

HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MESLEKİ İMAJ ALGILAMALARININ ARAŞTIRILMASI

Musa ÖZATA*

Şebnem ASLAN**

Özet

Bu çalışma hastanelerde görev yapan hemşirelerin, hemşirelik mesleğine ilişkin imaj algılamalarının ortaya çıkarılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına, Afyonkarahisar ilinde çeşitli hastanelerde görev yapmakta olan 210 hemşire alınmıştır. Çalışmada Jasovsky'in (2001) "Occupational Image Instrument" ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek istenmeyen işlerle (task of dirty), kritik önemdeki işler (critical work) arasındaki ayrımı işaret etmektedir. Mesleki imaj ölçeği; profesyonel (professional), bürokrat (bureaucratic), gelenekselci (traditional) ve faydacı (utilitarian) alt boyutlarından oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan ölçeğin geçerlilik analizi doğrulayıcı faktör analizi tekniğinden faydalanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda kritik işler ve istenmeyen işler açısından Türk ve ABD hemşireleri arasında birtakım farklar olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, İmaj, Mesleki İmaj, Kritik ve İstenmeyen İşler

Abstract

This study is accomplished in order to reveal the image perception related to nursing profession of nurses working in hospitals. The scope of study includes 210 nurses working in different hospitals of Afyonkarahisar. "Occupational Image Instrument" of Jasovsky (2001) is used. The distinction between dirty work and critical work is indicated. Professional image scale consists of professional, bureaucratic, traditional and utilitarian subdimensions. The validity analysis of the scale used in this study is done by confirmatory factor analysis. As a result, some differences are determined among nurses in Turkey and USA in terms of critical work and dirty work.

Key Words: Nursing, Image, Occupational Image, Critical and Dirty Work

* Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

** Selçuk Üniversitesi, SBMYO

Giriş

Hemşirelik, kuramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalı bir sağlık disiplini olup bireyin, ailenin ve toplumun mevcut ve olası fizyolojik ve psiko-sosyal gereksinimlerinin holistik ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanmasını ve giderilmesini hedefleyen bir meslektir (Vaughan, 1992: 123). Uygulamada hemşirenin sorumluluğu, insanların sağlık düzeyini yükseltmek, hastalığı önlemek, sağlığa yeniden kavuşturmak ve ağrıyı hafifletmektir (Şirin ve ark., 2008: 69). Amerikan Hemşireler Derneği'ne (ANA) göre hemşirelik insana yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunmaktadır (ANA, 2003: 6). Türk Hemşireler Derneği'ne göre ise hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (Biol, 2004: 8).

Günümüzün değişen yaşam koşulları ve yükselen hayat standartları, bireylerin kurumlara ve mesleklere yönelik beklentilerini artırmıştır. Bu sonuç, sağlık bakım sistemine ve onun bir alt sistemi olan hemşirelik mesleğine de yansımıştır (Sabuncu ve ark., 1996: 45). Bu bağlamda genel amaçları aynı kalmakla birlikte, hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiş ve hemşirelik mesleği, modern bir meslek haline gelmiştir (Erdemir, 1998: 60). Günümüzde hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde başarılı bir sağlık bakımının önemli bir belirleyicisi konumundadır (Algier ve ark., 2005: 34). Ancak bu kadar önemli bir işlevi yerine getirmekle birlikte hemşirelik mesleği, hem toplumsal hem de mesleki imaj açısından da hak ettiği konuma gelememiştir. Örneğin ülkemizde hemşireler sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olarak kabul edilmekle birlikte bu söylem uygulamaya yansıtılmamış ve hekimlerin yardımcısı olarak görülmekten öteye gidememiştir (Ertem ve ark., 2009: 71).

1. İmaj Kavramı ve Hemşireliğin Mesleki İmajı

İmaj kavramı, bir kimsenin, bir topluluğun veya bir kurumun kendisi ile olarak başkalarında yaratmak istediği ya da bıraktığı izlenim olarak tanımlanmaktadır (Emiroğlu, 2001: 9). Başka bir tanıma göre ise; bir kişi, kurum, marka, obje ya da düşüncenin zihinlerde isteyerek veya istemeyerek bırakmış olduğu fikir ve izlenimlerdir (Özdemirci, 2004: 36). İmajın birçok çeşidi

söz konusudur. Öz imaj, algılanan imaj, ideal imaj, kurumsal imaj, olumlu imaj, olumsuz imaj ve meslek imajı bunlardan bazılarıdır (Aksoy ve Bayramoğlu, 2008: 85).

Öz imaj kişinin kendisini nasıl gördüğünü; *algılanan imaj* başkalarının kişi veya kurumu nasıl gördüğünü; *ideal imaj* ise olması gereken ve herkes tarafından kabul edilebilir bir imajı ifade etmektedir. *Kurumsal imaj* kurum hakkında oluşan ya da var olan düşünceleri, kurumun tanınırlığı, saygınlığı ve rakipleri ile kıyaslanması faktörlerini içermektedir (Gürüz, 2004: 791). *Olumlu imaj* kişi, kurum veya gruplara yönelik olumlu duygu ve düşünceleri kapsamaktadır. *Mesleki imaj* meslek üyelerinin paylaştığı, sosyal statü, yetenek ve davranış modelidir. *Algılanan meslek imajı* ise toplum tarafından meslek üyelerine karşı duyulan saygı, üyelerin sosyal statüsü, yetenekleri ve davranış biçimleri hakkında paylaşılan yargı ve düşüncelerdir (Birnbbaum and Somers, 1989: 200; Jasovsky, 2001: 19). Hemşirelik mesleği için *mesleki imaj*; hemşirelik imajı, benlik imajı, meslek ve iş gibi birkaç konuyu kapsamaktadır. Bu sebeple hemşirelik imajı, hem iç hem de dış bileşenlerden (görüntülerden) meydana gelmektedir (Jasovsky, 2001: 19).

