ÖZET

Bu çalışma; hemşirelik müdürlük sisteminin, çalışan hemşire performansına etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma kapsamına, üniversite hastanesi olan ve hemşirelik müdürlük sistemiyle çalışmayan GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde görevli 156 hemşire ile yine üniversite hastanesi olan ve hemşirelik müdürlük sistemiyle çalışan Marmara Üniversitesi Hastanesinde görevli 44 hemşire alınmıştır. Çalışmaya alınan hemşirelere, hazırlanmış olan anket ve hemşirelik uygulamaları veri formu uygulanmıştır. Elde edilen bulguların değerlendirilmesinde sayı-yüzde dağılımları, tanımlayıcı istatistikler, madde analizleri, güvenilirlik analizleri, anova ve farklı gruplar için t-testi kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda iki hastanede çalışan hemşirelerin, yarısı 25–30 yaş grubu, çoğunluğu sağlık meslek yüksek okulu ve hemşirelik yüksek okulu mezunu ve tamamına yakını 1–9 yıl hizmet ettikleri tespit edilmiştir. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin eğitim uygulamaları açısından diğer okullara göre daha iyi oldukları görülmüştür. 1–3 yıl görev yapmış hemşirelerin hastalara tedavi uygulamalarında daha kötü fakat hasta muayenesi ve tanı işlemlerinde daha iyi oldukları belirlenmiştir. Hemşirelik müdürlük sisteminde çalışmayan hemşirelerin, hemşirelik müdürlük sistemiyle çalışan hemşirelere göre “hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları”nda daha iyi olduğu fakat “servisle ilgili malzeme, araç-gereç temini”nde daha kötü oldukları saptanmıştır.

Yönetim sistemi olarak uygulanan hemşirelik müdürlük sisteminin hemşirelik uygulamaları açısından çalışan hemşire performansına önemli bir etkisinin olduğu belirlenememiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Müdürlük, Performans, Hizmet

SUMMARY

THE EFFECT OF NURSING DIRECTORSHIP SYSTEM ON THE PERFORMANCE OF WORKING NURSE; THE COMPARISON OF WORKING NURSES IN TERMS OF PERFORMANCE IN GATA HAYDARPAŞA EDUCATION HOSPITAL AND IN THE HOSPITAL OF MARMARA UNIVERSITY.

This study is planned as definer on purpose of determining the effect of nursing directorship system on the performance of nurse. Into research content, 156 nurses working in GATA Haydarpaşa Education Hospital which is not a university hospital and doesn't operate with nursing directorship system and 44 nurses working in Marmara University Hospital which is again a university hospital and operates with nursing directorship system are chosen. Prepared questionnaire nursing application data form are applied to nurses are chosen for research. In the assessment of obtained findings; number-percentage distribution, defining statistics, material analysis, trustworthiness analysis, anova and t-test for different groups are used.

As a result of research; it is observed that 25-30 age group composes the half of working nurses, most of working nurses are Health Profession High School and Nursing High School graduates and nearly all of them have been working for 1-9 years. Nurses having master degree are better than other schools in terms of educational applications. It is observed that 1-3 years working nurses are worse in treatment applications to patients but better in inspection of patients and diagnosis procedures. It is also pointed out that nurses not working in nursing directorship system are better than nurses working in nursing directorship system in "patient inspection and diagnosis procedures" but worse in "supply of materials and equipments related with service" respectively.

İt is not noted that nursing directorship system applied as a management system has significant effect on performances of the nurses.

Key Words: Nursing, Management, Performance, Service

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır (1). Hastaneler dün ve bugün, toplumda önemli bir yere sahiptirler. Bunun birinci sebebi; hastanelerde tedavi edici ve koruyucu olmak üzere iki tür sağlık hizmetinin veriliyor olmasıdır. Sağlıklı yaşamak her insanın temel hakkıdır ve insanların sağlıklı yaşamalarında hastanelerin rolü giderek artmaktadır. Nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme, teknolojinin gelişmesi, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi çeşitli etmenlerle birlikte, kişilerin bilgi seviyesi yükseldikçe hastanelerin bu rolünün daha da artacağı kuşkusuzdur. Hastanelere olan talebin artması, aynı zamanda, ekonomik açıdan artan işgücü kayıplarını ifade etmektedir. Çünkü hastaneye başvuran her kişi ortalama 1,5–2 gününü hastanede geçirmektedir. İkinci sebep ise hastanelerde verilen hizmetin maliyetinin çok yüksek olmasıdır. Çünkü hastanede kullanılan malzeme ve cihazların fiyatları ile istihdam edilen personelin ücretleri, diğer sektörlerle karşılaştırıldığında ortalama olarak diğer sektörlerden daha çok yüksektir. Bu nedenlerle hastane hizmetlerinde verimliliğin ve etkinliğin artırılması zorunluluk halini almıştır. Verimliliğin ve etkinliğin artırılmasında en önemli etmenlerden biri «yönetim ve organizasyon» dur (2).

Bugün modern yönetimin ana ilkesi olarak, kurumları tek kişinin yönetiminden kurtarmak, toplu ve birleşik yönetimle yönetmek olduğu belirtilmiştir. Bunun için de hastanedeki tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, eczacılık hizmetleri, beslenme ve diyet hizmetleri, idari hizmetler, personel yönetimi, ev idaresi hizmetleri ve teknik hizmetler görev ve sorumlulukta bağımsız, fakat çalışma ve yönetimde birbirlerini tamamlar yetki ve denetlemeler düzeni içinde ayrı birer bölüm olarak kabul edilmesi ve yönetilmesi gerektiği literatürde belirtilmiştir. (2). Bu nedenle Batıdaki hastanelerde yönetim tekniklerinin ve organizasyon yapılarının incelenmesi ve geliştirilmesi amacıyla özellikle 1955'den itibaren pek çok araştırma yapılmış, raporlar ve lisansüstü tezler hazırlanmıştır (3). Amerika'da 1960'ların sonlarında bir ünite yönetici sistemi içinde, hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili yönetim görevleri olan (supervisor) hemşireler görevlendirilmiştir (4). Türkiye'de de 1970'li yıllardan itibaren bu tür çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Türkiye'deki hastane hizmetleri, gelişmiş

ülkelerle karşılaştırdığında verimli ve etkin olmadıkları görülmektedir. Bu durumun başlıca nedenlerinden biri, hastanelerdeki yönetim ve organizasyon sorunları olarak görülmüştür (3).

Hastanelerdeki yönetim ve organizasyon içerisinde, tedavi hizmetlerinin önemli bir unsuru olarak hemşirelik karşımıza çıkar. Hemşirelik; bireylere ve ailelere sağlığın kazandırılması, sürdürülmesi ve yükseltilmesinde yardımcı olmak için gerekli işbirliği ve bakımın sağlanması olarak tanımlanmıştır. Hemşirelik, hastanın sorunlarını tanımlamada ve çözüme yönelik planlı bir bakım oluşturmada sistematik bir süreç oluşturur. Hemşirelik hizmetleri yönetimi; bu planın başlatılması, uygulanması ve planın etkinliğinin değerlendirilmesinden sorumludur. Hemşirelik hizmetleri incelendiğinde bu hizmetlerin verimli ve etkin bir şekilde sunulmasında yönetsel organizasyonun önemli bir etken olduğu görülebilmektedir (5).

Çağdaş işletme anlayışının egemen olduğu işletmelerde, yönetim ve organizasyonun bir gereği olarak işletmenin ve çalışanın performansının ölçüm ve denetimi gerekli görülmüş ve işletme yönetiminde büyük önem taşıdığı belirtilmiştir. Performans ölçüm ve denetimlerinde temel amaç performansın geliştirilmesidir. Hastanelerdeki performans değerlendirme yöntemlerinin diğer sektörlere göre farklılıklar içerdiği belirtilmiştir (6).

Hastanelerde yönetsel açıdan ve hastane faaliyetleri açısından önemli bir yere sahip olan hemşirelerin yönetici fonksiyonlarından birini yerine getirdiklerinde, farklı şekilde hareket etme ihtiyacıyla organizasyonları nasıl iyi şekilde etkilediklerini içeren açık bir görüşe sahip olmaları gerektiği belirtilmiştir. Böyle bir görüşe sahip olan hemşireler görevlerinde sürekli gelişmek isteğinde olmuşlardır. Bu sebeple geleneksel hemşirelik modelinin hemşirelik görevlerinin geliştirilmesi için uygun olmadığı öngörülmüştür (Management and Leader ship: analysis of nurse manager's knowledge: www.uihealtcare.com/depst/nursing/ employment/ leadersh.html, 2004).

Bu araştırmada amaç, hemşirelikte yönetim sistemi olan Hemşirelik Müdürlük Sisteminin çalışan hemşire performansına etkisinin belirlenmesidir. Bunun için hemşirelik müdürlük sistemiyle çalışan Marmara Üniversitesi Hastanesi hemşireleri ile hemşirelik müdürlük sistemiyle çalışmayan GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi hemşirelerinin, mesleki çalışma performanslarına, hemşirelik müdürlük sisteminin etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

Ulusal Hemşirelik Birliği, hemşireliği özetle "gelen görevi, eğer yeterli güç ve istek ya da bilgisi olsaydı, kendisinin yardımsız yapabileceği, sağlığına iyileşmesine (yada huzurlu bir ölüme) yönelik faaliyetlerde, sağlıklı yada hasta bireye yardımcı olmaktır." olarak tanımlamıştır (7)Hemşirelik hizmetleri, ilk çağlarda kabile başkanları, sihirbazlar ya da din adamları tarafından uygulanmıştır. Hıristiyanlıktan sonra ise, rahiplere gönüllü olarak yardım eden kadınlar, genellikle 45'ini aşmış dullar tarafından uygulanmıştır. İslamiyeti benimsemiş toplumlarda hemşirelik hizmetleri, dini inanışlar nedeni ile büyük ölçüde erkekler tarafından uygulanmıştır. Hemşirelik bakımının verilmesinde çok uzun bir süre hiçbir formel eğitim alınmadan, yalnızca hekimlerin direktiflerine uyulmuştur. Hemşirelik bakımı konusunda ilk eğitim 1633'de Paris'te verilmiştir. Rahibelere kurs verilmesi şeklindeki bu eğitime benzer girişimler 1809 yıllarında ABD'de gerçekleştirilmiştir. İlk hemşirelik okulu ise 1836'da Almanya'da Theodor FLIEDNER tarafından kurulmuştur. Florance NIGHTINGALE bu okuldan yetişmiştir. Sonraki yıllarda Avrupa ve ABD'de birçok hemşirelik okulu açılmıştır. Fakat hemşireliğin rahiplikte ve rahibelikte bir statü durumundan çıkarılarak, meslek haline gelmesi Florance NIGHTINGALE'in katkıları ile gerçekleşmiştir. Bu nedenle, Florance NIGHTINGALE modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilmektedir (3).

Günümüzde birey ve toplumun gelişen ve değişen sağlık gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili yeni felsefe doğrultusunda hemşirelerin üstlendiği rol ve işlevlerinde başarılı olabilmek için sorumluluklarını tekrar gözden geçirmeleri zorunluluğu belirtilmektedir. Hemşirenin en önemli sorumluluğu hastaya kişisel, teknik, bilimsel ve gereksinimi doğrultusunda bakım vermektir. Bu anlayışla hemşirelik mesleği; sağlık hizmetlerinde bakımın kalite güvencesi ile sunulmasında belirleyici konumda olduğu görülmüştür. Profesyonel hemşire yeni araştırma bulgularının ışığında bakım verdiği bireyin gereksinimlerini saptayan, gereksinimleri doğrultusunda bakım planı geliştiren kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır. Hemşirelik bakımında kalite ilkesine dayanan bir yaklaşım biçimi ile; hasta-hemşire oranının belirlenmesi, bakım standartlarının ve hemşirelik uygulama

talimatlarının oluşturulması bakım hizmetinin güvenliğine temel oluşturur (Hemşirelik Bakımında Kalite: s.sunuş www.med.ege.edu.tr/~hemsirey/yayinlar.html,).

2.2. ORGANİZASYON AÇISINDAN HASTANELER

Hastaneler, insanların en önemli ihtiyaçlarından olan sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kurulmuş, sağlık hizmeti üreten işletmeler olarak tanımlanmıştır (8). WHO hastanelerin geleneksel işlevlerini;

(a) bireylerin evlerinde, doktor muayenesinde veya kliniklerde tedavi ve bakımları,

(b) doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi,

(c)tıbbi araştırma

biçiminde gruplarken, konu üzerinde çalışmalarda bulunan A.F.WESSEN hastanelerin amaçları ve topluma sundukları hizmetleri;

(a) hasta bakımı,

(b) toplum sağlığı hizmetleri,

(c) eğitim,

(d) tıbbi araştırma,

(e) varlığını sürdürebilme

olarak özetlemektedir. (9)

Hastanelerin temel işlevi; hastaların hizmet taleplerinin oluşum nedeni olan hastalıkların tedavisidir. Hastalığın ortadan kaldırılması ile ilgili hizmetler ise tedavi planı olup, hekimler tarafından belirlenir ve yine hekimlerle birlikte tüm hastane örgütü tarafından uygulanır. Bu faaliyet hasta bakımı olarak nitelendirmektedir (10). Hastanelerde, çeşitli meslek grupları hastaya bakmak gibi bir merkezi amacın etrafında bilgi ve becerilerini bir araya getirmişlerdir. Bugünün modern hastanesinin birinci amacı, hasta ve yaralılara gerekli olan en iyi tıbbi bakımı ve hemşirelik bakımını sürekli olarak sağlamaktır (11).

En ilkel olanından en modern olanına kadar hastaneler, toplum içinde diğer kurumlarla kıyaslandığında önemli bir yer işgal ederler. İyi kurulmuş ve yönetilmiş hastaneler olmadıkça halkın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastanın iyileştirilmesi, mümkün değildir. (11).

2.2.1. Hastanelerin Hizmet Organizasyonu Olarak Değerlendirilmesi

Organizasyonları farklı kıstaslara göre sınıflandırarak yönetimlerini ve yapısal özelliklerini inceleyen bazı çalışmalar vardır. Bunlardan biri BLAU ve SCOTT'un yaptıkları sınıflandırmadır. BLAU ve SCOTT organizasyonları, «organizasyonun var oluşundan öncelikle kimin yararlandığı» kıstasına göre sınıflandırmışlardır. Bu kıstasa göre organizasyonları;

I) Yalnızca üyelerinin çıkarlarını koruyan, üyeleri için faaliyette bulunan ortak yarar sağlayan kuruluşlar (sendikalar, kulüpler, siyasi partiler, dini kuruluşlar gibi),

II) Öncelikle mal sahiplerine yarar sağlayan kuruluşlar, işletmeler (sanayi işletmeleri, mağazalar, bankalar, sigorta şirketleri gibi),

III) Öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları,

IV) Kamu yararınca faaliyet gösteren kuruluşlar (Maliye Bakanlığı, polis, itfaiye örgütleri gibi) olarak dört kategoride toplamışlardır (3,12).

Hastaneler öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır. Çükü hastanelerin, hastaların tedavi görmeleri amacına dayalı olarak kurulmuş oldukları ve bu amaçla hizmetlerini sürdürdükleri belirtilmiştir. Gerek hastanelerde gerekse diğer organizasyonlarda, organizasyonun hayatını sürdürebilmesinin, birinci derecede çıkarlarına hizmet ettiği kimselere yararlı olmaya devam etmesine bağlı olduğu öngörülmüştür (3,13).

