

HEMŞİRELER İÇİN GÜVENLİ-ETKİN İSTİHDAMIN GELİŞTİRİLMESİ, SÜRDÜRÜLMESİ VE İŞ YÜKÜ PLANLAMALARINDA KANIT TEMELLİ UYGULAMALAR

*EVIDENCE BASED PRACTICES IN DEVELOPING AND SUSTAINING SAFE, EFFECTIVE
STAFFING AND WORKLOAD PLANNING FOR NURSES*

Fatma SUSAM ÖZSAYIN* Prof.Dr.Meryem YAVUZ van GIERBERGEN**

*İzmir Valiliği AB ve Dış İlişkiler Bürosu

**E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Sağlık hizmetleri, ülkelerin ulusal politikalarında öncelikli bir alandır. Sağlık sektöründe yaklaşık yirmi yıldır büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlamak için sağlık kurumlarının yeniden yapılanması ve iş gücü planlamalarındaki uygulamaların ihtiyaçlara göre yenilenmesi zorunlu hale gelmektedir. Sağlık insan gücünün en büyük bölümünü hemşireler oluşturmaktadır. Hasta bakımının kaliteli, güvenli ve kesintisiz bir biçimde sürdürülebilmesi için hemşire insan gücü planlaması önemlidir. Hemşire insan gücü planlaması; birimlerde belirli bir süre içinde sağlık hizmeti alan bireylere gerekli bakımın sağlanabilmesi için, yeterli sayıda ve nitelikte hemşire bulundurulmasını ifade etmektedir. Sağlık kurumlarının yapısına, felsefesine, amaçlarına ve hizmet standartlarına bağlı olarak hemşire insan gücü planlamaları düzenlenmelidir. Sağlıklı çalışma ortamları da, hemşire istihdamının sürdürülebilirliğini etkileyen önemli bir unsurdur. Hemşirelerin sağlıklarını ve refah düzeylerini en üst düzeye çıkaran sağlıklı çalışma ortamları; hemşireler, hastalar, sağlık kuruluşları ve sağlık sistemi için en iyi çıktılar elde etmede ön koşuldur. Hemşirelik çalışma ortamını iyileştirmeye ve hemşireleri işte tutmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi; hizmet alanlar, çalışanlar ve kurumlar açısından faydalı uygulamalar olarak önerilmektedir. Yeterli hemşire istihdamı, örgütsel ve yönetsel destek; hasta bakımının kalitesini arttırmakta, hemşire iş tatminsizliğini ve tükenmişliğini azaltmaktadır. Sağlıklı çalışma ortamları; devamsızlık, üretkenlik kaybı, çalışanlar için sağlık bakım masrafları, olumsuz sonuçlardan kaynaklanan masraflar ve kurumsal açıdan maliyetleri (yeni personelin işe alınması, duyuru, eğitim, işe alınan tecrübesiz çalışanın yaratacağı maliyetler vb.) düşürerek kuruluşlara finansal fayda sağlamaktadır. Sağlıklı çalışma ortamları ile hastalara verilen hizmetlerin bütünlüğü ve sürekliliği sağlanmaktadır.

Bu makalede; hemşireler için güvenli ve etkin istihdamın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve iş yükü planlamaları için kullanılabilecek kanıt temelli uygulamaları vurgulamak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşire iş yükü, İş yükü uygulamaları, Hemşire istihdamı, Kanıt temelli uygulamalar.

ABSTRACT

Health care services is a priority area in the national policies of countries. Major changes have been taking place in the health sector for almost twenty years. In order to ensure that health services are delivered effectively and efficiently, restructuring of healthcare institutions and the implementation of workforce planning practices are becoming necessary. Nurses are the biggest part of human resources in health system. Human resource planning in nursing is important in order to maintain patient care in a quality, safe and uninterrupted manner. Nurse human power planning; means that sufficient number and quality of nurses are available to provide the necessary care to the individuals receiving health services within a certain period of time in the units. Nursing human power plans should be organized based on the health institutions' structure, philosophy, purposes and service standards. Healthy working environments are also important factors affecting the sustainability of employment. Healthy work environments that maximize the health and well-being of nurses are the prior conditions to have best outcomes for nurses, patients, health care facilities and the health system. Developing strategies for improving the nursing work environment and keeping nurses at work are recommended as useful applications for clients, employees and institutions. Adequate nurse employment and organizational and administrative support; increases the quality of patient care and reduces the nurses' job dissatisfaction and exhaustion. Healthy working environments; decrease the costs incurred due to lack of productivity, loss of productivity, health care costs for employees, negative consequences and institutional costs (such as recruitment of new staff, announcements, training, costs incurred by untrained employees, etc).

This article aims to emphasize evidence-based practices that can be used for developing and sustaining safe, effective staffing and workload planning.

Key Words: Nurse workload, Workload practices, Nurse staffing, Evidence based practices

GİRİŞ

İnsan gücü veya insan kaynakları, bir sektörde çalışanlara verilen genel ve tanımlayıcı bir isimdir (Kılınç,2007). İnsan gücü planlaması, insan gücü arz ve ihtiyacını, dağılımını, görev tanımlarını içeren; planlama, yönetim ve kontrol süreçlerinden oluşmaktadır. Bu süreçler, birbirini izleyen ve birbirlerine bağımlı bir dizi etkileşim zincirinden meydana gelmektedir. Mevcut durum analizi, gerekli verilerin elde edilmesi ve stratejilerin geliştirilmesi önemlidir (Şantaş ve ark. 2012). Sağlık insan gücü; kamu ve özel sektörde sağlık hizmetinin tümünü üreten insan gücünün tamamıdır (Kılınç 2007, Şantaş ve ark. 2012).