Literatürde hemşirelik mesleğinin imajının belirlenmesine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde ABD’de 2001 ve 2004 yılları arasında, 144 internet sitesinde yer alan bilgiler analiz edilmiştir. Analiz sonucunda internet sitelerinin yaklaşık %70’i hemşireleri zeki ve eğitilmiş, %60’ı ise saygı değer, sorumluluk sahibi, işine bağlı, yeterli ve güvenilir bulmuştur. 2001 yılında hemşirelerin %70’nin uzmanlık bilgisine ve yeteneğine ihtiyacı olduğu ifade edilirken, bu oran 2004 yılında % 62’ye gerilemiştir. Hemşirelerin işine bağlılığı, çekiciliği/bakımlılığı ve otoriter davranış sergileme imajı azalırken; bilimsel/araştırma odaklı olma, mesleki açıdan yeterli olma, güçlü ve yaratıcı/yenilikçi yanlarının 2004 yılında eskkiye oranla daha fazla ön plana çıktığı belirlenmiştir (Kalisch ve ark. 2007: 182). Hemşirelik imajı konusunda toplumun ve hemşirelerin algılamaları arasındaki farklılıkların belirlenmesi amacıyla Tayvan’da 488 katılımcıyla gerçekleştirilen bir başka araştırmada ise kadın mesleği olma, iyilik meleği, kariyer yükselişine sahip olma, yapılan işlerin bürokratik yanının az olması ve hemşirelerinin sunduğu hizmetten çok memnun olunması gibi faktörlerin, hem toplum hem de hemşireler tarafından paylaşıldığı belirlenmiştir (Tzeng, 2006: 755).

Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada mesleki imajın alt boyutları; profesyonel, geleneksel, bürokratik ve faydacı olarak belirlenmiş ve geliş-

tirilen mesleki imaj ölçeği ile bu alt boyutların ölçülmesi sağlanmıştır. Buna göre *profesyoneller* hastaların iyiliği için daha bilimsel bilgiye dayalı çalışırlar ve bu ideal hemşire tipi sağlıktaki sosyal sorumluluğunun farkındadır. *Gelenekselciler*; geleneklerine dayalı çalışan, hasta odaklı, kurumun yapısına bağlı, hemşirelik kurallarına bağlı olmayan hemşirelerdir. *Faydacılar*; günlük işlere odaklı olarak çalışırlar ve bir ideal için kendilerini adamazlar veya yaşam felsefelerinde işleri merkezi rol oynamaz. *Bürokratlar*; hastanedeki yönetsel kurallara ve düzenlemelere odaklı çalışırlar ve kurumlarına sadakat duyarlar (Jasovsky, 2001: 22-41).

Ayrıca *bürokratlar* kurallara uymaya; *gelenekselciler* hasta ihtiyaçlarına; *profesyoneller* daha iyi hasta bakımı sağlamada daha üst bilgiye; *faydacılar* ise basitçe işin bitirilmesine odaklıdır (Birnbaum ve Somers, 1989: 202). *Profesyoneller* istenmeyen işleri (dirty of work) genellikle astlarına havale ederler. *Bürokratlar* istenmeyen işleri örgütün devamı için esas iş olarak görürler ve kritik işlere ilgi duymazlar. *Gelenekselciler* kritik işleri ve istenmeyen işleri, hemşirelik rolünün bir parçası olarak görürler. *Faydacılar* ise işe katılımlarını minimize ederler ve ne kritik ne de istenmeyen işlerle ilgilidirler (Jasovsky, 2001: 26).

I. Metod

Araştırma Afyonkarahisar ilinde faaliyet gösteren üç farklı hastanenin 26 farklı servisinde çalışan 210 hemşire ile yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Örnekleme seçiminde *tesadüfi örnekleme* metodundan faydalanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 ve LISREL 8.0 istatistik programları yardımıyla değerlendirilmiştir.

Araştırmada kullanılan “Occupational Image” ölçeği Jasovsky’nin (2001) çalışmasından alınmıştır. Orjinali “The Task-Based Measurement Model” olarak adlandırılan 37 soruluk ölçek (American Nurses’ Foundation, 1956), Jasovsky’nin (2001) çalışmasında 36 soru halinde değerlendirilmiş olup, hemşirelik mesleği için hem gerçek durumu hem de ideal durumu ölçmeyi hedeflemiştir. Ölçek 5’li likert tarzında (1-hiç, 2-bazen, 3-genellikle, 4-çok sık, 5-her zaman) derecelendirilmiştir. Cronbach Alpha değeri 0.89 olarak bulunmuştur (Jasovsky, 2001: 56). Bu çalışmada ise Lisrel 8 programıyla doğrulayıcı yapılan faktör analizi sonucunda ölçek 29 soruya indirgenmiştir.

