florence Nightingale hastalar için verilen bakımı değerlendirmiş, standardı düşük alanlarda bakımın iyileştirilmesi için gereken önlemlerle ilgili bilgilere notlarında yer vermiştir. Sağlık profesyonelleri tarafından hastalara verilen bakımının düzenlenmesine yönelik ilk kollektif girişim 1913 yılında “Amerikan Cerrahlar Okulu” tarafından yapılmıştır. Hastane Standardizasyon Programları (yapısal standartlar) The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tarafından 1952’de geliştirilmiştir. En önemli bakım kalitesi ölçüm çalışmaları ABD ve Kanada’da olmuştur. Diğer meslek gruplarının deneyimlerinden de yararlanılarak hemşireler ve araştırmacılar tarafından kalite ölçüm araçları geliştirilmiştir (Alpman, 1999; Şahin, 1999).

Rush Üniversitesi’nde hemşirelik bakımının kalitesini kontrol etmek için

kullanılan yöntem, ‘hasta merkezli bir yaklaşım’ı kabul etmektedir. Bu yaklaşımın temelini hemşirelik süreci ve hasta ihtiyaçlarıdır. Hemşirelik süreci, bir hastaya bakım verirken yapılan kapsamlı hemşirelik faaliyetleridir. Hastanın ihtiyaçlarının (problemlerinin) tanınması, bakımın planlanması ve uygulanması, bakım planının değerlendirilmesi ve yenilenmesi hemşirelik süreci faaliyetlerindendir. Bu yaklaşım, kaliteyi izleme sürecinin, hemşirenin teknik faaliyetlerdeki performansının ötesinde veri toplama ve karar verme performansını da kapsamasını sağlar. Kalite kontrol skalasına, hastayı tanımaya ve bakımı planlamaya yönelik kriterler konmasını hemşirenin hasta problemlerine yönelmesinin istendiğini gösterir. Bakımın uygulanmasıyla ve ihtiyaçların sürekli değerlendirilmesiyle ilgili kriterler hasta tanımı üzerinde temellendirilen bakımın, planlandığı şekilde verilmesinin belirtmektedir (Güven, 2007; Oktay, 1988).

ANA 1976 yılında bakım standartları için bir model oluşturmuştur. 1978 yılında ise İngiltere’de “Royal College of Nursing” hemşirelik bakım kriterlerini belirlemek amacı ile ekip oluşturmuşlardır. “Standartlara Doğru” yayını 1981 yılında, “Hemşirelik Bakım Standartları” yazılı belgesi 1982 yılında yayınlamıştır. “Dinamik Standart Oluşturma Sistemi ve Kalite İyileştirme Programı” 1986 yılında standart oluşturma ve kalite iyileştirme çalışmalarını sürdürmüştür. Çalışmalarında disiplinler arası yaklaşım, hastanın kişisel düşünceleri, bilgilendirilmesi, çalışanların hastaya yaklaşımı, tanılama kabiliyeti ve bakım sonuçlarının başarısı gibi konulara odaklanmıştır (Şahin, 1999).

Türkiye’de kalite güvenliği ve bakım kalitesi konusunda bilinçlenme giderek önem kazanarak, 1987 yılından itibaren bu konularla ilgili seminerler, sempozyumlar ve konferanslar düzenlenmiştir. International Council of Nurses (ICN) 1993 yılında temasını “Kalite- Maliyet-Hemşirelik” olarak belirlemiş ve ülkemizde de yüksekokullar bu konuda oturumlar düzenleyerek konuyu değişik boyutlarda tartışmışlardır (Aksoy, 2001).

Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (HEPDAK) hemşirelik hizmetleri eğitim programlarının akreditasyon sürecinde

Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) tarafından yetkilendirdiği kuruluştur (Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği, 2021). Türkiye’deki hemşirelik hizmetleri eğitiminin niteliğinin yükseltilmesini sağlamak için kurulan HEPDAK, yürüttüğü çalışmalarda kalitenin gerekliliklerini sağlayarak, sürekli gelişme ve iyileştirme politikasını sürdürmeyi hedeflemektedir. HEPDAK’ın kalite politikasına göre sunulan hizmetlerin niteliğini sürekli iyileştirerek geliştirmeyi amaçlamıştır. HEPDAK’ın temel amacı; Türkiye’deki hemşirelik mesleği eğitiminin kalitesini artırmak için hemşirelik eğitim programlarının akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapmak,

- Verimli ve etkin bakım hizmeti verilebilmesi için daha nitelikli hemşireler yetiştirmek,
- Toplum sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunmaktır (Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği, 2021).

Hemşirelik hizmetlerinde akreditasyon kuruluşlarından biri olan Accreditation Commission for Education in Nursing (ACEN) hemşirelik eğitim programlarının akreditasyonu kapsamında 2016 yılında Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesini akredite etmişlerdir. Böylece Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ACEN tarafından akredite edilmiş ilk fakülte olmuştur. Akreditasyonun yenilenmesi süreçleri devam etmekte olup 2021 yılında tamamlanacaktır. ACEN akreditasyonu, hemşirelik eğitiminde kaliteyi sürekli iyileştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. ACEN, akreditasyon sürecinde hemşirelik eğitimi veren kurumları; yönetsel süreçler, öğrenciler, öğretim elemanları, müfredat, kaynaklar ve ölçme değerlendirme olmak üzere altı standart kapsamında değerlendirmektedir. Bu akreditasyon, akredite olan kurumun ve programların; yatırım yapılan kaynaklar, takip edilen süreçler ve elde edilen sonuçlar ile ilgili süreçlerini sürekli geliştirmelerine katkı sağlamaktadır (Accreditation Commission for Education in Nursing, 2021). Hemşirelik hizmetlerinde akreditasyon, sürekli öz değerlendirme ile iyileştirme sağlayarak eğitim kalitesinin sürdürülmesine ve yükseltilmesine olanak sağlamaktadır (Bayındır ve ark., 2018).

Hemşirelik mesleğinin en önemli görev ve sorumlulukları hastaya sağlık

gereksinimlerini karşılamak için teorik ve uygulamalar doğrultusunda bakım hizmeti sağlayabilmesidir. Bu anlayış ile hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmeti sunumunda kalite güvencesini ölçen önemli kriterdir. Hasta bakımının kalitesini garanti altına almak için bakım standartlarının belirlenmesini gerektirmektedir. Özellikle bakıma ihtiyaç oranının yüksek olduğu yoğun bakım alanlarının devamlılığı ve verimliliğin güvencesini sağlamak için standartların belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde bakım kriterlerini belirlemek, güvenli sağlık bakım hizmeti sağlamak ve yükseltmek sağlık kurumlarında hizmet veren herkesin sorumluluğundadır (American Nurses Credentialing Center, 2016; Türkoğlu ve Gün, 2006).

Hemşireliğin çalışma ortamları hem hasta bakımını hem de iş tatminini etkilemektedir. Aiken ve ark. (2012), Avrupa ve Amerika'da bulunan 12 ülkede gerçekleştirilen hasta bakımında güvenlik, tatmin ve kalite konulu araştırmada; araştırma yürütülen ülkelerde hemşirelik bakımı ve hastane çalışma ortamının kalitesinin hasta memnuniyetini, hasta güvenliğini, hemşirelik çıktılarını direkt olarak etkilediğini belirtmişlerdir.

Mıknatıs Tanınma Programı; organizasyonlarda kaliteli hasta bakımının sağlanması, hemşirelik uygulamalarında mükemmelliği ve kaliteli hasta bakımının sağlanması için, hemşirelik uygulamalarında mükemmelliği ve yeniliği amaçlayan bir programdır. Bu program performans odaklı, uluslararası ve ulusal prestij kazandıran bir belgelendirme programıdır. Mıknatıs Tanınma Programı tüm dünyada hemşirelikte ve sağlık bakımında mükemmelliği sağlamak amacı ile hasta bakımında hem hasta için hem de çalışanlar için güvenliği, pozitif çalışma ortamını ve hemşirelerin sürekli olarak eğitilmesini ve geliştirilmesini amaçlamaktadır (American Nurses Credentialing Center, 2016; Luzinski, 2011).

1.3. Mıknatıs Hastane ve Özellikleri

Sağlık hizmeti sunucularının, sağlık hizmetlerindeki kalite standartlarına önem verip, geniş çaplı kalite çalışmaları yürütmesiyle akreditasyon sistemlerinin kurulup

geliştirilmesine daha özen gösterdiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin uzman ve iş bölümünde önemli bir kaynak olan hemşirelik hizmetleri kalitenin yakalanması için standartların geliştirilmesi çalışmalar yapılmasını mecburi hale gelmiştir. Standartların belirlenmesiyle hemşirelik hizmetlerinin daha güvenilir ve kaliteli olacağı, verilen hizmetlerin bu sayede değerlendirilebileceğine, insan ve diğer kaynakların kuruma ekonomik fayda sağlamak için daha etkin kullanılabileceğine, bunun yanı sıra hemşirelerin iş tatmininin yükseleceği varsayılmaktadır (Güven, 2007). Bu doğrultuda yapılan araştırmalarla; mıknaş hastane felsefesi, kalifiye hemşireleri kuruma çekmek, kurumda uzun süre çalışmaları için uygun ortam oluşturmak ve kaliteli bakımın sürekliliğini sağlamayı içerir (Bauman 2007; Kaçar, 2014; Saygılı, 2008; Upenieks, 2003).

Hemşirelerin çalışma saatlerinin ve şartlarının zorluğu, bulaşıcı olmayan hastalıklar kategorisinde yer alan kronik hastalıkların toplumda her geçen gün artması, toplumun yaşam kalitesi ve doğumdaki yaşam beklentisindeki değişimler, hemşirelerde iş tatmininin yüksek olmaması gibi faktörlerin etkisi nedeni ile geleceğe yönelik karamsar bir bakış açısı şekillenmektedir. Mıknaş hastane kavramı bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmayı hedefleyen önemli bir stratejidir. Çalışanların örgüte bağlılığının sağlanarak onların çalışma şartlarını iyileştirip geliştirmeyi amaçlayan ve böylece örgütü çekici hale getirmek isteyen yaklaşımlar hastanelerin mıknaşlık özelliğini gösterir (Joyce- McCoach ve Crookes, 2011). Bu perspektif ile düşünüldüğünde, hastanelerin bel kemiği olan hemşirelere daha iyi bir çalışma ortamı sunup, onların işi bırakma yüzdelerini azaltarak rekabet gücünü artıran hastanelere mıknaş hastane denilmektedir (Buchan 1999). Yetenekli ve kalifiye hemşirelerin kuruma çekilerek, örgütsel bağlılıklarının artırılarak, orada uzun süre çalışmaları sağlanarak, nitelikli hizmet verilen, kurum kültürü oturmuş bir ortam için mıknaş hastane kavramı gereklidir. Mıknaş hastane felsefesi genel olarak nitelikli hemşirelerin dikkatini çekerek onları kurumlarına çekebilen, onları kurumlarında uzun yıllar tutabilen ve kaliteli bakımda süreklilik sağlayabilen bir ortamı ifade etmektedir (Kutney-Lee ve ark., 2015; Joyce- McCoach ve Crookes, 2011).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda özellikle 1960'lı yıllarından sonra hemşire

sayısının yetersiz olması ve hemşire ihtiyacının artması nedeni ile hastaneler bu durumdan olumsuz etkilenmişlerdir. Hemşirelerin yoğun iş yüküne maruz kalması nedeni ile fiziksel yorgunluk ve duygusal tükenmişliğin artması, iş tatmininin azalması, hasta bakımı ile ilgili karar verilecek konularda katılım hakkı verilmemesi, otonomi beceri seviyesinin yeterli düzeyde olmadığını hissetmeleri, hekimler ve yöneticilerden gerektiği kadarıyla saygı görmediklerini düşünmeleri, en önemli sorunlardandır (Upenieks, 2003). ABD’de bulunan hastanelerde yaşanan bu şikayetler sebebi ile mıkknatis hastane kavramının tanımlanmasını ve yetersiz insan gücü nedenlerinin araştırılmasına neden olmuştur. Ancak hemşire devir oranının azaldığı ve hemşire sayısının yeterli olduğu kurumlar hemşireler açısından çalışma koşullarının iyi olduğu hastaneler olarak adlandırılıp, hemşireleri hastaneye çekme konusunda avantajlı olduğunu belirlemişlerdir (Bauman, 2007; Kaçar, 2014).

Amerikan Hemşirelik Akademisi (American Academy of Nurses) tarafından yapılan araştırmalar ile mıkknatis hastane olarak tanımlanan kurumların hemşireleri o kurumda çalışmayı cazip hale getiren ve kurumda kalmasını sağlayan etkenlere yönelik çalışmaların artmasını sağlamıştır (Bauman, 2007). Yapılan çalışmalar ile mıkknatis hastaneleri tanımlayıcı özelliklere ilişkin kriterler belirlenmiştir (Bauman, 2007). Profesyonel hemşirelik uygulamalarına sahip 41 hastanede yapılan araştırma sonucunda hastanelerin yapısal özellikleri değerlendirilmiştir (New Zeland Ministry of Health, 2005; Upenieks, 2003). Mıkknatis hastaneler ile ilgili 1980’li yılların sonlarına kadar yapılan çalışmalarda; 14 hastaneyi kapsayan 939 hemşirenin katıldığı çalışmada elde edilen bulgulara göre benzer şartlarda çalışan ve kontrol grubu olarak ifade edilen 808 hemşirenin cevapları değerlendirilerek mıkknatis hastane özellikleri doğrultusunda sonuçlar belirlenmiştir. Mıkknatis hastanelerde yapılan diğer çalışmalarda iş tatmininin arttığı, hemşire devir hızı oranının azaldığı ve işe gelmeme, işten kaytarma oranının düştüğü belirlenmiştir (Buchan, 1999).

Mıkknatis hastanelerin üç önemli stratejisi bulunmaktadır. Bu stratejiler; yönetimin hemşirelik mesleğine ve hemşirelere gösterdiği ilgi, ücret ile ilgili maddi avantajlar ve hemşirelerin liderlik özelliklerinin desteklenmesidir (Bauman, 2007). Mıkknatis hastanelerin diğer ayırt edici özellikleri ise bu kurumlarda hizmet veren

hemşirelerin tükenmişlik seviyelerinin düşmesi, iş tatminlerinin yükselmesi ve hasta bakım sonuçlarının iyileşmesidir (Bauman, 2007; Buchan, 1999; Kaçar, 2014; Laschinger ve ark., 2003; Saygılı, 2008). İş tatminini artıran ve işten ayrılma oranını azaltan unsurlar incelendiğinde hemşirelerin özerk davranabilmesi, karar alma ve kararlara katılım fırsatı verilmesi, ekip çalışmasının özendirilmesi ve sürekli eğitim ve gelişme imkânı olduğu belirlenmiştir (Bauman, 2007; Kaçar, 2014; Saygılı, 2008; Upenieks, 2003).

Sağlık hizmeti sunum sürecinde hemşirelerin aktif rol alması, otonomi düzeylerinin artırılarak katılımcı yönetim anlayışının benimsenmesi, kariyer gelişiminin desteklenmesi, esnek çalışma saatleri mıkknatis hastane kavramını ifade etmektedir (Armstrong ve Laschinger, 2006; New Zeland Ministry of Health, 2005; Upenieks, 2003). Mıkknatis hastane özelliklerinin belirlendiği standartlar doğrultusunda günümüzde uluslararası kabul edilen özellik haline gelmiştir (Kutney-Lee ve ark., 2015; Bauman, 2007; Saygılı, 2008). Mıkknatis hastane özelliklerine bağlı olarak çalışma ortamı koşulları oluşturulduğunda hemşirelerin profesyonel uygulama becerilerinin geliştirildiği, bakım mükemmelliğinin sağlandığı ve örgütsel çıktılarının iyileştirildiği belirlenmiştir (Laschinger ve ark., 2003).

Mıkknatis hastanelerin hemşirelere verdiği önemin artıp çalışan moralini yükselterek hasta bakım kalitesinin artışı sağlanmış böylece çalışanlar ve hastalar bakımından örgütte güvenlik kültürü oluşturabilmenin önemi artmıştır (Hawke, 2004; Laschinger ve ark., 2001). Günümüz standartlarında en üst seviyede eğitim ve donanıma sahip hemşirelere sahip olma, uygulamaların ve çalışma şartlarının en iyi seviyede olması, hastalar ve hemşireler bakımından en iyi sonuçlara ulaşabilen hastane olma hedefi mıkknatis hastanelerin hedeflerindendir. Üst düzey hasta bakımı vermeyi hedefleyen sağlık kurumları için mıkknatis hastane kavramı idol bir model olmuştur (Uçak, 2008). Çalışma koşullarının revize edilerek mıkknatislik özelliğinin artırılmaya çalışılması temel hedefler arasında yer almıştır (Laschinger ve ark., 2003). Bu perspektiften bakıldığında, mıkknatis hastanelerin çalışma ortamında yaratılan köklü değişikliklere ve yeniden yapılanmaya yardımcı olduğu görülmektedir. Ayrıca mıkknatis hastaneler, hemşirelerin cesaretlendirilmesi, örgütsel bağlılıklarının ve

statülerinin yükseltilmesi, diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinin güçlendirilmesi konularında da etkili olduğu kabul edilmektedir. (Kutney-Lee ve ark., 2015).

1.4. Hastanelerde Mıknatıs Onaylama Programı

Hemşirelik çalışma ortamlarının iyileştirilmesi için belirli çalışmalar yapılarak, bu çalışmalar sonucunda en iyi çalışma ortamı için kriterler oluşturulmuştur (Kutney-Lee ve ark., 2015). ANA tarafından “Mıknatıs Farkındalık Programı” oluşturularak, bakım mükemmelliği amaçlanmıştır (New Zealand Ministry of Health, 2005). Hemşirelik hizmet kalitesini geliştirmek için geliştirilen ilkelere hemşirelerin çalışma şartları için önemli kriterler belirlemişleridir. Bu kriterler; hemşirelerin karar verme ve katılım oranı, hemşirelerin hiyerarşik yapılanması ve yaklaşımı, hemşirelerin liderlik özelliklerinin ortaya çıkarılarak desteklenmesi, hemşirelerinin nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi, hekim-hemşire iş birliğinin düzeyidir (Armstrong ve Laschinger, 2006).

ANA 1990’ların başında hastaneleri değerlendirmek için bir çerçeve geliştirmiştir. İlk organizasyon olan Mıknatıs Recognition Program (MRP) 1994 yılında Washington Üniversitesi Seattle'daki Tıp Merkezidir. İlk uluslararası hastane 2002 yılında tanınmıştır. 2018 yılında 460 ABD hastanesi mıknatıs hastane sertifikasına sahip olmuştur. Ayrıca beklemede 7 uluslararası hastane bulunmaktadır. Uluslararası Mıknatıs sertifikası ABD dışında Avustralya, Kanada, Lübnan ve Suudi Arabistan’da uygulanabilmektedir. Amerikan Nurses Credentialing Center (ANCC) 2008 yılında ‘’14 manyetizma kuvveti’’ belirlemiştir. Beş bileşenli, programa uygun bir model haline getirilmiştir. Manyetizma kuvveti bileşenleri; liderlik, yapısal güçlendirme, profesyonel uygulama, yeni bilgi, yenilikler ve iyileştirmeler, deneysel sonuçlardır. Bu bileşenler dönüşümseldir. ANCC’nin belirlediği manyetizma kuvvetleri aşağıda verilmiştir (American Nurses Credentialing Center, 2016).

Çizelge 1.1 Amerikan Hemşireler Akreditasyon Merkezinin Belirlediği Manyetizma Kuvvet Türleri.

Manyetik Kuvvet	Tanımlaması
Hemşirelik liderliğinin kalitesi	Lider hemşireler, bilgili, risk almaktan çekinmeyen ve hemşirelik bölümü içinde günlük faaliyetlerle ilgili geleneksel anlayışı izleyen kişiler olarak algılanmaktadır. Aynı zamanda emrinde bulunanlara arka çıkmak ve onları desteklemek açısından kendisine güven duyulan kişilikler olarak kabul edilmektedir.
Organizasyon yapısı	Kurumsal yapı, dikeyden ziyade yatay nitelendirilmektedir ve kararların ünite bazında alınması esastır. Hemşirelik bölümleri ademi-merkeziyetçi yapıda oluşturulmakta, organizasyon komitesi yapısı içinde hemşirelerin güçlü bir biçimde temsil edilmektedir. Lider hemşire organizasyonda yürütme erki içinde yer almakta ve hemşirelik hizmetleri müdürü genel müdüre bağlı olarak çalışmaktadır.
Yönetim tarzı	Hastane ve hemşire idari personeli katılımcı yönetim tarzını benimsemiştir ve organizasyonun her kademesinde yer alan personel yönetime katkı sağlamaktadır. Personelin bu tür katkısı özendirilmekte ve önemsenmektedir. Lider konumunda hizmet veren hemşireler şeffaf, erişilebilir ve emrinde çalışanlarla diyalog içinde olan kişilikler olarak ortaya çıkmaktadır.
Personel politikaları ve programları	Maaş ve sosyal haklar rekabetçi ortamda sağlanmaktadır. Döner vardiya uygulaması asgari düzeyde tutulmuştur, yaratıcı ve esnek görev dağılımı modelleri kullanılmaktadır. Personel politikası, personelin katılımı ile oluşturulmakta, önemli idari ve klinik olanaklar sağlanmaktadır.
Profesyonel bakım modelleri	Hemşireler hasta bakımında sorumluluk ve yetki veren bakım modellerini kullanmaktadır. Hemşireler kendi uygulamalarından sorumludurlar ve bakım hizmetlerini bizzat kendileri koordine etmektedirler.
Bakımın kalitesi	Hemşireler hastalara yüksek kaliteli hizmet sağlamakla yükümlü olduklarının bilincindedirler. Kaliteli bakım hizmetinin sağlanması kurumsal önceliktir ve lider konumunda olan hemşirelerin yüksek kaliteli hizmetin sağlanabileceği ortamın oluşturulmasından sorumlu olduğu düşünülmektedir.
Kaliteyi geliştirme	Kalite geliştirme faaliyetlerinin eğitim ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Görevli hemşireler kalite geliştirme sürecine katılmakta ve bu süreci kurum içinde sağlanan hizmet kalitesinin geliştirilmesinin ayrılmaz parçası olduğunu düşünmektedirler.
Danışmanlık ve kaynaklar	Uygun danışmanlık kaynakları ve diğer insan kaynakları temin edilebilmektedir. Bilgili uzmanlar ve özellikle deneyimli hemşireler temin edilebilmekte, devreye sokulabilmektedir. Ayrıca, hemşirelik bölümü içinde ve dışında aynı düzeyde destek sağlanabilmektedir.
Otonomi	Hemşirelerin mesleki standartlar çerçevesinde bağımsız davranmalarına izin verilmekte ve beklenmektedir. Hasta bakımı sürecinde, çok yönlü meslekler açısından öngörülen yaklaşım çerçevesinde bağımsız karar verme süreci uygulanmaktadır.
Toplum ve sağlık kurumu	En iyi hemşirelik kadrosu istihdam eden ve bunu koruyan hastaneler aynı zamanda güçlü bir topluluk katılımı anlayışı sergilemektedir. Topluluk katılımı çok çeşitli, sürdürülebilir, uzun vadeli erişim programları ile yürütülür. Erişim programları, hastanenin olumlu ve üretken bir kurumsal vatandaşlık kimliğine sahip olduğu şeklinde algılanmasına neden olur.

Çizelge 1.1.Devam. Amerikan Hemşireler Akreditasyon Merkezinin Belirlediği Manyetizma Kuvvet Türleri.

Eğitimci olarak hemşireler	Hemşirelerin çalışmalarının her aşamasında eğitim faaliyetlerine katılmalarına izin verilmekte ve beklenmektedir. Araştırma sonuçları, eğitim faaliyetlerinin hemşirelere mesleki tatmin sağlama açısından çok önemli bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.
Hemşireliğin imajı	Hemşireler, hastanenin hasta bakım hizmetlerini sağlama yeteneğinin bir parçası olarak algılanmaktadır. Hemşireler tarafından sağlanan hizmetler, diğer sağlık çalışanları için de zorunlu olarak nitelendirilmektedir.
Disiplinler arası ilişkiler	Farklı disiplinler arasındaki ilişkilere olumlu olarak bakılmaktadır. Bütün disiplinler karşılıklı olarak birbirinden saygı görmektedir.
Profesyonel gelişim	Oryantasyona, servis içi eğitime, kesintisiz eğitime, sınıf eğitimine ve kariyer geliştirmeye özel önem verilmektedir. Kişisel ve mesleki ilerleme önemsenmektedir. Ayrıca, rekabete dayalı klinik geliştirme uygulamaları yapılmakta ve rekabetin sürdürülmesine yönelik kaynaklar temin edilmektedir.

Kaynak: American Nurses Credentialing Center, 2016.

Mıknatıs Tanıma kurumsal bir kimlik bilgisidir, kaliteyi ve başarıyı ifade eder. Mıknatıs çerçevesi ve daha iyi hasta sonuçlarıyla birlikte, bir sağlık kurumundaki klinik personel hemşirelik hizmetleri iyi yapılandırılmış kurumsal kültür ve performans ile liderliği garanti eder. Mıknatıs Tanıma toplulukları, tüketicileri kaliteli bakım alabilme açısından garanti altına alır. Global olarak herhangi bir sağlık kuruluşu, Mıknatıs Tanıma Programına dahil olabilir ve hem mali açıdan hem de sağlık bakımı açısından verilen bakımın kalitesini hedefler (American Nurses Credentialing Center, 2016; Işık, 2018).