Sağlık hizmetleri, ülkelerin ulusal politikalarında öncelikli bir alandır ve yaklaşık 20 yıldır büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de; politik, ekonomik, teknolojik ve demografik gelişmeler ve değişimler doğrultusunda sağlık sistemlerinde çok sayıda reform yapılmaktadır. Bu reformlar, hasta bakım hizmetlerinin etkin ve verimli biçimde sunulmasını sağlamak üzere sağlık kurumlarının yeniden yapılanmasını zorunlu hale getirmektedir (Buerhaus et al. 2012,

Wendt 2014, Türkmen 2015, Balçık ve Nangır 2016). Sürekli, kaliteli ve güvenli sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, çalışanlar için güvenli bir ortamın sağlanması, maliyetlerin düşürülmesi, hasta, işveren ve çalışan personelin güvenliği ve haklarının korunması, etkinlik ve verimlilik artırmayı hedefleyen bu çalışmalar sağlık insan gücü planlamalarının gözden geçirilmesi gereğini ortaya koymaktadır (Paşaoğlu ve Tonus 2014, Türkmen 2015). Sağlık insan gücünün önemli bir bölümünü hemşireler oluşturmaktadır. Hemşire insan gücü planlaması tüm dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerini ve toplumu ilgilendiren önemli bir konudur (Bradley ve Pennbridge 2003, Kocaman ve ark. 2010, Dikmentaş ve İnan 2005). Hastanelerde, hasta bakımının kaliteli, güvenli ve kesintisiz biçimde sürdürülmesi için hemşire insan gücü planlamasının çok iyi yapılması gerekmektedir. Politikacıların ve yöneticilerin hemşire insan gücü planlama çalışmaları sırasında uzun vadeli düşünceleri önemli bir unsurdur (Ulusoy 2008, Türkmen 2015, Balçık ve Nangır 2016). Hemşirelik çalışma ortamını iyileştirmeye ve hemşireleri işte tutmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi; hizmet alanlar, çalışanlar ve kurumlar açısından faydalı olacaktır (Aiken et al. 2002, Duygulu ve Korkmaz 2008, Baumann 2009, Gök ve Kocaman 2011, Nurluöz ve Akçıl 2012, Wang et al. 2012, Türkmen 2015, Dikmen ve ark. 2016, Balçık ve Nangır 2016, Cuadros et al. 2017, Basit ve Duygulu 2017, Aiken et al. 2017). Hemşirelerin istihdam düzeyleri ile hizmet çıktıları arasındaki (mortalite ve enfeksiyon oranları vb.) ilişki nedeniyle istihdam kavramı, hastaya sunulan hizmetin güvenli olmasını belirleyen diğer değişkenlerle birlikte incelenmektedir. Bu değişkenler; hemşire iş yükü, iş ortamı, hastanın sağlık durumunun düzeyi, hemşirenin deneyim, eğitim ve beceri düzeyi, finansal etkiler ve tüm bu unsurların hasta ve hemşire çıktılarına etkisidir (Ulusoy 2008). 'Sağlıklı istihdam hayat kurtarır' teması ile 2006 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses) (ICN), sağlık kurumlarında hemşire insan gücü planlamaları yapılırken, hastalar ve hemşireler için sağlıklı çalışma ortamlarının önemine dikkat çekmiştir (ICN 2006). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses) (ICN) 2014 yılında temasını 'Hemşireler: Değişim İçin Bir Güç, Sağlık İçin Hayati Bir Kaynak' olarak belirlemiştir. Bu tema ile sağlığın geliştirilmesi için hemşire iş gücüne dikkat çekilmesi hedeflenmiştir (ICN 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de hükümetlere; topluma nitelikli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmak üzere öngördükleri çıktılar kapsamında hangi beceri düzeyinde insan gücü gereksinimi olduğunu belirlemesini ve buna göre insan gücü planlaması yapmasını önermektedir (WHO 2013).

Amerika Birleşik Devletleri' nde 2014 yılı verilerine göre kayıtlı hemşire sayısı 2,751,000' dir. Hemşire istihdamının, 2014' ten 2024' e kadar yüzde 16 artarak tüm mesleklerin ortalamasından çok daha hızlı bir şekilde büyümesi öngörülmektedir (United States Department of Labor BLS, 2015). 2000-2013 yılları arasında 1.000 kişiye düşen hemşire sayılarına bakıldığında, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (The Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD)' nün ortalaması yaklaşık 8 hemşireden, 9 hemşireye yükselmiştir. İsviçre, Norveç, Danimarka, İzlanda, Finlandiya gibi ülkelerde bu oranın 14' ün üzerinde olduğu; Türkiye, Brezilya, Hindistan, Güney Afrika, Endonezya ve Kolombiya da ise 1.000 kişi başına 2' den az

hemşire düştüğü görülmektedir (Süleikli ve Mortaş, TKHK 2015). Türkiye’de 15 Mart 2014 verilerine göre aktif çalışan hemşire sayısı 152.254’tür. Bu durumda, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 1,96’dır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi ortalaması 8,12; Avrupa Birliği ortalaması ise 8,23’ tür. Türkiye’de hemşirelerin % 70,2’ si Sağlık Bakanlığı’ nda, % 14,3’ ü üniversitelerde ve % 15,5’ i özel sektörde istihdam edilmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonuna göre 2023 yılı hemşire ihtiyacı yaklaşık 315.000 olarak belirlenmiştir. Bu durumda 2023 yılında 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 3,7 olmaktadır. 2023 yılı için hedeflenen 315.000 hemşirenin yaklaşık 50.000’nin özel sektörde, 35.000’ nin birinci basamakta ve diğerlerinin hastanelerde istihdam edileceği tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, SHGM 2014).

1. Hemşire İnsan Gücü Planlama:

Hemşire insan gücü planlaması, birimlerde belirli bir süre içinde, sağlık hizmeti alan bireylere gerekli bakımın sağlanabilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte hemşire bulundurulmasını içermektedir. Amaç; belirli bir zaman diliminde, her birimde hastaların bakım gereksinimlerini karşılayabilecek yeterli sayı ve nitelikte hemşirenin istihdamının sağlanmasıdır. Planlamalar; sağlık kurumlarının yapısına, felsefesine, amaçlarına ve hizmet standartlarına dayalı olarak düzenlenmelidir (Eroğlu 2011).