Tablo 1. Meslekî İmaj Ölçeğine İlişkin Bilgiler

Ölçek Başlıkları	Madde Sayısı	Minimum	Maksimum	Cronbach Alfa	Arit Ort.
Profesyonel	6	1	5	.7097	23.36
Gelenekselci	7	1	5	.7324	26.80
Faydacı	7	1	5	.6618	25.36
Bürokrat	9	1	5	.6735	32.31

Çalışmamızda Javosky'nin (2001: 27) çalışmasında kullandığı yöntemden hareket edilerek ilk etapta elde edilen sorulara verilen cevapların aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve ortalama puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. Ortalama puanların en üst üçte biri "*kritik önemdeki işler*" (critical task), en alt üçte biri ise "*istenmeyen işler*" (dirty of work) olarak tanımlanmıştır. Sonuçta hangi işlerin *kritik işler (12 soru)*, hangilerinin ise *istenmeyen işler (12 soru)* bağlamında değerlendirildiği belirlenerek ABD hemşireleri ile karşılaştırılmıştır. Bulgular Tablo 3'de gösterilmektedir.

Çalışmanın ikinci aşamasında hangi soruların hangi hemşirelik imaj boyutu altında yer aldığı saptanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda ilk önce ortalama puanlardan hareketle kritik iş medyanı (med= 3,77) ve istenmeyen iş medyanı (med= 3,37) hesaplanmış ve meslekî imajın dört boyutu (profesyoneller, gelenekselciler, bürokratlar ve faydacılar) belirlenen medyan değerlerine göre sınıflandırılmıştır. Bu bağlamda Birnbaum ve Somers'in (1989: 204) tanımına uyularak **profesyoneller** 3.77'nin üzeri ve 3.37'nin altı; **gelenekselciler** 3.77'nin üzeri ve 3.37'nin üzeri; **bürokratlar** 3.37'nin üzeri ve 3.77'nin altı ve **faydacılar** 3.37'nin altı ve 3.77'nin altı puanlarına göre oluşturulmuştur. Elde edilen sonuçlar tablo 3'te gösterilmektedir.

Çalışmanın son aşamasında ise Lisrel 8.0 programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi yardımıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde model uygunluğunun değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan uyum iyiliği indekslerinden; ki-kare istatistiği (χ^2), RMSEA (Ortalama hata karekök yaklaşımı), GFI (Uyum iyiliği indeksi) ve AGFI (Uyarlanmış uyum iyiliği indeksi), NNFI (Normlaşmamış Uyum İndeksi), CFI (Karşılaştırmalı İyilik İndeksi) ve Ki-kare/Serbestlik derecesi değerlerinden faydalanılmıştır. Literatürde modelin analiz edilen veriye uygunluğunun sağlanabilmesi için Ki kare (X^2) değerinin 0'a yakın olması ve anlamlı çıkmaması (bu değer örneklem büyüklüğüne duyarlıdır), χ^2/sd oranının 3'ten küçük olması GFI, AGFI ve CFI değerlerinin

0.90 üzerinde, RMSEA değerlerinin ise 0.05 altında olması gerekmektedir (Schumacker ve Lomax, 1996; Atik ve Kemer, 2009: 383)

II. Bulgular

Bulgular kısmında sırasıyla; araştırmaya katılan sağlık personelinin sosyo-demografik özelliklerine ait bilgiler, Türk Hemşireleri ile ve ABD Hemşireleri'nin kritik işler ve istenmeyen işler açısından karşılaştırılması, hemşirelikte mesleki imajın alt boyutları ve bu boyutlarda hangi soruların yer aldığına dair bilgiler, doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ve ölçek puanlarının sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler sıralanmaktadır.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler	Sayı (n=210)	% (100)	Özellikler	Sayı (n=210)	% (100)
Yaş			Çalıştığı Kurum		
19-26	79	37,6	Afyon Göğüs Hast.	21	10,0
27-33	95	45,2	Afyon Devlet Hastanesi	36	17,1
34-41	36	17,1	Afyon Üniv.Tıp Fak.	153	72,9
Meslekte Çalışma Süresi			Eğitim Durumu		
1-5	166	79,0	Sağlık Meslek Lisesi	58	27,6
6-10	38	18,0	Önlisans Eğitimi	54	25,7
11-35	6	3	Lisans	60	28,6
			Lisansüstü	38	18,1
Kendi Seçimi Olan Klinikte Görev Yapma			Medeni Durum		
Evet	91	43,3	Evli	91	43,3
Hayır	93	44,3	Bekar	109	51,9
Kararsız	26	12,4	Boşanmış/Esi Ölmüş	10	4,8
Meslek Seçme Nedeni			Emekli Olmayı Düşünür Musunuz		
Tesadüfi	13	6,2	Evet	157	74,8
Zorunluluk	11	5,2	Hayır	25	11,9
İsteyerek	127	60,5	Kararsız	28	13,3
Aile İsteği	29	13,8			
Diğer	30	14,3			

Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında değerlendirilen hemşirelerin 79’u (%37,6) 19-26 yaş grubunda, 95’i (%45,2) 27-33 yaş ve 36’sı (%17,1) ise 34-41 yaş grubunda yer almaktadır. Eğitimi açısından incelendiğinde; 58’inin (%27,6) sağlık meslek lisesi, 54’ünün (% 25,7) ön lisans, 60’ının (%38,6) lisans ve 38’inin (%18,1) yüksek lisans eğitime sahip olduğu; medeni durum açısından 91’inin (%43,3) evli, 109’unun (%51,9) bekâr ve 10’unun (%4,8) boşanmış veya eşi ölmüş olduğu görülmüştür. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (% 60,5) mesleği isteyerek seçtiği ancak %74,8’inin emekli olmayı ya da meslekten ayrılmayı düşündüğü belirlenmiştir.