2.2.4. Hastanelerin Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemler Olarak Değerlendirilmesi

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hastaneler benzer büyüklükteki diğer organizasyonlar içinde en karmaşık yapıda olanıdır. Hastanelerin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunur. Bunlardan birisi hastane dışındaki çevrede, hastaneyi etkileyen etmenlerin çok karmaşık oluşudur. Bir diğeri ise hastanede aşırı işbölümü ve uzmanlaşmanın yapısal karmaşıklığa yol açmış olmasıdır. Özellikle 20. yüzyılda tıpta ve teknolojide görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastanede hem personel, hem de hizmet birimlerinin sayısının hızla artmasına neden olmuştur Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Teknolojideki sürekli gelişmeler ve değişiklikler teşhis ve tedavi için kullanılan

cihazların hem sayıca artmalarına ve hem de yalnızca uzmanlarınca kullanılmasına yol açmıştır (3).

Hastaneler arasındaki, hastanelerdeki birimler arasındaki ve hastaneyle hastane dışındaki kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkilerin sürdürülmesi ve koordinasyonun sağlanması konusunun hastanelerde önem kazanması, hastane içindeki gücün hekimlerden, tıp kökenli olmayan ve hastane idareciliği alanında formel eğitim görmüş idarecilere kaymasında etkili olmuştur. Bu nedenle hastaneler güç ve statünün aynı kişide toplanmadığı bir organizasyon türü haline gelmekte olduğu belirtilmiştir (3).

2.2..3. Hastanelerin Matriks Yapıdaki Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi

Herhangi bir işletmede organizasyon yapısı oluşturulurken yapılan işlerden biri de, işletmede yürütülecek faaliyetlerin belirli esaslara göre gruplandırılmasının yapılmasıdır. Faaliyetlerin genellikle, mal ve/veya hizmete göre, bölgeye göre, müşterilere göre, sayı temeline göre, sürece veya işlemlere göre ve zaman esasına göre gruplandırıldığı görülmüştür. İşletmenin büyüklüğüne, faaliyet konusuna, teknolojisine ve içinde bulunduğu çevrenin özelliklerine göre bu gruplandırmalardan biri veya birkaçı birden esas alınarak organizasyon yapısına gidilmektedir. Gruplandırmada fonksiyon ve mal (hizmet) esası birlikte alındığında ortaya çıkan yapıya matriks yapı denir. Diğer bir deyişle matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyonun monte edilmesiyle ortaya çıkan yapıdır (3).

Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır. Bunlar fonksiyonel yönetici ve proje yöneticisidir. Fonksiyonel yönetici; o bölümün yönetimini üstlenmiş idarecidir, işin kimler tarafından nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Sözgelişi herhangi bir işletmede üretim faaliyetlerinin yürütüldüğü üretim bölümünün yöneticisi bir fonksiyonel yöneticidir. Proje yöneticisi; belirli bir malın (veya hizmetin) üretilmesiyle ilgili her türlü faaliyetin planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Örneğin bir tatbikatı yürüten komutan bir proje yöneticisidir (3).

Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardan biridir. Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, eczane hizmetleri vb. gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir. Tıbbi hizmetlerden

sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerin kendi içinde olan dâhiliye, cerrahi vb. hastalıkları şeklinde hizmet esasına göre gruplandırılmasının proje organizasyonuna esas oluşturduğu belirtilmiştir. Buna göre herhangi bir hastanın tedavisi projeyi oluşturmaktadır. Bu projenin sorumlusu ve yöneticisi de hekimdir (3).

2.2.4. Hastanelerin Günde 24 Saat Hizmet Verme Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Hastaneye gelen hastanın tedavisinin acillik ve reddedilemezlik özelliğinin olması ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulmasının gerekliliği, hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmesini zorunlu kılar. Bunun için hastanedeki personelin bir kısmı vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştığı belirtilmiştir (3).

2.3. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE HASTANE ORGANİZASYONU

2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri Hastane Organizasyonu

2.3.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Hastanelerinin Genel Organizasyon Yapısı

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'deki tüm hastaneleri temsil eden genel bir organizasyon şemasının olmadığı literatürde belirtilmiştir. Genelde hastane organizasyonu üst, orta ve alt kademe yönetim organlarından oluşmuştur. ABD hastanelerinde üst kademe yönetim organları, yönetim kurulu veya mütevelli heyeti adı verilen bir ekipten, bu ekip adına hastanenin belirli işlerini takip eden veya koordinasyonu sağlayan komitelerden ve hastane müdürlüğü makamından oluşmuştur (3). Hastane müdürünün fonksiyonel alanlardaki yetkisini ilgili fonksiyonel yöneticilere devrettiği belirtilmiştir. Sözgelişi, tıp hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili yetki başhekime, hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili yetki hemşirelik hizmetleri müdürüne devredilmiştir. Bu bakımdan ABD'de hastane hizmetlerinin, hastane müdürü ve fonksiyonel yöneticilerden oluşan bir ekip tarafından yürütüldüğü görülmektedir (14) .

2.3.1.2. Amerika Birleşik Devletleri Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu:

ABD'de hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin başlıca iki işlevi bulunur. Birinci işlevi, hekimin belirlediği tıbbi rejime göre hasta bakımının yapılması; ikinci işlevi, hastalığın insanda çeşitli türde ve seviyede kişisel hizmete bağımlılık yaratması nedeniyle hastaya kişiselleştirilmiş bakım hizmetinin verilmesidir (3).

Hemşirelik hizmetlerinin organize edilmesi, yürütülmesi ve denetimi görevi hastane müdürlüğüne bağlı olarak çalışan başhemşireye verilmiştir. Bölümün organizasyon şeması Şekil 1'de gösterilmiştir. Bu göreve getirilen başhemşirenin doktora veya mastır derecesine sahip ve en az beş yıl iş tecrübesi olan bir hemşire olması şartı arandığı belirtilmiştir (3).

Başhemşirelerin görevleri şunlardır:

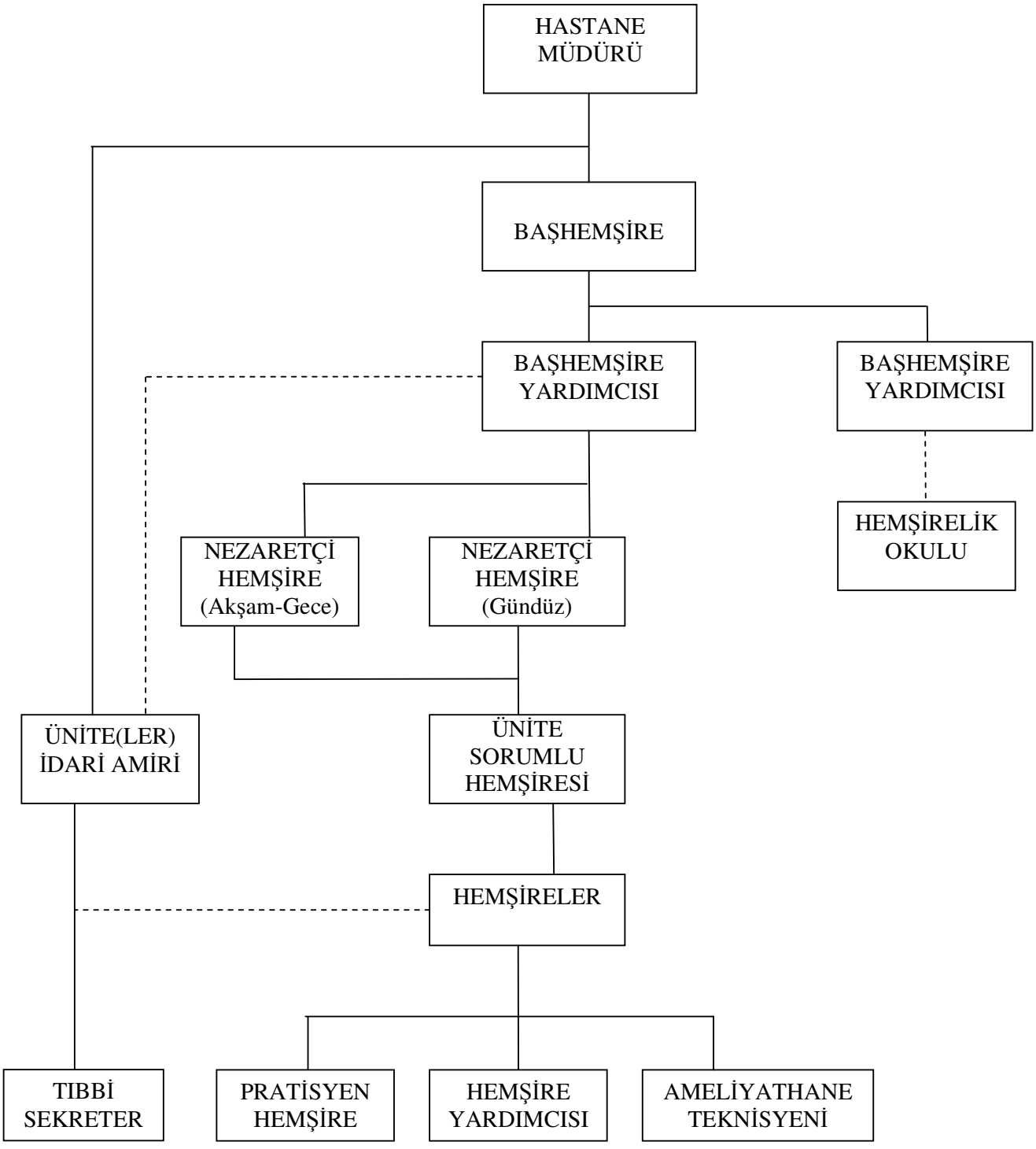
- Hemşirelik hizmetlerinde takip edilecek politikaların, kural ve yöntemlerin tespiti,
- Bölüm içinde yer alacak idari pozisyonların ve diğer görevlilerin sorumluluk ve yetkilerinin belirlenmesi,
- Hemşirelik bölümü ile hastanedeki diğer bölümler arasındaki koordinasyonun sağlanması,
- Bölümün malzeme ve personel ihtiyacının tespiti, bu ihtiyaçların karşılanmasında takip edilecek politika ve usuller konusunda hastane müdürlüğüne yardımcı olunması ve bölüme alınacak personelin seçimi,
- Hemşirelik hizmetleriyle ilgili kayıt ve raporlama sisteminin oluşturulması,
- Bölüm personeli için hizmet-içi eğitim programının hazırlanması,
- Hemşirelik bakımını ve hemşirelik hizmetleri idaresini geliştirici araştırmalar yapılması,
- Bölüm bütçesinin hazırlanması,
- Hastaneye bağlı hemşirelik okulu varsa, öğrencilerin klinik eğitimleri için okul idarecisi ile işbirliği yapılması (3).

Hastanelerde başhemşireye yardımcı olmak üzere bir veya iki yardımcı tayin edildiği belirtilmiştir. İki yardımcının olduğu durumlarda, bunlardan birisi genellikle personelin hizmet-içi eğitimini ve öğrenci hemşirelerin klinik eğitimlerini programlamakta ve hemşirelik okulu ile ilişkileri yürütmekle görevlendirilmiştir. Diğer yardımcı ise, başhemşirenin verdiği görevleri başhemşire adına yürütür (3).

Hemşirelik hizmetleri organizasyonunda başhemşireden sonra nezaretçi hemşire (supervisor nurse) veya hemşireler gelir. ABD hastanelerinde hastanenin büyüklüğüne göre, bir veya birden çok klinik için birer nezaretçi hemşire tayin edilir. Hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesi açısından hastanede veya kliniklerde en üst yetkili nezaretçi hemşirelerdir. İyi bir organizasyonda, kliniklerde veya hastanede hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili konuların, nezaretçi hemşire seviyesinde çözülmüş olması gerektiği belirtilmiştir (3).

Hemşirelik hizmetleri organizasyonunda nezaretçi hemşirelerin altında klinik (veya ünite) sorumlu hemşireleri yer alır. ABD hastanelerinde hemşirelik hizmetleri, servislerde genellikle ekipler halinde yürütülür. Ekipler hemşireliği adı verilen bu yöntemde ekipler kliniklerde hemşire, hemşire yardımcısı ve pratisyen hemşireden oluşan en az üç kişilik gruptan oluşur (3).

Hemşireler hastaya tıbbi tedaviyi destekleyecek bakım hizmetini verirler. Görevleri, hekimin teşhis ve tedavi faaliyetlerine yardımcı olunması; tarif edildiği şekilde hastaya ilk müdahalenin yapılması ve gerekli tedbirlerin alınması; tedaviye ve ilaçlara karşı hastanın reaksiyonlarının takibi, bu konuda eczacıyla işbirliği yapılması; hastanın genel hijyenik bakımının, vakanın durumuna göre kan dolaşımı, solunum, sindirim, endokrin, kas-iskelet sistemine ilişkin bakımlarının yapılması; belirli aralarla hastanın ateşinin, nabzının, kan basıncının, solunum sayısının, kalp atışlarının ölçülmesi; gözlem ve bakımla ilgili olarak yapılanların hasta dosyasına kaydedilmesi faaliyetlerinin yürütülmesidir (3).



Şekil 1: ABD Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu (3)

2.3.2. İngiltere'de Hastane Organizasyonu

2.3.2.1. İngiltere'de Hastanelerin Genel Organizasyon Yapısı

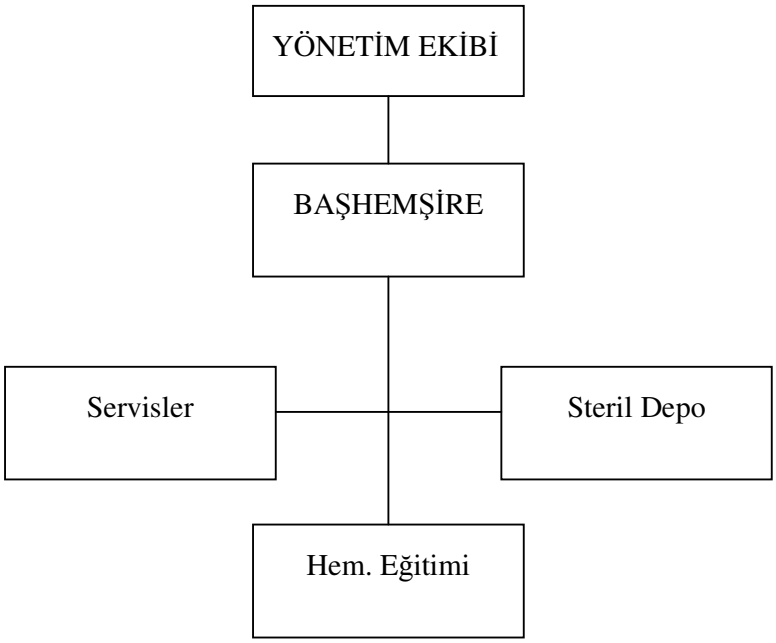
İngiltere'de 1948 yılında yürürlüğe giren ve 1974 yılında tekrardan düzenlenen ulusal sağlık teşkilatında, hastane hizmetleri de dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmetleri bölge esasına göre organize edilmiştir. Bu organizasyona göre ülke 14 bölgeye ayrılmış, her bölge içinde sayıları değişen dar bölgeler oluşturulmuştur. Bu dar bölgeler de, alt bölge olarak adlandırılabilecek daha küçük bölgelere ayrılmıştır. Giderek daralan bu bölgelerde birer sağlık teşkilatı kurulmuştur. Hiyerarşik olarak birbirine bağlı bu teşkilatların en üstünde Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bulunduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi alt bölge teşkilatlarına verilmiş, hastaneler de bu alt bölge teşkilatlarına bağlanmıştır (3).