Hastane ortamlarında, hemşireler iki rol üstlenir. Uzman bilgisine dayanarak, hemşireler hastaya bakım sağlar veya hastalıkları önler. Hemşireler ayrıca, diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sağlanan bakım faaliyetlerini koordine etmeyi içeren ve bakımın sunulmasını çevreleyen çevreyi sürdürmekte ve yönetmektedir (Lundmark, 2008). ANCC ‘nin belirlediği mükemmeliyet standartları;

1. Hemşireler hemşirelik uygulamalarını kontrol eder,
2. Çalışma ortamı güvenli ve sağlıklıdır.
3. Hasta bakımı ve uygulama kaygılarını gidermek için sistemler mevcuttur.

4. Hemşireler iş ortamı için oryantasyon programı hazırlar.
5. Baş hemşirelik görevlisi niteliklidir ve kuruluşun her kademesine katılır.
6. Mesleki gelişimi sağlanır ve kullanılır.Eşit tazminat sağlanır.
7. Hemşireler başarıları için tanınır.
8. Dengeli bir yaşam tarzı teşvik edilir.
9. İşbirlikçi disiplinler arası ilişkiler değerlendirilir ve desteklenir.
10. Hemşire yöneticileri yetkili ve hesap verebilir.
11. Kalite programı ve kanıta dayalı uygulama kullanılır.

Orijinal mıkknatis çalışması 1981 yılında Amerikan Hemşirelik Akademisi'nin hastanelerde profesyonel hemşirelik uygulamalarını engelleyen veya kolaylaştıran faktörleri araştırmak için bir görev gücü atamasıyla başladı. Görev gücü hastanelerdeki hemşire sayılarının düşük olmasına rağmen, belirli sayıda profesyonel hemşireler için “mıkknatis” olarak hizmet veren hemşirelik uygulama organizasyonları oluşturulmasıyla kalifiye hemşire personeli çekebilecek ve tutabilecekleri ve bu nedenle sürekli olarak kaliteli bakım sağlayabilecekleri belirlenmiştir (Lundmark, 2008).

Amerikan Hemşirelik Akademisi'nin Mıkknatis Programı arasındaki süreklilik, manyetizma kuvvetleri için kavramsal çerçeve tarafından sağlanmaktadır. Amerikan Hemşirelik Akademisi'nin çağdaş hastane ortamlarını yansıtmak için yenilemesinin yanı sıra her bir kuvvetin temel tanımlarında değişiklik yapılarak, her bir mıkknatis kuvvetlerinin değerlendirilmesi için gerekli belgeler düzenlenmiştir. Böylece, 2005 yılında Mıkknatis başvuru sürecinde önemli bir değişiklik ortaya çıkmıştır. Önceki başvuru kılavuzları, ANA'nın Hemşire Yöneticileri için Kapsam ve Standartlarına göre kanıt gereklilikleri belirtmiş olsa da 15 yeni kılavuz versiyon 11, kriterleri manyetizma kuvvetleri çerçevesinde yeniden düzenlemiştir. Bu geçiş, ANCC'nin Mıkknatis Programı'nın değerlendirme sürecinde değerlendirdiği unsurlar ile hemşirelik ve sağlık hizmetleri araştırmacılarının araştırdığı mıkknatis özellikleri arasındaki uyumsuzluğu netleştirmeye yardımcı olmaktadır (Lundmark, 2008).

Mıknatıs hastane olmak için belirlenen kriterler, bakım standartları ve uygulama standartlarından oluşmaktadır. Bakım standartları; hasta çıktılarının değerlendirilip tanımlanması, hasta bakımın; planlanmasının yapılarak uygulama aşamalarında denetlenmesi ve değerlendirilmesidir. Uygulama standartları ise bakım hizmetinin kalitesi ve yönetimi, etik değerler ile kültürel değerlere uyum sağlanması, bilimsel araştırma ve geliştirmelerde kaynak kullanımına olanak verilmesi, performansın değerlendirilmesi ve iş birliğidir (Uçak, 2008). Mıknatıs durumu, ANCC tarafından verilen bir Amerikan Hemşireler Derneği'nin üyesi olan hastane organizasyonları için mükemmellik tanımaktadır. Bu mükemmellik hemşireler için olumlu bir çalışma ortamı yaratmanın yanı sıra aynı zamanda daha yüksek seviyede hemşirelik bakımı ve hasta çıktıları sunmaktadır (Kalisch ve Lee, 2012).

Örgütsel özellikler mıknatıslı hastanelerin, özellikle kuruluşların hemşireliğin ampirik bir modelini oluşturur. Mıknatıs olan hastanelerdeki hemşireler mesleki bilgi ve becerileri ile mükemmel hasta bakımı ve profesyonel hasta ortamları kullanmalarını sağlar. Mıknatıs hastane özellikleri ile yüksek kalite, güvenli ve düşük maliyetli hasta bakımı, 24 saat gözetim altında başucu sağlık bakımı verilmektedir. Örgütsel desteğin mıknatıslı hastanelerde hemşirelerin bilgi, yargılama ve başlatma becerileri ile hasta güvenliğini ve kurtarmayı destekleyen müdahaleleri kullanmalarına izin verir. Mıknatıs hastane modeli işyerinde güvenlik olduğunu ve hemşirelerin bunları rapor ettiklerini, düşük duygusal tükenme seviyeleri (tükenmişlik) ve daha düşük yaralanma olduğu saptanmaktadır. Mıknatıs hastanelerinde çalışan personel iş tatmini oranları yüksektir. Bu bulgular kurumsal tasarımın iş tatmini üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Mıknatıs hastaneler arasında organizasyon özelliklerinde düşük mortalite oranları, merkezi olmayan karar vermeyi içeren hemşirelik düzeyleri, uzmanlık alanı, standardizasyon prosedürler, hemşirelerin nitelikler ve doktorlar ve hemşireler arasında iyi ilişkiler açısından katkı sağlamaktadır (Lundstrom ve ark., 2002).

ANCC, en yüksek sağlık kuruluşu hemşirelik mükemmelliği için alabilir. Mıknatıs hastanelerinin daha yüksek personele sahip olduğunu göstermektedir. Mıknatıs hastaneleri daha iyi hasta sonuçları, uygun bir çalışma ortamını teşvik etme,

örgütsel kültür arasındaki ilişki, etkileri, hemşirelik uygulamasını kolaylaştıran bir programdır. Haller ve ark. (2018), programın hedeflerini aşağıdaki şekilde belirtmiştir.

- Profesyonelliği destekleyen bir ortamda kaliteyi arttırmak,
- Hemşirelik bakım hizmetlerinin sunumunda mükemmelliği belirlemek,
- Hemşirelik hizmetlerinde en iyi uygulamaları yaygınlaştırmak için bir mekanizma sağlamaktır.

Mıknatıs tanıma için başvuru sahipleri, tüm manyetizma kuvvetleri için kriterleri karşıladıklarını göstermek için uzun ve kapsamlı bir değerlendirme sürecinden geçmektedir. Halen, 164 konuyu desteklemek için belgelendirme veya kanıt kaynakları gerekmektedir. 11 yazılı dokümantasyondan yüksek puan alan kuruluşlar, değerlendirmenin saha ziyareti aşamasına ve kamuoyu yorumuna geçer. Programın felsefesi, hemşirelerin bir Mıknatıs ortamı tamamen ifade edildiğinde ve sağlık hizmeti organizasyonu boyunca yerleştirildiğinde, hemşireliğin uygulandığı her yerde en üst düzeyde işlev görmesidir. Mıknatıs kuruluşları yıllık raporlar sunar ve tanınmaları için her dört yılda bir yeniden başvurmaları gerekir (Lundmark, 2008).

ANCC sağlık kurumlarında hemşirelik hizmetlerinin kalitesini değerlendirerek bakım mükemmelliğini belgelendiren, “Mıknatıs Onaylama Programı” (Mıknatıs Tanınma Programı) akreditasyonu sağlayan kuruluştur. Hemşirelerin hasta bakım uygulamaları, hemşirelik gelişimlerinin sağlanması, karar verme süreçlerine katılımları, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları programdaki mükemmellik anlayışını belirleyen kriterlerdir. 2016 yılında yayınlanan ANCC raporuna göre toplamda 205.305 hemşire sertifika sahibi, 448 hastane mıknatıs tanıma programını tamamlamış, 374 hastane program için onayı kabul edilmiş, 43 tanesi akredite edilmiş, beş tanesi akredite uygulama programına geçmiştir (American Nurses Credentialing Center, 2016; Lundmark, 2008).

Türkiye’de ANCC’nin vermiş olduğu hemşirelik akreditasyonu alan ilk merkez Semahat Arsel Hemşirelik eğitim ve Araştırma Merkezi Koç Üniversitesi

(SANERC)'dir. Akreditasyon standartlarına göre eğitimin sürekli devam etmesi, hemşirelerin bilgi, beceri ve yetkinlerinin kazandırılması, hastalara kaliteli ve güvenli hizmet sunumun sağlanması, verilen bakım hizmetinin sürekli iyileştirilip geliştirilmesi hemşirelik hizmetlerinin ilerlemesi bakımından önemli bir yere sahiptir (American Nurses Credentialing Center, 2016).

1.4.1. Hastanelerde Mıknatıs Onaylama Programının Faydaları

Mıknatıs programının faydaları uzun ve kısa vadede sağlık bakımı verilen tüm kurumlarda ve hemşirelik mesleğinde görülmesi beklenmektedir. Mıknatıs onaylanma programından sertifika almış hastanelerde yapılan araştırmalara göre, kurumsal çıktılarda olumlu yönde gelişmeler gözlenmiştir. Mıknatıs Onaylanma programı ile kurum çıktılarının yanı sıra çalışan memnuniyeti, iş doyumu, tükenmişliğin en aza indirilmesi, hasta bakım kalitesinin arttığı kanıtlanmıştır (Işık, 2018).

Mıknatıs tanınma programı ile hemşireleri kuruma çekme ve kurumda tutmak için en etkili faktörlerdir birisidir. Bu program ile gittikçe artan sağlık hizmetleri piyasasındaki rekabet konusunda bir araç olarak kullanılabilmekte ve avantajlı hale getirmektedir. Hemşirelerin profesyonel yeteneklerini koruyarak, kendilerini geliştirmesini, hasta bakım kalitesini artırmasını, yüksek kaliteli hemşirelik uygulamalarını bağlılığı arttırarak hasta sonuçlarını olumlu yönde değiştirmektedir (Güven, 2007; Turkel, 2004).

1.4.2. Hastanelerde Mıknatıs Onaylama Program Süreci

Mıknatıs Programına hastaneler, yaşlı bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri ve ayaktan tedavi merkezleri başvurmak isteyebilir. Ancak, birçok seçim kriterini sağlamak zorundadırlar. Bu kriterler aşağıda belirtilmiştir (Munroe ve Lash, 2005):

- Hemşirelik hizmeti sağlık bakım organizasyonu içinde olmalıdır.

Hemşirelik hizmetleri departmanı bağımsız otoriteden yönetilen bir yetkili kişi veya bir hemşire yönetici içermelidir.

- Hemşirelik hizmetinin sunulduğu her bölümde lisanslı hemşire olan bir lider olmalıdır.
- Uygulamadan önceki beş yıllık dönemde adaletsiz iş uygulaması olmamalıdır (eğer bu son durum varsa, Ulusal İş İlişkiler Kurulu anlaşmazlığı gidermediği sürece, başvuru gerçekleşemez).

Mıknatıs programında, kurumların birçok alanda faaliyet göstermesi gerekir. Mıknatıs unvanı almış kurumların, programa başvuran diğer kurumlarla mıknatıs sürecindeki özel ya da genel konuları içeren öneriler, stratejiler ve çözümler hakkında iş birliği içinde olması gerekir. Bu süreçte, mıknatıs kurumlar, başvuran kurumlara yardım etme konusunda istekli olmalıdır. Bu yardım bilgi alışverişinin olduğu birebir danışmanlığın yanı sıra workshop faaliyetlerini kapsar. Başarılı sonuçlar elde eden kurumlar, başvuru sürecindeki aday kurumlara önemli bileşenleri sağlamada, stratejileri ve “en iyi uygulamayı” tanımlamada destek olmalıdır (American Nurses Credentialing Center, 2016).

Mıknatıs tanınma sürecinde lider hemşireler organizasyondaki hemşirelerin katılımını sağlamak için sürekli bir iletişim sağlamalıdır. Hizmet içi sunumlar ve kliniklerde yapılan küçük grup toplantılar; çalışanlara mıknatıs sürecini, kriterlerini ve mıknatıs standartları ile ilgili hemşirelik hizmetleri liderliğinin nasıl algılandığını tanımlayan iletişimi kapsamalıdır. Ayrıca, kliniklere Mıknatıs süreci takviminin kopyalarının asılması uygulama için zamanı anlamalarını sağlar. En önemlisi, mıknatıs süreci streslidir. O yüzden iletişim genel duyuruları, bülten tahtalarını ve klinik tabanlı toplantılar ile küçük grup toplantılarını içermelidir (Munroe ve Lash, 2005).

Mıknatıs programda hemşire sonuçlarını toplamak ve değerlendirmek kritik bir ölçümdür. Bu, anahtar indikatörlerin tanımlanmasını sağlar. Anahtar indikatör örneklerine baktığımızda düşük ölüm oranı, düşük morbidite, düşük tükenmişlik oranı, yüksek hasta memnuniyeti, düşük iğne yaralanma hızı, hemşirelerin kaliteli hemşirelik

bakımı sağladıkları algısıdır. Bu özellikler mıkknatis program süreci başlamadan ve sonrasında mıkknatis program ödülü aldıktan sonra profesyonel hemşirelik ortamı için değerli bir ölçüm olabilir. Aiken ve Patrician (2000) tarafından geliştirilen Hemşirelik Çalışma İndeksi göstergesi hemşirelerin kuruma alım ve kurumda kalma durumları hakkında bilgi verebilir (Munroe ve Lash, 2005).

Başvuru, MRP ofisine projenin bitiş tarihini de kapsayan yazılı dokümanların gönderilmesiyle başlar. Mıkknatis Proje Yöneticisi, kurumun yöneticisi olan hemşire olmalıdır ve iletişime geçen kişi olmalıdır. Mıkknatis Proje Yöneticisi lider yönetici ile iş birliği içinde, her bir görevi ve ihtiyaçları belirlemek için bir planlama grubu oluşturabilir. MRP süresince tüm hemşirelerin katılımı desteklenmeli ve tüm hemşirelerin işlerinin ilerlemesi için düzenli raporlama sistemi geliştirilmelidir (Munroe ve Lash, 2005). Başvuru kabul edildikten sonra mıkknatis standartlarının tümünü kapsayan dokümanlar, konsey tarafından istenilen formatta hazırlanarak en fazla iki yıl içinde teslim edilmelidir. Yazılı dokümanlar mıkknatis programının 14 kriterinden oluşmaktadır (Alcan, 2004). Bakım standartları ile ilgili altı; bakımın kalitesi ve yönetsel uygulama standartları ile ilgili de sekiz kriter tanımlanmıştır. Aynı zamanda 35 temel ölçüm kriteri içerir ve %100 uyum sağlamaktadır. MRP ye başvuru ücretinde yatak sayısı baz alınmaktadır (Munroe ve Lash, 2005).

Değerlendiren kişiler, bu kriterlere göre dokümanları inceleyerek bir rapor hazırlar ve 60 gün içinde geri dönüş sağlarlar. Değerlendirme aracı olarak sıfırdan beşe kadar uyumu ölçen beşli Likert formu kullanırlar ve ölçülen toplam puan istenilen kriterlere uyumu gösterir. Her standart “mükemmel oran”ı sağlamalıdır (Munroe ve Lash, 2005). Saha ziyaretinin amacı; “yazılı belgelerin doğrulanması, açıklanması, talebin genişletilmesi” ve hemşirelik uygulamasında sunulan ortamın değerlendirilmesidir. Kurum, geri bildirimi kolaylaştırmak için üç adım kullanabilir. Kurum:

1. Toplum üyeleri ve çalışanlar tarafından incelenmek üzere, görülebilir bir yerde (ilan tahtası) mıkknatis standartlarının tümünü kapsayan yazılı dokümanları asar.

2. Saha ziyaretinden en az dört hafta önce geri bildirim için duyuru yapar.
3. Kurum ve toplum arasındaki ilişki hakkında bilgi verecek altı referans tanımlar (seçilmiş resmi görevliler, yerel iş sahipleri, sağlık okulları ile ilişkili olan fakülteler gibi).

Saha ziyareti sırasında hemşirelerin yorumları yazılı olarak kaydedilir. ANCC, ziyareti sırasında değerlendiricilerin tartışması için yorumları bildirir. Genellikle iki ziyaretçi tarafından iki tam günde saha ziyareti yapılır. Değerlendiriciler; hemşire liderler, klinik hemşireler ve diğer sağlık çalışanları ile buluşur (Munroe ve Lash, 2005). Değerlendiriciler tarafından yazılı dokümanlar özetlenir, komisyona rapor halinde sunulur ve komisyon kurum hakkında oylama yapar. Mıknatıs program ödülü, dört yıllık bir ödüldür. Kurum yıllık araştırmalara katılım için MRP standartlarına uyuma devam etmelidir. Ancak aşağıda yer alan değişiklikler kurum tarafından ANCC'ye bildirilmelidir. Eğer aşağıda yer alan değişikliklerle ilgili gereken açıklama yapılmazsa mıknatıs onayı geri alınır (Munroe ve Lash, 2005).

1.5. Mıknatıs Hastane Programına Etki Eden Faktörler

Sağlık hizmetleri sunumu insan yaşamını doğrudan etkilediği için hata yapma ihtimalinin olmadığı bir sektördür. Sağlık kurumlarının performanslarını artırmak, hiyerarşik açıdan profesyonelleşmek için kalite standartlarından ve iyileştirme yöntemlerinden faydalanması gerekmektedir. Hemşirelerin iş sağlığına önem verilmemesi, yeterli hemşire istihdamının yapılmaması, hasta çıktılarının kalitesini olumsuz etkilediğini ve hemşire devir hızının artmasına neden olarak olumsuz çalışma koşullarını vurgulamaktadır (Balmumcu ve Yüceyılmaz, 2018). Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılı verilerine göre, tüm sektörlerde diğer personel türlerine göre (Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel sektör vb.) 198.103 kişi ile en fazla sayıda hemşire personel çalıştığı belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Sağlık Bakanlığı 2019 yılında yaptığı araştırmada 100.000 kişiye düşen hemşire sayısını 306 olarak belirtmiştir. Çalışma ortamının daha avantajlı olarak tanımlandığı mıknatıs hastanelerde hemşire-hasta oranının yeterli oranda tutulduğu, mevcut kaynakların sağlandığı, hemşirelerin

liderlik özelliklerinin desteklenmesine bağlı olduğu vurgulanmıştır (Hickey ve ark., 2010).

Literatürde mıkknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesinde hemşireleri etkileyen çeşitli sosyo-demografik değişkenler olduğu ortaya çıkarılmıştır. Mıkknatıs hastane kavramının ortaya çıkmaya başladığı 1980'li yıllarda hemşire sayısının yetersiz olması nedeni ile 1983 yılında yapılan ve mıkknatıs hastaneleri konu alan araştırmalarda, hastanelerin hemşireleri kurumda tutma ve kuruma çekme kabiliyetlerini belirleyen faktörler üç grupta toplanmıştır. Bunlar; yönetim, profesyonel hemşirelik uygulamaları ve profesyonel gelişimdir. Mıkknatıs hastanelerin ve araştırmaların çoğunlukta bulunduğu ABD'de yapılan Mıkknatıs çalışmalarına katılan hemşirelerin Türkiye'deki çalışmalara katılan hemşirelere göre çalışma yılları daha uzun, buna bağlı olarak hemşirelerin yaşları daha fazla, öğrenim düzeyleri ise Türkiye'deki çalışmalara benzer olarak çoğunlukla üniversite ve üstü nitelikte olduğu görülmüştür (Aiken ve ark. 2008; Buffington ve ark., 2012; Hickey ve ark., 2010; Kelly ve ark., 2012; Yıldırım ve ark., 2012).

McClure ve Hinshaw (2002), Amerikan Hemşirelik Akademisi'nin yürüttüğü çalışmalardan ayrı olarak mıkknatıs hastanelerde bulunması gereken temel faktörleri ele almış bunları yönetim, profesyonelleşmiş gelişim ve profesyonel hemşirelik uygulamaları olarak üç başlıkta toplamışlardır. Yönetim kavramıyla; istihdam olanakları, çalışma saatlerinde esneklik, çift yönlü iletişim, katılımcı bir yönetim anlayışının desteklenmesi ve merkezi olmayan organizasyon yapılarının kullanılması gibi süreçler anlatılmak istenmiştir. Profesyonel gelişim kavramıyla; hemşirelerin sistematik bir oryantasyon eğitimi alması, eğitimlerin sürekli hale getirilmesi ve yönetim becerilerinin gelişiminin artırılması amaçlanmıştır. Profesyonel uygulamalar kavramıyla da uygulamalarda profesyonelleşmeye gidilmesi, bağımsız hareket alanı sağlanıp sorumluluk bilincinin yüklenmesi ve yeni uygulamalara karşı da sorumluluk sahibi olduklarının bilgisinin verilmesi hedeflenmektedir (Armstrong ve Laschinger, 2006; Buchan, 1999).

1.5.1. Yönetim

Mıknatıs hastaneleri etkileyen faktörlerden biri olan yönetim, kuvveti içerisinde belirli liderliğin kalitesi, örgütsel yapı, yönetim stili, personel temini, personel politikaları ve programları vb. konuları kapsamaktadır (Kramer ve Schmalenberg, 2004). Mıknatıs hastanelerde hemşirelik hizmetleri yönetimi için güçlü bir liderlik ve savunuculuk rolü üzerinde durulmaktadır. Açık organizasyon yapısına sahip olan bu hastanelerde, katılımcı yönetime vurgu yapılmakta ve hemşirelik bakımı için profesyonel hemşirelik uygulama modelleri kullanılmaktadır. Bu hastanelerde hemşirelere klinik uzmanlıklarını tam olarak uygulayabilmelerini sağlayan özerk ve kendilerini yöneten bir ortam sunulmaktadır. Ayrıca bu hastanelerde, hemşirelerin klinik uzmanlık düzeylerini arttırmaları ya da hemşirelerin kariyer odaklarını yeniden yapılandırmak için kariyer gelişimi ve eğitim olanaklarının oluşturulmasına yönelik bir altyapı bulunmaktadır (Buchan, 1999; Upenieks, 2003; İntepeler, 2014).

Yönetici hemşirelik hizmetleri ve liderlik özellikleri mıknatıs hastanelerde önemli diğer özelliklerdendir. Hemşirelerin mesleki uzmanlıklarının uygulanabilmesi için uygun bir ortam sağlanabilmesi ve karar alma konusunda özerk bir çalışma ortamlarının kurulması gerekmektedir. Hemşirelerin kariyer gelişimlerinin sağlanması ve devam ettirilmesi için desteklenmesi, uzmanlık düzeylerinin artırılması için bir altyapı oluşturulmalıdır (Buchan, 1999; Upenieks, 2003). Mıknatıs olarak tanımlanan hastanelerde, hemşirelerin yönetim gücünün arttığı, hekim-hemşire iş birliğinin sağlandığı ve karar sürecine katıldığını belirlenmiştir (Kelly ve ark., 2012).

Hemşireler, sağlık politikalarının şekillenmesinde ve karmaşık hastane organizasyonlarının etkili işleyişi ile mükemmel hasta bakımındaki becerileri ve uygulamaları ile sağlık sisteminde önemli rol oynamaktadır. Ancak literatür, hemşirelerin çalıştıkları yerlerde kendilerini değerli ve saygın hissetmediklerini göstermektedir. Bu durum örgütsel bağlılıklarının düşmesine ve işten ayrılma niyeti ile işgücü devir hızlarının yükselmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, hemşirelerin çalışma ortamlarına ait algıladıkları aşırı iş yükü ve aşırı iş stresi, uzun süreli çalışma koşulları, yönetici desteğinin yetersizliği, kararlara katılamama, kariyer

imkanlarının yetersizliği gibi etkenler de motivasyonlarının, iř yaşam kalitelerinin ve verimliliklerinin dūřmesine ve işten ayrılma niyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Stone ve ark., 2019). Mıknatıs özelliği bulgularına göre çalışma şartlarının iyileştirildiği, hasta merkezli yaklaşımın sağlandığı, liderlik gücünün desteklendiği dikkat çekmektedir (Aiken ve ark., 2008).