Metot kısmında da belirtildiği gibi çalışmanın ikinci aşamasında ölçekte yer alan sorular çerçevesinde hangi işlerin kritik iş hangilerinin ise istenmeyen iş bağlamında değerlendirildiği tespit edilmiş ve elde edilen sonuçlar, Javosky’nin (2001) çalışmasında ABD hemşireleri için elde edilen bulgularla karşılaştırılmıştır. Bulgular Tablo 4’te sunulmaktadır.

Tablo 3. Türk Hemşireleri ile ABD Hemşirelerinin Yaptıkları İşleri Kritik İş ve İstenmeyen İş Kapsamında Değerlendirmeleri

ABD Hemşireleri	Türk Hemşireleri	ABD Hemşireleri	Türk Hemşireleri
Kritik Önemdeki İşler	Kritik Önemdeki İşler	İstenmeyen İşler	İstenmeyen İşler
3 ●	3 ●	28*	24*
14 ●	1	35*	26
5 ●	5 ●	36	28*
11	18	33*	33*
9	25	31*	31*
15 ●	15 ●	29*	29*
10	12	24*	9
7 ●	17	34*	10
13	16	30	35*
19	14 ●	27*	27*
20	7 ●	4	32
23	2	6	34*

Tablo 3’te görüldüğü gibi, ABD hemşireleri ile Türk hemşireleri arasında kritik önemdeki işler ile istenmeyen işler açısından farklılıklar görülmüştür. Kritik işler konusunda 3, 5 ve 15. sorular aynı düzeyde bulunmuştur. ABD’de ilk üç kritik iş: 3, 14 ve 5. sorular bulunmuşken; Türkiye’de 3, 1 ve 5. sorular olarak belirlenmiştir. İstenmeyen işler kapsamında ABD hemşireleri ile Türk hemşireleri arasında sıralama değişmekle birlikte, oldukça benzer bir yaklaşım görülmektedir. İstenmeyen işler kapsamında ABD hemşirelerinde ilk üç sırada 28, 35 ve 36. sorular yer alırken; Türk hemşirelerinde 24, 26 ve 28. sorular yer almaktadır. Bir diğer sonuç ise ABD hemşirelerinde, 9. ve 10. soruların kritik önemdeki işler olarak değerlendirilmesine karşın, Türk hemşirelerinde istenmeyen işler kapsamında değerlendirilmiş olmasıdır.

Birnbaum ve Somers’in (1989: 204) tanımından hareketle hemşirelik imajının hangi boyutlardan meydana geldiği ve boyutlarda hangi soruların yer aldığı belirlenmesi amacıyla yapılan değerlendirme sonuçları Tablo 5’te gösterilmektedir.

Tablo 4. Türk Hemşirelerinde Meslekî İmaj Alt Boyutları

Anket soruları	Profesyonel	Gelenekselci	Faydacı	Bürokrat
	3	3	3	12
	1	1	1	17
	5	5	5	16
	18	18	18	14
	25	25	25	7
	15	15	15	2
	29	34	29	34
	31	32	31	32
	33	27	33	27
	28	35	28	35
	26	10	26	10
	24	9	24	9

Tablo 4’te görüldüğü gibi, Türk Hemşirelerinde mesleki imajın bileşenleri olan *profesyonel boyut*; 3, 1, 5, 18, 25, 15, 29, 31, 33, 28, 26, 24 numaralı soruları; *gelenekselci boyut* 3, 1, 5, 18, 25, 15, 34, 32, 27, 35, 10, 9 numaralı soruları; *faydacı boyut* 3, 1, 5, 18, 25, 15, 29, 31, 33, 28, 26, 24 numaralı

soruları ve *bürokrat boyut* ise 12, 17, 16, 14, 7, 2, 34, 32, 27, 35, 10, 9 numaralı soruları içermektedir.

Çalışmanın bu aşamasında ise doğrulayıcı faktör analizi tekniğinden faydalanılarak gizil değişken olarak kabul edilen *profesyonel*, *gelenekselci*, *haydacı* ve *bürokrat* boyutlarını, ilgili maddelerin anlamlı biçimde açıklayıp açıklayamadığının belirlenmesi aşamasına geçilmiştir. Bu bağlamda sırasıyla profesyoneller, gelenekselciler, haydacılar ve bürokratlar boyutlarında yer alan sorular ayrı ayrı modele girilerek analizler yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 5. Profesyoneller Boyutu İçin Önerilen Modelin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Model	χ^2	df	χ^2/df	CFI	AGFI	RMSEA	GFI	NNFI	p
Model 1	159.93	54	2.96	0.77	0.84	0.097	0.89	0.72	0.00000
Model 2	14.62	9	1.62	0.98	0.95	0.055	0.98	0.97	0.10203

Tablo 5’de görüldüğü gibi *profesyonel* boyut için yapılan doğrulayıcı faktör analizi, birinci model ve ikinci model analizleri ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin birinci model doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum iyiliği indeksleri; $\chi^2= 159.93$ (df=54, p=.00), $\chi^2/df= 2.96$, RMSEA= 0.068, CFI= 0.77, AGFI 0.88 GFI 0.89 NNFI= 0.72 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda *birinci modelin* uyum iyiliği değerlerinin beklenen düzeyde olmaması nedeniyle modifikasyon önerileri doğrultusunda modelde düzeltme yapılmasına gerek duyulmuş ve ikinci model oluşturulmuştur. İkinci modelde uyum iyiliği değerlerinde iyileşme olması ve referans değer aralığına ulaşılması nedeniyle işlem sonuçlandırılmış ve 6 sorunun, *profesyonel* boyutu en uygun düzeyde açıkladığı anlaşılmıştır. Tablo 6’da uyum iyiliği indeksleri neticesinde ulaşılan madde faktör yükleri gösterilmektedir.