Uzman Görüşü İle Karar Verme: Birim sorumlu hemşiresi veya birimdeki yetkin biri tarafından her bir vardiyada olması gereken hemşire sayısının belirtilmesidir. Vardiya sayısı ve vardiyada bulunması gereken hemşire sayısı hesaplanarak bir günde çalışan tüm hemşirelerin toplam çalışma saati bulunmaktadır. Birimdeki çalışma saatleri düzenli vardiyalardan oluşuyorsa, bu yöntem vardiya üzerinden hesaplanabilmektedir. Ancak birimde olması gereken hemşire sayısı haftanın günlerine ya da hasta sayısına göre mevsimsel değişiklikler gösteriyorsa hesaplamada dikkate alınmalıdır. Uzman görüşü ile karar verme yöntemi hızlı, basit ve maliyet etkindir ancak sübjektif bir yöntemdir. Hastaların bağımlılık düzeyleri dikkate alınmamaktadır (Gerdtz and Nelson 2007, Türkmen 2014). İngiltere’ de uygulama örnekleri bulunmaktadır (Hurst 2002).

Yatak/Hemşire Oranı Yöntemi: Dolu yatak başına istihdam edilecek hemşire sayısının belirlenmesidir. Basit, uygulaması kolay ve maliyet etkin bir yöntemdir. Kurumun birimleri arasında hemşire istihdamı planlanırken kolay bir şekilde kullanılmaktadır ancak bu yöntemde de hasta bağımlılık düzeyleri dikkate alınmamaktadır. Ayrıca hemşirelerin nitelikleri, özellikleri ve deneyimleri göz önünde bulundurulmadığından; deneyimli ve işe yeni başlayan hemşirenin iş bitirme süresinin farkı hesaplamalara yansıtılmamaktadır (Eroğlu 2011, Bal 2014, Türkmen 2014). Ülkemizde geleneksel olarak kullanılan yöntemlerdendir.

Hasta Sınıflandırma Sistemi: Hasta sınıflandırma sistemi, hastaları bakım gereksinimlerine göre sınıflayarak hemşirelik iş yükünü ölçen bir yöntemdir (Türkmen 2014). Hasta sınıflandırma sistemi, hastaların aciliyet derecesine göre her bir kategorideki hastanın, bir günde ne kadar süre ile (kaç saat) hemşirelik bakımına gereksinimi olduğunu ve bu hastaların bakım gereksinimini karşılamak üzere birimde

ne kadar hemşirenin istihdam edilmesi gerektiğinin hesaplanmasında kullanılmaktadır. Aynı zamanda hemşire bakımının standartlarının sürdürülmesini de sağlamaktadır (Yıldırım 2002, Türkmen 2014). Kısa tanımlama (prototip), kontrol listesi ve iş-zaman ölçümlü olmak üzere üç tip hasta sınıflandırma sistemi geliştirilmiştir. Hasta sınıflandırma sistemleri Amerika, Avustralya, bazı Avrupa ülkeleri ve Kanada’ da yaygın olarak kullanılmaktadır (Türkmen 2014).

İş-Zaman Ölçümü: İş-zaman ölçümü yöntemi, hasta sınıflandırma sisteminden yola çıkılarak oluşturulmuştur. Bu yöntemde her bir hemşirelik girişimi için harcanan süre tespit edilmekte ve bu süreye göre hemşire insan gücü hesaplanmaktadır. Bu yöntemin uygulanabilmesi için hemşirelik bakım planlarının düzenli olarak uygulanması, güncellenmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Bu yöntem için kuruma ait otomasyon sistemi kurulabilmektedir. Hemşire günlük bakımını planlarken o gün için planladığı girişimleri bilgisayardaki liste üzerinden işaretlemekte, işaretlenen girişimlerin süresi otomasyon sistemi ile hesaplanarak hemşirenin günlük iş yükü belirlenmektedir. Hesaplama yapılırken birimin işleri ve hemşirelerin dinlenme zamanları da dikkate alınmalıdır (Türkmen 2014).

Hasta-hemşire oranı yasal olarak ilk defa zorunlu olan eyaletler, Amerika Birleşik Devletleri’nde Kaliforniya ve Avustralya’da Viktorya’dır. 1999 yılında ilk defa Kaliforniya’ da, hastanelerde asgari hemşire-hasta oranları zorunlu tutulmuştur (Coffman ve ark. 2002). Kaliforniya’da yasanın uygulanmasından sonra hastanede çalışan hemşirelerde yaralanma oranlarındaki değişimler, diğer 49 eyaletle ve Kolombiya bölgesindeki hastanelerle karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda, hasta-hemşire oranı kanununun mesleki yaralanma ve hastalık oranlarını azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir (Leigh et al. 2015). 2001 yılından bu yana, asgari hemşire-hasta oranını zorunlu kılmak için yürürlüğe giren mevzuat; Victoria, Avustralya eyaletindeki büyük devlet hastanelerinde yürürlüğe konulmuştur. Viktorya modeli, dahili ve cerrahi servislerde 20 (yirmi) hastaya en az 5 (beş) hemşire görevlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu mevzuat, hemşireleri kamu sektörü iş gücüne geri çekmekte başarılı olmuştur (Gerdztz and Nelson 2007).

Ülkemizde ilk defa 2007 yılında yoğun bakım üniteleri için hasta/hemşire oranına ilişkin yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu oran 2013 yılı düzenlemelerine göre; II. düzey hastalar için 3:1 ve III. düzey hastalar için 2:1’ dir (Sağlık Bakanlığı 2013). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı, 10 Aralık 2014 tarihinde ‘Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Karne Değerlendirmesi Mevzuatı’ na, ‘alan dışı çalışan oranı’ eklenmiştir. Alan dışı çalışanların oranlarının takibi ile sağlık bakım hizmetleri dışında çalışan hemşirelerin doğru alanda ve görev tanımına uygun birimlerde istihdamının sağlanması amaçlanmıştır (KHGM 2014). Hemşire istihdamında verimliliği iyileştirmenin bir diğer yolu da görev tanımlarının yeniden yapılmasıdır. Örneğin tıbbi sekreterlerin yapması gereken işler, hekim ve hemşireler tarafından yapılıyorsa yeni görev tanımları ile her iki meslek grubunun da daha verimli çalışması sağlanabilir. Görev tanımlarının yenilenmesi hekim ve hemşirelerin gereksiz iş yükü nedeniyle hizmet kalitesinde yaşanabilecek sorunları da azaltabilir.