Hastane içinde en üst idari organ hastane yönetim ekibidir. Yönetim ekibi hastane müdüründen, başhekimden ve başhemşireden oluşmaktadır. Bu idareciler, aynı zamanda hastanenin fonksiyonel yöneticileridir. Hastane müdürü, mali işlerle destek hizmetlerinden; başhekim, tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinden; başhemşire de hemşirelik hizmetlerinden sorumlu bulunduğu belirtilmiştir (3).

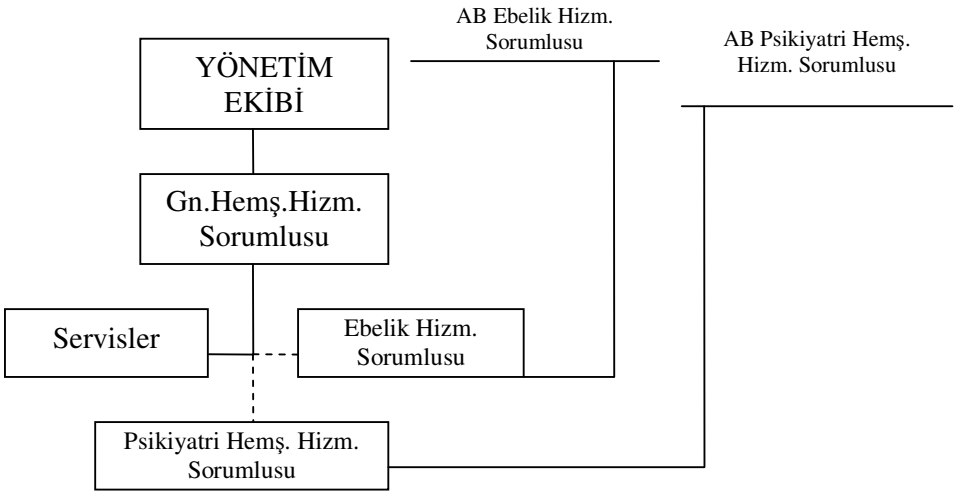
2.3.2.2. İngiltere'de Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Hastanelerde hasta bakım faaliyetlerini ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerini kapsayan hemşirelik hizmetlerinin hastane içindeki organizasyonunda iki farklı biçimde uygulanır. Birincisinde, alt bölge başhemşiresi her hastaneye birer başhemşire tayin etmekte ve bu başhemşire hastanedeki tüm hemşirelik hizmetlerinin organizasyonundan ve yürütülmesinden sorumlu tutulduğu belirtilmiştir (Bkz. Şekil 2). İkincisinde, hemşirelik hizmetleri genel hemşirelik, ebelik, psikiyatri hemşireliği şeklinde üçe ayrılmakta ve hastanelere her uzmanlık alanı için birer sorumlu hemşire tayin edildiği belirtilmiştir. Bu sorumlu hemşireler, hastanede kendi alanlarıyla ilgili hizmetlerin organizasyonundan ve yürütülmesinden sorumludurlar (Bkz. Şekil 3) (3).

Birinci organizasyon biçiminde, hastane başhemşiresi aynı zamanda hastane yönetim ekibinin üyesidir. Diğer organizasyonda biçiminde ise genel hemşirelik hizmetleri sorumlusu olan hemşire yönetim ekibinin üyesi durumundadır (3).



Şekil 2: İngiltere'de Başhemşirenin Hastanedeki Tüm Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonundan Ve Yürütülmesinden Sorumlu Tutulduğu Organizasyon Biçimi (3)



Şekil 3: İngiltere'de Hastanelere Her Uzmanlık Alanı İçin Birer Sorumlu Hemşire Tayin Edildiği Organizasyon Biçimi (3)

2.3.3. Federal Almanya'da Hastane Organizasyonu

2.3.3.1. Federal Almanya'da Hastanelerin Genel Organizasyon Yapısı

Federal Almanya'da kar amacı gütmeyen özel hastanelerin organizasyon yapısı ABD hastanelerinin organizasyon yapısına benzer. Federal Almanya'da devlet hastanelerinin mülkiyeti mülki idarelere (federal ve eyalet hükümetleri ile yerel idareler) ait olduğundan, hastanelerin yönetimi ve kontrolü yetkisi de bu idareler tarafından sağlanır. Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde organizasyonundan ve yürütülmesinden Federal Gençlik, Aile ve Sağlık İşleri Bakanlığı sorumlu bulunduğu belirtilmiştir. Bu bakanlığın altında eyalet sağlık bakanlıkları, o'nun da altında yerel idare sağlık kurulları yer alır. Hastaneler ise yerel idare sağlık kurullarına bağlı bulunurlar. Hastanelerin iç organizasyonunda en üst idari organı hastane direktörlüğüdür. Hastane direktörlüğü, hastane başhekiminden, başhemşiresinden ve idare müdüründen oluşan bir ekiptir (3).

Hastane içinde günlük faaliyetlerin yürütülmesi yetkisi hastane direktörlüğü ekibine verilmiştir. Bu ekibin görevi, hastanede tedavi hizmetlerinin verilmesini sağlayan hizmetlerin yürütülmesi ve denetimidir. Hastane direktörlüğünde yer alan idareciler, statü olarak birbiriyle eşit seviyededirler (3).

2.3.3.2. Federal Almanya'da Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu

Hemşirelik hizmetlerinden başhemşire sorumludur. ABD ve İngiltere'deki hastane organizasyonundan farklı olarak başhemşire, ev idaresi, diyet hizmetleri ile çamaşırhane ve terzihane hizmetlerinden de sorumludur. Federal Alman hastanelerinde, fonksiyonel örgütlenme İngiltere hastanelerindeki organizasyona benzediği belirtilmiştir (3).

2.3.4. Türkiye'de Hastane Organizasyonu

2.3.4.1. Türkiye'de Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Bugünkü Türkiye sınırları içinde ilk hastane, Roma imparatorluğu zamanında, Kayseri yakınlarında Kapadokya'da, 369–372 yılları arasında St. BASIL tarafından yaptırılmıştır (3,15). İkinci hastane ise, İstanbul'da, İstanbul patriği olan St. John CHRYSOSTOM tarafından 398'de inşa ettirilmiştir. Bugünkü anlamda ilk hastane, yine İstanbul'da, 1112–1136 tarihleri arasında II. John COMMENOS tarafından yapılmıştır (3,16).

Türklerin yaptırdığı ilk hastane ise, Anadolu Selçukluları döneminde ALPARSLAN' ın onbirinci yüzyılda Kars'ta yaptırdığı Darüşşifa'dır. Daha sonra 1122'de Artukoğulları' ndan EMİNÜDDİN'in yaptırttığı darüşşifa açılmıştır (3,17,18). Osmanlılar döneminin ilk hastanesi de Yıldırım BEYAZID tarafından 1399'da Bursa'da yaptırılan Bayezid Darüşşifasıdır. II. Mahmut dönemine kadar bir kaçı askeri hastane olmak üzere yaklaşık 9-10 tane yeni hastane yapılmıştır. II. Mahmut döneminde (1784-1839) girişilen reform hareketleri ile birlikte 19. yüzyılda yine pek çok yeni hastane açılmıştır. Bunlardan bazıları şunlardır: Taksim Topçu Hastanesi (1809), Topkapı Hastanesi (1834), Tophane Hastanesi (1835), Kız Kulesi Veba Hastanesi (1838) vb… (3.18). Araştırma içerisine alınan hastanelerden birini oluşturan GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi de 1846'da Abdülmecit tarafından hassa askeri için yaptırılmıştır. 1985 yılında GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi olarak faaliyetlerine devam etmiştir (GATA H.Paşa Eğitim Hastanesi Tarihçesi: www.h.pasa.gata.edu.tr).

Gerek Selçuklular gerekse Osmanlılar zamanında kurulan hastaneler, devletin ileri gelenleri ve yine devlet görevinde bulunmuş varlıklı kişiler tarafından, vakıf halinde kurulmuş müesseselerdir (3,19). İslamiyetin katkısıyla Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde pek çok kamu hizmeti vakıflar halinde organize edilerek yaygınlaşmıştır. Bu kamu hizmetleri arasında hastanelerden başka okullar, aşevleri, kütüphaneler, spor tesisleri, yollar ve köprüler de yer alır. 15. yüzyılın başlarına kadar hastanelerde verilen tedavi hizmetlerinin ve hekimlerinin denetimi yapılmamıştır. Verilen tedavi hizmetlerinin giderek bozulması ve hekim olmayanların da hekimlik yapmaya başlamaları üzerine ilk olarak 15. yüzyıl başlarında II. Murat zamanında, Saray'da hekimbaşılık müessesesi oluşturulmuştur. Bu müessesenin görevi, hastanelerdeki tedavi hizmetlerini ve bu hizmetleri yürüten sağlık personelini denetlenmesi, bu personelin terfi ve tayin işlemlerini yürütülmesidir. Hekimbaşılık müessesesinin bu yetkileri 19. yüzyıl ortalarına kadar devam etmiştir. Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında diğer bir önemli husus; başta belediyeler olmak üzere, yerel idarelerin de sağlık hizmeti vermeye başlamalarıdır. İlk olarak 1861'de yayınlanan Tababet-i Belediye Nizamnamesi ile belediye sağlık hizmetleri, diğer sağlık hizmetlerinden ayrı olarak organize edilmeye başlanmıştır. 1909 yılında da İstanbul'da, Haseki, Eftal, Beyoğlu Zükur Hastaneleri ile Cerrahpaşa Hastanesi İstanbul Belediyesine devredilmiştir. Böylece, ilk belediye hastaneleri ortaya çıkmıştır (3,20).

Kurtuluş Savaşı yıllarında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin kurulmasından sonra, ülkedeki sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesi görevi Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletine verilmiştir. Cumhuriyet ilan edildiğinde ülkede toplam 86 hastane faaliyette bulunduğu belirtilmiştir. Bunlardan üçü Bakanlığa, 6'sı belediyelere, 45'i il özel idarelerine, 32'si ise yabancı azınlıklara aittir. 1950–1960 arasında pek çok yeni hastane inşa edilerek bu sayı 566'ya ulaşmıştır (3,21). Bu dönem içinde, 1954'de çıkarılan bir özel kanunla, özel idare, belediye ve vakıf hastanelerinin Sağlık Sosyal ve Yardımlaşma Bakanlığı (SSYB)'na devredilmesi öngörülmüş, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve iktisadi devlet kuruluşları da hastane işletmeye başlamışlardır (3).

1960 sonrasında ise, Bakanlığa bağlı hastane sayısındaki artış hızı düşerken, özellikle SSK'ya bağlı hastane sayısı giderek artmıştır. 1983 yılında hastane sayısı 646'dır (3,22,23). 646 hastaneye ek olarak Milli Savunma Bakanlığı (MSB)'na bağlı 44 tane hastane vardır (3,23).

2.3.4.2. Türkiye'de Hastanelerin Genel Organizasyon Yapısı

Türkiye'de tüm hastaneleri temsil eden tek bir organizasyon yapısı göstermek mümkün değildir (24). Bunun sebebi, SSYB ve Belediyelere ait hastaneler dışında kalan diğer hastanelerin, 5 Haziran 1983 tarihinde yayınlanan «Hususi Hastaneler Kanunu»'na dayanılarak 10 Ocak 1983'de yeniden düzenlenen «Özel Hastaneler Tüzüğü» kapsamında faaliyet göstermeleridir. Bununla birlikte, Türkiye'de hastanelerin genel organizasyon yapısı olarak SSYB hastanelerinin organizasyonları esas alınabilir (3).

Ülke genelinde sağlık hizmetlerinin organizasyonundan, yürütülmesinden ve denetiminden sorumlu olan SSYB, merkez teşkilatı olarak hastane organizasyonunun en üst kademesinde yer aldığı belirtilmiştir (3). Yasalar ve yönetmelikler sağlık kurumlarının yönetimini hekimlere vermiştir. Kurumlarda yönetim görevi ile yükümlü olan bu yöneticilere "başhekim" denilir (25).

Hastanelerin iç organizasyonunda tepede başhekimlik makamı, onun altında orta kademe yönetim organları bulunur. SSYB hastanelerinin iç organizasyonuna esas teşkil eden "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nde (YTKİY), hastane içindeki

faaliyetler, farklı şekillerde ve sistematik olmayan bir biçimde gruplandırılmıştır. İlk gruplandırmada:

a) tıbbi hizmetler,

b)yönetim hizmetleri,

c)satın alma-ayniyat-depo ve ambar hizmetleri,

d) teknik hizmetler

şeklinde bir yol izlenmiştir. Fakat uygulamada bu tür gruplandırma yapılamadığı belirtilmiştir. İkinci bir gruplandırma ise, görev tanımları verilirken yapılmıştır (3,26). Bu gruplandırmada da:

a)tıbbi hizmetler,

b)tıbbi teknisyenlik hizmetleri,

c)idari işler,

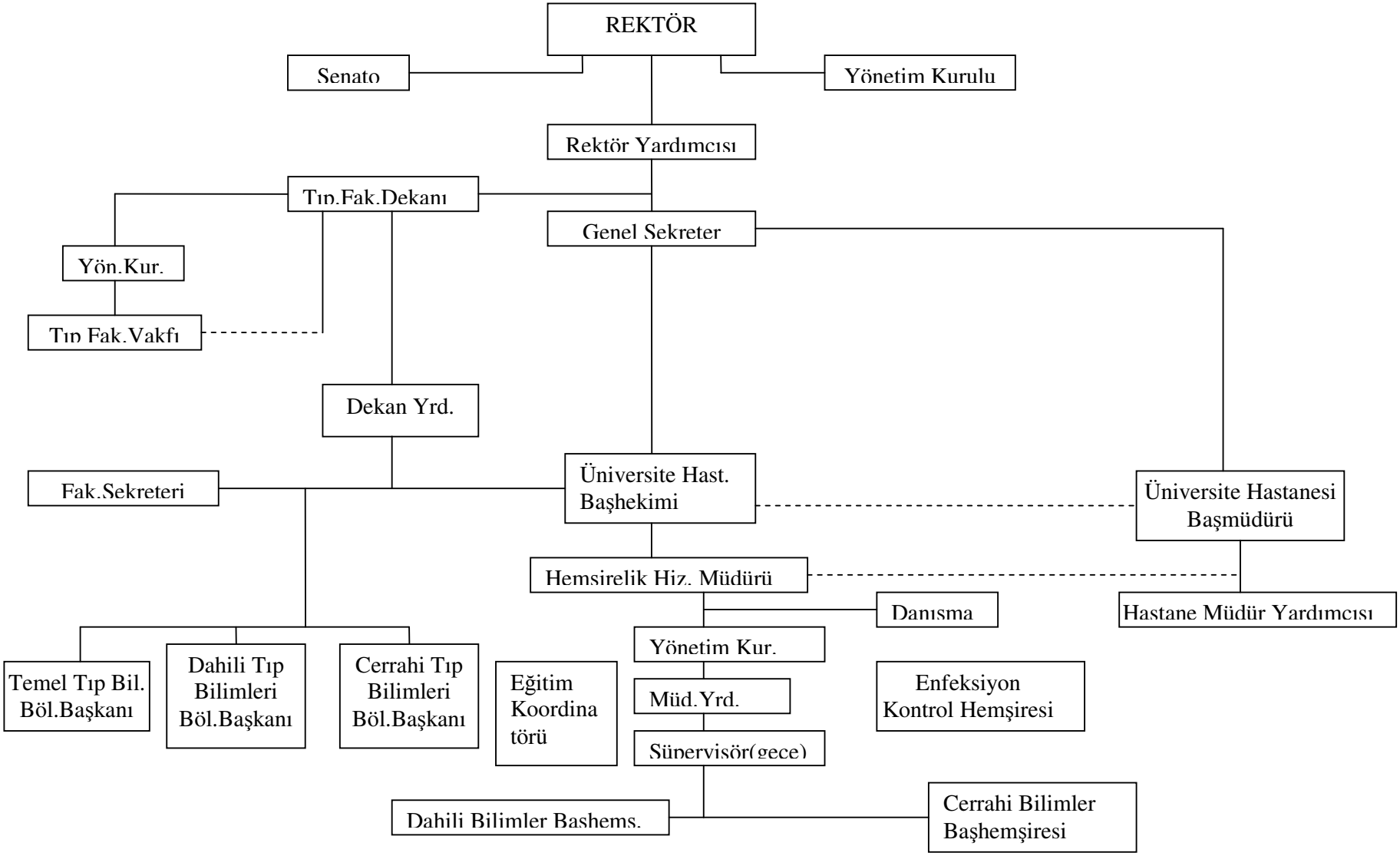
d)teknik ve diğer işler

olarak bir ayrım yapılmıştır. Fakat bunda da uygulamada gruplandırma yapılamadığı belirtilmiştir. Ayrıca bu gruplandırmada hangi kıstaslardan hareket edildiği belli değildir. Bu karışıklığa rağmen, hastane organizasyonunda, idari pozisyonların gerektirdiği eğitim seviyeleri göz önüne alınarak, fonksiyonel esasa göre gruplandırma yapıldığı söylenebilir (3).