Tablo 6. Profesyoneller Boyutu İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Profesyoneller	Faktör Yükleri
SORULAR	
1. Vital bulguları, giren-çıkan mayiyi ölçmek ve kaydetmek	0.77
3. İlaçla tedavi yönetimi; gözlemek ve sonuçlarını kaydetmek	0.87
5. Tedavi yönetimi: gözlemek ve kaydetmek	0.54
15. Hastaların tıbbi çizelgede gelişimlerini kaydetmek	0.40
18. Hasta tedavi planını düzenlemek ve koordine etmek	0.40
25. Hekim ordurını (tedavi planını) kaydetmek	0.34

Tablo 6'daki faktör yükleri incelendiğinde, 15, 18, 25 gibi soruların faktör yüklerinin düşük değere sahip olmakla birlikte, sosyal bilimler alanı için kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Gelenekselciler Boyutu İçin Önerilen Modelin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

FIT değerleri	χ^2	Df	χ^2/df	CFI	AGFI	RMSEA	GFI	NNFI	p
Model 1	137.11	54	2.53	0.84	0.86	0.086	0.90	0.81	0.00000
Model 2	17.15	14	1.22	0.99	0.95	0.033	0.98	0.98	0.24819

Tablo 7'de görüldüğü gibi, gelenekselciler boyutu için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, *birinci modelin* uyum iyiliği değerlerinin literatürde öngörülen referans değer aralığında olmaması nedeniyle modelde düzeltme yapılmasına gerek duyulmuş ve ikinci düzey model oluşturulmuştur. İkinci düzey modelde uyum iyiliği değerlerinin tamamında iyileşme sağlanmış ve bu değerler referans değer aralığına ulaşmıştır. Gelenekselciler boyutu için uyum iyiliği indeksleri neticesinde ulaşılan madde faktör yükleri Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8. Gelenekselciler Boyutu İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Gelenekselciler	Faktör Yükleri
SORULAR	
1. Vital bulguları, giren-çıkan mayiyi ölçmek ve kaydetmek	0.83
3. İlaçla tedavi yönetimi; gözlemek ve sonuçlarını kaydetmek	0.75
15. Hastaların tıbbi çizelgede gelişimlerini kaydetmek	0.38
18. Hasta tedavi planını düzenlemek ve koordine etmek	0.43
25. Hekim ordurunu (tedavi planını) kaydetmek	0.37
32. Hastanın yatak yarasından korunması: döndürmek, pozisyon vermek	0.45
35. Teşhis raporları dosyalarını sınıflandırmak	0.49

Tablo 8’de görüldüğü gibi gelenekselciler boyutu için faktör yükü en yüksek olan 7 sorunun modeli en yüksek düzeyde açıkladığı anlaşılmaktadır.

Profesyonel ve gelenekselciler boyutu için yapılan işlemler *bürokrat ve faydacı* boyutları için ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda her bir boyutta *birinci model* için elde edilen uyum iyiliği değerlerinin beklenen referans aralıklarında olmaması nedeniyle *ikinci model* uygulanmış ve modifikasyon önerileri doğrultusunda yapılan düzeltmeler sonucunda, ikinci modelde uygun referans değerlerine ulaşılmıştır. Bulgular Tablo, 9,10,11 ve 12’de gösterilmektedir.

Tablo 9. Bürokratlar Boyutu İçin Önerilen Modelin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

FIT değerleri	χ^2	df	χ^2/df	CFI	AGFI	RMSEA	GFI	NNFI	p
Model 1	114.94	54	2.12	0.83	0.88	0.073	0.92	0.80	0.00000
Model 2	27.23	27	1.00	0.99	0.95	0.006	0.97	0.99	0.45131

Tablo 10. Bürokratlar Boyutu İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Bürokratlar	Faktör Yükleri
SORULAR	
12. Hasta yatağında kan-glikoz düzeyini takip etmek	0.51
17. Hasta tedavi planını hazırlamak ve kaydetmek	0.42
16. Hasta tedavi planını geliştirmek için, mesleki kitapları okumak ve/veya diğer sağlıkçılara danışmak	0.47
14. Hasta yatış işlemlerini ve kayıtlarını değerlendirmek	0.46
7. Hastaların aileleriyle konuşmak	0.47
32. Hastanın yatak yarasından korunması: döndürmek, pozisyon vermek	0.52
27. Diğer sağlık personellerine ve/veya hastalara eğitim seminerleri hazırlamak ve onlara rehberlik etmek	0.33
35. Teşhis raporları dosyalarını sınıflandırmak	0.40
9. Hastalara teşhis ve tedavi işlemlerini açıklamak	0.34

Tablo 10'da görüldüğü gibi hasta yatağında kan-glikoz düzeyini takip etmek, hasta tedavi planını hazırlamak ve kaydetmek, hasta tedavi planını geliştirmek için mesleki kitapları okumak ve/veya diğer sağlıkçılara danışmak, hasta yatış işlemlerini ve kayıtlarını değerlendirmek, hastaların aileleriyle konuşmak, hastanın yatak yarasından korunması için döndürülmesi ve pozisyon verilmesi, diğer sağlık personellerine ve/veya hastalara eğitim seminerleri hazırlamak ve onlara rehberlik etmek, teşhis raporları dosyalarını sınıflandırmak ve hastalara teşhis ve tedavi işlemlerini açıklamak sorularının bürokratlar boyutu için en yüksek faktör yüküne sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 11. Faydacılar Boyutu İçin Önerilen Modelin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