Sağlık kurumlarında hemşirelik hizmetlerinde personel temini konusunda cinsiyet değişkeni ön planda olarak cinsiyet oranları değişiklik göstermektedir. Bu durum kadın ve erkeklerin sağlık kurumları hizmetlerindeki rollerini etkilemektedir. Hizmet işletmelerinde diğer işletmelere kıyasla sağlık işletmelerinde kadın istihdamının yüksek olduğu belirlenmiştir. Günümüzde hemşirelik mesleğine kadın istihdamının yanında erkek istihdamı da artmaktadır (Akan, 2003; Orhan ve Yücel, 2017). Hemşirelerin meslek eğitimlerini tamamlayıp sağlık kurumlarında hizmet vermeye başlamaları ile mesleki deneyim edinmeleri, kendilerini geliştirmeleri, otonomilerinin yükselmesi, iletişimlerinin artması ile yaş arasında ilişki bulunmaktadır. Urden ve ark. (2013), hemşirelik mesleğini mıknatıs program sürecinden sonra genç insanlara daha fazla önerdiğini, çünkü bu yapı ile hemşireliğin daha fazla doyum verdiğini ifade etmiştir. Hemşirelik hizmetleri kişilerin sadece öğrenim düzeyine değil, uygulama alanında geçirdiği birimler de önemli bir etken olmaktadır. Hemşirelik mesleği saha tecrübesi ve uyum programları ile iş başarısını artırmaktadır. Mıknatıs hastane kavramının gündeme gelmesi ile nitelikli hemşirelerin kurumu tercih etmeleri ve çalıştıkları kurumda devam etmeleri önemli hale gelmiştir (İkinci ve ark., 2017). Aile ortamında kadın rolünün erkek rolünden daha fazla olması, kadınların çalıştıkları kurumlardaki rollerine baskı oluşturarak stres ortamının artmasına neden olmaktadır (Urhan ve Etiler, 2011). Sorumluluk sahibi olma, görevleri yerine getirme, yeterlilik, iş bölümü ve destek olma özelliklerinin geliştiği varsayılmaktadır Laschinger ve ark. (2001), medeni durumun mesleki tatmin ve yeterlilik açısından anlamlı fark bulmuşlardır. Yang ve ark. (2013), evli olan hemşirelerin hasta ve hekim ile iletişimlerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca lisans eğitimini tamamlamış ve poliklinikte gündüz hizmet veren evli hemşirelerin motive ve çalışma biçimlerinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Hemşire istihdamı, hasta ihtiyaçlarına göre çalışılan birimlerde farklı hizmet sunumlarında yeterli olabilecek nitelik ve nicelikte hemşire istihdamının sağlanmasıdır. Hemşire hizmetleri planlaması yapılırken amaç, hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanarak kaliteli hemşirelik bakımı verilmesidir (Alan ve Yıldırım, 2016). Nitelikli hemşire işgücü ile hasta uygulamalarının iyileştirilmesi, çalışma şartlarının iyileştirilmesi ile miknatis hastaneler en iyi sonuca ulaşmayı amaçlamaktadırlar. Yetersiz personel, işyerinde kötü iş tatminine neden olabilecek bir stres faktörüdür. Yetersizlik, yalnızca personel sayısı ile değil, aynı zamanda bu personelin hastaların ihtiyaçları ile ilgili sahip olduğu beceri ve bilgi ile de ilgilidir (Jasper, 2007; Uçak, 2008). Personel politikasında hemşirelerin kurumdaki çalışma süresi kurum yönetimi, mesleki ilişkiler açısından olumlu bulunmuştur. Çalışma süresinin artması ile hemşirelerin profesyonelleştiğini saptayan çalışmalar bulunmaktadır (Margall ve Duquette, 2000; Mollaoğlu ve ark., 2010; Tan ve ark., 2012).

1.5.2. Profesyonel Hemşirelik Uygulamaları

Miknatis hastaneleri etkileyen faktörlerden profesyonel hemşirelik uygulamaları; profesyonel uygulama modeli, bakım kalitesi, kalite güvencesi, danışma, kaynaklar, otonomi, toplum ve hastane, hemşire eğitimciler, hemşire algısı ve hekim hemşire ilişkisi vb. konularını kapsamaktadır (Kramer ve Schmalenberg, 2004).

Miknatis hastaneleri hemşirelik uygulamaları ve hasta bakımında mükemmel yapan özelliği; kurumlarda hiyerarşinin daha az olması, hemşirelerin otonomilerinin yüksek olması, profesyonel hemşirelik uygulamalarının yapılması, personelin eğitime önem verilmesi, hasta-hemşire ilişkisine önem verilmesi, hekim-hemşire arası iletişim ve işbirliğinin fazla, etkili hemşire yöneticileri ve uzman hemşireleriyle birlikte etkili liderlik becerilerinin sergilendiği kurumlar olmasıdır (Aiken ve ark., 2000; Kelly ve ark., 2012; Rondeau ve Wagar, 2006; Stimpfel ve ark., 2015).

Mıknatıs hastaneler, hemşirelik bakımında mükemmelliği sağlayarak hem hastalar üzerinde hem de hemşireler üzerinde olumlu sonuçları olan kurumlardır. Bu hastanelerde çalışan hemşirelerin iş memnuniyeti yüksek (Brady-Schwartz, 2005; Kelly ve ark., 2012; Kramer ve Schmalenberg, 2005; Kutney-Lee ve ark., 2015; Upenieks, 2003), tükenmişlik düzeyi az (Aiken ve ark., 2000; Aiken ve ark., 2002; Kelly ve ark., 2012; Kutney-Lee ve ark., 2015; Tigert ve Laschinger, 2004) ve işten ayrılma niyetleri düşüktür (Chen, ve ark., 2014; Kutney-Lee ve ark., 2015). Bunun yanı sıra, magnet hastanelerde ölüm oranı ve kurtarma başarısızlığı düşük (Aiken ve ark., 2008; Bekelis ve ark., 2017; Evans ve ark., 2014; Friese ve ark., 2015; Kutney-Lee ve ark., 2015; McHugh ve ark., 2013; Missios ve Bekelis, 2018), hasta düşme oranı düşük (Lake ve ark., 2010) ve hasta memnuniyet düzeyi yüksektir (Kutney-Lee ve ark., 2009; Stimpfel, ve ark., 2016).

Kramer ve Schmalenberg (2003), mıknatıs hastanelerde çalışan hemşirelerin kendi alanlarının kontrolünün sağlama, bir bağımsızlık, işi elinde tutma, yönetsel, kliniksel ve kültürel olarak hastaların hayatlarını bağımsız bir şekilde etkileme olduğundan bahsetmişlerdir. Bunun mükemmel bir hasta bakımı sağladığından ve hemşirelerin iş doyumlarını pozitif olarak etkilediği belirtmişlerdir.

Hasta güvenliği sonuçlarının hemşirelik çalışma ortamının kalitesiyle ilişkili bulunduğu, hemşire çalışma ortamı ile hasta doyumunu arasında anlamlı ilişki olduğu, olumlu çalışma ortamının hemşire stresini azalttığı, hasta ve hemşire iş doyumunu arttırdığı, hemşireler ve hastalar tarafından bildirilen olumsuz olayları azalttığı, çalışma ortamını olumsuz algılayan hemşirelerin işten ayrılma niyetinin ve tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek, iş doyumlarının ise daha düşük olduğu bildirilmiştir (AL-Hadrawi ve ark., 2017; Laschinger ve Leiter, 2006; Park ve Kim, 2018; Tervo Heikkinen ve ark., 2008).

1.5.3. Profesyonel Gelişim

Mıknatıs hastaneleri etkileyen faktörlerden bir diğeri olan profesyonel gelişim oryantasyon, hizmet içi eğitimi sürdürme, formal eğitim vb. konularını kapsamaktadır (Kramer ve Schmalenberg, 2004).

Boyle ve ark. (2012), mıknatıs hastanelerde hemşirelerin çalıştıkları alanda sertifikasyonlarının bulunup bulunmadığını ve hangi alanda sertifikalı hemşirelerin daha çok çalıştığını araştırmışlardır. Araştırma sonucunda mıknatıs hastanelerde sertifikasyon alma oranlarının arttığı ve bunun sonucunda profesyonel uygulamanın artacağı, yapılan hataların azalacağı, kaliteli bakım için sertifikasyonun hizmet içi eğitim de önemli olduğu ve bunun desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Beceri düzeyleri farklı hemşirelerin hasta bakımındaki başarısında etkili olduğu, hemşirelik bakım saatlerinin lisanslı hemşirelerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Goode ve ark., 2011; Kalisch ve Lee, 2012; Needleman ve ark., 2002; Twigg ve ark., 2012).

Bireyin mesleğini isteyerek seçmesi durumunda alınan haz, iş doyumu, tatmin olma ve kuruma bağlılığın arttığı literatürde yer alan sonuçlar arasındadır (Aiken ve ark., 2008). Literatürde yapılan araştırmalarda mıknatıs hastanelerde çalışan hemşirelerin mesleklerini icra ederken daha fazla doyum alıp daha az duygusal yorgunluk yaşadıkları, bu hastanelerde hemşire-hekim ilişkisinin ekip arkadaşlığı şeklinde olduğu, hemşirelerin ekip bilincini daha iyi benimsedikleri, motivasyonlarının daha yüksek olduğu, iş yükünün daha az olduğu, kararlarını alırken daha bağımsız oldukları, hemşire yöneticilerin daha etkin olduğu, hemşirelerin eğitimlerinin desteklendiği ve işyerlerinde bulunma sürelerinin daha uzun olduğu görülmüştür (Schwartz 2005; Laschinger ve ark., 2003; Aiken ve ark., 2000; Lacey ve ark., 2007).

Meslek seçiminin bilinçli olarak yapılması kişilerin mesleklerinin severek yapmalarına, iş tatmin düzeylerinin artmasına ve böylece çalışma koşullarını olumlu değerlendirmesine neden olmaktadır. Hemşireler mesleği bilinçli bir şekilde seçtiğinde mesleki ilişkilerle birlikte iş doyumu ve sunulan hizmetin daha kaliteli olduğunu

belirlemişlerdir (Mollaoğlu ve ark., 2010).

Literatür incelendiğinde iş tatmini, uzmanlaşma seviyeleri, işten ayrılma niyeti, tükenmişlik seviyesi, iş yükü, çalışma saatleri, hemşirelik uygulama alanları gibi çıktılar hemşire sonuçlarını belirtilmektedir. Çalışma şartlarının iyileştirildiği ve hemşirelerin sağlık durumlarının korunması kurumun performansını yükselttiği bir uygulamadır (Registered Nurses' Association of Ontario, 2008).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerden birisi olan sürekli hizmet sunumu nedeni ile 24 saat çalışma ve nöbet gerektiren, bu nöbetin zorunlu olduğu bir sektördür. Hemşirelerin çalışma koşulları incelendiğinde, mesai saatlerinin uzun olduğu, fazla mesailerin yapıldığı ve haftalık çalışma saatlerinin 40 saatten daha fazla olduğu durumlarda hemşirelik hizmeti sunumunda hata oranının arttığı belirlenmiştir (Rogers ve ark., 2004). Hemşirelerin fazla zorunlu mesailerle çalışmalarının mıknaş hastane olma özelliğini azalttığını, bakım sonuçlarını olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir (Hickey ve ark.,2010; Trinkoff ve ark., 2010).

Urden ve ark. (2013), yatak başı hemşireleri, hemşirelik yönetici ve liderlerinin bu süreçte daha fazla söz sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda yatak başı hemşirelerinin yönetimden istedikleri birçok değişikliğin daha kolay uygulandığını, yönetim tarafından daha fazla iletişim kurdukları belirlenmiştir.

Bu araştırmanın amacı; bir özel hastanede görev yapan hemşirelerin bağlı bulundukları kurumun mıknaş hastane olma özelliğine sahip olup olmadığının belirlenmesi, mıknaş hastane özelliklerine göre hastanenin düzeyinin saptanmasıdır. Araştırma yapılan kurumun yeterli mıknaş hastane özelliklerini sağlaması Mıknaş Tanınma Programına dahil olarak sertifika alabilme olasılığını ortaya çıkaracak, böylece Türkiye'deki Mıknaş Hastane sertifikasına sahip ilk hastane olabilme durumu doğacaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemine yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, özel bir hastanede çalışan hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin “mıknatıs hastane standartlarına uygunluğu” ile ilgili görüşlerinin belirlenerek, görüşlerin sosyo-demografik değişkenlerine göre farklılaşma durumunun incelenmesi, hemşireleri kuruma çeken ve kurumda tutan faktörleri ortaya çıkartan mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesidir.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma, Ankara ilinde özel bir hastanede yürütülmüştür. Hastane Ankara ilinde iki merkez olmak üzere tüm branşlarda poliklinik hizmeti vermektedir. Hastane 8 ameliyathane, 131 hasta yatak sayısına ve 30 yoğun bakım yatak sayısına sahiptir. Hastane JCI akreditasyonuna ilk olarak 2006 yılında değerlendirilerek sahip olmuştur. Araştırma yapılan hastane Türkiye’de iki hastanesini birden akredite eden tek sağlık kuruluşu unvanını kazanmıştır. Hastane 2018 yılında beşinci kez akreditasyonu yenilenmiştir. Ayrıca 2005 yılında Türkiye’deki ilk özel hastane bünyesinde Kemik İliği Nakli Merkezi’ni açarak 2008 yılında JCI tarafından akredite edilmiştir. Ankara’da JCI tarafından akredite edilmiş ilk onkoloji merkezine sahip hastanedir.

Araştırma evrenini, hastanede görev yapan tüm hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması planlanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden, 185 hemşire ile evrenin tamamına ulaşılmıştır.

2.3. Araştırmanın Türü

Araştırma, hastanenin mıknatıs hastane özelliklerini belirlenmesi yönünden tanımlayıcı niteliktedir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma konusu ile ilgili ulusal ve uluslararası araştırmalarda kullanılan anketlerin de incelenmesi sonucu, araştırmacı tarafından, araştırma grubunu tanımlamak amacıyla sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik 10 sorudan oluşan “kişisel bilgi formu” oluşturulmuştur.

Araştırma verilerinin elde edilmesinde anket yöntemi kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Kişisel bilgi formundan sonraki bölümde mıknatıs hastane özelliklerini belirlemek üzere “Hastanenin Magnet (Hemşireleri Kuruma Çeken ve Tutan) Özelliklerinin Belirlenmesi” ölçeği yer almaktadır (Ek-1). Araştırma verileri 25 Ocak – 25 Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğe ilişkin detaylı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Hastanelerde mıknatıs özelliklerinin belirlenmesine ilişkin literatürde yıllar içinde çeşitli çalışmaların yapıldığı bilinmektedir (Kramer ve Hafner, 1989; Kramer ve Schmalenberg, 2003; Kramer ve Schmalenberg, 2008; McClure ve ark., 1983). ANA, 1983 yılında hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerden hemşirelik uygulamaları ve hasta bakım çıktılarını iyileştirebilmek amacı ile çeşitli kriter belirlemiştir. Bu kriterlerin belirlenmesinin temel nedenleri arasında hastanelerin hemşire ihtiyaçlarının artması yer almaktadır. 1980’li yıllarda araştırma yapılan bazı sağlık kurumlarında hemşire devir oranı artarken ve hemşire sayısı yetersiz kalırken, bazı sağlık kurumlarında ise bunun tersi olarak yapılan iş başvurusunun yoğun ve hemşire devir oranının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu durumun fark edilmesi ile hemşirelerin kurumda kalması ve kurumda çalışma isteğini “mıknatıs hastane”

olarak tanımlanmış ve 65 ifadeden oluşan ‘*Hemşire Çalışma İndeksi*’ oluşturulmuştur (Kramer ve Hafner, 1989). Amerikan Hemşirelik Akademisi’nin yürüttüğü çalışmada, hastanenin kliniklerinde çalışan 41 eğitim hemşiresi ve hemşire yöneticilerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir (McClure ve ark., 1983). Kramer ve Hafner (1989), kaliteli hasta bakımı ile hemşirelerin iş doyumunun bağlantılı olduğunu belirlemişlerdir. Araştırma yapılan 14 hastanede çalışan 279 hemşireye detaylı olarak çalışma koşullarına dair sorular sorulmuştur (Kramer ve Schmalenberg, 2003). Araştırmalar sonucunda elde edilen verilere göre hemşirelik yönetimi, kariyer gelişim uygulamaları, hasta odaklı örgüt kültürü, hemşirelik uygulamaları ve liderlik konularının mıknatıs hastane özelliğini belirlediği ortaya çıkmıştır. “Mıknatıs Hastanelerin Özellikleri (Essential of Magnet, EOM) ” ölçeği Kramer ve Schmalenberg tarafından 2008 yılında yeniden revize edilmiştir.

Yukarıda geliştirilen ölçek Yıldırım ve ark. (2012), tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve geçerlilik güvenirliği yapılmış (0,92) olan ve 55 sorudan oluşan ‘*Hastanenin Magnet (Hemşireleri Kuruma Çeken ve Tutan) Özelliklerinin Belirlenmesi*’ ölçeği Türkçe olarak literatüre kazandırılmıştır. Yapılan bu çalışmada da bu ölçek kullanılmıştır. Yıldırım ve ark. (2012), ölçeğin Cronbach Alfa katsayısını 0,92 olarak hesaplanmıştır. Uyarlanan ölçek, yedi alt boyuttan meydana gelmektedir. Ölçek ifadeleri iki kısımdan oluşarak 4’lü derece ile değerlendirilmektedir. Araştırma grubunun ifadelerine katılma düzeylerine göre birinci kısımda “Çoğu Doktor İçin Çoğu Zaman Doğru”, “Bazı Doktorlar İçin Bazı Zamanlar Doğru”, “1 ya da 2 Doktor İçin Genellikle Doğru”, “Herhangi Bir Doktor İçin Doğru Değil” kullanılarak ikinci kısımda ise “Hiç Katılmıyorum”, “Bazen Katılıyorum”, “Genellikle Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” olarak düzenlenmiştir.

‘*Hastanenin Magnet (Hemşireleri Kuruma Çeken ve Tutan) Özelliklerinin Belirlenmesi*’ ölçeğinde her alt boyut kendi içinde gruplandırılarak değerlendirilmektedir. İlk alt boyut “Kültürel Değerler” olarak adlandırılmaktadır ve ölçeğin 28.,41.,45.,46.,47.,48.,49.,51.,52.,53.,54.,55. ifadeleri ile ölçülmektedir. İkinci alt boyut “Yönetici Hemşire Desteği” olarak adlandırılmakta ve ölçeğin 8.,35.,36.,37.,40.,42.,43.,44. ifade ile ölçülmektedir. Üçüncü alt boyut “Hemşirelik

Uygulamasının Kontrolü” olarak adlandırılmakta ve ölçeğin 17.,18.,19.,20.,22.,23.,24. ifade ile ölçülmektedir. Dördüncü alt boyut “Klinik Otonomi” olarak adlandırılmakta ve ölçeğin 11.,12.,13.,14.,15.,16.,21.,25. ifade ile ölçülmektedir. Bu boyutun 11.,13.,15.,16.,21.,25. ifadeleri olumsuz yargı belirttiğinden ters kodlanmaktadır. Beşinci alt boyut “Hemşire Sayısının Yeterliliği” olarak adlandırılmakta ve ölçeğin 26.,27.,29.,30.,39. ifade ile ölçülmektedir. Bu boyutun 27.,29. ifadeleri olumsuz yargı belirttiğinden ters kodlanmaktadır. Altıncı alt boyut “Hekim-Hemşire İlişkileri” olarak adlandırılmakta ve ölçeğin 1.,2.,3.,4.,5.,6.,38.,50. ifade ile ölçülmektedir. Bu boyutun 3. ifadesi olumsuz yargı belirttiğinden ters kodlanmaktadır. Yedinci alt boyut “Hekim- Hemşire İlişkileri” olarak adlandırılmakta ve ölçeğin 7.,9.,10.,31.,32.,33.,34. ifade ile ölçülmektedir. Bu boyutun 9. ifadesi olumsuz yargı belirttiğinden ters kodlanmaktadır (Çizelge 2.1.).

Çizelge 2.1. Hastanenin Mıknatıs Özelliklerinin Belirlenmesi Ölçeğinin Alt Boyutlara Göre Dağılımı.

Ölçeğin Alt Boyutları	Soru Sayısı	Önermeler
Kültürel Değerler	12	28,41,45,46,47,48,49,51,52,53,54,55
Yönetici Hemşire Desteği	8	8,35,36,37,40,42,43,44
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	7	17,18,19,20,22,23,24
Klinik Otonomi	8	11*,12,13*,14,15*,16*,21*,25*
Hemşire Sayısının Yeterliliği	5	26,27*,29*,30,39
Hekim-Hemşire İlişkileri	8	1,2,3*,4,5,6,38,50
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	7	7,9*,10,31,32,33,34

* Ölçek içerisinde ters kodlanmış sorulardır.

Yıldırım ve ark. (2012)’nın, Türkçeye uyarladığı mıknatıs hastane standartlarına uygunluk ölçeğinde mıknatıs hastanelerde elde edilen puanların toplamının her alt boyutta yer alan soru sayısına bölünerek elde edilen değerin 4 üzerinden kıyaslanarak sonuç elde edilmektedir. Elde edilen sonuca göre 3,5 ve üzeri olması hemşirelerin

mıknatıs özelliğini göstermektedir (Yıldırım ve ark., 2012). Yapılan bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,94 olarak hesaplanmıştır.

2.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Araştırmada, ölçek ifadelerine verilen cevapların normal dağılım gösterme durumuna yönelik test sonuçlarının değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerlerine bakılmıştır. Test sonucuna göre verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir (Çizelge 2.2). Bu nedenle araştırmada parametrik olmayan test yöntemleri kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre verilerin değerlendirilmesinde Normallik Analizi, Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda verilerin analizi için IBM SPSS 20.0 programı kullanılmıştır.

Çizelge 2.2. Normallik Analizi Tablosu.

Tanımlayıcılar Alt Boyutlar	*Kolmogorov-Smirnov			*Shapiro-Wilk		
	İstatistiksel Değer	SS	p	İstatistiksel Değer	SS	p
Kültürel değerler	,108	185	,00	,940	185	,00
Yönetici hemşire desteği	,147	185	,00	,896	185	,00
Hemşirelik uygulamasının kontrolü	,160	185	,00	,904	185	,00
Klinik otonomi	,094	185	,00	,986	185	,05
Hemşire sayısının yeterliliği	,092	185	,00	,965	185	,00
Hekim-hemşire ilişkileri	,082	185	,00	,981	185	,01
Klinik yeterlilik ve eğitim desteği	,074	185	,01	,977	185	,00

*Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testi yapılmıştır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular, araştırma grubunun soru formu ve ölçeklere verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Araştırmada Ankara ilinde bulunan bir özel hastanede çalışan hemşirelere uygulandığı için sonuçların diğer hastanelere genellenememe durumu araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

2.7. İzinler

Araştırma içinde yer verilen veri toplama araçlarının uygulanması için öncelikle ölçek sahiplerinden gerekli izinler e-posta yoluyla alınmıştır (Ek-2). Etik kurul izni (Ek-3) ve ilgili kurumlardan idari izinler (Ek-4) alınmıştır. Anketlerde araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu belirtilmiş, bu araştırmanın sadece bilimsel bir çalışma sebebiyle planlandığı, bu sebeple sorulara samimi ve gerçek cevaplar verilmesinin önemli olduğu ve bireysel sonuçların başka bir kurum ile paylaşılmayacağı anlatılmıştır.

2.8. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezler aşağıda verilmiştir.

Hipotez 1: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartları uygunluğuna yönelik görüşleri ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H1a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değerleri ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H1b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteği ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H1c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik

uygulamasının kontrolü ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H1d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H1e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliği ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H1f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire ilişkileri ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H1g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteği ile yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 2: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değerleri ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteği ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik uygulamasının kontrolü ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliği ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire ilişkileri ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteği ile cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 3: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartlarına uygunluğuna

yönelik görüşleri ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H3a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değerleri ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H3b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteği ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H3c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik uygulamasının kontrolü ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H3d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H3e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliği ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H3f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire ilişkileri ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

H3g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteği ile medeni durumlarına göre anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 4: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H4a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değerleri ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H4b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteği ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H4c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik uygulamasının kontrolü ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H4d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H4e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliğı ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H4f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire ilişkileri ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

H4g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteğı ile öğrenim düzeylerine göre anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 5: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartlarına uygunluğına yönelik görüşleri ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H5a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değerleri ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H5b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteğı ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H5c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik uygulamasının kontrolü ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H5d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H5e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliğı ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H5f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire ilişkileri ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H5g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteğı ile toplam çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 6: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartlarına uygunluğına yönelik görüşleri ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H6a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değerleri

ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H6b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteği ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H6c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik uygulamasının kontrolü ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H6d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H6e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliği ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H6f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire ilişkileri ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

H6g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteği ile kurumdaki çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 7: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

H7a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değerleri ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

H7b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteği ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

H7c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik uygulamasının kontrolü ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

H7d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

H7e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliği ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

H7f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire

ilişkileri ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

H7g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteği ile görev yaptıkları birimlere göre anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 8: Araştırma grubunun mıknaş hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile çalışma düzenine göre anlamlı farklılık vardır.

H8a. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından kültürel değeri ile çalışma düzenine göre anlamlı farklılık vardır.

H8b. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından yönetici hemşire desteği ile çalışma düzenine göre anlamlı farklılık vardır.

H8c. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşirelik uygulamasının kontrolü ile çalışma düzenine göre anlamlı farklılık vardır.

H8d. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik otonomi ile çalışma düzeni düzenine göre farklılık vardır.

H8e. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hemşire sayısının yeterliliği ile çalışma düzenine göre anlamlı farklılık vardır.

H8f. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından hekim hemşire ilişkileri ile çalışma düzenine göre anlamlı farklılık vardır.

H8g. Araştırma grubunun mıknaş hastane alt boyutlarından klinik yeterlilik ve eğitim desteği ile çalışma düzenine göre anlamlı farklılık vardır.

3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma grubuna ait kişisel ve mesleki özelliklerle ilgili tanımlayıcı bulgulara ve “*Hastanenin Magnet (Hemşireleri Kuruma Çeken ve Tutan) Özelliklerinin Belirlenmesi*” ölçeğinden alınan puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

3.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulguları

Araştırma yapılan kurumdaki hemşirelerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Çizelge 3.1’de verilmektedir. Araştırma grubunun %84,3’ü (n=156) kadın, %15,7’sinin (n=29) erkek olduğu; %66,5’inin (n=123) 29 yaş ve altı aralığında; %33,5’inin (n=62) 30 yaş ve üzeri; %64,3’ünün (n=119) sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu; %35,7’sinin (n=66) lisans ve üzeri mezunu olduğu; medeni durum incelendiğinde %37,8’inin (n=70) evli olduğu; %62,2’sinin (n=115) bekar olduğu; mesleği seçme nedenleri incelendiğinde ise, %62,7’sinin (n=116) mesleği kendi isteyerek; %37,3’ünün (n=69) aile ve diğer yönlendirmeler ile seçtiği saptanmıştır.