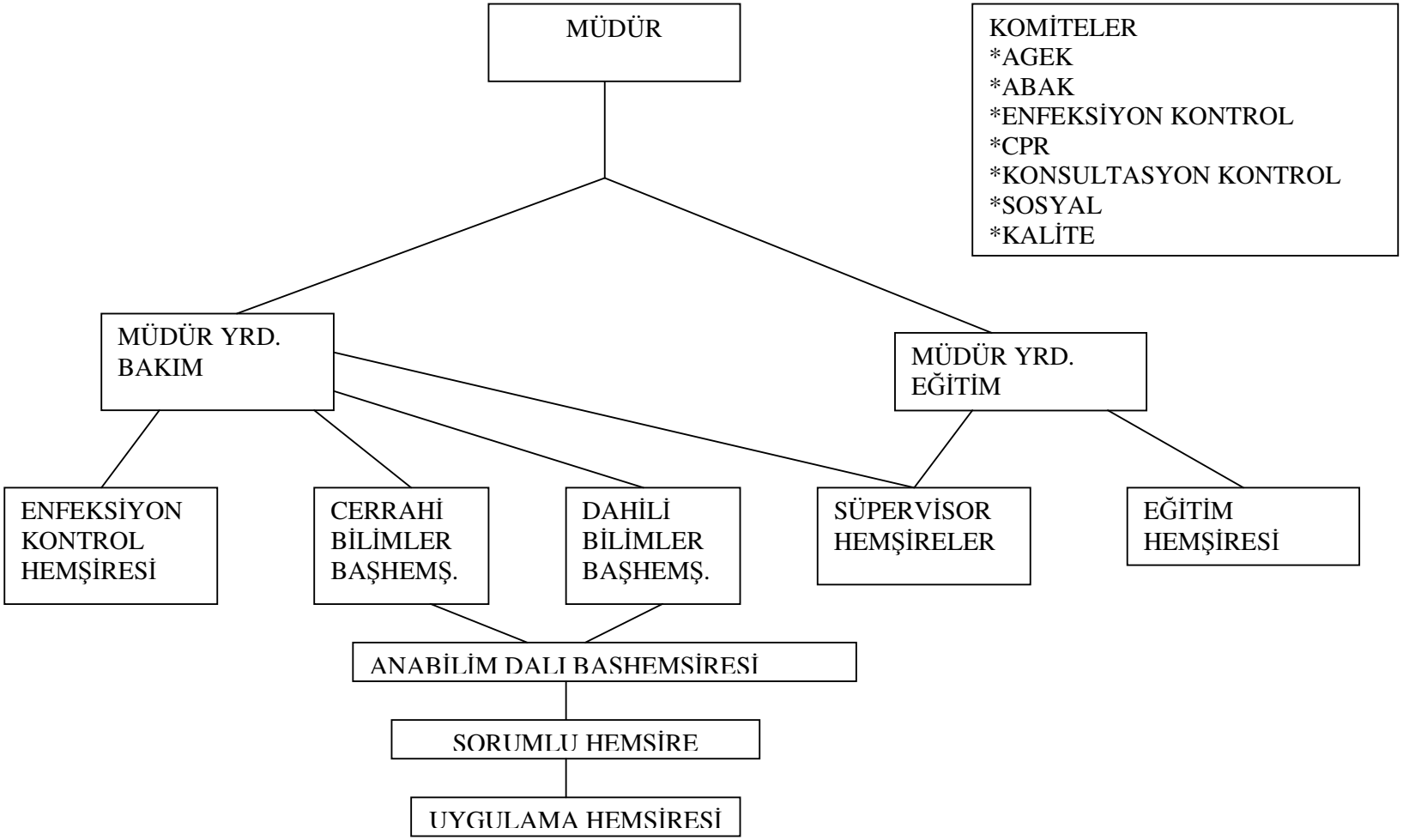
Tıp ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde uygulama merkezleri olarak önemli işlevleri olan üniversite hastaneleri diğer kurumlara göre farklı özellikler taşırlar. Bu farklılıklarda amaç, yapı, işleyiş ve yönetim biçimleri, sahip oldukları insan gücü ve teknolojileri ve kabul ettikleri hasta çeşidi gibi alanlarda görüldüğü belirtilmiştir. Tıp, hemşirelik ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitimi, sağlıkla ilgili araştırmalar ve hasta tedavisi üniversite hastanelerinin üç temel görevidir. Üniversite hastaneleri yönetim ve organizasyon açısından da farklılıklar gösterir. Ülkemizde genellikle tıp fakültesine bağlı olarak faaliyet gösteren hastaneler fakülte dekanı tarafından yürütülür. Ancak bu görev, bağlı olduğu yasada üniversite rektörünün sorumluluğuna verilmiştir. Tıp fakültesi ile ayrı kampüslerde yer alan hastanelerin yönetimi üniversite rektörünün görevlendirdiği başhekim konumundaki tıp akademisyeni tarafından yürütülür. Üniversite hastaneleri, bağlı olduğu 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kurumu yasasında araştırma ve uygulama merkezi olarak tanımlanmakta, yönetim ve işleyişleri ile ilgili organlara yer verildiği belirtilmiştir. Bu durumda hastane ile ilgili kararların, tıp eğitimi

gibi önemli bir kurumun yöneticisi tarafından alındığı ve fakülte yönetim organlarında tıp akademisyenlerinden oluşan kurullarda tartışıldığı görülür (3).

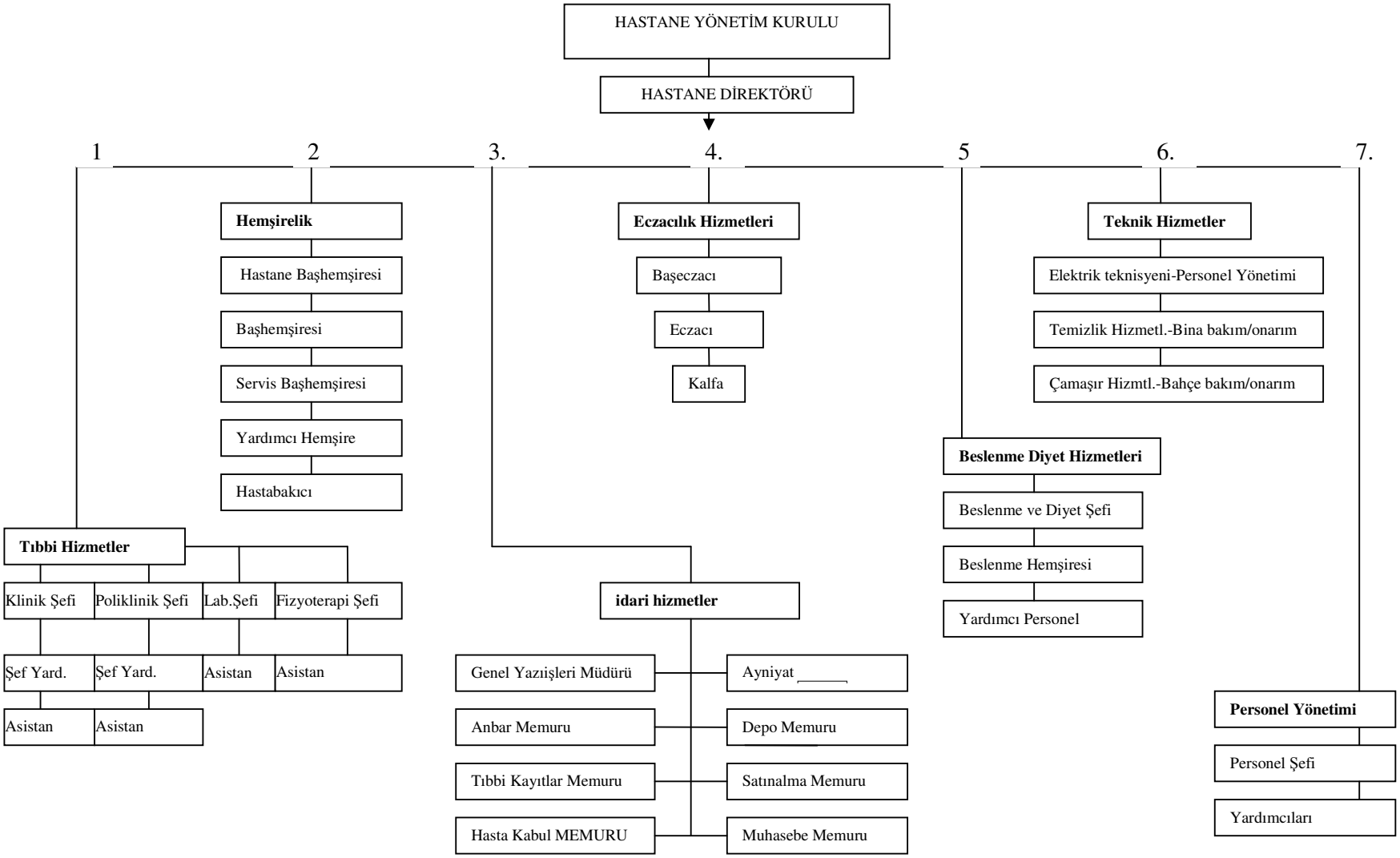
Hastanelerde çeşitli sağlık profesyonellerinin ortak çalışmalarını gerektiren hastane hizmetleri yönetimi, eğitim ve araştırma işlevleri de eklendiğinde oldukça karmaşıklaşır. Bu durumda etkin ve verimli bir şekilde amaca ulaşmak tek kişi yönetimi dışında çağdaş yönetim ilkelerinin uygulanmasını kaçınılmaz hale getirir (27). Batıda hastane ve tıp okulu yöneticilerinin ayrı ayrı tanımlanmış görevlerine karşın, daha etkin ve verimli bir şekilde hizmet sunumunu sağlamak için yeni yönetim modelleri çalışmaları yürütüldüğü belirtilmiştir. Türkiye'de ise hastanelerde birbirinden farklı özelliklerde geliştirilen hastane işletmesi ile ilgili yönetmeliklerin kalıcı olmadığı ve işleyişin yasal prosedürler doğrultusunda yürütüldüğü görülür. Söz konusu çalışmaların sonuçlarından biri olarak organizasyon içinde hemşirelik hizmetlerinin yönetiminden sorumlu müdürlüklerin oluşturulması gösterilebilir (3).



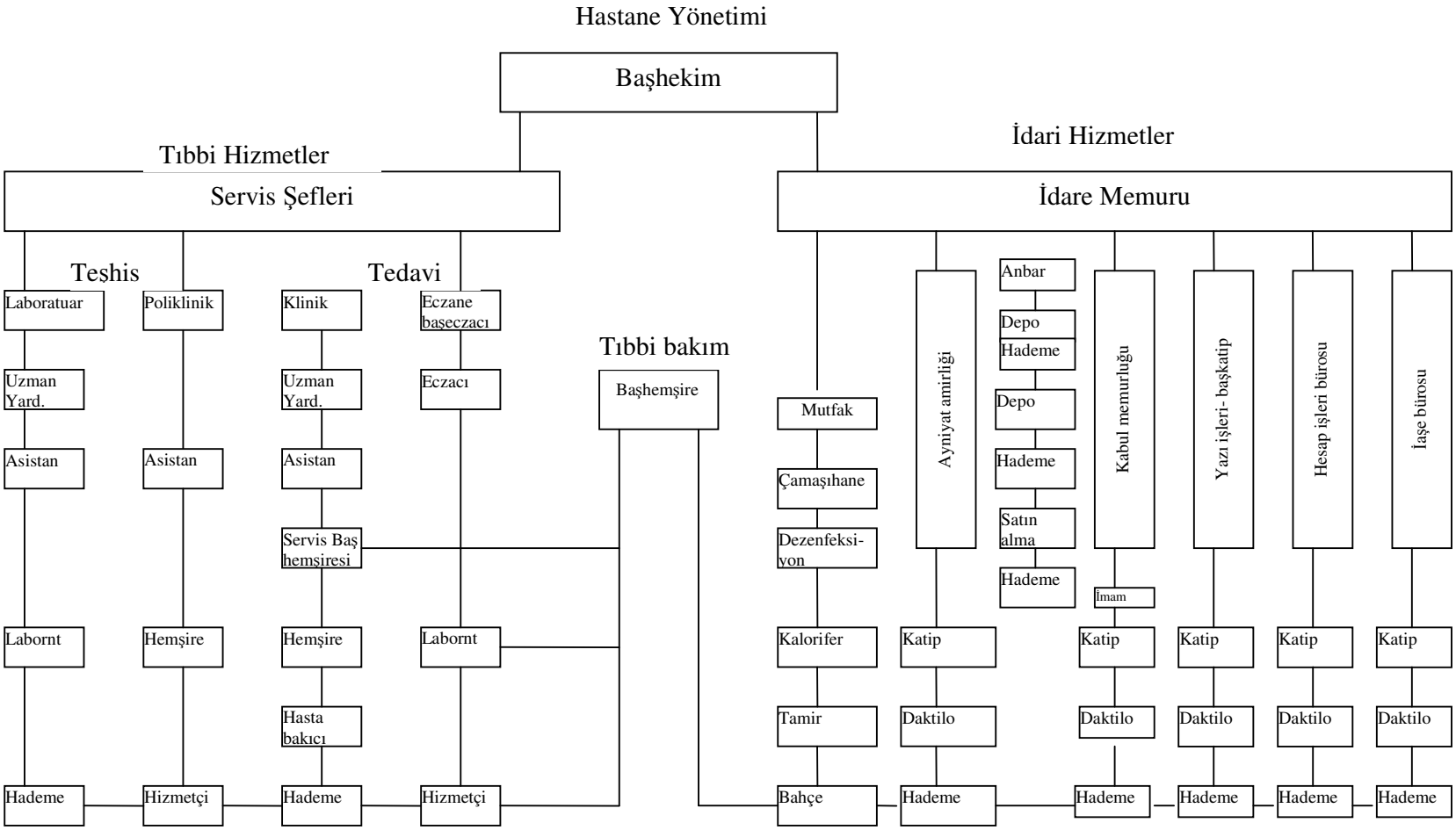
Şekil 4: Marmara Üniversitesi Hastane Organizasyon Şeması (28)