Personel yönetimi için Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılmaya başlanan Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS), İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) ve Personel Dağılım Cetveli (PDC) ile sağlık iş gücü niteliği ve niceliğine yönelik çok sayıda veri elde edilebilmektedir. Ancak bu verilerin bilgiye dönüştürülmesinde güçlükler yaşanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı giderek daha karmaşık denetim ve bilgi toplama teknikleri benimsemektedir ancak bu süreçlerin etkin bir şekilde yönetimi için eğitilmiş ve donanımlı eleman ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (SAGEM 2014).

2. Sağlıklı Çalışma Ortamları

Hemşirelerin sağlıklarını ve refah düzeylerini en üst düzeye çıkaran sağlıklı çalışma ortamları; hemşireler, hastalar, sağlık kuruluşları ve sağlık sistemi için en iyi çıktıları elde etmede ön koşuldur. Literatürde ve hemşirelerin kendileri de; çalışma ortamlarını kaotik, stresli ve hızlı tempolu olarak tanımlamışlardır. Artan maliyetler, üretkenliği artırma baskısı ve yaşlanan bir nüfus da dahil olmak üzere çeşitli faktörler, sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulmasını zayıflatabilir. Bu nedenle, sağlık bakımında klinik mükemmellik elde etmenin bu kritik yönüne özellikle dikkat edilmelidir (RNAO 2017).

Hemşire iş gücü krizini tetikleyen en önemli sorun sağlıksız çalışma ortamlarıdır ve bu durum hem hastaları hem de hemşireleri negatif yönde etkilemektedir (Aiken et al. 2002b, Baumann 2009, Türkmen 2015, Cuadros et al. 2017). Hastanelerde çalışma ortamı ve çalışma koşulları; sağlık ekip üyelerinin çalışma kalitesini, fiziksel ve ruhsal sağlığını, yaşam kalitesini etkilemektedir. Çalışma koşulları ile sosyo-demografik faktörler tükenmişliği etkileyen önemli değişkenlerdir (Aiken et al. 2002a, Günüşen ve Üstün 2009, Tekindal et al. 2012, Schooley et al. 2016). İşle ilgili olarak tükenmişliğe neden olabilecek değişkenler; çalışma vardiyası, iş yükünün ve çalışma ortamının istenilen düzeyde olmaması, hastalar, meslektaşlar ve diğer ekip üyeleriyle olan ilişkiler, rol çatışması ve rol belirsizliğinin olması, bakım verilen hasta sayısının fazla olması, yoğun bakım ve acil ünitelerinde çalışma olarak belirlenmiştir (Günüşen ve Üstün 2010, Kebapçı ve Akyolcu 2011, Schooley et al. 2016). Japonya’da yapılan bir çalışmada, birimlerde deneyimsiz hemşire oranı %10 arttığında hemşirelerin iş doyumunda %24 azalma ve tükenmişlikte %44 artma olduğu tespit edilmiştir (Kanai-Pak et al. 2008). Aiken ve arkadaşlarının (2002a) yaptığı bir çalışmada; ortalama hasta-hemşire oranının 4:1 ila 8:1 arasında değiştiği 168 Pennsylvania hastanesi araştırma kapsamına alınmıştır. Bu araştırmaya göre; hasta-hemşire oranının en yüksek olduğu hastanelerdeki hemşirelerin, işle ilgili tükenmişlik ve doyumsuzluk yaşamalarının, en düşük oranlı hastanelerdeki hemşirelere kıyasla neredeyse iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kebapçı ve Akyolcu (2011) çalışmalarında, hemşirelerin sağlıklı istihdam ile çalışma koşullarının iyileştirilmesinin tükenmişlik düzeylerini etkilediğini belirtmişlerdir. Uygun iş ortamı ve iş yükü planlaması yapılmayan kurumlarda hemşirelerin stres düzeylerinin (Dede ve Çınar 2008, Uğurlu ve ark. 2015) ve işten ayrılma niyetlerinin (Cowden et al. 2011, Yürümezoğlu ve Kocaman 2016, Al Hamad Z ve ark. 2017, Basit ve Duygulu 2017) arttığını bildiren çalışmalar yapılmıştır. Sağlıksız çalışma ortamları kurumlardaki hasta güvenliği kültürünü de olumsuz yönde

etkilemektedir (Çırpı ve ark. 2009, Güneş et al. 2013, Karaca ve Arslan 2014, Özsayın ve Özbayır 2016). Hemşirelerin iş yükü arttığında hata yapma olasılığı artmakta ve bu durum hasta güvenliği için tehdit oluşturmaktadır (Aiken et al. 2002a, Rogers et al. 2004, Günüşen ve Üstün 2010, Güneş et al. 2013, Türkmen 2015). Aycan et al. (2014) çalışmalarında, yetersiz hemşire sayısı ile çalışılan ve uygun çalışma koşullarının sağlanmadığı yoğun bakım kliniklerinde nasokomiyal enfeksiyonların arttığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada da hemşirelerin olumsuz çalışma ortamları ve yetersiz hemşire iş gücünün hastanelerde nasokomiyal enfeksiyonların gelişiminde en güçlü belirleyici olduğu bildirilmiştir (Yang 2003).