Çizelge 3.1. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı.

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	156	84,3
	Erkek	29	15,7
Yaş	29 yaş ve altı	123	66,5
	30 yaş ve üzeri	62	33,5
Öğrenim Durumu	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	64,3
	Lisans ve üstü mezun	66	35,7
Medeni Durum	Evli	70	37,8
	Bekar	115	62,2
Mesleğin Seçilme Durumu	Kendi isteği ile	116	62,7
	Aile veya diğer yönlendirmeler ile	69	37,3
TOPLAM		185	100

Araştırma grubunun çalıştıkları görev yaptığı birim, kurumda çalışma süresi çalışma saatleri, iş unvanı ve toplam çalışma sürelerine ilişkin dağılımları Çizelge 3.2’de verilmiştir. Çalışılan bölüme göre; hemşirelerin %76,8’inin (n=142) serviste;

%23,2’sinin (n=43) polikliniklerde görev aldıkları belirlenmiştir. Araştırma grubunun unvanlarına göre dağılımları; %93’ünün (n=172) hemşire; %7’si (n=13) sorumlu hemşire oldukları belirlenmiştir. Araştırma grubunun çalışma saati incelendiğinde;

%43,2’sinin (n=80) sürekli gündüz veya gece çalıştığı, %56,8’inin (n=105) gece gündüz vardiya sistemiyle çalıştığı belirlenmiştir. Araştırma grubunun toplam çalışma süreleri; %45,4’ünün (n=84) 0 ile 5 yıl arasında, %24,3’ünün (n=45) 6 ile 10 yıl arası,

%30,3’ünün (n=56) 11 yıl ve daha fazla süredir meslekte görev aldığı saptanmıştır. Araştırma grubunun kurumda çalışma süreleri incelendiğinde; %60’ının (n=111) 0 ile 5 yıl arasında, %18,4’ünün (n=34) 6 ile 10 yıl arasında, %21,6’sının (n=40) 11 yıl ve daha fazla süredir meslekte görev aldığı saptanmıştır.

Çizelge 3.2. Araştırma Grubunun Çalışma Yeri Özelliklerine Göre Dağılımı.

Değişkenler		n	%
Görev Yapılan Birim	Servis	142	76,8
	Poliklinik	43	23,2
Kurumda Çalışma Süresi	0-5 yıl	111	60,0
	6 ile 10 yıl	34	18,4
	11 yıl ve üzeri	40	21,6
Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	0-5 yıl	84	45,4
	6 ile 10 yıl	45	24,3
	11 yıl ve üzeri	56	30,3
Çalışma Düzeni	Sürekli Gündüz veya Gece	80	43,2
	Vardiya Sistemi	105	56,8
İş Unvanı	Hemşire	172	93,0
	Sorumlu Hemşire	13	7,0
TOPLAM		185	100

3.2. Ölçek İfadelerine Yönelik Elde Edilen Yönelik Bulgular

Bu bölümde Ankara ilinde özel bir hastanede görev yapan hemşirelerin çalıştıkları hastanenin mıkınatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik sosyo-demografik değişkenlere göre (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çalışılan bölüm, stres düzeyi, sendika üyeliği ve toplam çalışma süresi) farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular verilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanenin mıkınatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşlere yönelik elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri Çizelge 3.3. de yer almaktadır. Buna göre, söz konusu ifadelerden en düşük düzeyli katılımın hemşirelik uygulamaları kontrolü alt boyutuna ait 18. ifade olan “Bu kurumda hemşirelerin kendi hemşirelik uygulamalarını denetlemek için bir komite ya da kurul bulunur.” olduğu; en yüksek düzeyli katılımın ise klinik otonomi alt boyutunun 13. ifadesi olan “Bu kurumda çalışan hemşireler, bağımsız karar vermeden önce yetkili kişilerden izin almak zorundadır.” cevabına ait olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.3. Ölçek İfadelerinin Dağılımı.

Ölçek İfadeleri	$\bar{X}$	SS
1. “Ünitemdeki hemşire hekim ilişkisi, hekimlerin hemşirelere öğretmeye ve açıklamaya istekli “öğrenci- öğretmen” ilişkisi gibidir.”	2,15	,912
2. “Hemşire-hekim ilişkisi karşılıklı etki, güven ve saygıya dayalı gönüllü iş birliğinden oluşur.”	1,73	,816
3. “Hemşireler ve doktorlar arasındaki ilişki düşmanca, moral bozucu “güç oyunları”, zıtlasma ve gücenmeyi içerir.”	1,82	,987
4. “Hekimler hastalar için istem verirken hemşirelerin görüş ve önerilerini sorarlar.”	2,45	1,005
5. “Bu kurumda hemşire-hekim ilişkisi nazik, resmi ve çoğunlukla doktorların hasta ile ilgili sorularına hemşirelerin cevap vermesi şeklindedir.”	1,88	,919
6. “Bu kurumda hasta bakımında hekim ve hemşirenin görüşü eşit değerdedir. Bu nedenle hasta bakımı için, hemşirelerin gözlem ve değerlendirmeleri ile hekimlerin tıbbi bilgisi ancak birlikte olursa hastaya yardım edilebileceği görüşü vardır.”	2,10	,904
7. “Bu kurumda çalışan diğer meslek üyeleri, hemşirelerin mesleki eğitimlerini sürdürmelerinin, bilgilerini geliştirmelerinin ve yeterliklerini artırmalarının önemli olduğunu düşünürler.”	1,84	,863

Çizelge 3.3.Devam. Ölçek İfadelerinin Dağılımı.

8. "Yönetici/ sorumlu hemşiremiz, mesleki gelişimimize katkıda bulunacak eğitimlere, kurum dışındaki kurslara ve/veya diploma tamamlama programlarına katılmamız için imkân sağlar. "	1,98	,961
9. "Bu kurumda çalışanların eğitimini sürdürmesi için terfi ettirme, maaş arttırma ve takdir etme gibi ödüller azdır. "	2,45	1,083
10. "Bu kurumda hemşirelerin eğitim programlarına katılımlarını desteklemek için ücretli izin verilir ve/veya finansal destek sağlanır. "	2,60	1,104
11. " Bu kurumda çalışan hemşireler bağımsız uygulama yaparlarsa baslarının belaya girmesinden ya da büyük bir risk almaktan korkarlar. "	2,94	1,096
12. "Burada bağımsız hemşirelik uygulamaları kolaylaştırılmıştır çünkü hemşireler yöneticilerinin onları destekleyeceğini bilir ve hissedirler. "	2,38	1,026
13. "Bu kurumda çalışan hemşireler, bağımsız karar vermeden önce yetkili kişilerden izin almak zorundadır. "	3,38	,813
14. "Bu ünite de hemşireler, hemşireliğin uygulama alanına giren konularda bağımsız; ilaç uygulaması, solunum terapisi gibi diğer disiplinlerin alanlarına giren uygulamalarda ise birlikte karar vermektedir. "	1,93	,933
15. "Bu kurumda hemşirelerin, bağımsız ya da yarı bağımlı kararlar vermelerini engelleyen kurumsal kural ve düzenlemeler vardır. "	2,96	,983
16. "Bana göre hemşireler bu hastanede, hastalar için etik olmayan bazı uygulamaları da yapmak zorunda kalabilirler. "	1,70	,991
17. "Bu ünite de hemşireler arasında "hemşirelik yönetiminin bizim bağımsız çalışmamızı istedikleri" yönünde genel bir düşünce vardır. "	2,91	1,007
18. "Bu kurumda hemşirelerin kendi hemşirelik uygulamalarını denetlemek için bir komite ya da kurul bulunur. "	1,37	,631
19. "Bu kurumda çalışan hemşireler, malzeme seçimi, IV yolun ne sıklıkla değiştirileceği gibi konularda, politika ve prosedürleri oluşturulur ya da oluşturulmasında rol alırlar. "	1,57	,820
20. "Bu kurumda çalışan doktorlar, yöneticiler ve diğer meslek üyeleri (örn. Fizyoterapistler), hemşirelik uygulamalarının hemşirelerin kontrolünde olduklarını bilirler. "	1,72	,831
21. "Bizde kararların "her çalışanın fikri alınarak verildiği" söylene bile bu sözde kalır, uygulamaya yansımaz. "	2,20	1,005
22. "Bu kurumda ulaşım, eczane, solunum terapisti gibi diğer bölümlerin ve disiplinlerin temsilcileri düzenli olarak karar verme sürecine katılır. "	1,96	,897
23. "Bu kurumda hemşireler, faaliyet, program, hasta bakım sunum sistemleri gibi kendilerini doğrudan etkileyen personel politikaları /sorunlarıyla ilgili bilgiye sahiptirler ve kararları kendileri verirler. "	2,09	,934
24. "Bu ünite de tüm kararlar her kesin fikri sorularak alınır ve tüm hemşireler alınan kararlardan ve sonuçlarından haberdardır. "	2,01	,932
25. "Bu kurumda hemşirelikle ilgili uygulamalar (standart oluşturma, politika belirleme gibi) hemşirelik hizmetleri yöneticisi, hastane idaresi ve hemşire olmayan diğer kişiler tarafından belirlenir: bu kararların belirlenmesinde çalışan hemşirelerin etkisi yoktur. "	2,06	1,008
26. "Genellikle bu ünite deki hemşireler, kaliteli hasta bakımı vermek için yeterli personel sağlandığını düşünür. "	2,14	,971
27. "Burada üniteyi, hastaları ve hekimleri tanıyan yeterli nitelikte ve deneyimde hemşiremiz yoktur. "	1,81	,981

Çizelge 3.3. Devam. Ölçek İfadelerinin Dağılımı.

28. "Bu ünite de hasta bakım sistemi, (ekip, primer hemşirelik vb.) hemşirelerin sayı ve deneyimleri temel alınarak belirlenir. "	2,05	,948
29. "Ünitemizdeki personel sayısı, güvenli hasta bakımı vermek için yeterli değildir. "	2,30	1,096
30. "Bu ünite de var olan personel sayımız, grup uyumumuz ve takım çalışmamız, kaliteli hasta bakımı vermeye imkân sağlar. "	1,95	,905
31. "Bu ünite de hemşireler yeterli bilgi ve beceriyi gösterir. "	1,57	,720
32. "Bu kurumda hemşirelerin klinik yeterlikleri dikkate alınır ve ödüllendirilir. "	2,23	1,075
33. "Bu kurumda hemşirelerin lisans tamamlama, lisansüstü gibi sürekli eğitimleri, hemşirelerin mesleki yeterliklerini arttırmaları şeklinde algılanır. "	2,11	,955
34. "Bu kurumda ulusal sertifikalandırma, klinik yeterliliğin bir göstergesi olarak algılanır. "	1,97	,896
35. "Servis sorumlu hemşiremiz bizi ve ünitenin çıkarlarını gözetir, yöneticilerle ve diğer birimlerle iş birliği yapar, gerektiğinde "bizi savunur". "	1,62	,772
36. "İhtiyaç duyduğumuz araç ve gereçler yönetici hemşiremiz tarafından karşılanır. "	1,50	,731
37. "Servis sorumlumuz, hemşireler, hekimler ve diğer bölümler arasındaki çatışmaların çözümünde diplomatik, adil ve dürüst davranır. "	1,54	,715
38. "Bu ünite de multidisipliner hasta bakımını geliştirmek için doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık üyeleri ekip olarak çalışır. "	1,62	,778
39. "Servis sorumlu hemşiremiz, bu serviste hemşirelik hizmeti vermek için yeterli sayı ve nitelikte personele sahip olduğumuzu düşünür. "	1,94	,910
40. "Servis sorumlu hemşiremiz, geribildirim verirken hem olumlu hem de olumsuz örnekler verir. "	1,60	,775
41. "Hemşirelik müdürümüz/ başhemşiremiz çalışanların bağlılığını artırır ve bu bizi bir arada çalıştıran olumlu bir güçtür. "	1,82	,827
42. "Servis sorumlu hemşiremiz görüşülebilir, istendiğinde ulaşılabilir ve konuşmak için güvenilirdir. "	1,46	,715
43. "Servis sorumlu hemşiremiz, hasta bakımına yönelik kurumun değerlerini oluşturur ve yaşatır. Çalışanları konuşmaya cesaretlendirir".	1,53	,766
44. "Servis sorumlu hemşiremiz, karar verirken "en iyi uygulamayı" seçmek için sesli düşünür/ herkesin görüşünü alır. "	1,62	,819
45. " Bu hastane yönetimi yeni şeyler yapmaya isteklidir. "	1,88	,921
46. "Bu hastanede hastalarla ilgili konular önceliklidir. "	1,49	,808
47. "Bu kurumda problemler hızla çözülür ve uygulamaya geçilir; insanlar risk almaktan korkmazlar. "	2,08	,918
48. "Çalışanlar, yaptıkları işler nedeniyle takdir edilir/ değer verilir. "	2,07	1,000
49. "Çalışanlardan yüksek performans ve verimlilik beklenir. "	1,48	,715
50. "Bu kurumda hemşireler, tıp ve diğer meslek üyeleri, birlikte ekip olarak çalışır. "	1,64	,754
51. "Maliyet önemlidir, ancak bu kurumda kaliteli hasta bakımı maliyetten önce gelir. "	1,75	,900

Çizelge 3.3. Devam. Ölçek İfadelerinin Dağılımı.

52. "Tüm çalışanların katkıları (hemşireler, yardımcı sağlık personeli ve teknisyenler) önemlidir ve değerlidir. "	1,70	,894
53. "Hemşirelik hizmetleri yöneticimiz, sağlık sistemindeki düzenlemeler nedeni ile oluşabilecek kurumsal değişiklikleri önceden görerek kurumun önde olmasını sağlar. "	1,65	,767
54. " Burası değerlerle yürüyen bir kurumdur. Kurumsal değerler bilinir, anlaşılır, paylaşılır ve sık sık konuşulur. "	1,58	,769
55. "Bizler, kurumsal değerlerimizi yeni gelen hemşirelerle, doktorlarla, teknisyenlerle ve yardımcılarla bilinçli olarak paylaşıyoruz. "	1,56	,799

Yıldırım ve ark. (2012), Türkçeye uyarladığı mıknaş hastane standartlarına uygunluk ölçeğinde mıknaş kurumlarda verilen cevapların ortalama puanları 3,5 ve üstünde değerlendirildiği, bu puana göre kıyaslama yaparak mıknaş özelliklere yakın olup olmadığını belirtmişlerdir. Analize göre ölçek ortalama puanı düşük düzeyde bulunmuştur (Ortalama=1,95) (Çizelge 3.4.).

Mıknaş hastane standartlarına uygunluğa yönelik görüşler alt boyutlar bağlamında incelendiğinde, "kültürel değerler" alt boyutuna ait ortalamanın 1,76; yönetici hemşire desteği alt boyutuna ait ortalamanın 1,61; hemşirelik uygulamasının kontrolü alt boyutuna ait ortalamanın 2,12; klinik otonomi alt boyutuna ait ortalamanın 2,46; hemşire sayısının yeterliliği alt boyutuna ait ortalamanın 2,03; hekim-hemşire ilişkileri alt boyutuna ait ortalamanın 1,92; klinik yeterlilik ve eğitim desteğine ait ortalamanın ise 2,11 olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4.).

Çizelge 3.4. Araştırma Grubu Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Ölçeğin Boyutları	$\bar{X}$	SS
Kültürel değerler	1,76	0,595
Yönetici hemşire desteği	1,61	0,577
Hemşirelik uygulamasının kontrolü	2,12	0,737
Klinik otonomi	2,46	0,525
Hemşire sayısının yeterliliği	2,03	0,679
Hekim-hemşire ilişkileri	1,92	0,499
Klinik yeterlilik ve eğitim desteği	2,11	0,603
Genel Mıknaş Özelliği	1,95	0,446

Araştırma grubunun yaşlarına göre, ‘*kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*’ puanlarının ortancalarına göre anlamlı bir farklılık olup olmadığı Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir (Çizelge 3.5). Hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknaatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşlerinin yaş gruplarına göre farklılığın belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3577,000; p=0,49). H1 hipotezi reddedilmiştir.

“Kültürel Değerler” alt boyutu ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW= 3315,000; p= 0,14). Elde edilen bu sonuca göre H1a numaralı ‘*kültürel değerler yaşa göre farklılık göstermektedir*’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutu ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık vardır (MW=3166,000; p=0,05). Elde edilen bu sonuca göre H1b numaralı ‘*yönetici hemşire desteği yaşa göre farklılık göstermektedir*’ araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

“Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutu ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık vardır (MW=3126,000; p=0,04). Elde edilen bu sonuca göre H1c numaralı ‘*hemşire uygulamasının kontrolü yaşa göre farklılık göstermektedir*’ araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Diğer boyutlar ile kıyaslandığında en düşük oranı hemşirelik uygulamasının kontrolü alt boyutu almaktadır.

“Klinik Otonomi” alt boyutu ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3623,000; p=0,57). Elde edilen bu sonuca göre H1d numaralı ‘*klinik otonomi yaşa göre farklılık göstermektedir*’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3334,500; p=0,15). Elde edilen bu sonuca göre H1e numaralı ‘*hemşire sayısının yeterliliği yaşa göre farklılık göstermektedir*’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

‘‘Hekim-Hemşire İlişkileri’’ alt boyutu ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3771,500; p=0,90). Elde edilen bu sonuca göre H1f numaralı ‘‘hekim-hemşirelik ilişkileri yaşa göre farklılık göstermektedir’’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

‘‘Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği’’ alt boyutu ile yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3735,000; p=0,82). Elde edilen bu sonuca göre H1g numaralı ‘‘klinik yeterlilik ve eğitim desteği yaşa göre farklılık göstermektedir’’ hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.5. Araştırma Grubunun Yaşa Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Yaş	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Mann-Whitney U	p
Kültürel Değerler	29 yaş ve altı	123	1,7230	,624	1,56	3315,000	,14
	30 yaş ve üstü	62	1,8224	,534	1,66		
Yönetici Hemşire Desteği	29 yaş ve altı	123	1,5582	,596	1,36	3166,000	,05
	30 yaş ve üstü	62	1,6915	,532	1,50		
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	29 yaş ve altı	123	1,9499	,530	1,99	3126,000	,04
	30 yaş ve üstü	62	1,7961	,467	1,85		
Klinik Otonomi	29 yaş ve altı	123	2,3056	,467	2,36	3623,000	,57
	30 yaş ve üstü	62	2,3154	,497	2,37		
Hemşire Sayısının Yeterliliği	29 yaş ve altı	123	2,4122	,465	2,51	3334,500	,15
	30 yaş ve üstü	62	2,3065	,407	2,40		
Hekim- Hemşire İlişkileri	29 yaş ve altı	123	2,1000	,476	2,16	3771,500	,90
	30 yaş ve üstü	62	2,0668	,462	2,12		
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	29 yaş ve altı	123	2,1202	,542	2,16	3735,000	,82
	30 yaş ve üstü	62	2,1064	,488	2,14		
Genel Mıknatıs Özelliği	29 yaş ve altı	123	2,0242	,375	1,97	3577,000	,49
	30 yaş ve üstü	62	2,0150	,293	1,98		

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırma grubunun cinsiyete göre “kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği” puanlarının ortancalarına göre anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edilmiştir (Çizelge 3.6). Mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesine yönelik hemşire görüşleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2176,000; p=0,74). H2 hipotezi reddedilmiştir.

“Kültürel değerler” alt boyutu ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık vardır. Bu kısımda, erkeklerin hastanenin kültürel değerlere yönelik görüşlere katılım düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (MW=1683,500; p=0,02). Bu sonuca göre H2a numaralı “kültürel değerler cinsiyete göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

“Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutu ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktur. MW=1853,000; p=0,12). Elde edilen bu sonuca göre H2b numaralı “yönetici hemşire desteği cinsiyete göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutu ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=1969,500; p=0,26). Elde edilen bu sonuca göre H2c numaralı “hemşire uygulamasının kontrolü cinsiyete göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Otonomi” alt boyutu ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık vardır (MW=1579,500; p=0,01). Elde edilen bu sonuca göre H2d numaralı “kültürel değerlerin cinsiyete göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=1919,000; p=0,19). Elde edilen bu sonuca göre H2e numaralı “hemşire sayısının yeterliliği cinsiyete göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutu ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2101,500; p=0,54). Elde edilen bu sonuca göre H2f numaralı “hekim-hemşirelik ilişkileri cinsiyete göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutu ile cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2124,000; p=0,60). Elde edilen bu sonuca göre H2g numaralı “klinik yeterlilik ve eğitim desteği cinsiyete göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.6. Araştırma Grubunun Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Mann-Whitney U	p
Kültürel Değerler	Kadın	156	1,7154	,584	1,40	1683,500	,02
	Erkek	29	1,9762	,616	1,66		
Yönetici Hemşire Desteği	Kadın	156	1,5788	,581	1,34	1853,000	,12
	Erkek	29	1,7328	,551	1,50		
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	Kadın	156	1,8797	,513	1,73	1969,500	,26
	Erkek	29	1,9984	,515	2,02		
Klinik Otonomi	Kadın	156	2,3463	,477	2,37	1579,500	,01
	Erkek	29	2,1078	,419	2,13		
Hemşire Sayısının Yeterliliği	Kadın	156	2,3910	,439	2,40	1919,000	,19
	Erkek	29	2,3000	,494	2,31		
Hekim- Hemşire İlişkileri	Kadın	156	2,1014	,476	2,12	2101,500	,54
	Erkek	29	2,0216	,438	2,04		
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	Kadın	156	2,1215	,513	2,14	2124,000	,60
	Erkek	29	2,0897	,580	2,10		
Genel Mıknatıs Özelliği	Kadın	156	2,0192	,355	1,96	2176,000	,74
	Erkek	29	2,0315	,319	1,98		

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırma grubunun medeni duruma göre “*kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*” puanlarının ortancalarına göre anlamlı bir fark olup

olmadığı belirlenmiştir. Mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesine yönelik hemşire görüşleri ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW= 3428,000; p=0,09). H3 hipotezi reddedilmiştir.

“Kültürel Değerler” alt boyutu ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık vardır (MW=3135,000; p=0,01). Elde edilen bu sonuca göre H3a numaralı “kültürel değerler medeni duruma göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

“Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutu ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık vardır (MW=3010,500; p=0,00). Elde edilen bu sonuca göre H3b numaralı “yönetici hemşire desteği medeni duruma göre farklılık göstermektedir” hipotez kabul edilmiştir.

“Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutu ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3750,000; p=0,43). Elde edilen bu sonuca göre H3c numaralı “hemşire uygulamasının kontrolü medeni duruma göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Otonomi” alt boyutu ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3728,000; p=0,39). Elde edilen bu sonuca göre H3d numaralı “kültürel değerlerin medeni durum farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3848,000; p=0,61). Elde edilen bu sonuca göre H3e numaralı “hemşire sayısının yeterliliği medeni duruma göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutu ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3525,000; p=0,15). Elde edilen bu sonuca göre H3f numaralı “hekim-hemşirelik ilişkileri medeni duruma göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutu ile medeni duruma göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3542,500; p=0,17). Elde edilen bu sonuca göre H3g numaralı ‘klinik yeterlilik ve eğitim desteği medeni duruma göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.7. Araştırma Grubunun Medeni Duruma Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Mann-Whitney U	p
Kültürel Değerler	Evli	70	1,8957	,600	1,66	3135,000	,01
	Bekar	115	1,6714	,579	1,44		
Yönetici Hemşire Desteği	Evli	70	1,7821	,645	1,50	3010,500	,00
	Bekar	115	1,4938	,504	1,21		
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	Evli	70	1,9493	,547	1,85	3750,000	,43
	Bekar	115	1,8673	,493	1,77		
Klinik Otonomi	Evli	70	2,2668	,470	2,30	3728,000	,39
	Bekar	115	2,3345	,479	2,37		
Hemşire Sayısının Yeterliliği	Evli	70	2,3571	,452	2,37	3848,000	,61
	Bekar	115	2,3887	,447	2,40		
Hekim- Hemşire İlişkileri	Evli	70	2,1607	,528	2,12	3525,000	,15
	Bekar	115	2,0452	,428	2,00		
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	Evli	70	2,1840	,547	2,14	3542,500	,17
	Bekar	115	2,0740	,506	2,03		
Genel Mıknatıs Özelliği	Evli	70	2,0851	,393	1,98	3428,000	,09
	Bekar	115	1,9821	,315	1,88		

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırma grubunun öğrenim düzeyine göre ‘*kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*’ puanlarının ortancalarına göre anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edilmiştir (Çizelge 3.8). Hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile eğitim düzeylerine göre farklılığın tespitine yönelik yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3746,000; p=0,60).H4

hipotezi reddedilmiştir.