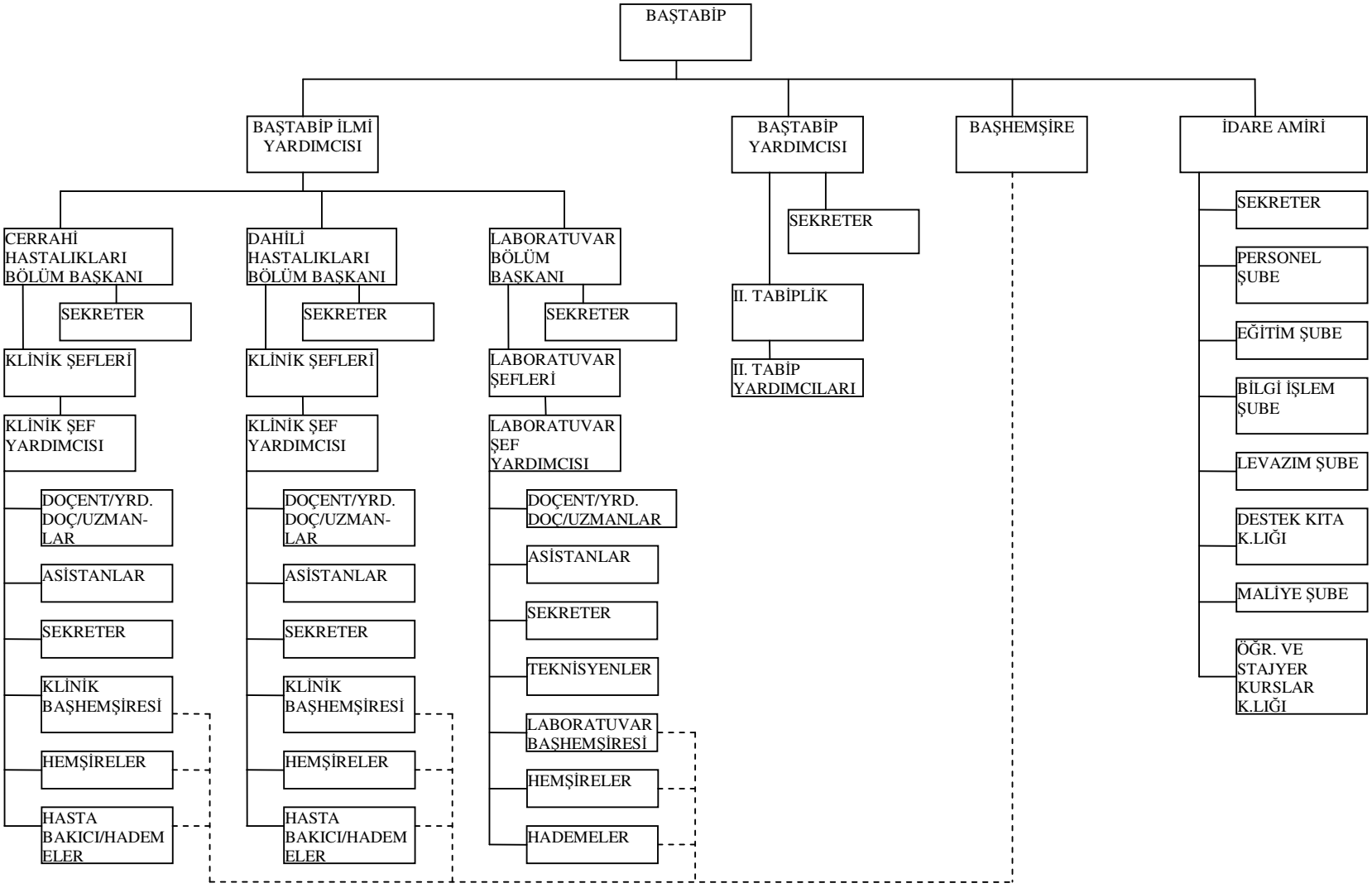
Şekil 5: İ.Ü. Hemşirelik Hizmetleri Organizasyon Şeması (2)



Şekil 6: Hastane Yönetim Kurulunun Gösterildiği Teşkilat Şeması (11,30)



Şekil 7: Başhekimlik Hastane Yönetim Şeklinin Gösterildiği Teşkilat Şeması (11,30)



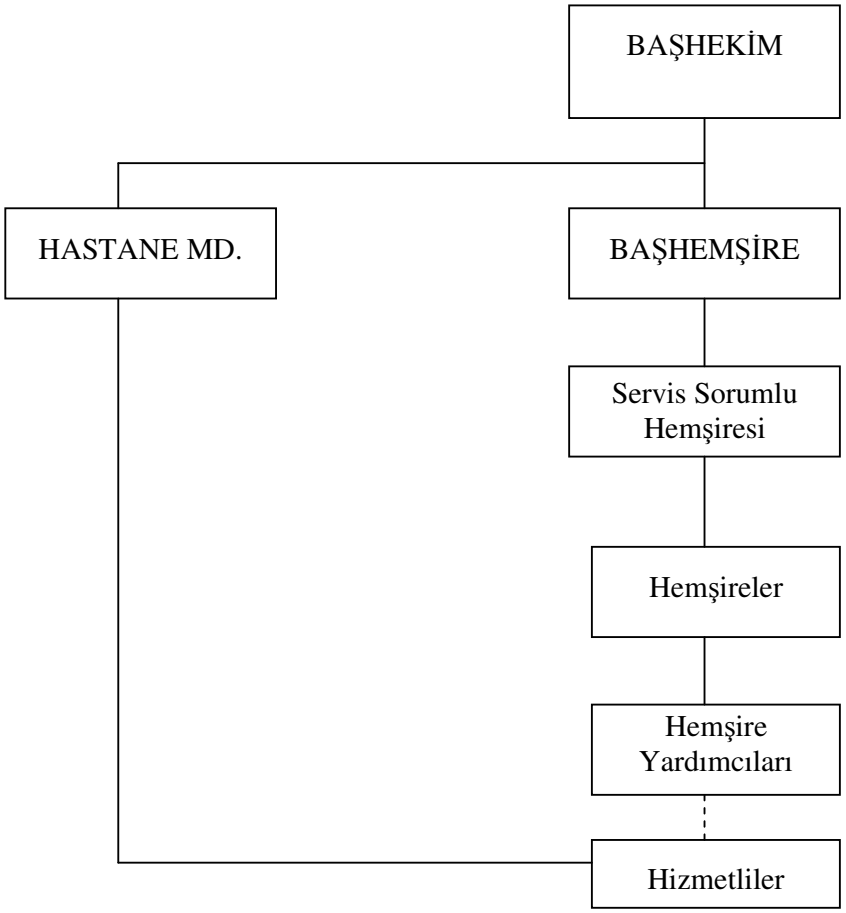
Şekil 8: GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Organizasyon Şeması
(GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kayıtları)

2.3.4.3. Türkiye'de Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu

Hemşirelik hizmetleri bölümü, hastanenin önemli ve büyük bölümlerinden biridir. Başlıca amaçları hastanın tüm hemşirelik bakımını sağlamak ve hastanın eğitimi programına yardımcı olmak olduğu belirtilmiştir (11). Bunlara ek olarak, öğrenci hemşirelere klinik eğitimlerinin verilmesi ve ev idaresi hizmetleri hemşirelik hizmetleri arasında sayılmıştır (28). Hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri, hastanın kapsamlı hemşirelik bakımı adını verdiğimiz bedensel, psikolojik ve sosyal tüm bakım gereksinimlerinin karşılanmasını, hasta ve ailesine sağlık eğitimini içine alır (2,29). Bu hizmetlerin hastane içerisinde organizasyonu, yürütülmesi ve denetimi görevi başhekime bağlı olan başhemşireye verilmiştir (28). Başhemşire ve hemşirenin, hemşirelik hizmetleriyle ilgili sorumlulukları ve görevleri, YTKİY'nde belirtilmiştir (3).

Hemşirelik hizmetlerinde istihdam edilecek hemşire, ebe hemşire, hemşire yardımcısı ve hasta bakıcı sayısı yatak sayısı itibariyle belirlenir. Kadro Kıstas Yönetmeliğine göre her dört yatak için birer hemşire, hemşire yardımcısı tayin edilmekte, prematüre bakımı olan servislerde her küvez için ve acil serviste her yatak için birer hemşire ve hemşire yardımcısı kadrosu tahsis edilmiştir. Bunlara ek olarak her sekiz yatak için birer hastabakıcı ve 200 yataklı hastanelerde her üç yatağa, 400 yataklı hastanelerde her dört yatağa, 400'den fazla yataklı hastanelerde de her beş yatağa birer hizmetli tayin edilmesi öngörülmüştür (3).

Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda dikkati çeken en önemli husus, bu hizmetlerden en üst düzeyde sorumlu olan başhemşirenin yetki alanının oldukça sınırlandırılmış olmasıdır. Başhemşire kendi personelinin çalışma yerlerini kendisi belirleyemediği belirtilmiştir. Bu konuda yetki başhekime aittir. Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda ve yürütülmesinde, başhekimlik kanalıyla hekimler belirleyici ve yönlendirici olurlar. Örneğin hekimler başhekimlik aracılığı ile istedikleri hemşireyi kliniklerine aldırabilir, başhemşirenin atadığı istemedikleri hemşireyi de klinikten uzaklaştırabilirler. Bu durumda bölüm başkanı olarak başhemşirenin gerek hekimlere, gerekse personeline karşı olması gereken otoritesi sarsılmış olmaktadır. İkinci bir hususta ayrı uzmanlık alanına giren görevlerin hemşirelik hizmetleri arasında sayılmış olmasıdır. Sözgelişi, "servis eczacısının olmadığı hallerde ona ait görevlerin servis sorumlu hemşiresi tarafından yerine getirileceği" belirtilmiştir. Bu durumda servis eczacısı istihdam etmenin gereği olmadığı açıktır. Oysaki hastane eczacılığıyla



Şekil 9: SSYB Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu (26)

ilgili fonksiyonların yürütülmesinde servis eczacısına ihtiyaç vardır. Benzer şekilde, geçmişteki uygulamalara paralel olarak, ev idaresi hizmetlerinin büyük bir kısmı hemşirelik hizmetleri arasında sayılmıştır (3).

Üniversite hastanelerinde hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan hemşirelik hizmetleri müdürü, devlet hastanelerinde bu görevi yüklenen başhemşireye nazaran daha geniş yetkilerle donatılmıştır. Askeri hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin yönetsel organizasyonu daha farklıdır. Hemşirelerin ilk amirleri başhemşire gibi görünmesine rağmen, yürürlükte olan sistemde ilk amir klinik başasistanı ikinci amir klinik şefi, üçüncüsü baştabiptir. Bunun sebebi hastanenin kuruluş şemasında başhemşirenin olmamasıdır. Bu nedenle askeri hastanelerde hemşirelik hizmetleri yönetiminde sorunlar vardır (28).

2.3.4.3.1. Türkiye'de Hemşirelik İş Tanımları

Başhemşire, hemşirelik hizmetlerinin bir bütün olarak yönetimi, öğrencilerin ve personelin öğretimi ve eğitimi ile görevlidir. Hastane başhemşiresinin her şeyden önce hemşirelik alanında tecrübeli, ayrıca yönetim bilimi ve sanatında uzman olması belirtilmiştir (11). Tedavi hizmetlerinde hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları 13 Ocak 1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 499 sayılı YTKİY' nin 129–134 maddeleri ile düzenlenmiştir. Sözü edilen yönetmelik Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarında geçerlidir. Ayrıca özel yönetmeliği olmayan tüm kurumlarda da uygulanan bu yönetmelik, hemşirelerin büyük bir çoğunluğunu ilgilendirir. Yönetmeliğin Başhemşire'nin görev ve yetkilerini belirleyen 129. maddesinde Başhemşire'nin doğrudan Baştabibe karşı sorumlu olduğu vurgulanmıştır. Bu durumda bir baştabibin başeczacı ya da bir servis şefi üzerindeki denetim yetkisi ne kadarsa, başhemşire üzerindeki yetkisi de o kadardır (25).

2.3.4.3.1.1. Başhemşirenin İş Tanımı

Başhemşire hastane ya da diğer sağlık kurumlarındaki hemşirelik bakımının en üstün bir şekilde karşılanmasından ve hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, denetlenmesi, koordine edilmesi ve değerlendirilmesinden sorumlu olan hemşiredir. Bu hizmetler; hastanın hemşirelik bakımı, hemşirelik bakımının yönetimle ilgili olanları ve eğitimdir (11,25,30). İyi bir hemşirelik hizmetleri yönetiminin iyi bir hemşirelik bakımının sağlanmasında yakın ilişkisi açıktır. İyi bir yönetim ise, her biri başhemşire tarafından bilinmesi gereken pek çok önemli faktörü kapsar. Bunlar:

- hastane ve serviste yapılan tüm işleri ve görevleri bilmek,
- hastanenin her günü için program planlamak,
- işe zamanında başlamak ve başlatmak,
- işteki gereksiz zaman kayıplarını önlemek,
- günlük işleri, hemşire ve doktor direktiflerini açık ve seçik olarak belirtmek,
- sorumluluk ve yetkiyi gerekli şekilde dağıtmak,
- hareket hatlarını demokratik yol ve yöntemlerle saptamak

olarak özetlenebilir (11).

Başhemşirenin yönetimle ilgili başlıca fonksiyonları ise:

- hastalar için iyi bir fiziksel ve psikolojik çevrenin yaratılması,
- ihtiyaç maddelerinin alımı, korunması ve onarılması,
- hemşirelik bütçesinin taslağının hazırlanması,
- ilgililere teklif edilmesi ve personelin yönetimini

kapsar (11).

Başhemşire sorumluluklarını yerine getirirken, hizmetlerin en iyi biçimde yerine getirilmesine ve personel doyumuna eşit ağırlık vermeye özen gösterir. Çünkü hizmetlerin iyi verilmemesi, hizmetlerin verildiği bireylerin hoşnutsuzluğu durumunu doğuracağı gibi personelin doyumu göz ardı edildiğinde de hizmetlerde aksama olabilecektir. Ayrıca, hizmet verilenlerle hizmet verenlerin doyumu arasında da sıkı bir ilişki vardır (25).