Yeterli hemşire istihdamı, örgütsel ve yönetsel destek; hasta bakımının kalitesini arttırmakta, hemşire iş tatminsizliğini ve tükenmişliğini azaltmaktadır (Aiken et al. 2002a). Hemşire eksikliğinin sağlıksız çalışma ortamlarının bir sonucu olduğunu bildiren çalışmalar da yapılmıştır (Kocaman ve ark. 2010, Berry L ve Curry P 2012, Türkmen 2015, Al Hamad Z ve ark. 2017). Hemşireler için sağlıklı çalışma ortamları oluşturmak, işyeri ve örgütsel faktörlerin altta yatan sorunlarına odaklanan müdahaleleri gerektirir (Duygulu ve Abaan 2007, Karadağ ve ark. 2013, RNAO 2017). Sağlıklı çalışma ortamları; devamsızlık, üretkenlik kaybı, çalışanlar için sağlık bakım masrafları ve olumsuz sonuçlardan kaynaklanan masraflar ile kurumsal açıdan maliyetleri (yeni personelin işe alınması, duyuru, eğitim, işe alınan tecrübesiz çalışanın yaratacağı maliyetler vb.) düşürerek kuruluşlara finansal fayda sağlamaktadır. Sağlıklı çalışma ortamları ile hastalara verilen hizmetlerin bütünlüğü ve sürekliliği sağlanmaktadır (Estabrooks ve ark. 2005, Dikmen ve ark. 2016, Özcan ve ark. 2016, RNAO 2017). Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin iş memnuniyeti ve verimliliğinin artırılması için çeşitli uygulamalar önerilmektedir. Bunlar; çalışma ortamlarının ve koşullarının ergonomik tasarımı ve düzenlenmesi, hemşirelik hizmetlerinde katılımcı ve demokratik yönetim anlayışının benimsenmesi, iyi işleyen bir performans değerlendirme ve ödüllendirme sisteminin kurulması, mesleki gelişim olanakları, otonomi sahibi olma, uygun ücret politikaları, yenilikçilik, ekip çalışması, hemşirelerin çalışma ortamlarındaki fiziksel ve teknik eksikliklerin giderilmesi ve uygun personel yönetimi politikalarının oluşturulması gibi uygulamalar verimliliği olumlu yönde etkilemektedir (Baumann 2009, Altuntaş ve Baykal 2010, Kocaman ve ark. 2010, Cowden et al. 2011, Karadağ ve ark. 2013, Yazıcı ve Kalaycı 2015, Dikmen ve ark. 2016).

Hemşirelere sağlıklı çalışma ortamları yaratmak için bir kılavuz geliştirilmesi fikri ilk olarak Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO) tarafından 'Bakımın Korunması: Ontario' da Hemşirelikte İstihdam ve İstihdamda Kalıcılık Raporu' ile önerilmiştir. Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)' nin raporu Ontario Sağlık ve Uzun Süreli Bakım Bakanlığı'na (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care) (MOHLTC) sunmuş ve ardından Birleşik Eyalet Hemşireliği Komitesi (Joint Provincial Nursing Committee) (JPNC) tarafından onaylanmıştır.

3. Güvenli-Etkin İstihdamın Geliştirilmesi, Sürdürülmesi ve İş Yükü Uygulamaları Rehberi Önerileri:

Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario) (RNAO) tarafından 2017 yılında geliştirilen, 'Güvenli-Etkin İstihdamın Geliştirilmesi, Sürdürülmesi ve İş Yükü Uygulamaları' Rehberi aşağıda belirtilen konuları ele almaktadır:

- Güvenli, etkili personel ve iş yükü uygulamalarını destekleyen bilgi, yetkinlik ve davranışlar,
- Güvenli, etkili personel ve iş yükü uygulamalarını destekleyen eğitim gerekleri ve stratejileri,
- Güvenli, etkili personel ve iş yükü uygulamalarını destekleyen organizasyonel, operasyonel ve sistem politikaları için kaynak uygulamalar,
- Gelecekteki araştırma olanakları

Tablo 1. Güvenli-Etkin İstihdamın Geliştirilmesi, Sürdürülmesi ve İş Yükü Uygulamaları Rehberi' inde Sunulan Kanıt Düzeyleri

Kanıt Düzeyi	Tanım
Ia	Kanıtlar, randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinden veya sistematik gözden geçirmelerinden ve / veya öncelikli olarak nicel araştırmadan çoklu çalışmaların sentezinden elde edilmiştir.
Ib	Kanıtlar, en az bir randomize kontrollü çalışmadan elde edilmiştir.
Ila	Kanıtlar; randomize olmayan, en az bir, iyi dizayn edilmiş kontrollü çalışmadan elde edilmiştir.
Ilb	Kanıtlar; randomize olmayan, en az bir, diğer yarı deneysel çalışmalardan elde edilmiştir.
III	Kanıtlar; niteliksel araştırmalar başta olmak üzere çoklu çalışmaların sentezinden elde edilmiştir.
IV	Kanıtlar, analitik çalışmalar veya tanımlayıcı çalışmalar ve / veya nitel araştırmalar gibi iyi tasarlanmış, deneysel olmayan gözlemsel araştırmalardan elde edilmiştir.
V	Kanıtlar, uzman görüş veya komite raporlarından ve / veya otorite olarak kabul edilen makamların klinik deneyimlerinden elde edilmiştir.

Kaynak: Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO. Nursing Best Practice Guideline, Developing and Sustaining Safe, Effective Staffing and Workload Practices

Tablo 2. Kurum Önerileri

Kurum Önerileri		
Madde	Öneri	Kanıt Düzeyi
1.0	Kuruluşlar çalışanların istihdamı için; güvenli, yetkin, kültürel açıdan duyarlı, etik bakımın ve olumlu hasta çıktılarının elde edilmesini kolaylaştıran bir iş gücü planı geliştirmelidirler.	IV