“Kültürel Değerler” alt boyutu ile öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3817,000; p=0,75). Elde edilen bu sonuca göre H4a numaralı “kültürel değerler öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutu ile öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3605,000; p=0,35). Elde edilen bu sonuca göre H4b numaralı “yönetici hemşire desteği öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutu ile öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3921,000; p=0,98). Elde edilen bu sonuca göre H4c numaralı “hemşire uygulamasının kontrolü öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Otonomi” alt boyutu ile öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3622,000; p=0,38). Elde edilen bu sonuca göre H4d numaralı “kültürel değerlerin öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3771,000; p=0,65). Elde edilen bu sonuca göre H4e numaralı “hemşire sayısının yeterliliği öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutu ile öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3748,000; p=0,60). Elde edilen bu sonuca göre H4f numaralı “hekim-hemşirelik ilişkileri öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutu ile öğrenim düzeyine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3846,500; p=0,81). Elde edilen bu sonuca göre H4g numaralı ‘klinik yeterlilik ve eğitim desteği öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.8. Araştırma Grubunun Öğrenim Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Öğrenim Düzeyi	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Mann-Whitney U	p
Kültürel Değerler	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	1,7451	,597	1,63	3817,000	,75
	Lisans ve üstü mezun	66	1,7765	,597	1,66		
Yönetici Hemşire Desteği	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	1,5707	,556	1,41	3605,000	,35
	Lisans ve üstü mezun	66	1,6610	,615	1,50		
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	1,9028	,512	1,85	3921,000	,98
	Lisans ve üstü mezun	66	1,8903	,521	1,84		
Klinik Otonomi	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	2,2896	,458	2,31	3622,000	,38
	Lisans ve üstü mezun	66	2,3436	,508	2,37		
Hemşire Sayısının Yeterliliği	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	2,3739	,430	2,39	3771,000	,65
	Lisans ve üstü mezun	66	2,3818	,481	2,40		
Hekim- Hemşire İlişkileri	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	2,1173	,483	2,12	3748,000	,60
	Lisans ve üstü mezun	66	2,0376	,446	2,04		
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	2,1341	,534	2,14	3846,500	,81
	Lisans ve üstü mezun	66	2,0823	,506	2,09		
Genel Mıknatıs Özelliği	Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu	119	2,0191	,341	1,97	3746,000	,60
	Lisans ve üstü mezun	66	2,0247	,366	1,98		

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırma grubunun toplam çalışma süresine göre ‘‘kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği’’ puanlarının ortancalarına göre anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edilmiştir (Çizelge 3.9.). Hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin miknatis hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile toplam çalışma sürelerine göre farklılığın tespitine yönelik yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık yoktur (KW=3,115; p=0,21). H5 hipotezi reddedilmiştir. Bu bölümde alt boyutlarda çıkan farklılığın kaynağını açıklamak amacı ile çoklu karşılaştırma test yöntemlerinden Tamhane’s T2 testi kullanılmıştır.

‘‘Kültürel Değerler’’ alt boyutu ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık vardır (KW=15,090; p=0,00). Elde edilen bu sonuca göre H5a numaralı ‘‘kültürel değerler toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’’ araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağı için yapılan Tamhane’s T2 testine göre kültürel değerler alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 yıl çalışma süresi sebebiyle farklılık vardır.

‘‘Yönetici Hemşire Desteği’’ alt boyutu ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık vardır (KW=8,176; p=0,01). Elde edilen bu sonuca göre H5b numaralı ‘yönetici hemşire desteği toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’’ araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağı için yapılan Tamhane’s T2 testine göre yönetici hemşire desteği alt boyutunda çalışma sürelerine göre farklılık yoktur.

‘‘Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü’’ alt boyutu ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=2,601; p=0,27). Elde edilen bu sonuca göre H5c numaralı ‘hemşire uygulamasının kontrolü toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

‘‘Klinik Otonomi’’ alt boyutu ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık vardır (KW=9,851; p=0,00). Elde edilen bu sonuca göre H5d numaralı ‘‘klinik otonomi toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’’ araştırma hipotezi

kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağı için yapılan Tamhane's T2 testine göre kültürel değerler alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 yıl çalışma süresi ile 6-10 yıl ve 11 yıl üzeri çalışma sürelerinde farklılık vardır.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=2,539; p=0,28). Elde edilen bu sonuca göre H5e numaralı “hemşire sayısının yeterliliği toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutu ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=2,917; p=0,23). Elde edilen bu sonuca göre H5f numaralı “hekim-hemşirelik ilişkileri toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutu ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=5,351; p=0,06). Elde edilen bu sonuca göre H5g numaralı “klinik yeterlilik ve eğitim desteği toplam çalışma süresine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.9. Araştırma Grubunun Toplam Çalışma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Toplam Çalışma Süresi	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Kruskall Wallis H	p	**Post Hoc Test
Kültürel Değerler	0-5 yıl	84	1,5926	,582	1,26	15,090	,00	1-3
	6-10 yıl	45	1,9911	,624	1,66			
	11 yıl ve üzeri	56	1,8131	,523	1,48			
Yönetici Hemşire Desteği	0-5 yıl	84	1,4847	,574	1,27	8,176	,01	
	6-10 yıl	45	1,6821	,562	1,47			
	11 yıl ve üzeri	56	1,7165	,570	1,50			
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	0-5 yıl	84	1,9130	,492	1,78	2,601	,27	
	6-10 yıl	45	1,9815	,603	1,85			
	11 yıl ve üzeri	56	1,8095	,462	1,67			
Klinik Otonomi	0-5 yıl	84	2,3752	,463	2,37	9,851	,00	1-2 2-3
	6-10 yıl	45	2,1183	,487	2,11			
	11 yıl ve üzeri	56	2,3626	,453	2,36			

Çizelge 3.9. Araştırma Grubunun Toplam Çalışma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Hemşire Sayısının Yeterliliği	0-5 yıl	84	2,4238	,438	2,40	2,539	,28	
	6-10 yıl	45	2,3889	,504	2,36			
	11 yıl ve üzeri	56	2,2964	,410	2,27			
Hekim-Hemşire İlişkileri	0-5 yıl	84	2,0378	,421	2,05	2,917	,23	
	6-10 yıl	45	2,2056	,522	2,12			
	11 yıl ve üzeri	56	2,0717	,489	2,09			
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	0-5 yıl	84	2,0482	,490	2,00	5,351	,06	
	6-10 yıl	45	2,2810	,577	2,14			
	11 yıl ve üzeri	56	2,0838	,506	2,02			
Genel Mıknatıs Özelliği	0-5 yıl	84	1,9822	,354	1,88	3,115	,21	
	6-10 yıl	45	2,0926	,375	1,98			
	11 yıl ve üzeri	56	2,0211	,315	1,91			

* Kruskal Wallis H testi yapılmıştır.

**Tamhane's T2 Post Hoc testi yapılmıştır. Post Hoc testte 1)0-5 yıl, 2)6-10 yıl, 3)10 yıl ve üzerini temsil etmektedir.

Araştırma grubunun kurumda çalışma süresine göre “*kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*” puanlarının ortancalarına göre anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edilmiştir (Çizelge 3.10.). Hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile kurumdaki çalışma sürelerine göre yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık vardır (KW=6,685: p=0,03). H6 hipotezi kabul edilmiştir. Bu bölümde, alt boyutlarda çıkan farklılığın kaynağını açıklamak amacı ile çoklu karşılaştırma test yöntemlerinden Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Genel mıknatıs özelliği ile ilgili yapılan fark analizinde çalışma sürelerinde farklılık yoktur.

“Kültürel Değerler” alt boyutu ile kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık vardır (KW=12,052; p=0,00). Elde edilen bu sonuca göre H6a numaralı “*kültürel değerler öğrenim düzeyine göre farklılık göstermektedir*” araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağı için yapılan Tamhane's T2 testine göre kültürel değerler alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 yıl çalışma süresinde farklılık vardır.

“Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutu ile kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık vardır (KW=10,745; p=0,00). Elde edilen bu sonuca göre H6b numaralı ‘yönetici hemşire desteği kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın kaynağı için yapılan Tamhane’s T2 testine göre kültürel değerler alt boyutunda 0-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri çalışma süresinde farklılık vardır.

“Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutu ile kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (KW=1,209; p=0,54). Elde edilen bu sonuca göre H6c numaralı ‘hemşire uygulamasının kontrolü kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Otonomi” alt boyutu ile kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=4,516; p=0,10). Elde edilen bu sonuca göre H6d numaralı ‘kültürel değerlerin kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=0,129; p=0,93). Elde edilen bu sonuca göre H6e numaralı ‘hemşire sayısının yeterliliği kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutu ile kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=1,426; p=0,49). Elde edilen bu sonuca göre H6f numaralı ‘hekim-hemşirelik ilişkileri kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutu ile kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur (KW=4,153; p=0,12). Elde edilen bu sonuca göre H6g numaralı ‘klinik yeterlilik ve eğitim desteği kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.10. Araştırma Grubunun Kurumda Çalışma Süresine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Kurumda Çalışma Süresi	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Kruskall Wallis H	p	**Post Hoc Test
Kültürel Değerler	0-5 yıl	111	1,6474	,601	1,50	12,052	,00	1-2
	6-10 yıl	24	1,9882	,575	1,87			
	11 yıl ve üzeri	40	1,8613	,530	1,91			
Yönetici Hemşire Desteği	0-5 yıl	111	1,4969	,556	1,24	10,745	,00	1-3
	6-10 yıl	24	1,7537	,584	1,49			
	11 yıl ve üzeri	40	1,7688	,576	1,50			
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	0-5 yıl	111	1,9116	,509	1,85	1,209	,54	
	6-10 yıl	24	1,8536	,557	1,79			
	11 yıl ve üzeri	40	1,8994	,501	1,83			
Klinik Otonomi	0-5 yıl	111	2,2970	,475	2,23	4,516	,10	
	6-10 yıl	24	2,1985	,558	2,13			
	11 yıl ve üzeri	40	2,4357	,375	2,37			
Hemşire Sayısının Yeterliliği	0-5 yıl	111	2,3838	,477	2,40	0,129	,93	
	6-10 yıl	24	2,3559	,479	2,37			
	11 yıl ve üzeri	40	2,3750	,333	2,39			
Hekim- Hemşire İlişkileri	0-5 yıl	111	2,0512	,444	2,02	1,426	,49	
	6-10 yıl	24	2,1287	,522	2,09			
	11 yıl ve üzeri	40	2,1598	,495	2,12			
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	0-5 yıl	111	2,0586	,531	2,01	4,153	,12	
	6-10 yıl	24	2,1646	,529	2,09			
	11 yıl ve üzeri	40	2,2321	,482	2,14			
Genel Mıknatıs Özelliği	0-5 yıl	111	1,9781	,370	1,98	6,685	,03	
	6-10 yıl	24	2,0633	,335	2,07			
	11 yıl ve üzeri	40	2,1046	,282	2,11			

*Kruskall Wallis H testi yapılmıştır.

**Tamhane's T2 Post Hoc testi yapılmıştır. Post Hoc testte 1)0-5 yıl, 2)6-10 yıl, 3)10 yıl ve üzerini temsil etmektedir.

Araştırma grubunun görev yapılan birime göre “*kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*” puanlarının ortancalarına göre anlamlı bir fark olup olmadığı analiz edilmiştir (Çizelge 3.11.). Hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile görev yapılan birime göre farklılığın tespitine yönelik yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2698,000; p=0,24). H7 hipotezi reddedilmiştir.

“Kültürel Değerler” alt boyutu ile görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3016,500; p=0,90). Elde edilen bu sonuca göre H7a numaralı “kültürel değerler görev yapılan birime göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutu ile görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık vardır (MW=2447,500; p=0,04). Elde edilen bu sonuca göre H7b numaralı “yönetici hemşire desteği görev yapılan birime göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi kabul edilmiştir. Yönetici hemşire desteği alt boyutunda anlamlı bir farklılık vardır. Polikliniklerde çalışanların katılım düzeylerinin serviste çalışan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

“Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutu ile görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2957,000; p=0,75). Elde edilen bu sonuca göre H7c numaralı “hemşire uygulamasının kontrolü görev yapılan birime göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Otonomi” alt boyutu ile görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2500,000; p=0,07). Elde edilen bu sonuca göre H7d numaralı “kültürel değerlerin görev yapılan birime göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3042,500; p=0,97). Elde edilen bu sonuca göre H7e numaralı “hemşire sayısının yeterliliği görev yapılan birime göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutu ile görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2724,500; p=0,28). Elde edilen bu sonuca göre H7f numaralı “hekim-hemşirelik ilişkileri görev yapılan birime göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutu ile görev yapılan birime göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2931,000; p=0,69). Elde edilen bu sonuca göre H8g numaralı ‘klinik yeterlilik ve eğitim desteği görev yapılan birime göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.11. Araştırma Grubunun Çalışma Birimine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Çalışma Birimi	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Mann-Whitney U	p
Kültürel Değerler	Servis	142	1,7597	,607	1,66	3016,500	,90
	Poliklinik	43	1,7449	,561	1,65		
Yönetici Hemşire Desteği	Servis	142	1,5604	,570	1,32	2447,500	,04
	Poliklinik	43	1,7434	,586	1,50		
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	Servis	142	1,9086	,548	1,85	2957,000	,75
	Poliklinik	43	1,8643	,385	1,81		
Klinik Otonomi	Servis	142	2,2763	,511	2,37	2500,000	,07
	Poliklinik	43	2,4165	,315	2,51		
Hemşire Sayısının Yeterliliği	Servis	142	2,3796	,487	2,40	3042,500	,97
	Poliklinik	43	2,3674	,285	2,39		
Hekim- Hemşire İlişkileri	Servis	142	2,0717	,485	2,06	2724,500	,28
	Poliklinik	43	2,1458	,417	2,12		
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	Servis	142	2,1129	,549	2,13	2931,000	,69
	Poliklinik	43	2,1246	,430	2,14		
Genel Mıknatıs Özelliği	Servis	142	2,0099	,370	1,93	2698,000	,24
	Poliklinik	43	2,0581	,271	1,98		

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2698,000; p=0,24). H8 hipotezi reddedilmiştir.

“Kültürel Değerler” alt boyutu ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3016,500; p=0,90). Elde edilen bu sonuca göre H8a numaralı “kültürel değerler çalışma düzenine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“ Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutu ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık vardır (MW=2447,500; p=0,04). Elde edilen bu sonuca göre H8b numaralı ‘yönetici hemşire desteği çalışma düzenine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi kabul edilmiştir.

“Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutu ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2957,000; p=0,75). Elde edilen bu sonuca göre H8c numaralı ‘hemşire uygulamasının kontrolü çalışma düzenine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“ Klinik Otonomi” alt boyutu ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2500,000; p=0,07). Elde edilen bu sonuca göre H8d numaralı “kültürel değerlerin çalışma düzenine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutu ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=3042,500; p=0,97). Elde edilen bu sonuca göre H8e numaralı “hemşire sayısının yeterliliği çalışma düzenine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutu ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2724,500; p=0,28). Elde edilen bu sonuca göre H8f numaralı “hekim-hemşirelik ilişkileri çalışma düzenine göre farklılık göstermektedir” araştırma hipotezi reddedilmiştir.

“Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutu ile çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur (MW=2931,000; p=0,69). Elde edilen bu sonuca göre H8g numaralı ‘klinik yeterlilik ve eğitim desteği çalışma düzenine göre farklılık göstermektedir’ araştırma hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3.12. Araştırma Grubunun Çalışma Düzenine Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı.

Alt Boyutlar	Çalışma Saati	N	$\bar{X}$	SS	Ortanca	*Mann-Whitney U	p
Kültürel Değerler	Sürekli gece veya gündüz	80	1,6775	,534	1,52	3016,500	,90
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	1,8163	,634	1,66		
Yönetici Hemşire Desteği	Sürekli gece veya gündüz	80	1,6199	,574	1,50	2447,500	,04
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	1,5900	,583	1,48		
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	Sürekli gece veya gündüz	80	1,8411	,462	1,75	2957,000	,75
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	1,9420	,548	1,85		
Klinik Otonomi	Sürekli gece veya gündüz	80	2,3958	,419	2,45	2500,000	,07
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	2,2427	,507	2,37		
Hemşire Sayısının Yeterliliği	Sürekli gece veya gündüz	80	2,3725	,373	2,39	3042,500	,97
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	2,3800	,499	2,40		
Hekim-Hemşire İlişkileri	Sürekli gece veya gündüz	80	2,0522	,429	2,12	2724,500	,28
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	2,1168	,499	2,06		
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	Sürekli gece veya gündüz	80	2,0798	,473	2,07	2931,000	,69
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	2,1429	,559	2,14		
Genel Mıknatıs Özelliği	Sürekli gece veya gündüz	80	2,0055	,306	1,98	2698,000	,24
	Gece Gündüz Vardiya Sistemi	105	2,0329	,380	1,99		

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırma hipotezleri kabul/ret durumları toplu olarak Çizelge 3.13'te verilmiştir. Mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesi ölçeği alt boyutları ile yaşa, cinsiyete, medeni duruma, öğrenim düzeyine, toplam çalışma süresine, kurumda çalışma süresine, görev yaptığı birime ve çalışma düzenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık durumları incelenmiştir. Mıknatıs hastane standartlarına uygunluk alt boyutlarının 'yönetici hemşire desteği' ve 'hemşirelik uygulamasının kontrolünün' yaşa göre anlamlı bir farklılık olduğu; 'kültürel değer' ve 'klinik otonomi' alt boyutlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olduğu; 'kültürel değerler' ve 'yönetici

hemşire desteği ’ alt boyutlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık olduğu; ‘kültürel değerler’, ‘yönetici hemşire desteği’ ve ‘klinik otonomi’ alt boyutlarının toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık olduğu; ‘genel mıknatıs özelliği’, ‘kültürel değerler’ ve ‘yönetici hemşire desteği’ alt boyutlarının kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık olduğu; ‘yönetici hemşire desteği’ alt boyutlarının çalışma birimlerine göre anlamlı bir farklılık olduğu ve ‘yönetici hemşire desteği’ alt boyutunun çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Mıknatıs hastane özellikleri ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 3.13. Hipotezlere Ait Kabul/Ret Tablosu.

	Sosyo-demografik Özellikler							
Mıknatıs Hastane Özellikleri	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Öğrenim Düzeyi	Toplam Çalışma Süresi	Kurumda Çalışma Süresi	Çalışma Birimi	Çalışma Düzeni
Kültürel Değerler	-	+	+	-	+	+	-	-
Yönetici Hemşire Desteği	+	-	+	-	+	+	+	+
Klinik Otonomi	-	+	-	-	+	-	-	-
Hemşire Sayısının Yeterliliği	-	-	-	-	-	-	-	-
Hekim- Hemşire İlişkileri	-	-	-	-	-	-	-	-
Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği	-	-	-	-	-	-	-	-
Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü	+	-	-	-	-	-	-	-
Genel Mıknatıs Özelliği	-	-	-	-	-	+	-	-

4.TARTIŞMA

Bu araştırma, Ankara ilinde özel bir hastanenin mıkknatıs özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde araştırma sonuçları konu ile ilgili daha önce yapılmış araştırma bulguları ile tartışılmıştır. Türkiye’de mıkknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesine yönelik yapılan çok az sayıda araştırma bulunduğu için (İkinci, 2017; Tokça,2016) araştırmanın tartışması dünya literatüründen çalışmalar ile gerçekleştirilmiştir. Dünya literatürü içindeki araştırmalarda mıkknatıs özellikleri belirleyen açıklayıcı araştırmalar yanında, mıkknatıs özelliğinin başka faktörlere etkisini ortaya çıkaran çok sayıda farklı araştırmalar da bulunmaktadır (Aiken ve ark., 2000; Aiken ve ark., 2002; Aiken ve ark. 2008; Brady-Schwartz, 2005; Bekelis ve ark., 2017; Buffington ve ark., 2012; Chen, ve ark., 2014; Evans ve ark., 2014; Frieese ve ark., 2015; Hickey ve ark., 2010; Kramer ve Schmalenberg, 2005; Kelly ve ark., 2012; Kutney-Lee ve ark., 2015; Lacey ve ark., 2007; Tigert ve Laschinger, 2004; Upenieks, 2003). Tartışmada her iki grup çalışmaya da yer verilmiştir.

Literatürde hemşirelerin çalışma koşulları incelendiğinde, olumlu değişikliklerin mevcut çalışma ortamı ve düzenini etkilediği, iş doyumu, tükenmişlik, algılanan bakım kalitesi ve hastanın refahı gibi alanları da olumlu yönde etkileyebileceği gösterilmiştir (Sillero ve Zabalegui, 2018). Hemşirelerin, çalıştıkları ortamda yapılan yenilik ve düzenlemeler ile yeterli kaynak ve destek de ayrılır yapılan iyileştirmeler ile genel bakım kalitesini arttırabileceği (Stimpfel ve ark., 2015), buna karşın çalışma ortamlarından memnuniyet düzeyi azaldıkça işten ayrılmanın olabileceği (Ritter, 2011) vurgulanmaktadır. Salmond ve ark. (2009), mıkknatıs özellikleri taşıyan hastanelerin yüksek hemşirelik tatminin, daha yüksek bakım kalitesi algılarının ve işten ayrılma niyetlerinde azalma gösterdiğini belirlemişlerdir. Ayrıca mıkknatıs hastane özelliklerinin hemşirelik uygulamalarına pozitif etki gösterdiğini kanıtlamıştır.

Hemşireler, hasta bakım uygulamalarına yönelik düzenlemelerde ve hemşire hizmetleri süreçlerinde düşüncelerine dile getirmelerinin önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelere profesyonel hemşirelik uygulamaları konusunda yetki

verilmesi ve liderlik özelliklerinin gelişiminin destekleneceği bir ortamın yaratılmasının, hastanelerin mıknatıslık özelliğini etkilediği belirlenmiştir. Chen ve Johantgen (2010), Avrupa bölgesinde 3.182 hemşireye uyguladıkları çalışmada, mıknatıs hastane özelliklerinin yönetim tarzı, özerklik, disiplinlerarası ilişkiler ve profesyonel gelişmede hem bireysel hem de hastane düzeyinde iş tatminini belirlediğini ortaya koymuştur. Desmedt ve ark. (2012), İsviçre'deki hastanelerin hemşire çalışma ortamlarının kalitesini tanımlamıştır. Hastanenin mıknatıslık durumunun hemşirelik uygulamalarında mükemmelliği desteklemek ve hemşireleri teşvik etmek, yüksek kalitede bakım sağlama yeteneği, hemşire çalışma ortamlarının kalitesi açısından önemli bir özellik olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelik yöneticisi yeteneği değerlendirildiğinde olumlu sonuç elde edilmiş, özellikle liderlik kalitesi ile ilgili bulgular hemşirelerin performansı, güçlendirilmesi, kalıcılığı, memnuniyeti ve hasta sonucu ile ilişkilendirilmiştir. Hastanelerin kadrolaşma seviyelerine düşük bulunarak yeterli personel alımına yatırım yapılması, hasta güvenliği ve bakım kalitesine katkıda bulunmak, uygun hemşire çalışma ortamları için hemşire yöneticilerinin yeterli hemşire personel seviyesini sağlanmasında önemli bir unsur olduğu ortaya çıkmıştır. Mıknatıs kavramı hemşireler için çalışma ortamında sürekli yenilik, gelişim ve sürdürülebilirlik açısından olumlu etkiye sahip bir yaklaşım sunduğu kanıtlanmıştır.

Literatür incelendiğinde, Türkiye'de henüz mıknatıs hastane unvanına sahip bir hastane bulunmadığı belirlenmiştir. Güven (2007), mıknatıs hastaneler ile ilgili mıknatıs hastanenin sahip olduğu özellikleri ortaya çıkaran yüksek lisans çalışmasında, 14 manyetik gücün sağlık sistemi altyapısına uygunluğunu değerlendirmiş, Türkiye için uygun olduğunu belirlemiştir. Bir diğer çalışma da Yıldırım ve ark. (2012), Kramer ve Schmalenberg (2008)'in geliştirdiği Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği'nin (Essentials of Magnetism II Scale-EMOII) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıdır. Mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesi ölçeğini Türkiye'de iki çalışmada kullanılmıştır (İkinci ve ark., 2017; Tokça 2016).

Yıldırım ve ark. (2012), Türkçe güvenilirliğini çalıştığı Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeğinin kullanıldığı yapılan bu araştırmada, genel mıknatıslık özelliği

düşük bulunmuştur ($1,95 \pm 0,5$). İkinci ve ark. da (2017), benzer şekilde kurum genel mıknatıslık özelliği puanını düşük bulmuşlardır ($2,03 \pm 0,5$). Tokça (2016), akredite olmuş iki özel hastanede yaptığı çalışmada, mıknatıs hastane özellikleri açısından birinci kurumun genel mıknatıslık özelliği puanını ($3,01 \pm 0,5$), ikinci kurumun genel mıknatıslık özelliği puanından yüksek bulmuştur ($2,70 \pm 0,5$). İkinci ve ark. (2017) ile Tokça (2016), nın yaptıkları araştırmalarda genel mıknatıslık özelliği puanlarının düşük bulunması, yapılan bu çalışmayı desteklemektedir. Ölçek literatürde alt boyutlar ile değerlendirilmektedir. Genel mıknatıs puanları düşük olmasına rağmen, bu araştırmaların alt boyutlarının değerlendirilmelerinde çıkan farklı sonuçlar ise aşağıda tartışılmıştır.