Başhemşirenin eğitimle ilgili fonksiyonları hastanın, personelin ve öğrencilerin öğretimini kapsar. Bu sorumluluğun ölçüsü, eğitsel eylemde doğrudan doğruya görev almaktan başlayarak, yardımcı olmak, eylemi desteklemek ya da denetleyici olmaya kadar değişir (11).

Başhemşire; yüksek hemşirelik okulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olup, mesleğinde en az 10 yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından baştabibin teklifi ile bakanlıkça atanır. Hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde uygulanmasını sağlamakla görevli olup doğrudan baştabibe karşı sorumludur (31).

YTKİY' ye göre Başhemşirenin iş tanımı aşağıdaki maddelerde açıklanmıştır:

a) Kurumda çalışan başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri, baş ebe ile kendisine bağlı diğer hizmet birim amir ve sorumlularının birinci derecede amiri olup hasta bakıcı hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve gereğince yönetmelik hükümlerine göre görev yapmalarını sağlamak ve kontrol etmekle yükümlüdür.

Gerekli noksanlıkları tıbbi konularda baştabibe, idari konularda hastane müdürüne bildirir.

b) Hizmetlerin yapılması sırasında gördüğü eksik ve kusurları gidermek ve yapamayacağı veya yetkisi dışında kalan işleri baştabibe zamanında bildirmekle görevlidir.

c) Kendisine bağlı hizmetlerdeki personelin yazışma yerlerinin belirlenmesi ve bunların yerlerinin değiştirilmesi ile ilgili hususlarda görüş ve

isteklerini baştabibe iletir ve verilen kararları uygular.

d) Hemşire, ebe, hemşire yardımcısı ve yardımcı hizmetler sınıfı personelinin, meslek bilgi ve tecrübelerinin gelişmesine yardımcı olmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarını sağlar. Yeni mesleğe girmiş hemşirelere mesleğin yüceliğini anlatır. Hastalara karşı müşfik olmaları ve daima iyi davranmaları hususunda uyarılarda bulunur. Kendi tutum ve hareketleriyle onlara iyi bir örnek olmaya çalışır.

e) Hasta bakımı ile ilgili hususlardan sorumlu olarak özellikle hastaların temizliğine, beslenmelerine ve yatıp kalkmalarına, ilaçlarının vaktinde verilip verilmediğine, yemeklerinin bölümü ve dağıtımına nezaret eder.

f) Klinik ve polikliniklerin genel temizlik ve düzenini sağlar. Hasta ziyaretlerinin servislerde hasta bakımı yönünden kontrolünü yapar.

g) Hemşire ve kendisine bağlı diğer personele ait nöbet ve izin cetvellerini düzenler ve baştabibe onaylatır. Bu listelerde sonradan değişiklik yapmak gerekirse baştabibe haber verir (31).

2.3.4.3.1.2. Servis Sorumlu Hemşiresinin İşTanımı

Hemşire adedi müsait olan kurum ve servislerde, servisler, ameliyathane ve hemşirelik hizmeti bulunan diğer ünitelerdeki hizmetlerin sürekliliğini sağlamak için baştabiplikçe servis veya bölüm sorumlu hemşirelikleri kurulabilir. Bu servis sorumlu hemşireleri hemşire nöbetine girmezler (31).

YTKİY' ye göre Servis Sorumlu Hemşiresinin iş tanımları aşağıdaki maddelerde açıklanmıştır:

a) Başhemşirenin o serviste yardımcısı olup, servisinde bulunan bütün hemşire, ebe, hemşire yardımcısı, hasta bakımında çalışan yardımcı hizmetler sınıfı personelinin iş bölümünü yapar, bunların çalışmasını izler.

b) Servis hemşirelerinin hizmette birinci derecede amiri olup servis şef ve uzmanlarının ve başhemşirenin direktifleri ile hasta tedavi bakımının en iyi şekilde yapılmasından ve yerinde kullanılmasından sorumludur.

c) Servis demirbaş ve tüketim maddelerini teslim alır. Bunların muhafazasından ve yerinde kullanılmasından sorumludur.

d) Servisin temizliğini, yatan ve çıkan hastaların işlemlerini,

hemşire ve diğer hizmetlilerin görev taksimi ve düzenlenmesini bizzat yapar ve bunların çalışmalarını denetler, yemek dağıtımını ve ilaç dolabının işlerliğini düzenler.

e) Ameliyathane sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşirelerinin birinci derecede amiri olup buradaki hemşirelik hizmetlerinin düzenli yürütülmesinden ameliyathane sorumlusuna ve başhemşireye karşı sorumludur.

f) Servis eczacısı bulunmadığı hallerde ona ait görevleri yapar veya yaptırır.

g) Servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesini sağlar (31).

2.3.4.3.1.3. Hemşirelerin İş Tanımı

Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlam kişinin sağlığını sürdürmesi, hasta kişinin yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir (32).

Hemşirelik dinamik bir süreçtir ve uluslararası hemşirelik birliği hemşirenin dört temel sorumluluğunu şöyle sıralamıştır.

1- Sağlığı geliştirmek
2- Hastalığı önlemek
3- Sağlığı restore etmek
4- Acıları hafifletmek

Bu sorumluluğu yerine getirirken hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için bireylere, ailelere ve topluma yardımcı olurlar (33). Türk Sağlık Mevzuatına göre hemşire, hasta ile tıbbi ve psikolojik bakımından devamlı ilgilenebilecek yapıda ve yetenekte sağlık meslek lisesi mezunu yardımcı sağlık personelidir. Hemşireler sabah çalışmasına, kurumun hasta odalarının ve hastaların genel temizliğini yaptırmakla başlarlar. Hastaların hal ve hatırlarını sorar, derecelerini alır, nabız ve solunumlarını sayar, derece kâğıtlarına treas çizerler (31).

YTKİY' ye göre Hemşirelerin iş tanımları aşağıdaki maddelerde açıklanmıştır:

a) Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü artırmak için gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplere göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icap eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir. Yemeklerin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye teslim ederler.

c) Hastalara iyi muamele etmek, onların dertlerini dinlemek, teselli ve teskin etmek, sağlık eğitimi konusunda bilgi vermek hemşirelerin esas görevleridir.

Uzmanlarca analizine lüzum görülen materyali hastalardan alır ve laboratuara gönderirler.

Serviste yemek dağıtımını ve hastaların yemek yemelerini gözetler, kendi yemek yiyemeyecek durumda olan hastaların bizzat yemeğini yedirirler. Banyo yapacakları, yardımcı hizmetli ile banyoya gönderirler, gidemeyenlerin yataklarında temizliğini yaptırırlar.

d) Servis acil dolabında bulunan ilaçları servis şefi, uzmanı veya nöbetçi tabibin direktifi ile ve onun sorumluluğu altında hastalara uygularlar. Sarfiyatını özel sarf defterine kaydederler. Eczaneden alınan bu ilaçların sarfı, bu defter üzerinde yapılır.

Hastalara, bu dolaptan verilen ilaçlar anında tabelalarına renkli kalemle yazılır. Ertesi gün bu ilaçlar eczaneden tabela ile alınarak yerine konur.

e) Kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet, ilaç vs. malzemeyi iyi bir şekilde saklamaya ve bunları yerine göre kullanmaya ve ilgili tabipler tarafından istendiğinde hazır bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle kaybından sorumludurlar.

f) Kendilerine teslim edilen eşya, ilaç ve malzemeyi servislerde veya servis depolarında özel dolaplarda saklarlar. Bu dolapların düzenli ve

tasnifli olması, ilaçların üzerinde etiketlerinin bulunması, güve, karınca vs. böceklerden, sıcaktan, soğuktan ve ışıktan korunması hususunda gerekli tedbirleri alırlar.

g) Servislerin genel hizmetlerinin ve temizliklerinin yolunda gitmesini kontrol eder ve sağlar. Hastaların yatak, çamaşır ve vücut temizliklerine dikkat eder, gördükleri noksanları giderir ve gidertirler.

h) Ameliyathane hemşireleri, ameliyathane teknisyeninin bulunmadığı yerlerde onun görev ve yetkilerini üzerlerine alırlar.

Ayrıca sorumlu görevlisi bulunmadığı hallerde sterilizatör ve otoklavların bakım ve işletilmesinden sorumludurlar.

i) Laboratuar hemşireleri, uzmanların gözlemciliği altında gerekli tahlilleri ve muayeneleri yapmak ve neticelerini deftere kaydetmekle yükümlüdürler. Tahlil raporlarını uzmana imzalattıktan sonra ait olduğu servislere göndermek görevleridir. Laboratuarlara ait alet ve cihazları kullandıkta sonra temiz ve her zaman kullanıma hazır bir halde bulundurmaktan sorumludurlar.

j) Hastaların sosyal ve ruhsal durumları ve beslenmeleri ile ilgili olarak fizyoterapist, sosyal hizmet, diyet uzmanları ve psikologlarla işbirliği yapar ve bunların servislerdeki çalışmalarını kolaylaştırırlar.

k) Annelere, doğumdan evvel ve sonraki bakımları ile çocukların bakımları hakkında bilgi vermek ve bakabilecekleri sayıda çocuğa sahip olma yolları hakkında anneleri aydınlatmakla yükümlüdürler (31).

2.4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

2.4.1. Tarihçe:

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Türkiye'de ilk olarak 1962 yılında Hacettepe Üniversite Hastanesinde kurulmuştur. Daha sonra İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Hastanelerinde çağdaş yapılanmanın ilk örneği, Tedavi Kliniğinde "Klinik Müdiresi" ünvanında görev yapan ve hemşirelik müdürlüklerinin kuruluşunda etkin rol oynayan Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek okulu kurucu müdürü Prof. Dr. Perihan VELİOĞLU tarafından gerçekleşmiştir. İlk çalışmalar 1976 yılında aynı dönemde Kürsü Başhemşiresi Yardımcısı olarak görev yapan Aytolan YILDIRIM tarafından başlatılmıştır. Mevcut hemşirelik hizmetleri geliştirilmesi ve organizasyonuna yönelik kurum içi ve kurumlar arası çeşitli faaliyetler yapılmıştır. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüklerinin kuruluşu ile resmi anlamda çalışmalar 21 Kasım 1983 ve 18228 sayılı Kanun Hükmündeki Kararnamenin 7. bölümünün (k) fıkrası Üniversite Hastaneler Başmüdürlüğü kadrosunun ilanı ile başlamıştır. 1984 yılında Prof. Dr. Perihan VELİOĞLU tarafından, İstanbul Üniversite Hastanelerinde hemşirelik hizmetlerinin kurulması yönünden hazırlanan gerekçeli raporun kabul edilmesinden sonra 12 Mayıs 1984 yılında İ.Ü. Rektörlüğünün 10 Mayıs 1984 tarih ve 14246 sayılı yazıları ile Hemşirelik Müdürlüklerinin kuruluşu ilan edilmiştir. Buna göre Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüklerinin görev yetki ve sorumlulukları; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi; hastalara nitelikli bakımın sağlanması, hastaların hemşirelik bakımı için gerekli bakım personelinin sağlanması ve bakım personelinin mesleki eğitimlerinin geliştirilmesinin sağlanması başlıkları altında ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (34).

2.4.2. Tanım:

Hemşirelik hizmetleri müdürlüğü çağdaş hastane yönetim ilkelerine göre ve kurumun amaçları doğrultusunda hemşirelik hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, yürütülmesi ve denetimini sağlamak amacı ile kurulmuşlardır. Ayrıca hemşirelik hizmetleri müdürlüklerinin amacı; hemşirelik hizmetlerinin ve eğitiminin yürütülmesi için gerekli hemşirelik personelinin planlanması ve temini, personelin etkin ve verimli bakım yaparak hizmetin kalitesinin yükseltilmesi için gerekli tedbirlerin alınmasıdır (35).

Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, hastanenin amaçlarını gerçekleştirmek üzere, hasta bakımı için gerekli hemşirelik hizmetlerinin sağlanmasından ve geliştirilmesinden sorumlu profesyonel bir hemşiredir (2). Hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, kurumdaki diğer idari sorumluları gibi Başhekim'e karşı sorumludur. Ancak, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü'nün kurum şemasında Başhekim ile bu tür ilişkisi, hemşirelerin kendi özel alanlarına giren konularda hekimden emir bekleyeceği anlamına gelmez. Çünkü hemşirelik, kendine özel ve özgü alanı ve eğitimi olan başlı başına bir meslektir. Hemşireliği en iyi bilen yine hemşirenin kendisidir (25).

Sağlık kurumlarında Hemşirelik Hizmetleri Müdürü'nün, hemşirelik hizmetlerini sürekli en üst düzeyde tutabilmesi için bazı etkinlikleri yapmasının gerekli olduğu belirtilmiştir. Bunlar:

1. Kurumun kuruluş amacı ve felsefesi doğrultusunda Hemşirelik Hizmetlerinin amacının ve felsefesinin belirlenmesi,
2. Amacı gerçekleştirecek hedeflerin belirlenmesi, bunların tüm hemşirelere benimsetilmesi ve diğer sağlık disiplinleri üyelerine açıklanması,
3. Hemşirelik bakımının gerçekleştirilmesi için prosedürlerin hazırlanması,
4. Hemşirelere hastanenin diğer bölümleri ile uyum içinde çalışmalarını sağlamak için davranışları geliştirmeye yönelik eğitim verilmesi,
5. Hastane politikalarının hemşireler için yorumlanması,
6. Hemşire görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, yazılı duruma getirilmesi, bunların gereken sıklıkta gözden geçirilmesi, hemşirelere benimsetilmesi ve diğer personele açıklanması,
7. Personel politikasının gözden geçirilerek bunların hemşirelere açıklanması,
8. Hemşirelik hizmetleri bölümünün bütçesinin hemşire katılımcılar ile hazırlanması ve bunun hastane yöneticilerine onaylatılması,
9. Hizmetlerin yürütülmesi için gerekli araç-gerecin nicelik ve niteliğinin belirlenmesi ve taleplerin bu doğrultuda karşılanması,
10. Dengeli bir personel dağılımının yapılması,

11. Günün koşul ve gereksinimlerine göre Enfeksiyon Komitesi gibi komiteler oluşturulması ve bunlara etkinlik kazandırılması,

12. Hastanenin diğer komitelerinde Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi temsilcileri aracılığıyla yerini alması ve kararları etkileyici rol üstlenilmesi,

13. Sağlık, eğitim ve diğer konularda gerekli personel kayıtlarının tutulması,

14. Personelleri için, sağlık hizmetleri iş güvencesinin ve sosyal hizmetlerin doyum sağlayıcı düzeye çıkartılması ve bunun için gereken önlemlerin alınması,

15. Hizmet içi eğitim programlarının sürekliliğinin sağlanması,

16. Hemşirelik bakımının denetim altına alınması ve denetimin sürekliliğinin sağlanması, bu denetimin personeli ve hemşirelik bakımını geliştirecek şekilde yapılmasının sağlanması,

17. Her düzeyde yapılan toplantılarla bilgi paylaşımı ve iletişimin sağlanması,

18. Tıp, hemşirelik ve diğer öğrenciler için uygulanacak ilkelerin belirlenmesi ve bunlara uyulmasını sağlamak için gerekli önlemlerin alınması,

19. Hemşirelik bakım kalitesinin güvence altına alınması için gerekli etkinliklerin yerine getirilmesi,

20. Yasa, yönetmelik ve yönergelerin hemşirelere açıklanması.

Hemşirelik Hizmetleri Müdürünün, hemşireler aracılığı ile gerçekleştirmek zorunda olduğu bu etkinliklerde başarıya ulaşabilmesi için iyi bir yönetim bilgisine sahip olmasının gerekliliği belirtilmiştir (25).