FIT değerleri	χ^2	df	χ^2/df	CFI	AGFI	RMSEA	GFI	NNFI	p
Model 1	123.83	54	2.29	0.75	0.87	0.079	0.91	0.70	0.00000
Model 2	22.93	14	1.63	0.95	0.94	0.055	0.97	0.092	0.06141

Tablo 12. Faydacılar Boyutu İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faydacılar	Faktör Yükleri
SORULAR	
2. Banyo, giyim-kuşam, rutin hijyene yardım etmek	0.67
7. Hastaların aileleriyle konuşmak	0.46
12. Hasta yatağında kan-glikoz düzeyini takip etmek	0.52
14. Hasta yatış işlemlerini ve kayıtlarını değerlendirmek	0.37
16. Hasta tedavi planını geliştirmek için, mesleki kitapları okumak ve/veya diğer sağlıkçılara danışmak	0.57
17. Hasta tedavi planını hazırlamak ve kaydetmek	0.41
28. Hasta postalarını tasniflemek ve teslim etmek	0.30

Tablo 11 ve Tablo 12’de görüldüğü gibi ölçeğin faydacılar boyutu için gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda ikinci modelde uyum iyiliği değerleri istenen referans aralıklarında gerçekleşmiş ve bu bağlamda 8 sorunun ilgili boyutu en yüksek düzeyde açıkladığı anlaşılmıştır.

Sonuç

Mesleki imaj konusu çok nadir araştırılan bir konu olmakla birlikte, aslında iş tutum ve davranışlarını etkilemesi nedeniyle büyük bir önem taşımaktadır (Jasovsky, 2001: 7). Örneğin toplum üyeleri tarafından saygı görmeme veya önemsiz görülme durumu, çalışanlar üzerinde negatif bir etki oluşturarak iş memnuniyetinde azalma, organizasyonel bağlılığın zayıflaması, iş ortamında yüksek düzeyde gerilim ve işten ayrılmalara yol açabilmektedir (Lim ve ark., 1998: 270). Hemşirelerin kurumda tutulması ve işten ayrılmalarının önüne geçilebilmesi, sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumu için büyük bir zorunluluk oluşturmaktadır (Wilson, 2005: 137). Kurumda kalıcılığının sağlanması ve personel devir hızının düşürülmesinin, çalışanların işlerinden tatmin ve bağlılık duymalarına bağlı olduğu belirtilmektedir. İş tatmini ve bağlılığı pek çok değişken yanında, meslek üyelerinin o mesleğe yönelik olumlu veya olumsuz imajı ile bağlantılı olabilmektedir. Literatüründe hemşirelerin genellikle hizmetlilerin yaptığı işler ile birlikte anılmaktan ve hemşirelerin genellikle bu tip işleri yaptığı şeklinde oluşan imajdan dolayı sıkıntı çektikleri ve kısa zamanda meslekten ayrılmayı düşündükleri dile getirilmektedir (Ahmad, 1996: 21; Yura, 1989: 2). Bu bağlamda hemşirelerin yerine getirdikleri görevlerin hangilerini kritik iş hangi-

lerini ise istenmeyen iş bağlamında değerlendirdiklerinin bilinmesi büyük bir önem taşımaktadır.

Araştırmamız, hastanede çalışan hemşirelerin, hemşirelik mesleğine ilişkin kendi algılamalarının ortaya çıkarılmasını amaçlamaktadır. Jasovsky'nin (2001) çalışmasında kullandığı yöntemden hareketle, genel olarak hemşirelerin yaptıkları işlerden hangilerini *kritik iş* hangilerini ise *istenmeyen iş* bağlamında değerlendirildiği belirlenmeye çalışılmış ve kullanılan ölçeğin geçerlilik güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarını oluşturan profesyonel, gelenekselci, bürokrat ve faydacı hemşirelik modellerinin hangi işleri kritik ve hangilerini ise istenmeyen işler bağlamında değerlendirdiği tespit edilmiştir.

Yapılan değerlendirme sonucunda kritik iş ve istenmeyen iş sıralamasının Türk hemşirelerinde ABD hemşirelerine oranla bazı değişiklikler gösterdiği görülmüştür. Örneğin kritik işler konusunda “İlaçla tedavi yönetimi; gözlemek ve sonuçlarını kaydetmek”, “Tedavi yönetimi: gözlemek ve kaydetmek” ve “Hastaların tıbbi çizelgede gelişimlerini kaydetmek” aynı düzeyde bulunmuştur. ABD’de ilk üç kritik iş: “İlaçla tedavi yönetimi; gözlemek ve sonuçlarını kaydetmek”, “Hasta yatış işlemlerini ve kayıtlarını değerlendirmek” ve “Tedavi yönetimi: gözlemek ve kaydetmek” soruları bulunmuşken; Türkiye’de “İlaçla tedavi yönetimi; gözlemek ve sonuçlarını kaydetmek”, “Vital bulguları, giren-çıkan mayiyi ölçmek ve kaydetmek” ve “Tedavi yönetimi: gözlemek ve kaydetmek” soruları tespit edilmiştir.