1.1	Güvenli hemşire istihdam prosedürleri; çalışan hemşireler ile işbirliği içinde, gerekli bilgi, mesleki yargı, beceri ve yetkiye sahip birim yönetici hemşireleri tarafından yürütülmelidir.	IV, V
1.2	Etkili istihdam süreci, uygun bakım modelinin sağlanması ve uygun uzmanlık alanında yeterli sayıda hemşirenin istihdamı ile güvenli, kaliteli ve hasta odaklı bakımın sağlanması için; yönetim birimi, yönetici liderler ve insan kaynakları birimi, bakım merkezli çalışan yöneticilerle işbirliği içinde olmalıdır.	IV
1.3	Kuruluşlar; kaliteli, güvenli hasta bakımı ve olumlu hasta çıktıları desteklemek ve fazla mesai ile ilişkili mali masrafları azaltmak için uygun sayıda ve uzmanlık alanında hemşirenin istihdamı için mali program oluşturmalıdır.	IV
1.4	Kurumlar ve personel istihdamından sorumlu yetkililer, pandemi gibi planlanmamış durumlarda personel ihtiyaçlarını gidermek için açık bir iletişim stratejisi oluşturmalı ve kullanmalıdırlar (beyaz, kahverengi ve siyah kod ve diğer benzer durumlar gibi).	V
1.5	Kuruluşlar, personel ihtiyaçlarını ve bunların ara ve uzaktaki çıktılar üzerindeki etkilerini anlamalarına yardımcı olmak için Hasta Bakım Hizmeti Sistemleri Modeli (Patient Care Delivery Systems Model) (PCDSM) gibi kapsamlı bir taslak program geliştirmelidirler.	IV, V
2.0	Güvenli ve kaliteli hasta bakımının sağlanması için yeterli sayıda ve uygun uzmanlık alanında hemşirenin istihdamının sağlanması ve kişiselleştirilmiş bakımın desteklenmesi için kuruluşlar, hasta ihtiyaçlarını ve iş yükünü belirlemeye yardımcı olan güvenilir ve geçerli araçları kullanmalıdırlar.	Ia, IV
2.1	Kuruluşlar, güvenli, etkin iş yükü süreçlerini desteklemek için Elektronik Sağlık Kayıtları (Electronic HealthRecords) (EHR) ve diğer entegre sistemleri kullanmalıdırlar.	V
3.0	Hemşirelik liderleri; hastaların ihtiyaçlarını güvenli ve etkin bir şekilde karşılayacak yeterli sayıda ve uygun uzmanlık alanında hemşireyi sağlamak için hemşire istihdamını planlarken kanıt dayalı kararlar almalıdırlar.	IV, V

Kaynak: Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO. Nursing Best Practice Guideline, Developing and Sustaining Safe, Effective Staffing and Workload Practices.

Tablo 3. Bireysel Öneriler

Bireysel Öneriler		
Madde	Öneri	Kanıt Düzeyi
4.0	Sözleşmeli hemşireler de dahil olmak üzere birim veya ekibi için günlük personel kararlarından sorumlu hemşire, kapsamlı bir personel yaklaşımını destekleyen ve aşağıdakileri de içeren beceri ve bilgilere sahip olmalıdır. Bunlar; <ul style="list-style-type: none"> • Hasta ihtiyaçları hakkında bilgi; • İletişim becerileri, esneklik, yetkinlikler, uygulama alanları ve bireysel beceri düzeylerini de içeren ekip bilgisi • Örgüt anlayışı (kurum kültürü). 	IV
4.1	Tüm hemşireler; yasaların ve kurum politikalarının gerekliliklerine göre, eksik personel istihdamını raporlamak ve belgelemek için gerekli işlemleri anlamalı ve uygulamalıdır.	V
4.2	Bakım odaklı çalışan hemşireler; kurum yönetimi tarafından yayınlanan süreçleri kullanarak stratejik, uygulamalı ve günlük düzeydeki personel istihdam kararlarına katılmalıdırlar.	V
4.3	Hemşireler, organizasyon ve birim personel politikaları ve aşağıdaki süreçler yoluyla profesyonel bir anlayış sergilemelidirler: <ul style="list-style-type: none"> • Düzenli işe devamlılık • Proaktif tatil planlaması • Sağlık raporlarının uygun bildirimleri • Meslekiçi ve mesleklerarası üyelerin rollerinin bilgisi 	IV, V
4.4	Yönetici hemşireler; üyelerinin büyük çoğunluğu bakım odaklı çalışan klinisyen hemşirelerden oluşan ve yönetim birimini de içeren tüm ünitelerin, ekiplerin ve alanların temsili ile personel komitesinin uygulamalarını ve gelişimini desteklemelidirler.	V

Kaynak: Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO. Nursing Best Practice Guideline, Developing and Sustaining Safe, Effective Staffing and Workload Practices

Tablo 4. Dış/Sistem Önerileri

Dış/Sistem Önerileri		
Madde	Öneri	Kanıt Düzeyi
5.0	Akreditasyon ve onay kurumları, hemşire istihdamı ile ilgili hasta deneyimindeki en iyi uygulamaları ve bakımın güvenli, etik ve yüksek kalitesini yansıtan kanıta dayalı göstergeleri kapsamına almalıdır.	IV

6.0	Hükümetler; bakımın güvenliğini ve kalitesini tehlikeye atan istihdam uygulamalarını bildiren, hemşireler ve diğer sağlık personeli için yasal korumayı geliştirmeyi taahhüt etmelidir.	V
6.1	Hükümetler, güvenli hemşirelik istihdam uygulamalarını destekleyen, hemşirelerin işte kalmasını teşvik eden ve olumlu hasta sonuçlarına katkıda bulunan sağlıklı çalışma ortamları yaratmak için özellikle tahsis edilen finansal kaynaklar ve liderlik sağlamla yükümlü olmalıdır.	IV
7.0	Finansman kuruluşları hemşire araştırmacılara; istihdam politikalarının hemşirelere, hastalara, organizasyonlara ve sistemlere etkisini ve çıktılarını çalışmalarının devamı için aktif olarak destek vermelidir.	V

Kaynak: Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO. Nursing Best Practice Guideline, Developing and Sustaining Safe, Effective Staffing and Workload Practices

SONUÇ

Sağlık kuruluşlarının etkin bir şekilde işletilmesi ve hastalara güvenli bakımın sağlanması için uygun hemşire istihdamının ve iş yükü uygulamalarının sağlanması önemlidir. Hemşireler için sağlıklı, etkili bir istihdam ve iş yükü uygulamaları, sağlıklı bir çalışma ortamının kritik bileşenleri arasındadır.