2.4.3. Hemşirelik Müdürü Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelik müdürü, hemşireliğin çeşitli aşamalarında en az 5 yıl görev yapmış, Hemşirelik Yüksek Okulu eğitim programı kapsamı içinde Hemşirelik Hizmetleri Yönetim dersini almış, tercihen Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans programını tamamlamış, yöneticilik niteliklerine sahip ve yöneticiliğe karşı istekli hemşireler arasından seçilir ve usulüne göre atanır. Hemşirelik Müdürü, çalıştığı sağlık kurumunda tüm hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. Bu sorumluluğunu yönetim işlevlerine ilişkin etkinlikleri yerine getirerek karşılar (25).

2.4.4. Hemşirelik Müdürü'nün Yönetim İşlevlerine İlişkin Etkinlikleri

Veri Toplama

I. Hizmetin verileceği grup incelenir:
    a. Grubun sağlık açısından gösterdiği özellikleri incelenir,
    b. Grubun sağlık ve hemşirelik bakım gereksinimlerini saptanır,
    c. Grubun kaynak ve olanaklarını belirlenir.
II. Yapılan işin parçaları belirlenerek incelenir,
III. İşin yapılacağı yer incelenir:
    a. Fiziki yapısı, verilecek hizmete uygunluğu ve yeterliliği açısından inceleme yapılır,
    b. İdari yapısı incelenir.
IV. İşi yapanlar incelenir:
    a. Mesleğe bağlılık düzeyleri ve yapılan işe karşı bilgi ve duyguları incelenir,
    b. Mesleki yeterliliklerine bakılır,
    c. Sosyal ve medeni durumları tespit edilir.
V. İşle ilgili kaynak, olanak ve araç-gereçler incelenir:
    a. Bunların niteliklerine bakılır,
    b. Bunların niceliklerini incelenir.
VI. İşle ilgili yasa, yönetmelik, kural, politika, prosedür, rapor ve kayıtlar incelenir,
VII. Kurum dışı yardım sağlama olanaklarını incelenir,
VIII. Kurumdan yararlanan eğitim kurumları incelenir (25).

Planlama

Planlamada belli amaçları gerçekleştirmek için geleceğe yönelik izlenilecek yol ve davranış biçimlerini kararlaştırılır:

I. Hemşirelik felsefesi oluşturulur,
II. Amaç ya da amaçlar açıklığa kavuşturulur,
III. Amaçları gerçekleştirecek hedefler belirlenir,
IV. Hedeflere ulaşılacak nicelik ve nitelikler belirlenir:
    a. Standartların belirlemesi,
    b. Standartlarla ilgili ölçütlerin belirlemesi,
    c. Politikaların saptaması,

d. İşlemlerin standart duruma getirilmesi sağlanır.

V. Çalışma programları hazırlanır:

a. Neyin, ne düzeyde, kim tarafından, nasıl, ne ile, ne zaman, nerede yapılacağına karar verilir,
b. İşi yapacak kadro oluşturulur,
c. Eğitim programları belirlenir.

VI. Hemşirelik bütçesi oluşturulur,

VII. Kaynaklar belirlenir,

VIII. Tahminlerde bulunulur:

a. Karşılaşılabilecek sorunlar önceden tahmin edilerek bunlara uygun önlemler alınır,
b. Sorunlar ortaya çıktığında neler yapılacağı belirlenir.

IX. Olağanüstü durumlar için planlar yapılır:

a. Olağanüstü durumlar kurumun konumunu dikkate alınarak tanımlanır,
b. Her durum için neyin, kim tarafından, ne ile, nerede, ne düzeyde ve ne zaman yapılacağı belirlenir (25).

Organizasyon

Organizasyon; amaçları gerçekleştirmek ve saptanan hedeflere ulaşmak için hazırlanmış olan plan ve programın işler duruma getirilmesinde gereken yapının oluşturulması, yapıyı oluşturan personel, iş ve işyeri ilişkilerinin plan doğrultusunda kurulması, işlerin daha ayrıntılı biçimde belirlenmesi ve bunların koordinasyonun sağlanması için yapının oluşturulması, pozisyonların tanımlanması ve yeterliliklerinin belirlenmesidir. Organizasyonda:

I. Planı gerçekleştirecek yapı oluşturulur:

a. Personel örüntüleri belirlenir,
b. Bakımın nitelik ve niceliğine karar verilir,
c. Pozisyonların görev, yetki ve sorumlulukları belirlenir.

II. Görevlere uygun yetki ve sorumluluklar dağıtılır,

III. Günlük personel gereksinimi verilecek bakıma göre saptanır,

IV. Uygun eleman bulmak ve bunları işte tutmak için gerekenler yapılır:

a. Sürekli işe eleman çekme programı uygulanır,
b. İşi çekici duruma getirecek önlemler alınır,

c. İşe uyumu kolaylaştırmak için eğitim programları uygulanır,

V. Görev doyumunu sağlayıcı önlemler alınır,

VI. Birlikte çalışma koşulları oluşturularak etkili çalışma ilişkilerinin kurulması ve sürdürülmesi sağlanır.

Yöneltme/Yürütme

Yürütme, planlama ve organizasyon işlevlerinin harekete geçirilmesidir.

I. Hemşirelik personelini plan doğrultusunda harekete geçirilir:
   a. Planlanan etkinlikler başlatılır,
   b. Sorunlar çözülür, karar alınır ve bu karar uygulanır,

II. İletişimin sağlaması ve sürdürülmesinde:
   a. Kurumun amaçları etkin iletişim sağlanarak ilgililere iletilir,
   b. Hemşirelik bölümü hedefleri tıbbi ve idari elemanlara açıklanır,
   c. Kurumlar arası etkin iletişim kurulur ve bu bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik kullanılır,
   d. Hemşirelik bakımı kayıtları, raporları ve standartları ile ilgili sistemler geliştirilir ve bunlar uygulanır,
   e. Çalışanlar daha iyi iş yapma doğrultusunda yönlendirilir:
      i. Özendirici önlemler alınır ve uygulanır,
      ii. Pekiştireçler kullanılır,
   f. Personeli sürekli geliştirmeye yönelik programlar uygulanır,
   g. Bilgi, beceri ve davranışları geliştirici etkinlikler yapılır.

III. Sürtüşmeleri önleyici önlemler alınır ve uygulanır:
   a. İlişkileri iyi tutacak etkinliklere yer verilir,
   b. Personele karşı adil davranılır,
   c. Etkili denetim ve değerlendirme yapılır.

IV. İlişkileri mesleki düzeyde tutacak önlemleri alınır,

V. Birlikte çalışmayı zevkli duruma getirecek etkinliklerde bulunulur:
   a. Rutin olarak ve olağanüstü durumlarda toplantılar yapılarak duygu, bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığı ortamlar hazırlanır.

VI. Personelin güvenliğini sağlayıcı önlemler alınır:
   a. İş kazalarını önleyici önlemler alınır ve uygulanır,
   b. İş güvenliğini sağlayıcı programlar uygulanır.

VII. Yeniliklere uyum sağlayıcı programlar uygulanır:
VIII. Etkili rehberlik yapılır:
    a. Personeli dinlenmeye hazır olunduğu belli edilir,
    b. Karmaşık sorunların çözümünde, personel profesyonel yardım için yönlendirilir.
IX. Personelin hakları konusunda bilinçlendirilerek hakları korunur:
X. Hemşirelik mevzuatı personele açıklanır.

Kontrol

Planlama ve koordinasyonun aksak yönlerinin düzeltilmesi ve hataların tekrarını önlemek amacı ile insan gücünün, diğer üretim kaynaklarının ve etkinliklerinin önceden saptanmış hedeflere uygunluk düzeylerinin saptanmasıdır. Hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığının kontrol edilmesinde;

I. Performans standartlarına bakılır:
    a. Yapılan işlerin karşılaştırılacağı ölçütlere bakılır,
    b. Sonuçları/çıktıları kaydedilir,
    c. Çıktıları, standartlar ve ölçütlerle değerlendirerek iş, yöntem ve tekniklerin düzeyleri belirlenir,
    d. Sonuçlara göre yeni uygulamalar izlenir.

Koordinasyon

Yapılması planlanan işlerin düzen içinde yürütülmesi için tüm unsurlar arası uyumun sağlanmasıdır:

I. Kurum felsefesi, hedefleri ve politikaları hemşirelik personeline açıklanır,
II. Hemşirelik hizmetleri, felsefe ve hedefleri de tıbbi ve idari personele açıklanır,
III. Hemşirelik hizmetleri hedeflerine ulaşmayı etkileyen birimlerle tartışılarak sorunların çözümlenmesi sağlanır,
IV. Yazılı haberleşme alışkanlıkları sürekli hale getirilir,
V. Hedeflerin, başarı ve sorunların paylaşılacağı toplantılar düzenlenir,
VI. Hastane Başhekimine, hemşirelik bakımı ile ilgili konularda danışmanlık yapılır,
VII. Personelin her konuda gelişmesini sağlayıcı önerilerde bulunulması için Hastane Müdürüne danışmanlık yapılır,

VIII. Eğitim kurumları sorumlularıyla etkili ve sürekli ilişkilerde bulunularak, hasta güvenliği ve öğrencilere etkili eğitim koşulları sağlanır,

IX. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek durumlar saptanır ve uygun önlemler alınır,

X. Öğrenci eğitimini tehlikeye düşürecek durumlar saptanır ve uygun önlemler alınır.

Bu fonksiyonların gerekleri, kapsamı ve başhemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları gözden geçirildiğinde, başhemşirenin pek çok özelliği ve niteliği taşımasının gerekliliği ortaya çıkar (25).

2.4.5. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

Yönetim, amaç için kaynakların bulunması, seçilmesi ve kullanılmasıdır. Hemşirelik hizmetleri yönetimi ise, hastalara hemşirelik bakımı verilirken, gerekli her türlü olanağı sağlayan koordine faaliyetler bütünüdür. Diğer bir tanıma göre ise, hemşirelik hizmetleri yönetimi; hastaların hemşirelik bakımına, hastanenin amaç ve politikalarının gelişmesine yönelik bir faaliyetler sistemidir (2,36). Başka bir tanıma göre de, Hemşirelik hizmetleri yönetimi, hastalara hemşirelik bakımı verilirken gerekli her türlü olanağı sağlayan koordineli faaliyetler sistemidir (37). Hemşire, hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından, hemşirelik bakımını geliştirmek üzere yapılan her çeşit faaliyetlere katılarak, karşılaşacağı yasal ve deontolojik sorunların çözümünde gerekenin yapılması için başvurulacak yolları akıllıca değerlendirmelidir (11).

Hemşirelik hizmetlerinde hedeflenenin; topluma daha kaliteli, daha çok, daha ucuz hemşirelik hizmeti verilmesi olduğu belirtilmiştir. Bu konu yönetici hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Yöneticilerin diğer bir sorumluluğu da, kaynakların bakım verilen birey yararına kullanılması sırasında hemşirelik bakımını veren personelin en yüksek düzeyde doyum sağlaması için gereken düzenlemelerin yapılması ve önlemlerin alınmasıdır. Özetle hizmetlerin verilmesinde, hizmetin verildiği bireyler kadar hizmeti verenlere de eşit ağırlıklı doyum sağlanması gerekliliği belirtilmiştir. (25).

2.5. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

2.5.1. Performans Değerlendirme Kavramı

Performansı, amaçlı ya da planlanmış bir etkinliğin sonucunda elde edilenin nicel yada nitel olarak belirlendiği bir kavramdır (6). Performans değerlendirme ise genel olarak çalışanların; kurumları, üstleri ve kendileri tarafından konmuş olan hedeflere ne derece ulaştığının veya işin gerektirdiği yetkinlikleri ne derece kazandığının ölçümü olarak özetlenebilir (Performans değerlendirme motivasyonu nasıl etkiler?: http://www. insankaynaklari.com/cn/ContentBody asp?, 2005).

Organizasyonların çalışanların performanslarının sistematik ve biçimsel olarak değerlendirilmesinin ilk örnekleri 1900'lü yılların başlarında ABD'de kamu hizmeti veren kurumlarda görülmektedir. Daha sonraları F.Taylor'un iş ölçümü uygulamaları aracılığı ile çalışanların verimliliklerini ölçümlemesi sonucu, performans değerlendirme kavramı, organizasyonlarda bilimsel olarak kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye'deki uygulamalar ise ilk kez kamu kesiminde başlamış olup, yaklaşık 80 yıllık geçmişi bulunmaktadır. Ancak konuya özel sektörün ilgisinin artması, işletme biliminin ülkemizde yaygınlaşması ve modern yönetim tekniklerinin tanınması ile birlikte olmuş ve bu ilgi özellikle son 10 yılda giderek artmıştır (38).

Hastane organizasyonlarında performans, tüm hastane personellerinin performansını değerlendirebilmek için, iyi tanımlanmış bir programa sahip olmalı ve aynı zamanda personelin gelişimini bilinçli olarak motive etmelidir (39).

2.5.2. Kıyaslama

Kıyaslama, bir işletmenin kendi performansını yükseltebilmek için, üstün performansı olan diğer işletmeleri incelemesi, bu işletmelerin iş yapma usulleri ile kendi usullerini kıyaslaması ve bu kıyaslamadan çıkardığı sonuçları uygulaması olarak tanımlanabilir (40).

Tipik bir kıyaslama süreci başlıca şu aşamalardan oluşur:

1. Kıyaslama Konularının Belirlenmesi: Kıyaslama, başarıya ulaştıran belirli konu ve uygulamalar üzerinde odaklanmayı öngörür. Genel olarak "bakalım nasıl

yapıyorlar" yaklaşımı değil fakat belirlenen konuların kıyaslamaya tabi tutulması şeklinde bir yaklaşım gereklidir.

2. Kıyaslama Yapılacak İşletmelerin Belirlenmesi: Başarılı rakipler, sektör liderleri veya başka sektörlerdeki başarılı, üstün performanslı işletmeler kıyaslama yapılacak grubu oluşturur.

3. Veri Toplama Yöntemini Belirlemek ve Verileri Toplamak: Bu safhada verilerin nasıl toplanacağı kararlaştırılır. Basın haberleri, işletmenin faaliyet raporu vs. gibi yayınlar, mesleki toplantılardaki konuşmalar, direkt olarak gözlem yapma, ilgililerle mülakat, yayınlanmış istatistikler, firma personeli ve tedarikçilerden elde edilen bilgiler, istihbarat bilgileri, müşterilerden elde edilen bilgiler bu safhada en çok yararlanılan hususlardır. Burada dikkat edilmesi gereken, kıyaslama yapılan işletmenin ilgili konularda elde ettiği sonuçlardan ziyade, bu sonuca götüren metot, teknik, süreç ve uygulamalar hakkında veri toplanması hususudur.

4. Kıyaslama Yapmak Ve Farkları Bulmak: Bu safhada, kıyaslama yapılan konularda nelerin nasıl yapıldığı karşılaştırılır ve farklar tespit edilir.