İstenmeyen işler kapsamında ABD hemşireleri ile Türk hemşireleri arasında sıralama değişmekle birlikte oldukça benzer yaklaşım görülmektedir. İstenmeyen işler kapsamında ilk üç sırada, ABD hemşirelerinde, “Hasta postalarını tasniflemek ve teslim etmek”, “Teşhis raporları dosyalarını sınıflandırmak” ve “Hastaneye girişte ve taburcu oluştta tıbbi kayıtların toplanması” istenmeyen ilk üç sırada görülürken; Türk hemşirelerinde, “Yatak yapmak”, “Ziyaretçileri selamlamak ve onlara yolu tarif etmek” ve “Hasta postalarını tasniflemek ve teslim etmek” istenmeyen işler kapsamında değerlendirilmiştir. Yatak yapımı uygulamada pek çok sağlık kuruluşunda hizmetli personele bırakılmıştır. Oysa hemşirelik eğitiminde pek çok hemşire yatak yapımını, hemşirelik mesleğinin rol gerekleri içerisinde öğrenmiştir. Hasta sahiplerini selamlamak ve posta ile ilgili işlerin hemşireler tarafından istenmeyen iş statüsünde değerlendirilmesi manidar bir sonuçtur. Burada iletişim eksikliği ile ilgili bir sorun düşünülebilir. Benzer şekilde “ziyaretçileri selamlamak ve onlara yolu tarif etmek” rolü de hemşirelik imajında görülme-

mektedir. Hemşirelerin ziyaretçilerle ilgilenmemesi dolayısıyla pek çok kurumda bu sebeple bu iş için ayrı görevlilerin alınmasına yol açmıştır.

Farklı olan diğer sonuç ABD hemşirelerinde, “Hastalara teşhis ve tedavi işlemlerini açıklamak” ve “Hastaları hastane usullerine ve çevresine alıştırmak” kritik önemdeki işler iken Türk hemşirelerinde istenmeyen işler kapsamında yer almıştır. Esasen sağlık çalışanlarında bilgi verme konusunda sıkıntılar sıklıkla ifade edilmektedir. Bu konuda araştırmamızda hemşireler, bunu kritik iş olarak görmemeleriyle bu görüşleri haklı çıkarmaktadır.

Çalışmada kullanılan ölçeğin geçerlilik analizi ise doğrulayıcı faktör analizi tekniğinden faydalanılarak gerçekleştirilmiştir. Gizil değişken olarak kabul edilen *profesyonel*, *gelenekselci*, *faydacı* ve *bürokrat* boyutlarını, hangi soruların en anlamlı düzeyde açıkladığının belirlenmesi için gerçekleştirilen analizler sonucunda, tüm alt başlıklar için uyum indeksleri değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Ölçeğin profesyoneller boyutunu 6, bürokratlar boyutunu 9, gelenekselciler boyutunu 7 ve faydacılar boyutunu 7 sorunun açıkladığı belirlenmiştir. Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliğinin sağlandığı ifade edilebilir.

Kaynaklar

- Ahmad, E. A. (1996) “Nursing’s İmage As A Dirty Job”, *Prof. Nurse*, 23 (1): 21.
- Aksoy Ramazan ve Bayramoğlu Vecdi (2008) “Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlemeleri”, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 4 (7): ss. 85-96.
- Algier L, Abbasoğlu A, vd. (2005) Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Girişimlerinin Önemi Algılamaları, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1): 33-40.
- ANA (American Nurses Association, Nursing’s Social Policy Statement) (2003), *Nursing: Scope And Standards Of Practice*, Second Edition, 2004, pp.7, <http://www.nursingworld.org/mainmenucategories/certificationandaccreditation/aboutnursing.aspx>
- Ardahan Melek (2003) “Hemşirelerin Savunuculuk Rolü”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2): 23–27.
- Birnbaum Dee and Somers M. J. (1986) “The Influence Of Occupational Image Subculture On Job Attitudes, Job Performance, And The Job Attitude-Job Performance Relationship”. *Human Relations*. 39, (7): 661-673.
- Birnbaum Dee and Somers M. J. (1989), “The Influence Of Occupational Image Subculture On Job Attitudes, Job Performance, And The Job Attitude-Job Performance Relationship”, *Human Relations*, 39 (7): 661-672.

- Birnbaum Dee and Somers M. J. (1989), “The Meaning And Measurement Of Occupational Image For The Nursing Role”, *Work And Occupations*, 16 (2): 200-213.
- Bırol L. (2004) *Hemşirelik Süreci*, Genişletilmiş 6. Baskı; İzmir.
- Emiroğlu N. (2000) “Sağlık Personelinin ve Toplumun Hemşirelik İmajı”, *Hemşirelikte Araştırma Heliştirme Dergisi*, 2000 (1): 9-18
- Erdemir F. (1998) “Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Felsefesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1): 59-63.
- Ertem G., Dönmez Y.C., Oksel E. (2009) “Günlük Gazetelerde Hemşirelik Haberlerin İncelenmesi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt: 2,Sayı: 2.
- Gökhan A. ve Kemer G. (2009) “Çocuklarda Umut Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”, *Elementary Education Online*, 8 (2): 379-390.
- Gürüz D. (2004) Halkla İlişkiler ve Tanıtım Faaliyetlerinin Etkinliğinde İzlenim (İmaj) Yönetimi: Kurum İmajından Kişisel İmaja, <http://cim.anadolu.edu.tr/archives/?year=2004&s=papers>, Erişim 12.01.2010.
- Jasovsky, D. A., (2001), “The Effect Of Occupational Image On The Relationship Between Organizational Citizenship Behavior, Job Satisfaction, And Organizational Commitment Among Hospital Staff Nurses”, *Unpublished Doctoral Dissertation*, Newark, New Jersey.
- Kalisch, B.J., Begeny, S. ve Neumann, S., (2007) “The Image Of The Nurse On The Internet”, *Nursing Outlook*, (55): 182-188.
- Özdemirci A., (2004) “Popüler Kültür, Tüketim Psikolojisi ve İmaj Yönetimi: Türkiye (1950-1980)” *Marmara Üniv. SBE Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Sabuncu N., Babadağ K., Taşocak G., Atabek T (1996) *Hemşirelik Esasları*, Açık öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, No: 25.
- Schumacker, R.E., and Lomax, R.G. (1996). “A Beginner’s Guide To Structural Equation Modeling”. *Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates*, Publishers.
- Şirin A., Öztürk R., Bezci G. vd. (2008) “Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Mesleği Uygulamaya Yönelik Görüşleri”, *Dirim Tıp Gazetesi* 83: 69-75.
- Tzeng, H.M., (2006) “Testing A Conceptual Model Of The Image Of Nursing in Taiwan”, *International Journal Of Nursing Studies*, 43: 755-765.
- Vaughan, B. (1992) “Models In Curriculum Development”. J Salvage (Ed), 5th.Ed., New York, John Wiley And Sons, 123.
- Vivien K.G. Lim, and Edith C. Yuen (1998) “Doctors, Patients, And Perceived Job Image: An Empirical Study Of Stress And Nurses in Singapore”, *Journal Of Behavioral Medicine*, 21 (3): 269-282.
- Wilson, A.A. (2005) “Impact Of Management Development On Nurse Retention”, *Nursing Administration Quarterl*, April-June : 137-145.
- Yura, H. (1989). Enhancing The Image Of The Nurse: The Role Of The Nurse Supervisor. Part 1. *Health Care Supervis*. 7 (2): 1-11.