Yıldırım ve ark. (2012), klinik otonomi alt boyutu diğer boyutlara göre en yüksek bulunmuştur ($2,46 \pm 0,5$). Yönetici hemşire desteği alt boyutunun ise en düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($1,61 \pm 0,5$). Toplam puanın düşük olması nedeniyle hastanenin mıknatıs özelliği taşımadığını söylenebilir. Literatür incelendiğinde, bazı çalışmaların bu sonuçları desteklemediği belirlenmiştir. Hemşire sayısının yeterliliği alt boyutunu ($2,6 \pm 0,5$) en yüksek puana ve hemşire uygulamasının kontrolü alt boyutunu ($2,2 \pm 0,4$) en düşük puana sahip olduğunu belirlemiştir. İkinci ve ark. (2017), hemşire sayısının yetersiz olmadığını, ancak hemşirelik uygulamalarının denetlenmesi ve kararlara katılımın düşük olması nedeni ile genel mıknatıslık özelliği düşük bulunmuştur. Tokça (2016), hemşirelerin çalıştıkları kurumları en fazla ‘‘Yönetici Hemşire Desteği’’, ‘‘Kültürel Değerler’’ ve ‘‘Hemşire- Hekim İlişkileri’’ alt boyutlarında olumlu değerlendirildiğini ifade etmiştir. Hemşire sayısının yeterliliği, klinik otonomi ve klinik yeterlilik ile eğitim desteği boyutlarının ise en olumsuz alt boyutlar olduğunu saptamıştır. Tokça (2016), hemşire sayısının yetersiz olduğunu, yönetici hemşire desteğinin ise yüksek olduğunu bularak yapılan bu araştırma sonucunu desteklemektedir. Armstrong ve Laschinger (2006), Kanada’da sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yapılan araştırmada hastanenin mıknatıs özelliği orta düzeyde bulmuş ve hekim-hemşire ilişkilerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Evren sayılarının farklı ve daha az olması, yönetici hemşire sayısının yetersiz olması çalışmalar arasında farkların oluşmasına neden olmuş olabilir. Hasta bakımına yönelik hemşirelik düzenlemelerinde hemşirelerin söz sahibi olmasının, hemşirelerin

profesyonel hemşirelik uygulamaları konusunda yetkilendirilmelerinin, güçlü bir lidere sahip olunmasının ve hemşirelerin destekleneceği bir ortamın yaratılmasının hastanelerin mıknatıslık özelliğini kazanmasında etkili olacağı söylenebilir.

Yönetici hemşire sayısının az olması ‘*hemşirelik uygulamasının kontrolü, hemşire sayısının yeterliliği, klinik yeterlilik ve yönetici hemşire desteği*’ alt boyutlarını da negatif olarak etkilediği yapılan araştırmada ortaya çıkan diğer bir bulgudur. Joyce-McCoach ve Crookes (2011), hemşirelerin hemşire sayısının yeterliliğinin hastanenin mıknatıslık özelliğini yansıtan önemli bir kriter olduğunu, hemşire sayısının yeterli olduğu durumlarda bakım sürecini de olumlu yönde etkilediğini ve bununla birlikte yönetici hemşire desteğinin ve klinik otonomi seviyesinin yükselmesinin hastanenin mıknatıslık özelliğini yükselten diğer kriterler arasında olduğunu belirttikleri araştırma bulguları yapılan bu araştırmayı desteklemektedir.

Araştırma grubunun mıknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşlerinin yaşa göre ‘yönetici hemşire desteği’ ve ‘hemşirelik uygulama kontrolü’ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yönetici hemşire desteği alt boyutunda 29 yaş ve altı grubunun ortalamalarının, 30 yaş ve üstü grubun ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelik uygulamasının kontrolü boyutunda ise durum tam tersi olarak 29 yaş ve altı olan hemşirelerin 30 yaş ve üzeri olanlardan ortalamaları daha yüksektir. Kurumda çalışan hemşirelerin yaşlarının genç olması çalışma ortamına bağlı beklentilerinin yüksek olmasını etkilemiş olabilir. Hemşirelerin yaşları ilerledikçe de çalışma becerisinin arttığını saygı ve terfi beklentilerinin yükseldiği söylenebilir. İkinci ve ark. (2017), çalışmasında hemşirelik uygulamasının kontrolü ile yaş arasında anlamlı bir fark olduğu ifade etmeleri yapılan bu çalışmayı desteklemektedir. Buffington ve ark. (2012), hemşirelik uygulamasının kontrolü alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılık bulması yapılan çalışmayı destekler niteliktedir. Ayrıca Buffington ve ark. sorumlu hemşirelerin de 40 yaş ortalamasında olduğunu ve servis hemşire sorumlularının poliklinik sorumlularından daha genç olduğunu bulmuşlardır. Tokça’nın (2016) ise, çalışmasında 31 yaş ve üzeri yaş aralığındaki hemşirelerin, 25 yaş ve altı yaş aralığında olan

hemşirelere göre hemşirelik uygulamasının kontrolünü daha fazla sağladıklarını belirtmesi yapılan bu çalışma sonucunu desteklememektedir. Yapılan bu çalışmada hekim-hemşire ilişkileri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Özkaraca'nın (2009), hekim-hemşire iş birliğinin yaş ile birbirini etkilemediğini, ancak 25 ve altı yaş aralığının 26-31 yaş aralığına göre hemşire-hekim ilişkilerinin daha olumsuz olduğunu bulduğu doktora tez çalışma sonuçları da yapılan bu çalışmayı desteklemektedir.

Literatürde yapılan yaş ve miknatıs hastane özelliklerini dolaylı olarak inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Kramer ve ark. (2009), yaş arttıkça deneyimin arttığını, deneyimli personelin bilgi birikimi, çalıştığı kurumun politikasını benimseme, standartlara hâkim olma konularında önde olduğunu ifade edilmiştir. Aiken ve ark. (2008), miknatıs hastanenin dönüşümcü gücünü araştırdıkları çalışmada yaş ilerledikçe iş gücüne katkısı ve kuruma bağlılığın yükseldiği ortaya çıkmıştır. Schwartz (2005), yaptıkları çalışmada yaş faktörünün miknatıs hastanelerde miknatıs olmayan hastanelere göre çalıştıkları birimde farklılık gösterdiğini belirtmiştir.

Araştırmada hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin miknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile cinsiyetleri arasındaki 'kültürel değerler' ve 'klinik otonomi' alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin hastanenin kültürel değerlere yönelik görüşlere katılım düzeyi kadınlardan yüksektir. Kadınların psikolojik ve fiziksel tacize maruz kalmaları, erkeklere göre daha duygusal tepki vermelerinin nedeni olabilir. Ayrıca düzensiz iş saatleri kadınlarda çalışma ortamlarını daha olumsuz değerlendirmelerine neden olmaktadır. Hemşirelik mesleğinde kadın oranının yüksek olmasının ve yapılan bu araştırmada da kadın oranının erkek oranından fazla olmasının katılım oranlarını etkilediği söylenebilir. Klinik otonomi alt boyutunda ise tam tersi bir durum ortaya çıkması, kadınların katılımının daha yüksek olması dikkat çekmektedir. Kadınların toplumsal olarak sorumluluklarının yüksek olması, yüklenen ev, aile ve çocuk sorumlulukları ile kendilerini çalışma ortamında da mesleki olarak otonomilerinin yükselmesini sağlamaktadır. İkinci ve ark. (2017), yaptığı araştırmada cinsiyet değişkeninin miknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesi 'hemşire sayısının yeterliliği' alt boyutunda kadınların puanını daha anlamlı bulmuştur. Buffington ve

ark. (2012), mıkknatıs hastanede hemşireleri etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında cinsiyet değişkenine bağılı olarak kadın hemşirelerin oranını daha yüksek bulmuştur. Kelly ve ark. (2012), mıkknatıs hastane gücünü araştırdıkları çalışmada mıkknatıs hastanede çalışan kadın hemşire oranının mıkknatıs hastanede çalışmayan hemşire oranından yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Tokça ise (2016), bu araştırmalardan farklı olarak akredite olan iki hastanenin mıkknatıs özelliklerini kıyasladığında, iki hastanede de cinsiyet ile anlamlı bir fark bulamadığını belirtmiştir.

Yapılan çalışmada hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıkknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile medeni durumları arasındaki “kültürel değerler” ve ‘yönetici hemşire desteği’ alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Söz konusu farklılığın görüldüğü değişkenlerde katılım düzeyi evlilerde bekarlara kıyasla daha yüksektir. Evli olan insanların sorumluluk bilinçlerinin yüksek olması bu duruma neden olabilir. İkinci ve ark. (2017), yaptığı mıkknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesine yönelik çalışmada, medeni durumun ‘kültürel değerler’, ‘hemşirelik uygulamalarının kontrolü’, ‘klinik yeterlilik ve eğitim desteği’ alt boyutlarında evliler lehine anlamlı farklılık bulması yapılan bu çalışmayı desteklemektedir.

Yapılan bu araştırmada, hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıkknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile öğrenim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak yönetici hemşire desteği, hemşire uygulamasının kontrolü, hemşire sayısının yeterliliği ve klinik otonomi alt boyutlarında, öğrenim durumu lisans ve üstü mezunlarının sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunlarına göre katılımının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin alınan eğitime bağılı olarak meslek uygulamalarında ve yönetim becerilerinde kendilerini geliştirdikleri varsayılabilir. Hemşirelerin öğretim düzeyinin artması, kurumdaki değerleri ve kurum kültürünü negatif değerlendirmiş olmalarına sebep olabilir. Hemşirelerin kurum ve çalışma ortamındaki beklentilerinin artması, kültürel değerlerin yorumlanmasında değişime sebep olabilmektedir. Öğrenim düzeyi ile beklentilerin arttığı varsayılarak lisans ve üzeri eğitime sahip olan hemşirelerin çalıştıkları hastaneleri mıkknatıs özellikleri açısından daha düşük puanla

değerlendirmeleri de anlaşılır görülebilir. Öğrenim düzeyi ön lisans ve altı olan hemşirelerin bu anlamda beklentilerinin daha düşük olması, daha teknik becerilerle ilgili olarak klinik uygulamanın kontrolü ile ilgili ifadeleri değerlendirmiş olmaları, bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir. Tokça (2016), öğrenim düzeyi ile mıknaş özellikler değerlendirme konusunda bir fark olmadığını, 'kültürel değerler' ve 'hemşirelik uygulamasının kontrolü' alt boyutlarında ön lisans ve altı düzeyde öğrenim alan hemşirelerin mıknaş özelliklere daha yakın olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç yapılan bu çalışmayı desteklemektedir. Ancak bazı çalışmalar ise yapılan çalışmadan farklı bulgulara sahiptir. İkinci ve ark. (2017), kültürel değerler alt boyutunda lisans, ön lisans ve lise düzeyinde öğrenim alanlar arasında fark bulmuştur. Burada çıkan sonucun araştırma yapılan kurumdaki mıknaş hastane ortalamasının daha yüksek olmasının ve üniversite hastanesi olması neden olmuş olabilir. Erdağı ve Özel (2015), çalışma ortamlarının öğrenim düzeyi ile ilgili ilişkisini araştırdığı çalışmada öğrenim durumu lisans üstü olan hemşirelerin "hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü" ile "kaliteli bakım için gerekli hemşirelik kaynakları" alt boyutlarında ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Kramer ve Schamalenberg, (2008), hemşirelerin öğrenim düzeylerinin mıknaş hastane algısını etkilediğini belirlemiştir. Kalisch ve Lee (2012), ABD'de mıknaş olan ve mıknaş olmayan hastaneleri kıyaslayarak öğrenim düzeyinin kaçırılan hemşirelik bakımı arasında bağlantısının olduğunu belirlemişlerdir. Kadro yetersizliği, öğrenim düzeyinin yeterli olmaması mıknaş hastane olmayanların mıknaş hastane olan kurumlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Mıknaş hastane özellikleri yüksek olan çalışma ortamlarındaki hemşirelerin öğrenim düzeyinin yüksek olması kurumdaki beklentilerinin artmasına, yönetime katılma isteği, karar verme ve uygulama becerisinin farkındalığını oluşturabilir.

Yapılan bu çalışmada hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknaş hastane standartları uygunluğuna yönelik görüşleri ile toplam çalışma sürelerine göre kültürel değerler, 'yönetici hemşire desteği', ve 'klinik otonomi' alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu ortaya konmuştur. Kültürel değerler alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 yıl olanlar arasında; yönetici hemşire desteği alt boyutunda yıllar arasında herhangi bir fark olmadığı ve klinik otonomi alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 yıl arasında,

6-10 yıl ile ve 11 yıl ve üzeri olanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır. Genel olarak çalışma yılı arttıkça deneyimin artması ve buna bağlı olarak da iş doyumunun da artması beklenir, ancak işte kalma süresi arttıkça çalışanın ücret artışı, terfi, saygınlık beklentisi vb. durumlarında artış olabilmektedir. Bu durumlarda değişiklik olmadığında tükenmişlik ile iş doyumunda da azalma ortaya çıkabilir. Beklentilerin karşılandığı ortamlarda ise iş doyumunda artış olması beklenebilir. Erdağı ve Özel (2015), çalışma ortamı ile çalışma süresinin incelediği çalışmada, meslekte 18 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin "hemşirelerin yönetime katılması ve temsil gücü", "yönetici hemşirelerin tutumu ve liderlik özellikleri" ve "hekim-hemşire-meslektaş iletişimi" alt boyutlarında ölçek puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak farklı ve daha yüksek bulmuştur. Bu sonuç yapılan çalışmayı desteklemektedir. Ayrıca literatürde yapılan bu çalışmayı destekleyen başka çalışmalar da vardır (Aiken ve ark., 2008; Buffington ve ark., 2012; Hickey ve ark., 2012; Kelly ve ark., 2011; Mchugh ve ark., 2012; Schmalenberg ve Kramer, 2008). Kramer ve Schmalenberg (2003), hemşirelik uygulamasının kontrolü alt boyutunda toplam çalışma süresine göre 4 yıl ve üzeri deneyime sahip olanların daha iyi olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmanın aksine çalışma sonuçlarını desteklemeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Kelly ve ark. (2012), hemşirelerin deneyimine göre yapılan kıyaslamada mıkknatis olan ve olmayan hastanelerde anlamlı bir fark bulamamışlardır. Tokça (2016), yaptığı araştırmada mıkknatis hastane özellikleri ile toplam çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır.

Yapılan araştırmada hemşirelerin mıkknatis hastane standartları uygunluğuna göre kurumda çalışma süresi arasında, 'kültürel değerler', 'yönetici hemşire desteği' ve 'genel mıkknatis özelliği' arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farklılık, kültürel değerler alt boyutundaki 0-5 yıl ile 6-10 yıl arasında; yönetici hemşire desteği alt boyutunda 0-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri arasındadır. Genel mıkknatislik özelliği açısından ise yıllar arasında herhangi fark yoktur. Kurumda çalışma süresi ile kuruma bağlılık, kurumun politika, prosedür ve kurallarını öğrenme, geliştirme, alan kontrolü sağlama becerilerinin geliştiği söylenebilir. Kurumda çalışma süresi arttıkça kurumda terfi durumunun olması, saygınlığın artması ve kurumda bağlılık durumunun oluşması bu duruma neden olmuş olabilir. Ayrıca literatürde yapılan bazı araştırma

sonuçları yapılan bu araştırmayı dolaylı olarak desteklemektedir. Margall ve Duquette (2000), Mollaoğlu ve ark. (2010), Tan ve ark. (2012), yapmış oldukları araştırmada kurumdaki çalışma süreleri ile hemşirelik profesyonelliğinin arttığını, çalışma ortamı algısının olumlu yönde arttığını belirtmişlerdir. Kramer ve Schmalenberg (2003), hemşirelerin daha fazla deneyime sahip olmaları, hemşirelik uygulamasının kontrolü alt boyutunu etkilediğini belirlemişlerdir. Mıknatıs kurumlardaki hemşirelerin memnuniyetinin yüksek olması, kendi kurumlarında çalışmaya devam etme konusunda istekli olduklarını ortaya koymuştur. İş tatmini ve bir kuruluşla çalışmaya devam etme niyetinin birleşik etkisi düşük devir hızı ve yüksek kurumda kalma oranı olarak açıklanabilir (Stone ve ark., 2019). Bu tesislerin daha düşük hemşirelik tükenme oranlarına sahip olduğu ve genel finansal performansın iyileştiği görülmüştür (Bekelis vd., 2017). Kelly ve ark. (2012), mıknatıs hastanelerde hemşirelerin deneyiminin anlamlı bir fark ifade etmediğini bulmuşlardır. Mchugh ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları araştırmada, mıknatıs olan ve mıknatıs olmayan hastanelerde hemşirelerin deneyimlerine göre yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışma ortamlarını iyi değerlendiren hemşireler mıknatıs hastane özelliklerinde deneyimler arasında farklılık görmemektedir.

Yapılan bu araştırmada hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknatıs hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile görev yaptıkları birimler arasında “yönetici hemşire desteği” alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu; polikliniklerde çalışanların katılım düzeylerinin serviste çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun nedeni poliklinikte bakım verme yükünün servise göre daha az olması, ayrıca servislerde yaşanan gece gündüz vardiya sisteminin zorluğu olabilir. İkinci ve ark. (2017), hemşire sayısının yeterliliği alt boyutu ile görev yapılan birim arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Farklılık araştırmada tıbbi ve idari birimlerde çalışan hemşirelerden kaynaklanmıştır. Ancak bu çalışmanın aksine bazı araştırma sonuçları yapılan çalışmayı desteklememektedir. Tokça (2016), çalışılan birim ile mıknatıs hastane özellikleri ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Mıknatıs hastanelerde yapılan araştırmalarda çalışılan birimin çalışma koşulları açısından hemşirelik uygulama ortamı ve mıknatıs hastane olma durumu arasında anlamlı farkın olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Choi ve Boyle 2014;

Kelly ve ark., 2012; Ma ve Park, 2015; Trinkoff ve ark, 2010).

Yapılan bu araştırmada hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin mıknaş hastane standartlarına uygunluğuna yönelik görüşleri ile çalışma düzeni arasında ‘yönetici hemşire desteği’ alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Sürekli gece veya gündüz çalışanların ortalamaları, gece gündüz vardiya sistemi ile çalışanlardan daha yüksektir. Sürekli gündüz veya gece çalışanların daha fazla stresli olmasından kaynaklanabilir. Çalışma saatlerinin düzensiz olması çalışma koşullarını ve iş doyumunu olumsuz etkileyerek, strese neden olmuş olabilir. Ayrıca devamlı gündüz çalışanların daha fazla yöneticiye ulaşarak destek sağladığı, vardiya sisteminde çalışan personelin sürekli değişmesi ise aksaklıklara neden olabilmektedir. Saygılı (2008), devamlı gündüz çalışanların çalışma ortamı, yönetici desteği ve mevcut işi sürdürme niyetleri konusundaki algıları farklı bulmuştur. Trinkoff ve ark. (2010), hemşirelerin çalışma düzenine göre zorunlu mesaiye kalması ve icapçı olmasının mıknaş özelliğini etkilediğini ve mıknaş hastanelerde zorunlu mesai durumunun daha az olduğu belirlenmiştir. Hickey ve ark. (2010), yaptığı araştırmada hastanelerin mıknaş olma durumu ile hemşirelik çalışma saatleri arasında anlamlı fark olmadığı belirterek, hemşirelerin çalışma koşulları ve düzeni ile hemşire sayısının da birbirini etkilediğini belirtmişlerdir. Hemşire sayısının yeterli olması, yönetici hemşire desteği ve nöbet çizelgelerinin uygun yapılması etki etmiş olabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir. Araştırma konusu ile ilgili literatür taramaları ve özgün sonuçlar incelenerek, konu ile ilgilenen kişi, kurum ve araştırmacılara öneriler sunulmaktadır.

5.1. Sonuçlar

Araştırmada miknatis hastane özelliğinin belirlenmesine yönelik sonuçlar ortaya konmuştur. Miknatis hastane ve alt boyutlarının sosyo-demografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, kurumda çalışma süresi, toplam çalışma süresi, iş unvanı, meslek seçme durumu, çalışma düzeni, çalışma birimi) özelliklere göre değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir.

Araştırma yapılan kurumdaki hemşirelerin %84,3'ü (n=156) kadın, %15,7'sinin (n=29) erkek olduğu; %66,5'inin (n=123) 29 yaş ve altı aralığında;

%33,5'inin (n=62) 30 yaş ve üzeri; %64,3'ünün (n=119) sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu; %35,7'sinin (n=66) lisans ve üzeri mezunu olduğu; medeni durum incelendiğinde %37,8'inin (n=70) evli olduğu; %62,2'sinin (n=115) bekar olduğu; mesleği seçme nedenleri incelendiğinde ise, %62,7'sinin (n=116) mesleği kendi isteyerek; %37,3'ünün (n=69) aile ve diğer yönlendirmeler ile seçtiği; hemşirelerin çalışma birimine göre %76,8'inin (n=142) serviste; %23,2'sinin (n=43) polikliniklerde görev aldıkları belirlenmiştir. Araştırma grubunun unvanlarına göre dağılımları; %93'ünün (n=172) hemşire; %7'si (n=13) sorumlu hemşire oldukları belirlenmiştir. Araştırma grubunun çalışma saatine göre %43,2'sinin (n=80) sürekli gündüz veya gece çalıştığı, %56,8'inin (n=105) gece gündüz vardiya sistemiyle çalıştığı; toplam çalışma süreleri, %45,4'ünün (n=84) 0 ile 5 yıl arasında, %24,3'ünün (n=45) 6 ile 10 yıl arası, %30,3'ünün (n=56) 11 yıl ve daha fazla süredir meslekte görev aldığı; kurumda çalışma sürelerine göre %60'ının (n=111) 0 ile 5 yıl arasında, %18,4'ünün (n=34) 6

ile 10 yıl arasında, %21,6'sının (n=40) 11 yıl ve daha fazla süredir meslekte görev aldığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mıknaş hastane özelliklerinin belirlenmesi ölçeğinin ortalama puanları; “Kültürel Değerler” alt boyutunun ($\bar{X}=1,76$), “Yönetici Hemşire Desteği” alt boyutunun ($\bar{X}=1,61$), “Hemşirelik Uygulamasının Kontrolü” alt boyutunun ($\bar{X}=2,12$), “Klinik Otonomi” alt boyutunun ($\bar{X}=2,46$), “Hemşire Sayısının Yeterliliği” alt boyutunun ($\bar{X}=2,03$), “Hekim-Hemşire İlişkileri” alt boyutunun ($\bar{X}=1,92$), “Klinik Yeterlilik ve Eğitim Desteği” alt boyutunun ($\bar{X}=2,11$), ve “Genel Mıknaş Özelliği ” ($\bar{X}=1,95$) olarak bulunmuştur. Bu ortalamalara göre araştırma grubunun mıknaş hastane düzeyi tüm alt boyutlarda yeterli ortalamaya ($\bar{X}=3,50$) sahip olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma grubunun yaşa göre aldıkları puanlar incelendiğinde; ‘*yönetici hemşire desteği ve hemşirelik uygulamasının kontrolü*’ alt boyutlarında anlamlı fark olduğu, ‘*kültürel değerler, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*’ alt boyutları ile genel mıknaş özelliği arasında anlamlı bir fark yoktur.

Araştırma grubunun cinsiyete göre aldıkları puanlar incelendiğinde; erkeklerin hastanenin ‘*kültürel değerler ve klinik otonomi*’ alt boyutlarına yönelik görüşlere katılım düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu ve anlamlı bir farklılık vardır. ‘*Yönetici hemşire desteği, hemşirelik uygulamasının kontrolü, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*’ ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur.

Araştırma grubunun medeni duruma göre mıknaş hastane özelliklerinin belirlenmesinde aldıkları puanlar incelendiğinde; ‘*kültürel değerler, yönetici hemşire desteği*’ alt boyutlarında anlamlı bir farklılık vardır. Söz konusu farklılığın görüldüğü değişkenlerde katılım düzeyinin evlilerde bekarlara kıyasladaha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. ‘*Hemşirelik uygulamasının kontrolü, klinik yeterlilik ve eğitim desteği, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği ve hekim-hemşire ilişkileri ve genel*

mıknatıslık özelliği’ alt boyutları ile medeni duruma göre anlamlı fark yoktur.

Araştırma grubunun öğrenim düzeyi ile mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesi alt boyutlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Tüm alt boyutlardan alınan puanlar incelendiğinde *‘kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, hemşire sayısının yeterliliği, klinik otonomi ve genel mıknatıs özelliği*’ alt boyutlarında sağlık meslek lisesi ve ön lisans öğrenim düzeyinin lisans ve üzeri öğrenim düzeyindeki hemşirelerden düşük puanlar aldıkları saptanmıştır. *‘Hemşirelik uygulamasının kontrolü, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği’* boyutlarında sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu öğrenim düzeyinin lisans ve üzeri öğrenim düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırma grubunun toplam çalışma süresine göre “kültürel değerler, yönetici hemşire desteği ve klinik otonomi” alt boyutları ile ilgili görüşlerinde anlamlı bir farklılık vardır. Kültürel değerler alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 yıl arasında; yönetici hemşire desteği alt yıllar arasında herhangi bir fark olmadığı; klinik otonomi alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 arasında ve 6-10 yıl ile 11 yıl ve üzeri olanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır. *‘Hemşirelik uygulamalarının kontrolü, hemşire sayısının yeterliliği ve klinik yeterlilik ve eğitim desteği, klinik otonomi, hekim-hemşire ilişkileri ve genel mıknatıs özelliği*’ alt boyutları ile toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur.

Araştırma grubunun kurumda çalışma süresine göre *‘kültürel değerler, yönetici hemşire desteği ve genel mıknatıs özelliği*’ ile ilgili görüşlerde anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlı farklılığın görüldüğü kültürel değerler alt boyutunda 0-5 yıl ile 6-10 yıl arasında olduğu; yönetici hemşire desteği alt boyutunda 0-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri olanlar arasında katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu; genel mıknatıs özelliğinde ise yıllar arasında anlamlı bir farklılık yoktur. *‘Hemşirelik uygulamasının kontrolü, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği*’ alt boyutlarının kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık yoktur.

Araştırma grubunun görev yaptığı birime göre ‘yönetici hemşire desteği’ alt boyutunda anlamlı bir farklılık vardır. Polikliniklerde çalışanların katılım düzeylerinin serviste çalışanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. ‘Kültürel değerler, hemşirelik uygulamasının kontrolü, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği’ alt boyutlarında görev yapılan birim arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Araştırma grubunun çalışma düzenine göre hastanenin mıknaatıs hastane standartlarına uygunluğu alt boyutlarından ‘yönetici hemşire desteği’ anlamlı bir farklılık vardır. ‘Kültürel değerler, hemşirelik uygulamasının kontrolü, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği’ alt boyutlarının çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık yoktur.