Bu rehberde sağlıklı çalışma ortamları yaratmak için,

- Etkin ve işbirlikçi iş yükü planlama ve yönetim stratejileri
- Hemşirelik iş yükünü öngörmek, ölçmek ve doğrulamak için geçerli ve güvenilir araçlar ve yöntemler
- Uygun hemşirelik verimlilik göstergeleri
- Verimlilik kapasitesi
- Hemşirelerin çalışmalarını yürütmek için uygun kaynakları
- Gerekli tüm bakım unsurlarını yerine getirmek için yeterli çalışanı
- Mesleki yeterlilikleri korumak ve geliştirmek için kalkınma ve eğitim fırsatları

sağlayarak; uygulamada, eğitimde ve politikada ihtiyaç duyulan değişiklikler üzerinde durulmaktadır.

Hemşire istihdamı ve iş yükü uygulamaları ile ilgili her ülke farklı yaklaşımlar sergilemektedir ve ortak bir görüş birliğinden söz etmek günümüz şartlarında mümkün değildir. Ülkemizde de hemşirelik istihdamı ile ilgili programlarda yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta bakım düzeyleri ve iş gücü hesapları yapıp, ihtiyaç bulunan uzmanlık alanlarında hemşire istihdamının düzenlenmesi; hem çalışanlar, hem hastalar hem de kurumlar için faydalı ve maliyet etkin uygulamalar olarak önerilmektedir. Verimlilik ve kalite göstergelerinde hemşire iş yükü ve istihdamı ile ilgili parametrelerin etkin bir biçimde çalışma yaşamına yansıtılması bu konuda yapılanlara ışık tutacaktır. Ayrıca her kurumun, -çalışanların da görüşleri alınarak ve katılımları da sağlanarak- hemşire insan kaynakları yönetimi ile ilgili bir komisyon oluşturması istihdam planlamaları açısından faydalı bir uygulamadır. Bu komisyonun çalışmalarının prosedürler ve talimatlar ile desteklenmesi objektif, etkin ve planlı görevlendirmelerin yapılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Aiken, L, Clarke, S, Sloane D & et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction 2002a; JAMA; 288: 1987-1993.
- Aiken L, Clarke S, Sloane D. Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings, *Int J Qual Health Care* 2002b; 14 (1): 5-14.
- Aiken L, Sloane D, Griffiths P, Rafferty A. M, Bruyneel L, McHugh M, Maier C.B, Moreno-Casbas T, Ball E. J, Ausserhofer D, Sermeus W. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2017;26:559–568.
- Al-Hamdan Z, Manojlovich M, Tanima B. Jordanian Nursing Work Environments, Intent To Stay, and Job Satisfaction, *Journal of Nursing Scholarship* 2017; 49:1,103–110.
- Altuntaş S, Baykal Ü. Factors influencing turkish hospital nurses' attitudes towards their profession: A Descriptive Survey, *Contemporary Nurse* 2010; 35:1, 114-127
- Aycan İO, Celen MK, Yılmaz A & et al. Bacterial Colonization Due To Increased Nurse Workload in An Intensive Care Unit, *Rev Bras Anesthesiol.* 2015; 65(3):180-185
- Bal MD. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsangücü Planlama Yaklaşımları, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014; 3(1):148-154
- Balçık PY, Nangır ÖF, Avrupa ve Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Teknolojileri, *Ankara Med J* 2016; 16(1):90-7
- Basit G, Duygulu S; Nurses’ Organizational Trust and Intention to Continue Working At Hospitals in Turkey. *Collegian* 2017; <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2017.05.003>
- Baumann A. International Council of Nurses (ICN) Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care, *Information An Action Tool Kit (Electronic Version)*. Retrieved from URL: <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf> Accessed: 03.03.2017
- Buerhaus P.L., Desroches C, Applebaum S & et.al. Are Nurse Ready For Helath Care Reform? A Decade of Survey Research. *Nursing Economics* 2012; 30(6), 318-330.
- Berry L, Curry P. *Nursing Workload and Patient Care*. Ottawa, ON: The Canadian Federation of Nurses Unions 2012; Retrieved from https://nursesunions.ca/sites/default/files/cfnu_workload_paper_pdf.pdf
- Bradley C, Pennbridge J; *Nursing Workforce: Shortages and diversity, A report to the California Endowment*. California, USA: A Joint Project of the National Health Foundation and the Hospital Association of Sothhern California 2003; http://www.nhfca.org/reports/california_endowment_diversity_report.pdf (Erişim: 04.05.2017)
- Coffman JM, Seago JA, Spetz J. Minimum Nurse-To-Patient Ratios in Acute Care Hospitals in California. *Health Affairs* 2002; 21(5):53-64. 14.
- Cowden T, Cummings G, Mcgrat JP. Leadership Practices and Staff Nurses’ Intent To Stay: A Systematic Review, *Journal of Nursing Management* 2011; 19, 461–477
- Cuadros KC, Padilha KG, Toffoletto MC & et.al. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017; 25:28-41
- Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabay M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* 2009; 2 (3), 26-34.
- Dede M, Çınar S. Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008; Cilt:1,Sayı:1.