**Ek 1. Ölçek Alt Boyutları İçin Medyan Aritmetik Ortalama,
Medyan Değerleri ve Alt Boyutları Oluşturan Sorular**

ANKET SORULARI

	Arit. Ort.	Profesyonel	Gelenekselci	Bürokrat	Faydacı
3. İlaçla tedavi yönetimi; gözlemek ve sonuçlarını kaydetmek.	4,11	3	3		
1. Vital bulguları, giren-çıkan mayiyi ölçmek ve kaydetmek.	3,95	1	1		
5. Tedavi yönetimi: gözlemlemek ve kaydetmek.	3,91	5	5		
18. Hasta tedavi planını düzenlemek ve koordine etmek.	3,83	18	18		
25. Hekim ordurunu (tedavi planını) kaydetmek.	3,78	25	25		
15. Hastaların tıbbi çizelgede gelişimlerini kaydetmek.	3,78	15	15		
MEDYAN	3,77				
12. Hasta yatağında kan-glikoz düzeyini takip etmek.	3,75		12	12	
17. Hasta tedavi planını hazırlamak ve kaydetmek.	3,73		17	17	
16. Hasta tedavi planını geliştirmek için, mesleki kitapları okumak ve/veya diğer sağlıkçılara danışmak.	3,72		16	16	
14. Hasta yatış işlemlerini ve kayıtlarını değerlendirmek.	3,71		14	14	
7. Hastaların aileleriyle konuşmak.	3,67		7	7	
2. Banyo, giyim-kuşam, rutin hijyene yardım etmek.	3,62		2	2	
22. Yeni meslektaşları yönlendirmek.	3,62	çıkarıldı			
21. Hekimlere yardım etmek.	3,61	çıkarıldı			
11. Hastalara taburcu olmalarında gerekli olan kişisel bakım becerilerini öğretmek.	3,60	çıkarıldı			
4. Hastaları beslemek veya yemek yerken onlara yardım etmek.	3,60	çıkarıldı			
6. Hastalara egzersiz, eğlence ve oyalayıcı şeyler sağlamak.	3,59	çıkarıldı			
8. Hastalıkları hakkında açıklanmayan konular hakkında hastalarla oturmak ve onlarla konuşmak.	3,58	çıkarıldı			
23. Devam eden eğitim sınıflarına, toplantılara, mesleki konferanslara katılmak.	3,57	çıkarıldı			
19. Hasta teşhis raporlarını yeniden gözden geçirmek.	3,56	çıkarıldı			
36. Hastaneye girişte ve taburcu oluştta tıbbi kayıtları toplamak.	3,54	çıkarıldı			
13. Hasta özgeçmişini almak ve kaydetmek.	3,51	çıkarıldı			
20. Cerrahi işlem için hastayı hazırlamak.	3,50	çıkarıldı			
30. Araştırmaları yönetmek ve/veya katılmak.	3,50				
34. Gelen telefonları cevaplamak.	3,48		34	34	

32. Hastanın yatak yarasından korunması: döndürmek, pozisyon vermek.	3,46	32	32
27. Diğer sağlık personellerine ve/veya hastalara eğitim seminerleri hazırlamak ve onlara rehberlik etmek.	3,45	27	27
35. Teşhis raporları dosyalarını sınıflandırmak.	3,44	35	35
10. Hastaları hastane usullerine ve çevresine alıştırmak.	3,41	10	10
9. Hastalara teşhis ve tedavi işlemlerini açıklamak.	3,38	9	9
MEDYAN	3,37		
29. Servisteki teçhizatın rutin tamirini istemek.	3,36	29	29
31. Çarşaf, kırtasiye, ilaç, gereçleri düzenlemek ve ortadan kaldırmak.	3,29	31	31
33. Hastayı bir yerden bir yere nakletmek ve hastanın ayak işlerini yapmak.	3,29	33	33
28. Hasta postalarını tasniflemek ve teslim etmek.	3,16	28	28
26. Ziyaretçileri selamlamak ve onlara yolu tarif etmek.	2,65	26	26
24. Yatak yapmak.	2,00	24	24