Sonuç olarak çalışma bulguları incelendiğinde mıknaatıs hastane özelliklerinin belirlenmesine yönelik hastanenin mıknaatıslık düzeyinin genel olarak düşük olduğu fakat hemşirelerin bu ortamı tehdit olarak algılamadıkları saptanmıştır. Mıknaatıs hastane genel özellikleri ile kurumda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Yaş değişkeni ile yönetici hemşire desteği ve hemşirelik uygulamasının kontrolü alt boyutları; cinsiyet değişkeni ile kültürel değerler ve klinik otonomi alt boyutları; medeni durum değişkeni ile kültürel değerler, yönetici hemşire desteği alt boyutları; toplam çalışma süresi ile kültürel değerler, yönetici desteği ve klinik otonomi alt boyutları; kurumda çalışma süresi ile kültürel değerler, yönetici hemşire desteği ve genel mıknaatıslık alt boyutları; görev yaptığı birim ile yönetici hemşire desteği alt boyutu ve çalışma düzeni ile yönetici hemşire desteği alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık vardır. Öğrenim düzeyi ile ‘kültürel değerler, yönetici hemşire desteği, hemşirelik uygulamasının kontrolü, klinik otonomi, hemşire sayısının yeterliliği, hekim-hemşire ilişkileri, klinik yeterlilik ve eğitim desteği’ ve genel mıknaatıs özelliklerine göre anlamlı bir farklılık yoktur.

5.2. Öneriler

Bu bölümde, araştırma bulgularına göre geliştirilen ve konu ile ilgili genel öneriler bulunmaktadır. Bulgulara dayalı literatür incelemeleri de dikkate alınarak geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur.

5.2.1. Araştırma Bulgularına İlişkin Öneriler

Araştırmanın bulgularına dayalı olarak geliştirilen öneriler aşağıda sıralanmıştır.

1. Kültürel değerler hastanelerin mıknatıslık özelliğini olumlu yönde etkileyen boyutlardan birisidir. Hemşirelerin sahip oldukları deneyimlerin dikkate alınarak hemşirelerin kariyer gelişim planlamalarının yapılması hemşirelerin uygulamadaki başarılarını arttırabilir. Bu boyuta katılım incelendiğinde, erkeklerin kadınlardan katılımlarının daha yüksek olduğu bulgusuna bağlı olarak erkek hemşire oranının arttırılması önerilebilir. Evli olanların sorumluluk bilinci ile katılımların arttığı varsayıldığından evli oranının arttırılması önerilebilir. Toplam çalışma süresi ve kurumda çalışma süresinin kültürel değer alt boyutunu etkilemesi ile hemşirelerin kuruma bağlılık, saygınlık artacağı varsayılarak personelin kurumda kalması için politikalar belirlenebilir.
2. İş bölümü ve uzmanlaşmanın yoğun olduğu sağlık kurumlarında hemşire beklentilerinin cevap bulduğu, sorunlarının paylaşıldığı ve düşüncelerinin ifade edildiği, yaşanan çatışmalarda yöneticilere ulaşabilecekleri aktif bir geribildirim sistemi oluşturulması, mıknatıs hastane özelliğini destekleyebilir; böylece yönetici hemşire desteği artırılmış olabilir. Kurumdan ayrılmak isteyen hemşirelerin ayrılma nedenlerinin incelenmesi ile kurumdan kaynaklı nedenler bulunabilir ve bu nedenleri azaltma yönünde çalışmalar yapılabilir.

3. Hastanelerin mıkknatıslık özelliğinin belirlenmesinde yönetici hemşire desteğinin önemli rol oynadığı dikkate alınarak, yönetimde görevli hemşirelerin gelişimine yönelik kurslar, seminerler ve sertifika programları düzenlemek, gelişimlerinin sürekli hale gelmesi amaçlanabilir. Kurumdaki hemşirelerin yaş ortalamalarına, medeni durumlarına, toplam çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, çalışma birimi ve çalışma düzeni incelendiğinde, yönetici hemşire desteği boyutunda farklılık bulunmuştur. Farklılığa bağlı olarak kurumda 30 yaş üzeri hemşirelerin çalıştırılmasına, yaş ile deneyimin artması göz önünde bulundurularak daha deneyimli hemşirelerin seçilmesi, kurumda hemşirelerin kalabileceği kariyer planlarının hedefleneceği programlar önerilebilir.
4. Hastanelerde yönetsel kararlar belirlenirken merkezileşme eğiliminin azaltılarak hemşirelerin görüşlerinin alınmasının da mıkknatıs hastane özelliğini destekleyeceği söylenebilir. Ayrıca benimsenen örgüt kültüründe çalışanların fikirlerinin yönetim için değerli olduğu hissinin uyandırılması mıkknatıs hastane olma yeterliliğini ve yönetici hemşire desteğini olumlu yönde etkileyebilir.
5. Hemşirelik uygulamasının kontrolü, sağlık kurumlarının mıkknatıslık özelliğini artıran etkiye sahip olması nedeni ile hemşirelerin uygulamalarını denetlemek ve değerlendirmek için bir komite kurulabilir. Komitenin uygulamaları için ilke ve prosedürler oluşturulabilir. Hemşirelerin bireysel ve mesleki gelişimlerinin desteklenmesi, bunun için gereken bilgi, fırsat ve kaynaklara erişiminin sağlanması ve ödöl mekanizmalarının etkili olarak kullanılması önerilebilir.
6. Mıkknatıs hastane özelliğinin uygunluğunda klinik otonomi yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma ortamlarında bağımsız hareket edebilmeleri sağlanarak hastanenin mıkknatıslığı desteklenebilir. Çalışanların profesyonel düzeyde sorumluluklarını destekleyecek düzenlemelere yer verilerek, katılımcı yönetim anlayışı ile güven ortamı oluşturulabilir. Şeffaf bir

performans yönetim sisteminin kurulduğu, yönetim ile personel arasında kararların standartlara uygun olarak alındığı, hemşirelerin performans ve verimliliğinin değerlendirilebileceği bir yönetim sistemi geliştirilebilir.

7. Araştırmanın seçilmiş olduğu kurumun özel hasta olması nedeniyle hemşire sayısının yeterli olmaması araştırma sonucunu etkilemiş olabilir. Bu nedenle araştırmanın kamu hastanelerinde veya üniversite hastanelerinde uygulanması uygun olabilir.

5.2.2. Araştırma Sonuçlarına Göre Genel Öneriler

Aşağıda araştırma sonuçlarına göre genel öneriler yer almaktadır.

1. Hemşirelerin çalışma ortamlarının değerlendirildiği çalışmalarda, mıknaş hastane ortamında çalışma şartlarının iyileştirildiği kanıtlanmıştır. Mıknaş hastane, hemşirelerin memnuniyet, motivasyon, performans ve örgütsel bağlılığını arttıracakı öngörülebilir. Bu nedenle mıknaş hastanede çalışmanın ayrıcalık olarak benimseneceği düşünülebilir.
2. Hastane bünyesinde çalışan hemşire sayısının yeterli düzeyde olması mıknaş hastane özelliğini artırarak, bakım mükemmelliğini olumlu yönde arttırabilir. Yeterli hemşire sayısı ile çalışma düzeni iyileştirilebilir, çalışma sürecinde iş doyumu artarak tükenmişlik oranı azaltılabilir.
3. Mıknaş hastane olabilmek için mıknaş onaylama programı aşamalarında mesleki gelişimde, kanıta dayalı hemşirelik uygulamasında ve hemşirelerin karar verme sürecine katılımında mükemmelliğe ulaşılabilir. Mıknaş onaylama programı ile; yüksek nitelikte hasta bakımı, klinik özerklik ve sorumluluk, katılımcı karar alma mekanizması, güçlü hemşirelik öncüleri, personel ile karşılıklı diyalog, profesyonel alanda gelişme olanakları ve personel kaynaklarının etkin kullanımı yüksek seviyeli iş tatmini

amaçlanabilir.

4. Sağlık kurumlarının mıknatıs özelliğinin devam ettirilmesi sürecinde, ekip çalışması yaklaşımı desteklenerek, hekim ve hemşire arasında doğru ve etkin iletişimin kurulmasına ve yükseltilmesine yönelik ortam yaratılabilir, karar alma ve karar verme süreçlerine dahil edilebilir.
5. Hemşirelerin profesyonellikleri ve mesleki uygulamaları üzerinde önemli etkisi olan profesyonel değerlerinin, iletişim becerilerinin, otonomilerinin ve koordinasyonlarının daha iyi düzeyde olması için lisans eğitim müfredatlarında bu konulara daha geniş yer verilebilir.
6. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki hizmet sunumunda bakım mükemmelliğine ulaşılabilmesi için bu konuda kanıtlanmış mıknatıs hastane akreditasyonunu hastanelerde yaygın hale getirilmesi önerilebilir.

ÖZET

Bir Özel Hastanenin Mıknatıs Hastane Standartlarına Uygunluğunun Belirlenmesi

Hemşirelerin çalışma ortamında yoğun iş yüküne maruz kalmaları, çalışma koşullarının uygun olmaması, yapılan işin yoğun stres ve risk içermesi gibi nedenler moral ve motivasyonlarını düşürmekte, ayrıca çalıştıkları kurumdan ayrılmayı düşünmelerine de yol açmaktadır. Yaşanan sorunlar mıknatıs hastane kavramını gündeme getirmiştir. Mıknatıs hastane, nitelikli hemşirelerin kuruma çekilmesi, kurumda tutulması ve nitelikli bakım sunulan bir ortamı ifade etmektedir. Araştırmanın amacı, özel bir hastanede çalışan hemşirelerin çalışmış oldukları hastanenin “mıknatıs hastane standartlarına uygunluğu” ile ilgili görüşlerinin belirlenerek, görüşlerin sosyo-demografik değişkenlerine göre farklılaşma durumunun incelenmesi, hemşireleri kuruma çeken ve kurumda tutan faktörleri ortaya çıkartan mıknatıs hastane özelliklerinin belirlenmesidir.

Araştırma evrenini 2020 yılında yapılan Ankara’da bulunan özel bir hastanede görev yapan 185 hemşire oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak hemşirelere yönelik kişisel bilgi formu ve Mıknatıs Hastane Özellikleri Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada, özel hastanenin mıknatıs hastane özellikleri standartlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bulgulara göre; yaş faktörünün yönetici hemşire desteği ve hemşirelik uygulama kontrolünü etkilediği, erkeklerin hastanenin kültürel değerlere ve klinik otonomiye yönelik katılım düzeyinin kadınlardan yüksek olduğu, medeni durumlarına göre mıknatıs hastane boyutlarından kültürel değerler, yönetici hemşire desteği alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu evlilerde bekarlara kıyasla daha yüksek katılım sağlandığı, toplam çalışma süresi ile mıknatıs hastane özelliklerinde pozitif bir ilişki olduğu, kurumda çalışma süresinin artması ile mıknatıs hastane özelliklerine katılımın yükseldiği, çalışma biriminin ve çalışma düzeninin yönetici hemşire desteği alt boyutunda farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde hasta bakımının iyileştirilmesi, hemşirelerin motive edilmesi ve iş tatminlerinin artırılması, ayrıca yönetime daha çok katılabilmeleri açısından hemşirelerin eğitime destek verilmesi, otonomi ve yeterliliklerinin artırılması, hastanelerin mıknatıs hasta standartlarına uygunlukların değerlendirilip uygun hale getirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Akreditasyon, Hemşire, Kalite, Mıknatıs Hastane Standartları, Mıknatıs Hastane.

SUMMARY

Determining the Eligibility of a Private Hospital with Magnet Hospital Standards

The fact that nurses must suffer from workload, poor working conditions, the stress, and risk of the profession demoralizes and demotivates them and it also encourages them to quit. Such problems bring on the term called magnet hospital. The term magnet hospital expresses the ideas such as attracting qualified nurses, keeping the nurses in the organization and atmosphere that offers quality care. The purpose of the research is to determine the opinions on the eligibility of private hospitals, where nurses work, to the standards of a magnet hospital; to determine whether these opinions differ depending on the socio-demographical variables; to determine the characteristics of a magnet hospital that attracts the nurses to the organizations.

Scope of research consists of 185 nurses that work in a private hospital, which has been founded in Ankara, in 2020. Magnet Hospital Quality Measurement Scale and personal information forms of the nurses have been used as data collection tools. It has been found out in the research that private hospital has lower standards of magnet hospital. According to the findings, it has been proven that the age factor affects the executive nurse support and control of the nurses, men's level of participation in the hospital's cultural values and clinical autonomy is higher than that of women, according to their marital status, there is a significant difference in the sub-dimensions of cultural values manager nurse support from magnet hospital dimensions, married people have higher participation than singles, there is a positive relationship between total working time and magnet hospital features, with the increase in working time in the institution, the rate of participation in magnet hospitals increased and the working unit and working order differ in the sub-dimension of nurse administrator support.

It is suggested that enhancement of patient care, making the nurses to be motivated and raise their job satisfaction, also supporting the nurse's education in terms of the participation to the management, enhance the autonomy and sufficiency and evaluation of the hospitals for eligibility to magnet hospital standards and render to be suitable in health services.

Keywords: Accreditation, Magnet Hospital, Magnet Hospital Standards, Nurse, Quality.

KAYNAKLAR

- ABAAN S, ARGON G, KOCAMAN G, OKTAY S, UYER G (2000). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Editör: UYER G. Vehbi Koç Vakfı Yayınları-No:15, Birmat Matbaacılık, İstanbul,137.
- ACCREDITATION COMMISSION for EDUCATION in NURSING (2021). Amaç ve Hedefler, [Erişim Adresi \[www.acenursing.org/about/mission-purpose-goals/\]](http://www.acenursing.org/about/mission-purpose-goals/). [Erişim Tarihi: 28/02/2021.](#)
- AIKEN L H, HAVENS D S, SLOANE D M (2000). The magnet nursing services recognition program: A comparison of two groups of magnet hospitals. *AJN The American Journal of Nursing*, **100(3)**: 26-36.
- AIKEN L H, PATRICIAN P A (2000). Measuring organizational traits of hospitals:Revised nursing work index. *Nursing Research*, **49(3)**:146-153.
- AIKEN L H, CLARKE S P, SLOANE D M (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, **14(1)**: 5–14.
- AIKEN L H, BUCHAN J, BALL J, RAFFERTY AM (2008). Transformative impact of magnet designation:Angland case study. *Journal of Clinical Nursing*, **17(24)**: 3330-3337.
- AIKEN L H, SERMEUS W, VAN DEN HEED K, SLOANE D M, BUSSE R, MCKEE M, KUTNEY-LEE A (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj.*, 344.
- AIKEN L H, FAGIN C M (2018). Evidence-based nurse staffing: ICN's new position statement. *International Nursing Review*, **65(4)**: 469- 471.
- AKAN V (2003). Birey ve Toplum, Editör: SEZAL İ, *Sosyolojiye Giriş*, Martı Kitap ve Yayınevi, Ankara. 79-104.
- AKSOY M A (2001). *Hemşirelerin Hemşirelikte Kalite Güvencesine İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- ALAN H, YILDIRIM A (2016). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **3(2)**: 86-98.
- ALCAN Z (2004). Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, *Sertifikalı Yönetim ve Liderlik Kursu Kitabı*, İstanbul. 1-2.

- ALDEMİR K, GÜRKAN A, YILMAZ FT, KARABEY G (2018). Cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelenmesi. *Journal of Health and Nursing Management*, **5(3)**: 155-163.
- AL-HADRAWI H, AL-BIATY D, AL-FAYYADH S, ALZEYADI S (2017). The link between nurse workplace environment and patient satisfaction with nursing care services. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, **4(2)**: 292-299.
- ALPMAN N (1999), *Türk Standartları Enstitüsü'nün Hazırladığı Hastanelerin Akreditasyonu ile İlgili Standartların Çağdaş Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Ölçütleri ile Uyumunun Araştırılması*, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (2016). Faaliyet Raporu. Erişim Adresi [http://www.nursingworld.org/ancc/magnet/ind ex.html]. Erişim Tarihi: 28/11/2019.
- ARMSTRONG KJ, LASCHINGER H (2006). Structural empowerment, magnet hospital characteristics, and patient safety culture: making the link. *Journal of Nursing Care Quality*, **21(2)**: 124-132.
- BAKOĞLU N (2014). İyi Bir Çalışma Ortamı ve Bakıma Etkisi. Erişim Adresi [http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/76/docs/uygulamalarinizi-gelistirin-1.pdf] Erişim Tarihi: 20/12/2019.
- BALMUMCU A, YÜCEYILMAZ H (2018). Sağlık hizmetleri yönetiminde kalite modellerinden biri: Mıknatıs Hastaneler, IV. International Caucasus-Central Asia Foreign Trade And Logistics Congress, Aydın.
- BAUMAN A (2007). *Positive Practice Environments: Quality Workplace=Quality Patient Care. Information And Action Tool Kit*. International Council of Nurses, Geneva.
- BAYINDIR S K, EFE Y S, BAŞER M (2018). Hemşirelik eğitiminde akreditasyon. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **5(1-2)**:17-23.
- BEKELIS K, MISSIOS S, MACKANZIE T A (2017). Association of Magnet status with hospitalization outcomes for ischemic stroke patients. *Journal of the American Heart Association*, **6**,1-7.
- BİRİMOĞLU C, AYAZ S (2015). Hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını algılamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2(3)**: 40-48.
- BOYLE K D, GAJEWSKI B, MILLER P (2012). A longitudinal analysis of nursing specialty certification by magnet a status and patient unit type. *The Journal of Nursing Administration*. **42(12)**: 567-573.
- BRADY SCHWARTZ D C (2005). Further evidence on the Magnet recognition program. *Journal of Nursing Administration*, **35(9)**:397-403.

- BUCHAN J (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, **30(1)**:100-108.
- BUFFINGTON A, ZWINK J, FINK R, DEVINE D, SANDERS C (2012). Factors Affecting Nurse Retention at an Academic MagnetA Hospital. *Journal of Nursing Administration*,**42(5)**: 273-281.
- CARTER D (2012). Follow-upStudy Links Magnet Status to Better Outcomes. *The American Journal of Nurses*.**113(2)**:17.
- CERİT B, ÇOŞKUN S (2017). Hasta ve hemşirelerin bakım kalitesine ilişkin algıları. *Turkish Journal Of Clinics And Laboratory*,**9(2)**: 103-109.
- CHEN Y M, JOHANTGEN M E (2010). Magnet Hospital attributes in European hospitals: a multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, **47(8)**: 1001-1012.
- CHEN J, KOREN M E, MUNROE D J, YAO P (2014). Is the hospital's magnet status linked to HCAHPS scores?. *Journal of Nursing Care Quality*, **29(4)**, 327-335.
- CHOI J, BOYLE DK (2014). Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, **51(11)**: 1441-1449.
- ÇELİK A, KARACA A (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **14(4)**: 254-263.
- DESMEDT M, DE GEEST S, SCHUBERT M, SCHWENDIMANN R, AUSSERHOFER D (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Med Wkly*, **142(0)**.
- DEVECİ H (2020). *Hemşire -Hemşire ve Hekim-Hemşire İş Birliğinin İş Doyumu ve Hasta Bakım Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ERDAĞI S, ÖZEL N (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **18(2)**: 94-106
- ERTUĞRUL D (2015). *Hastaların bulundukları ünitenin ve bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakımını algılamalarına etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- EŞER İ, ÇEVİK K (2014). Nöroşirürji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **22(2)**:76-83.

EUROPEAN FOUNDATION of QUALITY MANAGEMENT (2021). Amaç ve Faaliyetler. Erişim Adresi: [<https://www.efqm.org/about.>]. Erişim Tarihi:22/05/2021.

EVANS T, RITTENHOUSE K, HORST M, OSLER T, ROGERS A, MILLER J A, MARTIN C, MOONEY C, ROGERS F B (2014). Hospitals are a magnet for higher survival rates at adult trauma centers. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, **77(1)**:89- 94.

FRIESE C R, XIA R, GHAFERI A A, BIRKMEYER J D, BANERJEE M (2015). Hospitals in ‘Magnet’ program show better patient outcomes on mortality measures compared to non-‘Magnet’ hospitals. *Health Affairs*, **34(6)**:986–992.

GOODE CJ, BLEGEN MA, PARK SH, VAUGHN T, SPETZ J (2011). Comparison of patient outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, **41(12)**: 517-523.

GÖKDOĞAN F (1992). *Hemşirelik Bakımında Standardizasyona İlişkin Bir Araştırma*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas,25.

GÖMBÜL Ö (1993). Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar. *Türk Hemşireler Dergisi*, **43(3)**: 22-24.

GÜR E (2019). *Magnet ve Magnet Olmayan Hastaneler arasında ölüm ve kurtarma başarısızlığı oranlarının incelenmesi: Bir meta analiz çalışması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

GÜVEN H (2007). *Bakım Dostu Hastanelerin Standartlarının Belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

HALLER K, BERENDS W, SKILLIN P (2018). Organizational culture and nursing practice: the magnet recognition program® as a framework for positive change. *Revista Médica Clínica Las Condes*, **29(3)**: 328-335.

HAWKE M (2004). Magnet Status Attracts Mettle. *Imprint* **51(1)**: 19-21.

HEMŞİRELİK EĞİTİM PROGRAMLARI DEĞERLENDİRME ve AKREDİTASYON DERNEĞİ (2021). Amaç ve Faaliyetler. Erişim Adresi: [<http://www.hepdak.org.tr/hemsirelikkalite-akreditasyon-hepdak-amac.html>]. Erişim Tarihi:22/05/2021.

HESS R, DESRACHES C, DANELAN K, NORMAN L, BUERHAUS P (2011). Perceptions of Nurses in magnet Hospitals, Non-Magnet Hospitals and Hospital pursuing Magnet Status. *Journal of Nursing Administration*, **41(7-8)**: 315-313.

HICKEY P, GAUVREAU K, CONNOR J, SPORING E, JENKINS K (2010). The relationship of nurse staffing, skill mix, and Magnet® recognition to institutional volume and mortality for congenital heart surgery. *The Journal of Nursing Administration*, **40(5)**: 226-232.

- İŞİK A (2018). *Magnet Statüde Olan ve Magnet Statüde Olmayan Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Doyumları Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi: Bir Meta-Analiz Çalışması*, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- İKİNCİ S S, ÜNALAN D, YURDAKOŞ K (2017). Mıknatıs Hastane özelliklerinin belirlenmesi: *Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **20(4)**: 429-444.
- İNTEPELER Ş S (2014). Kalite Yönetimi. BAYKAL Ü T, TÜRKMEN E E (Editör). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 307-331.
- JASPER M (2007). The significance of the working environment to nurses' job satisfaction and retention. *Journal of Nursing Management*, **15(3)**: 245-247.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2021). About us. Erişim Adresi: [<https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/>]. Erişim Tarihi: 25/05/2021.
- JOHANSSON P, OLENI M, FRIDLUND B (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of healthcare: A literature study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, **16(4)**: 337-344.
- JOYCE-MCCOACH JT, CROOKES P (2011). Measuring 'Magnetism' in Australian Nursing Environments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, **29(2)**:13-22.
- KAÇAR G Y (2014). Nitelikli bakıma ulaşma yolları. Erişim Adresi: [<http://www.medicana.com.tr/hemşirelik/bilimsel-yayinlar/2014-Nitelikli-Bakima-Ulasma-Yollari.pdf>]. Erişim Tarihi:21.05.2020
- KALISCH BJ, LEE KH (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*, **60(5)**:32-39.
- KARACA A, DURNA Z (2018). Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, **28 (2)**: 16-23.
- KELLY LA, MCHUGH MD, AIKEN LH (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, **42(10)**: 44-49.
- KOCAMAN G, YÜRÜMEZOĞLU H A, UNCU S, TÜRKMEN E, GÖKTEPE N,İNTEPELER Ş S (2018). Türkiye'de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı standartlarının geliştirmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **15(1)**: 30-38.
- KOCATEPE V, UĞUR E, KARABACAK Ü (2017). Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile bakım davranışları arasındaki ilişki. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **25(1)**: 13-20.
- KRAMER M, HAFNER L P (1989). Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing research*,**38(3)**:172-177

- KRAMER M, SCHMALENBERG C (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, **51(1)**: 13-19.
- KRAMER M, SCHMALENBERG C (2004). Essentials of a magnetic work environment part 1. *Nursing* 2020, **34(6)**: 50-54.
- KRAMER M, SCHMALENBERG C (2005). Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals. *Nursing Administration Quarterly*, **29(3)**: 275– 287.
- KRAMER M, SCHMALENBERG C (2008). Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, **28(2)**:56-63.
- KUTNEY-LEE A, MCHUGH M D, SLOANE D M, CIMIOTTI J P, FLYNN L, NEFF D F, AIKEN L H (2009). Nursing: A key to patient satisfaction. *Health Affairs*, **28(4)**: 669-677.
- KUTNEY-LEE A, STIMFEL A W, SLOANE D M, CIMIOTTI J P, QUINN L, AIKEN L H (2015). Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet recognition. *Medical Care*, **53(6)**:550-557.
- LACEY S R, COX K S, LORFING K C, TEASLEY S L, CARROLL C A, SEXTON K (2007). Nursing support, workload, and intent to stay in Magnet, Magnet-aspiring, and non-Magnet hospitals. *J Nurs Admin*, **37**: 199-205.
- LAKE E T (2007). The nursing practice environment. *Medical Care Research and Review*, **64(2)**: 104-122.
- LAKE E T, SHANG J, KLAUS S, DUNTON N E (2010). Patient falls: Association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. *Research in Nursing Health*, **33(5)**: 413-425.
- LASCHINGER H K S, SHAMIAN J, THOMSON D (2001). Impact of Magnet Hospital Characteristics on Nurses' Perceptions of Trust, Burnout. *Quality of Care, and Work Satisfaction. Nursing Economics*, **19(5)**:209-219.
- LASCHINGER H K S, ALMOST J, TUER-HODES D (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *Journal of Nursing Administration*, **33(7/8)**: 410-422.
- LASCHINGER H K S, LEITER M P (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*, **36(5)**: 259-67.
- LUNDMARK V (2008). Magnet environments for professional nursing practice *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. In Editor: HUGHES RG, Rockville, MD: Agency For Healthcare Research And Quality, **(3)**:69-90.
- LUNDSTROM T, PUGLIESE G, BARTLEY J, COX J, GUITHER C (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal Of Infection Control*, **30(2)**: 93-106.