- Dikmen Y, Kara Yılmaz D, Başaran H, & et. al. Hemşirelerde İşgücü Verimliliğini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *J Contemp Med* 2016; 6(4): 334-342
- Dikmentaş E, İnan, N. Sağlık İnsan Gücü Planlaması 2005; http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler Erişim Tarihi: 05.03.2017.
- Duygulu S, Abaan S. Örgütsel Bağlılık: Çalışanların Kurumda Kalma ya da Kurumdan Ayrılma Kararının Bir Belirleyicisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 61-73
- Duygulu S, Korkmaz F. Hemşirelerin Örgüte Bağlılığı, İş Doyumları Ve İşten Ayrılma Nedenleri, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(2)
- Eroğlu EK. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. Ankara. Atılım Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi 2011; 5-20
- Estabrooks C, Midodzi W, Cummings G & et. al. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research* 2005; 54(2), 74-84.
- Gertz MF, Nelson S. A Model Of Minimum Nurse-To-Patient Ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management* 2007; 15(1):64-71
- Gök AU, Kocaman G. Reasons for Leaving Nursing. A Study Among Turkish Nurses, *Contemporary Nurse* 2011; 39:1, 65-74,
- Güneş ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A Survey of The Patients Safety Culture of Hospital Nurses in Turkey, *Collegian* 2016; 23, 225-232
- Günüşen NP, Üstün B. Turkish Nurses' Perspectives on A Programme To Reduce Burnout. *International Nursing Review* 2009; 56, 237-242
- Günüşen N, Üstün B. Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2010; 3 (1), 40-51
- Hurst K. Selecting and Applying Methods for Estimating the Size and Mix of Nursing Teams. 2002. http://www.who.int/hrh/documents/hurst_summary.pdf Erişim: 23.12.2017
- ICN 2006, International Nurses Day Information and Action Tool Kit. Retrived from: www.icn.ch/indkit2006.pdf, Accessed: 23.07.2017.
- ICN 2014, http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/IND_Kit_2014.pdf, Erişim: 23.07.2017
- Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM & et. al. Poor Work Environments and Nurse Inexperience Are Associated with Burnout, Job Dissatisfaction and Quality Deficits In Japanese Hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(24):3324-3329.
- Karaca A, Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014; 1(1):10
- Karadağ M, Akman N, Demir C. Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Örgütsel Sorunlar, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16:1
- Kebapçı A, Akyolcu N; Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2011; 11(2):59-67
- KHGM Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı 2014; https://www.tkhk.gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-degerlendirmesi-hakinda-yonerge Erişim: 21.07.2017
- Kılınç B, Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(6)

- Kocaman G, Seren Ş, Kurt S & ark. Üç Üniversite Hastanesinde Hemşire Devir Hızı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2010; 7 (1): 34-38
- Leigh JP, Markis CA, Iosif AM & et. al. California's Nurse-to-Patient Ratio Law and Occupational Injury International Archives of Occupational and Environmental Health May 2015; 88 (4): 477-484
- Nurluöz Ö, Akçıl U. Hemşirelerin İş Güçlüğüne Oluşturan Değişkenlerin İş Doyumu İle Karşılaştırmalı Analizi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Özel Sayı. 2012; 2:77-86
- Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği – (Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO). Nursing Best Practice Guideline, Developing and Sustaining Safe, Effective Staffing and Workload Practices; 2017; 1-82
- Özcan İ, Aba G, Ateş M. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyinin ve iş doyumunun beklenen personel devir hızı üzerine etkisi, International Conference On Eurasian Economies 2016, SESSION 4C: Sağlık Ekonomisi, <https://www.avekon.org/papers/1592.pdf> Erişim: 12.08.2017
- Özsayın FS, Özbayır T. Attitudes of Operating Theater Workers Toward Patient Safety. Int J Antisept Disinfect Steril. 2016; 1(1): 1
- Paşaoğlu D, Tonus HZ. Strategic Importance Of Human Resource Practices On Job Satisfaction In Private Hospitals, Procedia - Social and Behavioral Sciences 2014; 150:394 – 403
- Rogers A, Hwang W, Scott L & et. al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs 2004; 23-4: 202-212
- Sağlık Bakanlığı. Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ 2013; URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130529-25.htm>. Erişim: 21.06.2017
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) 2014; <http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar> Erişim: 21.07.2017
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), 2023 Yılı sağlık iş gücü hedefleri ve sağlık eğitimi, <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimibaski-webpdf.pdf>, Erişim: 10.08.2017
- Süleki HE, Mortaş A. OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye Hastanelerde Beşeri ve Fiziki Kaynakların İncelenmesi, İzleme Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı 2015; <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/35c966a9f1d343909d4d0858bec69333.pdf> Erişim: 29.08.2017
- Şantaş F, Özer Ö, Çıraklı Ü. Türk kalkınma planlarında sağlık insan gücü planlaması. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012; Cilt: 2, Sayı: 2, 45-59.
- Schooley B, Hikmet N, Tarcan M & et.al. Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians And Health Information Technicians Working For Same Organization. Medicine 2016; Volume 95, Number 10.
- Tekindal B, Tekindal MA, Pinar G & et. al. Nurses' Burnout and Unmet Nursing Care Needs of Patients' Relatives in a Turkish State Hospital, International Journal of Nursing Practice 2012; 18: 68-76
- Türkmen E. Hemşire İnsan Gücünün Planlanması, İçinde: Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Ed: Baykal ÜT, Türkmen EE. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.2014
- Türkmen E. Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 69-80

- Uğurlu Z, Karahan A, Ünlü H & et. al. The Effects of Workload and Working Conditions on Operating Room Nurses and Technicians, *Workplace Health and Safety* 2015; 63-9.
- Ulusoy H. Güvenli İstihdamın Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11: 3
- United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, [https:// www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses. htm#tab-6](https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm#tab-6) Accessed:29.08.2017
- Yang KP. Relationships Between Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Research*, 2003; 11(3): 149-158.
- Yazıcı SÖ, Kalaycı I. Hemşirelerin Çalışma Ortam ve Koşullarının Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 2015; 3(3)
- Yıldırım D. Hemşire İnsan Gücü Planlaması. *Hemşirelik Dergisi* 2002; 12(48): 57-70
- Yürümezoğlu HA, Kocaman G. Predictors of Nurses' Intentions to Leave The Organisation and The Profession in Turkey. *Journal of Nursing Management* 2016; 24, 235–243
- Wang L, Tao H, Ellenbecker CH & et. al. Job Satisfaction, Occupational Commitment and Intent to Stay Among Chinese Nurses: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 2012; 68(3), 539–549.
- Wendt, C. Changing Helathcare System Types. *Social Policy and Administration* 2012; 48(7), 864-882. <http://dx.doi.org/10.1111/spol.12061>
- WHO. The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. Geneva, World Health Organization. 2013; URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng. pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf) Accessed: 05.03.2017