- LUZINSKI C (2011). The Magnet® model: an infrastructure for excellence. *The Journal of Nursing Administration*, **41(11)**: 441-442.
- MA C, PARK S H (2015). Hospital magnet status, unit work environment, and pressure ulcers. *Journal of Nursing Scholarship*, **47(6)**: 565-573.
- MARGALL M, DUQUETTE A (2000). “Working Environment in a University Hospital Nurses’ Perceptions”, *Enfermeria Intensiva*, **11(4)**:161-169.
- MCCLURE M L, POULIN M A, SOVIE M D, WANDELT M A (1983). Magnet hospitals:Attraction and retention of Professional nurses. American Academy of Nursing. Task Force on Nursing Praticice in Hospitals.
- MCCLURE M L, HINSHAW AS (2002). The future of magnet hospital. Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses. *Washington, DC: American Nurses Publishing*, 117-127.
- MCHUGH M D, KELLY L A, SMITH H L, WU E S, VANAK J M, AIKEN L H (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*,**51**: 382–388.
- MELO S (2016). The impact of accreditation on healthcare quality improvement: a qualitative case study. *Journal of Health Organization and Management*, **30(8)**:1242-1258.
- MISSIOS S, BEKELIS K (2018). Association of hospitalization for neurosurgical operations in Magnet hospitals with mortality and length of stay. *Neurosurgery*, **82**:372-377.
- MOLLAOĞLU M, FERTELLİ TK, TUNCAY FÖ (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **5(15)**: 17-30.
- MUNROE D J, LASH A A (2005). Magnet Recognition Program® 2005: An Update. *Medsurg Nursing*, **14(5)**: 325.
- NEEDLEMAN J, BUERHAUS P, MATTKE S, STEWART M, ZELEVINSKY K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, **346**: 1715-1722.
- NEW ZELLAND MINISTRY of HEALTH (2005). Developing a Magnet Health Organizatör Published by the New Zelland Ministry of Health, Wellington.
- NURAL N (1992). *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Esnaf Ofset, Sivas, 28-34.
- OKTAY S (1988). Hemşirelik Bakımının Niteliğinin Güvenceye Alınması, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Bülteni*,**3(10)**:64-65.

- OKUMUŞ H (1992). *Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Güvenliği*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 97.
- OKUMUŞ D, UĞUR E (2017). Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8(2)**:105-108.
- ORHAN B, YÜCEL Ö (2017). Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumuna cinsiyet açısından bakış. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, **1**: 53-59.
- OSTENBERG P V (2004). Dış kalite değerlendirme sistemi olarak akreditasyon. *Akreditasyon Aracılığıyla Mükemmellik (Akreditasyonla Mükemmellik) Eğitim Semineri*,12.
- ÖZDEMİR A, UĞUR Ö, ŞENOL V (1998). Ebelik-hemşirelik mesleklerinde verilen hizmetin kalitesini etkileyen faktörlere bakış, *Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 299-306.
- ÖZKARACA R (2009). *Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- PARK S, KIM Y (2018). Influences of nursing work environment and patient safety environment on nurse outcomes. *Iran Journal of Public Health*, **47(10)**: 1605-1606.
- REGISTERED NURSES’ ASSOCIATION OF ONTARIA (2008). Workplace Health, Safety and Well-being of the Nurse. Toronto, Canada: Registered Nurses’ Association of Ontario.
- RITTER D (2011). The relationship between healthy work environments and retention of nurses in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, **19(1)**: 27-32.
- ROGERS A E, HWANG W, SCOTT L D, AIKEN L H, DINGES D F (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, **23(4)**: 202-212.
- RONDEAU K V, WAGAR T H (2006). Nurse and resident satisfaction in magnet longterm care organizations: do high involvement approaches matter?. *Journal of Nursing Management*, **14**: 244-250.
- ROONEY A L, VAN OSTENBERG PR, (1999). Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality. Bethesda, Quality Assurance Project, Erişim Adresi:[<http://www.usaidassist.org/sites/assist/files/accredmon.pdf>].
- ROSENBERG M C (2008). *Magnet hospitals and patient outcomes*. Dartmouth College.
- RYAN C, POWLESLAND J, PHILLIPS C, RASZEWSKI R, JOHNSON A, BANKS-ENORENSE K, MARTIN K J (2017). Nurses’ perceptions of quality care. *Journal of Nursing Care Quality*, **32(2)**: 180-185.

- SAĞLIK BAKANLIĞI (2019). Sağlık Bakanlığı istatistik yılı. Erişim Adresi [https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0].Erişim Tarihi:10/06/2021.
- SALMOND S W, BEGLEY R, BRENNAN J, SAIMBERT M K (2009). A comprehensive systematic review of evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes: is the investment worth it?. *JBIM*, **7(26)**:1119-78.
- SAYGILI M (2008). *Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- SCHWARTZ D C (2005). Further evidence on the Magnet Recognition program: implications for nursing leaders. *The Journal of Nursing Administration*, **35(9)**: 397-403.
- SCRIVENS E (1997). Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment. *Quality in Health Care*. **6(4)**: 212-8.
- SHAW C D (2004). Developing hospital accreditation in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- SHAW C, GROENE O, MORA N, SUNOL R (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?, *International Journal for Quality in Health Care*, **22(6)**:445-451.
- SHEARER S (2015). Lessons from America. The Magnet Experience. Erişim Adresi:[https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0009/515367/1.3.3_Lessons_from_America_1.pdf]. Erişim Tarihi: 10/12/2019.
- SILLERO A, ZABALEGUI A (2018).Organizational factors and burnout of perioperative nurses. *Clinical practice and epidemiology in mental health*,**14**:132.
- SINCLAIR M, RAYNER J (2007). Benchmarking and Accreditation in Health Informatics, Erişim Adresi: [http://www.bcs.org/upload/pdf/HIS_Benchmarking-Mike-Sinclair-John_Rayner.pdf]
- SWIGER P A, PATRICIAN P A, MILTNER R S S, RAJU D, BRECKENRIDGE-SPROAT, S, LOAN L A (2017). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies*, **74**: 76-84.
- SÖNMEZ B (2019). Kalite Yönetimi, *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, Editör: YILDIRIM A, 5.Bölüm, 130-156.
- STIMPFEL A W, ROSEN M J E, MCHUGH M D (2015). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, **45(10)**: 52-58.

- STIMPFEL A W, SLOANE D M, MCHUGH M D, AIKEN L H (2016). Hospitals known for nursing excellence associated with better hospital experience for patients. *Health Services Research*, **51(3)**: 1120-1134.
- STONE L, ARNEIL M, COVENTRY L, CASEY V, MOSS S, CAVADINO A, MCCARTHY AL (2019). Benchmarking nurse outcomes in Australian magnet® hospitals: Cross-sectional survey. *BMC Nursing*, **18(1)**: 1-11.
- ŞAHİN A O (1999). *Hasta Kabulü Standartlarının Geliştirilmesi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TAN M, POLAT H, ŞAHİN ZÜMRÜT A (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta performans ve kalite dergisi*, **4(2)**: 67-78.
- TERVO-HEIKKINEN T, PARTANEN P, AALTO P, VEHVILÄINEN-JULKUNEN K (2008). Nurses' work environment and nursing outcomes: A survey study among Finnish university hospital registered nurses. *International Journal of Nursing Practice*, **14**: 357-365.
- THE INTERNATIONAL SOCIETY for QUALITY in HEALTH CARE (2020). Who we are. Erişim Adresi: [<https://www.isqua.org/who-we-are-heading/our-organisation>]. Erişim Tarihi: 23/07/2020.
- TIGERT J, LASCHINGER H. (2004). Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospital traits and mental health. *Dynamics*, **15(4)**: 19-23.
- TWIGG D, DUFFIELD C, BREMNER A, RAPLEY P, FINN J (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing:A retrospective study.*Journal of advanced nursing*lacey. **68(12)**:2710-2718.
- TOKÇA G (2016). *Akredite Olmuş İki Özel Hastanenin Magnet Standartlarına Uygunluğunun ve Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Belirlenmesi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TRINKOFF A M, JOHANTGEN M, STORR C L, HAN K, LIANG Y, GURSES AP, HOPKINSON S (2010). A comparison of working conditions among nurses in magnet® and non-magnet® hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, **40(7/8)**: 309-315.
- TURKEL M C (2004). *Magnet Status: Assessing, Pursuing, And Achieving Nursing Excellence*. HC Pro, Inc, United States of America, 407-410.
- TÜRKOĞLU N, GÜN S (2006). Uluslararası Akreditasyon Standartlarına Göre Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Hizmetleri Kalite Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **10(1)**: 14-18.
- UÇAK H (2008). Hastanelerde Yenilik ve Uygulamalar: Sağlık Kurumlarında Uygulanan Yönetim Eğilimlerinin Değerlendirilmesi. *İç Hastalıkları Dergisi*, **15 (3)**:145-152.

- URICH B, BUERHAUS P, DARELA K, NORMAN L, DITTUS R (2007). Magnet Status and Registered Nurse Views of the Work Enviroment and Nursing as a Career. *Journal of Nursing Administration*, **37**: 212-220.
- UPENIEKS V (2003). Recruitment and Retention Stretegies: A Magnet Hospital Prevention Model. *Nursing Economics*, **21 (1)**:7-23.
- URDEN D L, ECOFF L K, BACLIG J, GERBER C S (2013). Staff Nurse Perceptions of the Magnet a Journey. *The journal of nursing administration*. **43**: 403-408.
- URHAN B, ETİLER N (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum*, **2**: 191-216.
- VLASCEANU L, GRUNBERG L, PARLEA D (2004). Quality assurance and accreditation: A glossary of basic terms and definitions. Bucharest: Unesco-Cepes,25.
- YANG H Y, YU C H, WANG M J (2013). Strategic management in the establishment of a magnet hospital: A nursing staff perspective. Health. *Scientific Research an Academic Publisher*. **5(8)**: 1318-1327.
- YILDIRIM D, KISA S, HİSAR F (2012). Validity and reliability of the turkish version of the essentials of magnetism scale. *International Nursing Review*, **59 (4)**: 560-566.

EKLER

EK-1 Anket Formu

BİR ÖZEL HASTANENİN MİKNATİS HASTANE STANDARTLARINA UYGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ

Bu araştırma “Bir Özel Hastanenin Mıknatıs Hastane Standartlarına Uygunluğunun Belirlenmesi” konulu yüksek lisans tezi için gerçekleştirilmektedir. Elde edilecek veriler, yalnızca akademik amaçla kullanılacaktır. Yoğun işleriniz arasında zaman ayırıp anketi dolduracağınız ve önemli katkılar sağlayacağınız için teşekkür eder, saygılar sunarım.

Kübra TEKAYAK

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Kişisel Bilgi Formu

Aşağıdaki soruları size en uygun seçeneği işaretleyerek (X) ya da gerekli açıklamaları yazarak yanıtlayınız.

- Yaşınız?
☐ 19 yaş ve altı ☐ 20-29 yaş ☐ 30-39 yaş ☐ 40-49 yaş ☐ 50 ve üzeri yaş
- Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek
- Medeni Haliniz? ☐ Evli ☐ Bekâr
- Öğrenim Düzeyiniz?
☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Ön-Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
- Toplam çalışma süreniz? (Yıl olarak)
☐ 0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-14 ☐ 15 yıl ve üzeri
- Kurumda çalışma süreniz? (Yıl olarak)
☐ 0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-14 ☐ 15 yıl ve üzeri
- Görev yaptığınız birim ☐ Servis ☐ Poliklinik
- İş unvanınız.....
- Çalışma saatleriniz
☐ Sürekli gündüz veya sürekli gece
☐ Gece gündüz vardiya sistemi
- Mesleğinizi nasıl seçtiniz?
☐ Kendim isteyerek
☐ Aile ve diğer yönlendirmeler ile

HASTANENİN MAGNET (HEMŞİRELERİ KURUMA ÇEKEN VE TUTAN) ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve size uygunluk derecesine göre cevap kâğıdında bulunan birinci alanda çoğu doktor için çoğu zaman doğru, bazı doktorlar için bazen doğru, 1 ya da 2 doktor için genellikle doğru, herhangi bir doktor için doğru değil ve ikinci bölüm için kesinlikle katılıyorum, genellikle katılıyorum, bazen katılıyorum, hiç katılmıyorum cevaplarından size uygun kutunun içine bir çarpı işareti (X) koyun. Bir ifadeyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz, işaretsiz ifade bırakmayınız. Olmak istediğiniz durumu değil, gerçekte var olan tutumunuzu belirtiniz. İfadelerin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. İlgi ve yardımınız için teşekkür ederim.

1: Çoğu doktor için çoğu zaman doğru

2: Bazı doktorlar için bazen doğru

3: 1 ya da 2 doktor için genellikle doğru

4: Herhangi bir doktor için doğru değil

Maddeler	1	2	3	4
1. Ünitemdeki hemşire hekim ilişkisi, hekimlerin hemşirelere öğretmeye ve açıklamaya istekli “öğrenci- öğretmen” ilişkisi gibidir.				
2. Hemşire-hekim ilişkisi karşılıklı etki, güven ve saygıya dayalı gönüllü işbirliğinden oluşur.				
3. Hemşireler ve doktorlar arasındaki ilişki düşmanca, moral bozucu “güç oyunları”, zıtlasma ve gücenmeyi içerir.				
4. Hekimler hastalar için istem verirken hemşirelerin görüş ve önerilerini sorarlar.				
5. Bu kurumda hemşire-hekim ilişkisi nazik, resmi ve çoğunlukla doktorların hasta ile ilgili sorularına hemşirelerin cevap vermesi şeklindedir.				
6. Bu kurumda hasta bakımında hekim ve hemşirenin görüşü eşit değerdedir. Bu nedenle hasta bakımı için, hemşirelerin gözlem ve değerlendirmeleri ile hekimlerin tıbbi bilgisi ancak birlikte olursa hastaya yardım edilebileceği görüşü vardır.				
1: Kesinlikle katılıyorum 2: Genellikle Katılıyorum 3: Bazen Katılıyorum 4: Hiç Katılmıyorum	1	2	3	4
7. Bu kurumda çalışan diğer meslek üyeleri, hemşirelerin mesleki eğitimlerini sürdürmelerinin, bilgilerini geliştirmelerinin ve yeterliklerini artırmalarının önemli olduğunu düşünürler.				
8. Yönetici/ sorumlu hemşiremiz, mesleki gelişimimize katkıda bulunacak eğitimlere, kurum dışındaki kurslara ve/veya diploma tamamlama programlarına katılmamız için imkan sağlar.				

9. Bu kurumda çalışanların eğitimini sürdürmesi için terfi ettirme, maaş arttırma ve takdir etme gibi ödüller azdır.				
10. Bu kurumda hemşirelerin eğitim programlarına katılımlarını desteklemek için ücretli izin verilir ve/veya finansal destek sağlanır.				
11. Bu kurumda çalışan hemşireler bağımsız uygulama yaparlarsa baslarının belaya girmesinden ya da büyük bir risk almaktan korkarlar.				
12. Burada bağımsız hemşirelik uygulamaları kolaylaştırılmıştır çünkü hemşireler yöneticilerinin onları destekleyeceğini bilir ve hissederler.				
13. Bu kurumda çalışan hemşireler, bağımsız karar vermeden önce yetkili kişilerden izin almak zorundadır.				
14. Bu ünite de hemşireler, hemşireliğin uygulama alanına giren konularda bağımsız; ilaç uygulaması, solunum terapisi gibi diğer disiplinlerin alanlarına giren uygulamalarda ise birlikte karar vermektedir.				
15. Bu kurumda hemşirelerin, bağımsız yada yarı bağımlı kararlar vermelerini engelleyen kurumsal kural ve düzenlemeler vardır.				
16. Bana göre hemşireler bu hastanede, hastalar için etik olmayan bazı uygulamaları da yapmak zorunda kalabilirler.				
17. Bu ünite de hemşireler arasında “hemşirelik yönetiminin bizim bağımsız çalışmamızı istedikleri” yönünde genel bir düşünce vardır.				
18. Bu kurumda hemşirelerin kendi hemşirelik uygulamalarını denetlemek için bir komite ya da kurul bulunur. KURUMUNUZDA BÖYLE BİR YAPILANMA YOKSA LÜTFEN 26.SORUYA GEÇİNİZ.				
19. Bu kurumda çalışan hemşireler, malzeme seçimi, IV yolun ne sıklıkla değiştirileceği gibi konularda, politika ve prosedürleri oluşturulur ya da oluşturulmasında rol alırlar.				
20. Bu kurumda çalışan doktorlar, yöneticiler ve diğer meslek üyeleri (örn. Fizyoterapistler), hemşirelik uygulamalarının hemşirelerin kontrolünde olduklarını bilirler.				
21. Bizde kararların “her çalışanın fikri alınarak verildiği” söylene bile bu sözde kalır, uygulamaya yansımaz.				
22. Bu kurumda ulaşım, eczane, solunum terapisi gibi diğer bölümlerin ve disiplinlerin temsilcileri düzenli olarak karar verme sürecine katılır.				
23. Bu kurumda hemşireler, faaliyet, program, hasta bakım sunum sistemleri gibi kendilerini doğrudan etkileyen personel politikaları /sorunlarıyla ilgili bilgiye sahiptirler ve kararları kendileri verirler.				
24. Bu ünite de tüm kararlar her kesin fikri sorularak alınır ve tüm hemşireler alınan kararlardan ve sonuçlarından haberdardır.				
25. Bu kurumda hemşirelikle ilgili uygulamalar (standart oluşturma, politika belirleme gibi) hemşirelik hizmetleri yöneticisi, hastane idaresi ve hemşire olmayan diğer kişiler tarafından belirlenir: bu kararların belirlenmesinde çalışan hemşirelerin etkisi yoktur.				

26. Genellikle bu üniteadaki hemşireler, kaliteli hasta bakımı vermek için yeterli personel sağlandığını düşünür.				
27. Burada üniteyi, hastaları ve hekimleri tanıyan yeterli nitelikte ve deneyimde hemşiremiz yoktur.				
28. Bu ünite de hasta bakım sistemi, (ekip, primer hemşirelik vb.) hemşirelerin sayı ve deneyimleri temel alınarak belirlenir.				
29. Ünitemizdeki personel sayısı, güvenli hasta bakımı vermek için yeterli değildir.				
30. Bu ünite de var olan personel sayımız, grup uyumumuz ve takım çalışmamız, kaliteli hasta bakımı vermeye imkân sağlar.				
31. Bu ünite de hemşireler yeterli bilgi ve beceriyi gösterir.				
32. Bu kurumda hemşirelerin klinik yeterlikleri dikkate alınır ve ödüllendirilir.				
33. Bu kurumda hemşirelerin lisans tamamlama, lisansüstü gibi sürekli eğitimleri, hemşirelerin mesleki yeterliklerini arttırmaları şeklinde algılanır.				
34. Bu kurumda ulusal sertifikalandırma, klinik yeterliliğin bir göstergesi olarak algılanır.				
35. Servis sorumlu hemşiremiz bizi ve ünitenin çıkarlarını gözetir, yöneticilerle ve diğer birimlerle iş birliği yapar, gerektiğinde “bizi savunur”.				
36. İhtiyaç duyduğumuz araç ve gereçler yönetici hemşiremiz tarafından karşılanır.				
37. Servis sorumlumuz, hemşireler, hekimler ve diğer bölümler arasındaki çatışmaların çözümünde diplomatik, adil ve dürüst davranır.				
38. Bu ünite de multidisipliner hasta bakımını geliştirmek için doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık üyeleri ekip olarak çalışır.				
39. Servis sorumlu hemşiremiz, bu serviste hemşirelik hizmeti vermek için yeterli sayı ve nitelikte personele sahip olduğumuzu düşünür.				
40. Servis sorumlu hemşiremiz, geribildirim verirken hem olumlu hem de olumsuz örnekler verir.				
41. Hemşirelik müdürümüz/ başhemşiremiz çalışanların bağlılığını artırır ve bu bizi bir arada çalıştıran olumlu bir güçtür.				
42. Servis sorumlu hemşiremiz görüşülebilir, istendiğinde ulaşılabilir ve konuşmak için güvenilirdir.				
43. Servis sorumlu hemşiremiz, hasta bakımına yönelik kurumun değerlerini oluşturur ve yaşatır. Çalışanları “konuşmaya cesaretlendirir”.				
44. Servis sorumlu hemşiremiz, karar verirken “en iyi uygulamayı” seçmek için sesli düşünür/ herkesin görüşünü alır.				
45. Bu hastane yönetimi yeni şeyler yapmaya isteklidir.				
46. Bu hastanede hastalarla ilgili konular önceliklidir.				
47. Bu kurumda problemler hızla çözülür ve uygulamaya geçilir; insanlar risk almaktan korkmazlar.				

48. Çalışanlar, yaptıkları işler nedeniyle takdir edilir/ değer verilir.				
49. Çalışanlardan yüksek performans ve verimlilik beklenir.				
50. Bu kurumda hemşireler, tıp ve diğer meslek üyeleri, birlikte ekip olarak çalışır.				
51. Maliyet önemlidir, ancak bu kurumda kaliteli hasta bakımı maliyetten önce gelir.				
52. Tüm çalışanların katkıları (hemşireler, yardımcı sağlık personeli ve teknisyenler) önemlidir ve değerlidir.				
53. Hemşirelik hizmetleri yöneticimiz, sağlık sistemindeki düzenlemeler nedeni ile oluşabilecek kurumsal değişiklikleri önceden görerek kurumun önde olmasını sağlar.				
54. Burası değerlerle yürüyen bir kurumdur. Kurumsal değerler bilinir, anlaşılır, paylaşılır ve sık sık konuşulur.				
55. Bizler, kurumsal değerlerimizi yeni gelen hemşirelerle, doktorlarla, teknisyenlerle ve yardımcılarla bilinçli olarak paylaşıyoruz.				

EK-2 Miknatis Hastane Ölçeği Kullanım İzni

ölçek için izin hakkında ➤



29 Nis 2019 Pzt 10:17



Merhaba Hocam;

Ankara üniversitesinde Sağlık Kurumları İşletmeciliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım.Tez çalışmam da miknatis hastane üzerine çalışmak istiyorum."Miknatis Hastane Belirleme" ölçeğinin validasyonunu yapmışsınız,bu ölçeği kullanmak için izin almak amacıyla rahatsız ettim.Durumla ilgili geri dönüş sağlarsanız çok sevinirim.İyi çalışmalar diliyorum,saygılar.



29 Nis 2019 Pzt 10:30



Sayın Tekayak, kaynak göstererek ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Toplam puanı soru sayısına böldüğünüzde 4'e yakın olan sonuçlar miknatis gücü yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi için web siteme bakabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim

Prof Dr Dilek Ekici

EK-3 Etik Kurul Kararı

KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ		
SOSYAL ve BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMA ve YAYIN ETİK KURULU KARARI		
Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Karar Tarihi
2	3	4.11.2019
Üniversitemiz İktisadi Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Kübra TEKAYAK'ın yapmayı planladığı "<i>Bir Özel Kurumun Akademi Kurum Standartlarına Uygunluğunun Belirlenmesi</i>" isimli Yüksek Lisans Tez Çalışması Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunca onaylanması uygun bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında; Aydınlatılmış Onam Formunun görüldükçe imzalatılarak gerekli bilgilendirmelerin yapılması ve etik davranış ilkelerine uyulması şartıyla söz konusu araştırmanın yapılması Etik Kurulumuzca uygun görülmüş ve onaylanmasına toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.		
Prof. Dr. Mehmet ÇETİN Başkan Prof. Dr. Yavuz DEMİREL Üye Prof. Dr. Tülay ULUSOY Üye Prof. Dr. Bayram AKMAN Üye Prof. Dr. Kutay OKTAY Üye Prof. Dr. Süleyman KAYMAKCI Üye Doç. Dr. İbrahim YENEN Üye		

EK-4 Kurum İzni



Ankara, 24.01.2020
Sayı : BTEDK-03/20

Kübra TEKAYAK
Kastamonu Üniversitesi İnebolu MYO
Öğretim Görevlisi

Sayın Öğr. Gör. Kübra Tekayak,

"Bir Özel Hastanenin Miknatis Hastane Standartlarına Uygunluğunun Belirlenmesi" başlıklı araştırmanızın Özel Bayındır Hastanesi Söğütözü'nde gerçekleştirilmesi talebiniz, Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu'muz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu araştırmanızın Hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla,

Doç.Dr. Oğuz KARAEMİNOĞULLARI
Genel Müdür Yardımcısı
Tıbbi Hizmetler Direktörü
Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu Üyesi



Ezizirmak Mah. 1443. Cad. No:17 Söğütözü 06520 ANKARA
Tel: 0312.285 90 00 • Fax: 0312.285 07 33 • 0850.911 0 911
sogutozu@bayindirhastanesi.com.tr • www.bayindirhastanesi.com.tr



Ticaret Sicil No: 272200

Yatırım İşletme Kuruluşu