5. Performans Hedefi Belirlemek Ve Uygulama Planı Hazırlamak: Performansını geliştirmek amacı ile kendisini, iş yapma usulünü değiştirmek isteyen işletme, ulaşmak istediği hedefleri belirleyerek bunlara nasıl ulaşacağı ile ilgili uygulama planları hazırlar, böyle bir değişimin gerekliliğini kendi çalışanlarına anlatır.

6. Uygulamak, Sonuç Almak Ve Yeniden Kıyaslama Yapmak: Kıyaslama sürecinin son safhasında, iyileştirme ile ilgili olarak hazırlanan planlar uygulanır, elde edilen sonuçlar, önce plan hedefleri ile karşılaştırılır; daha sonra bu sonuçlar yeniden kıyaslamaya tabi tutulur. Kıyaslama sürekli bir arayışın ifadesidir (40).

2.5.3. Performans Yönetimi Sisteminin Amaçları

Performans Yönetimi Sisteminin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinde dikkate alınan temel hususlar aşağıda belirtilmiştir;

I. Organizasyonla ilgili hedeflerin spesifik bireysel hedeflere dönüştürülmesi,
II. Herhangi bir pozisyon için söz konusu olan hedeflerin gerçekleştirilmesinde gerekli olan performans kriterlerinin belirlenmesi,
III. Önceden belirlenen ölçümleme kriterlerine göre çalışanların adil, eşit ve zamanında değerlendirilmesi,

IV. Kişinin kendisinden beklenen performans sonuçları ile fiili başarı durumunu karşılaştırabilmesi için ast ile üst (değerlendirilen ile değerleyen) arasında etkin bir iletişim sürecinin gerçekleştirilmesi,
V. Performansın geliştirilmesi için organizasyon, yönetici, üst ve astların işbirliği içinde olmaları,
VI. Çalışanların başarılarının tanınması ve ödüllendirilmesi,
VII. Organizasyonun güçlü ve güçsüz yönlerinin tanımlanması,
VIII. Geri-besleme yolu ile çalışanların motive edilmesi,
IX. Kariyer planlama ve eğitim konularında yönetime gerekli bilginin sağlanması.

Sistemin asıl amaçlarını; bireysel performansın, sağlıklı ve adil standartlar ve kriterler aracılığı ile belirlenerek ölçülmesi, bu konuda kişilere bilgi verilmesi ve kişisel performansın geliştirilerek örgütsel etkinliğin artırılması oluşturur (38).

2.5.4. Bireysel Performans Değerlendirme Sisteminin Yararları

Çalışanların performansını izlemeye yönelik olarak kurulan bireysel performans değerlendirme sistemlerinin amacı, çalışanın başarısını düzenli olarak geliştirmeyi ve bu şekilde organizasyonel gelişimi sağlamayı hedefler (Performans Yönetimine Bütünsel Bir Bakış: www.acu.ac.uk/ chems/onlinepublications/930914444.pdf, 2004). Çalışanları ve dolayısıyla organizasyonu geliştirmeyi amaçlayan bireysel performans değerlendirme sistemlerinin, çalışanlara, yöneticilere ve organizasyona olan faydalarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (6, Performans Yönetimine Bütünsel Bir Bakış: www.acu.ac.uk/ chems/onlinepublications/930914444.pdf, 2004).

Çalışanlara olan faydaları:

I. Çalışanın, gösterdiği performans hakkında üstlerinin ne tür düşüncelere sahip olduğunu bilmesini sağlar,
II. Çalışanın “fark edilme” ve “tanınma” ihtiyacının karşılanmasını sağlar,
III. Performansları konusunda sorumluluk almaları yönünde çalışanları teşvik eder,
IV. Çalışanların performansları hakkında geri bildirim almalarına ve üstleri ile iki yönlü iletişim kurmalarına olanak sağlar,
V. Çalışanların kendilerinden bekleneni bilmelerini sağlayarak, güçlerini doğru yöne yönlendirmelerine yardımcı olur,

VI. Çalışanların kariyer gelişimlerine yardımcı olur (6, Performans Yönetimine Bütünsel Bir Bakış: www.acu.ac.uk/ chems/onlinepublications/9309144 44.pdf, 2004).

Yöneticilere olan faydaları:

I. Yöneticilerin astları ile ilişkilerini ve iletişimlerini güçlendirir,
II. Yöneticilerin ödüllendirilecek yüksek performanslı çalışanları doğru bir şekilde tespit etmelerini sağlar,
III. Yöneticilerin birlikte çalıştıkları kişileri daha iyi tanıyarak, daha doğru görevlendirmeler yapmalarına olanak sağlar,
IV. Yöneticilerin, kendilerine bağlı çalışanlara daha etkin bir şekilde koçluk ve yönlendirme yapmasına olanak sağlar,
V. Yöneticilerin bireysel verimliliğini artırır,
VI. Takım çalışmasını güçlendirir,
VII. Yöneticilerin kendi performanslarını da değerlendirmelerine yardımcı olur (6, Performans Yönetimine Bütünsel Bir Bakış: www.acu.ac.uk/chems/online publications/930914444.pdf, 2004).

Organizasyona olan faydaları:

I. Kurumsal hedef ve amaçların çalışanlara net olarak duyurulmasını sağlar,
II. Yönetim raporlama ve bilgi sistemine bir kaynak teşkil eder,
III. İş yerinde güçlü ve sağlıklı ilişkilerin kurulmasına yardımcı olur,
IV. Organizasyonun verimliliği artırır,
V. Organizasyonun hedeflerine ulaşma derecesinin, farklı birimler (takımlar, bölümler vb.) bazında izlenebilmesini sağlar,
VI. Organizasyon genelinde eğitim ve gelişim ihtiyaçlarının tespit edilmesine girdi sağlar (6, Performans Yönetimine Bütünsel Bir Bakış: www.acu.ac.uk/chems/ onlinepublications/930914444.pdf, 2004).

2.5.5. Görevlerin Standart Performans Saptaması

Performans standartları (etkinlik ölçüleri), görev ya da işlerin ve personelin başarı düzeyinin saptanmasını sağlar. Performans (etkinlik/verim/çıktı), belirli bir zaman birimi içerisinde üretilen mal ya da hizmet miktarıdır. Hemşirelerin ürettikleri

hizmete üretim ya da çıktı, bunların belirli bir zaman içerisindeki miktarına da performans denir (25).

Performans standartlarının saptanması, insan gücünün etkinliğinin artırılması ve temel nitelikteki yeteneklerinin bulunmasında çok etkili bir araçtır. Bu özelliği ile performans standartlarında personelin işe alınması, kademe ve derece ilerlemesi, değerlendirilmesi, denetlenmesi ve eğitilmesi işlemlerinde yararlanıldığı belirtilmiştir (25).

Performans standartlarının saptanması için, öncelikle performans analizinin yapılması gerekir. Analizde izlenecek yollar ve basamaklar şöyledir.

1- Görev/İş Alanlarının Saptanması: Görev ya da iş alanlarının saptanmasında;

a. Örgütsel bütünlük,
b. Program bütünlüğü,
c. İşlevsel bütünlük

aranır. Bazı görevleri ya da işlerin ölçülemez oluşları nedeni ile görevler; ölçülebilir ve ölçülemez diye iki gruba ayrılır.

2- İş Birimlerinin Seçimi: İş birimi, yapılan işin miktarını saptamak üzere, seçilen bir iş parçasıdır. Hemşirelik hizmetlerinde yapılan enjeksiyon sayısı buna örnek olarak verilebilir.

3- Zaman Birimlerinin Saptanması: Zaman birimi, ölçülebilen iş alanlarında yapılan her iş birimine düşen iş zamanıdır. Zaman birimi olarak genellikle saat kullanılmakla birlikte, gerektiğinde dakika, saniye, gün, hafta, ay ve yıl gibi birimler de kullanılabilir.

4- Görev ya da İşlerin Nitelik Standartlarının Saptanması: Diğer hizmetlerde olduğu gibi, hemşirelik hizmetlerinde de belirli bir zaman birimi içindeki iş miktarı standart performansın saptanmasında yeterli değildir. Çünkü belirli bir zaman birimi içinde üretilen bu hizmetlerin niceliği kadar niteliği de önemlidir. Bu nedenle, bir görev ya da iş biriminin nitelikleri açık seçik, gözlenebilir, ölçülebilir biçimde tanımlanmalıdır. Böylece performans analizi yolu ile verilmesi planlanan hizmetlerin istenilen nicelik, nitelik düzeyine ulaştırılmasında temel sağlanmalıdır (25).

2.5.6. Hemşirelik Hizmetleri Personel Performans Değerlendirme Sistemlerine Bakış

Hemşirelik hizmetlerine yönelik performans değerlendirme konusuna Türkçe yayınların çok sınırlı yer verdikleri, yabancı yayınların ise genel personel yönetimi yaklaşımı dışında çok önemli bir farklılık yaratacak boyutta olmadıkları görülmüştür. Türkçe literatürde genellikle hemşirelik hizmetleri personeline özgü performans değerlendirme sistemleri bulunmamakta, hastanede bulunan tüm birimler aynı sistem içinde ve aynı faktörlerle değerlendirilmektedir (39).

2.5.6.1. Kullanılan performans değerlendirme yöntemleri

Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirilmesinde yabancı literatürlerde genellikle, işaretleme yöntemi, ağırlıklı işaretleme yöntemi, grafik derecelendirme ve bazılarında da ağırlıklı cümle seçme yöntemi kullanıldığı görülmüştür. Hemşirelik hizmetleri personeli için, Türkiye'de kullanılmakta olan performans değerlendirme sistemlerinde, çoğunlukla puanlama sistemi ve grafik derecelendirme sistemi kullanılmaktadır (39).

2.5.6.2. Ele alınan değerlendirme faktörleri

Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirilmesinde dikkate alınan kriterler kişilerin ünvanlarına/pozisyonlarına bağlı olarak farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Hemşirelerin iş tanımları, çalıştıkları ünitelerin özelliklerine göre ve uzmanlaşma düzeylerine göre farklılık gösterir. Dolayısıyla iş tanımlarındaki bu farklılık onların performans değerlendirme standartlarını da etkiler (39).

Hemşirelik hizmetleri personelinin performansının değerlendirilmesinde ele alınan faktörler aşağıdaki gibidir.

- Hemşirelik Bakım Süreciyle İlgili Faktörler: Hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin saptanması ve değerlendirilmesi, tanılama doğrultusunda hemşirelik bakım planının geliştirilmesi, planın yürütülmesi ve sonuçların politika ve prosedürler doğrultusunda değerlendirilerek, açık, kısa, doğru ve okunaklı bir şekilde raporlaması gibi faktörlerdir.

Türkiye'deki uygulamalarda hemşirelik hizmetleri personeline özgü olarak geliştirilen sınırlı sayıdaki performans değerlendirme sisteminde,

hemşirelerin mesleki bilgilerini, meslekli özelliklerini değerlendirmeye yönelik çok az sayıda faktöre yer verilmektedir. Bunlardan en önemlileri, hastanın gereksinimlerini saptaması, karşılaması ve bunu değerlendirmesi, hastanın rahatı için çaba göstermesi faktörleridir (39).

- Kişiler Arası İlişkileriyle İlgili Faktörler: Hemşirelik hizmetleri personelinin hastalar ve aileleri ile pozitif ilişkiler kurma ve bunu hastanın bakımına katabilme becerisi; diğer sağlık meslek gruplarıyla olumlu ilişkiler kurarak hizmetin kalitesini arttırıcı, kurumun iyi tanıtılmasını sağlayıcı çabaları; hemşirelerin mesleki uygulamalarının ve davranışlarının hastane ve hemşirelik hizmetleri bölümünün politikalarıyla tutarlı şekilde yürütülmesi, arkadaşları, diğer hemşirelik personeli ve yardımcı personel ile iyi ilişkiler kurması ve onları destekleme çabası faktörleridir.

Türkiye'deki uygulamalarda hasta ve hasta yakınlarına karşı tutum, sağlık ekibi arasında bilgi akışını zamanında ve noksansız olarak sürdürme, iyi kişiler arası ilişkiler geliştirmedeki beceri gibi hususlar hemşirelik hizmetleri personelinin performansının değerlendirmesinde kriter olarak ele alınan faktörlerdir.

- Etkinlik ve Verimlilikte İlgili Faktörler: Hemşirelik hizmetleri personelinin faaliyetlerinin planlanması, eldeki olanakların etkin şekilde kullanılarak kaliteli ve verimli bir hizmet sunulması, verimsizliği giderici önlemler alınması ve kaynakların iyi kullanılması faktörleridir.

Türkiye'deki uygulamalarda hemşire personelin önemli hususları gözden kaçırmadan, düzenli ve memnuniyet verici bir çalışma sergilemesi; kendini hedefe ulaştıracak şekilde akılcı, tedbirli, planlı, yaratıcı ve rasyonel bir çalışma sergilemesi; işe devamı ve geç kalma durumu; işindeki çalışkanlığı ve verimliliği, yaptığı işin kalitesi ile üretim miktarı performansı değerlendirilirken dikkat edilen faktörlerdir (39).

- Eğitimci Rolüyle İlgili Faktörler: Hemşirelik hizmetleri personelinin eğitimle ilgili değerlendirme faktörleri üniteye yeni başlayan personelin yönergeleri ve kuralları öğrenmesi, öğrenci hemşirelerin olumlu öğrenim deneyimleri kazandırılmasının desteklenmesi, hasta ve ailesinin tedavi planları,

iyileşme ve rehabilitasyon konusunda eğitilmesi, klinik dışı eğitim programlarına katılım ve yardımcı personelin eğitimidir.

Türkiye'de uygulanan performans değerlendirme sistemlerinde, eğitim faktörüne fazla yer verilmediği belirtilmiştir. Bazı sistemlerde çalışanların eğitime katılımı, ilgisi ve katkısı çok sınırlı bir şekilde sorgulanır.

- Kişisel Özellikleriyle İlgili Faktörler: Hemşirelik personelinin yeteneği, işe ilgisi ve uygunluğu, girişimciliği, uyarılmadan hareket etme yeteneği, duyarlılığı, dayanıklılığı, dürüstlüğü, dikkati, düzeni, çalışma hızı, dakikliği, nazik ve kibar olma durumu, zeka ile ilgili yetenekleri, kavrama yeteneği, sorun çözme becerisi, sorun çözmede çabuk ve emin hareket edebilmesi, karar verme yeteneği, açık, doğru ve isabetli kararlar verebilme durumu, objektif ve soğukkanlı davranışlar sergilemesi, eleştiriye açık olması, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu, tarafsız tutumu, giyiminin temizliği ve görünüşü, güvenilirliği ve sır saklaması, kendi çıkarlarını koruma eğilimi, yönlendirilmedeki tutumu ve yeteneği, inisiyatif kullanabilmesi vb. gibi hususlara performans değerlendirilmesi yapılırken dikkat edilen faktörlerdir.

Türkiye'de uygulanan performans değerlendirme sistemlerinde, personelin çalışma alanı dışında kullanılma olanağı, yöneticilik yeteneğinin varlığı, kendini geliştirme olanaklarını kullanma yeteneği, boş zamanlarını iyi değerlendirme yeteneği ve ilerleme kapasitesi gibi faktörler kullanılır (39).

- İş Görenin Ekip Çalışmasına Katkısıyla İlgili Faktörler: Çalıştığı bölüm ve diğer alanlarla koordineli bir şekilde çalışması, değişen koşullara karşı esnek olması, işini zamanında raporlaması, grup içinde sorumluluk alması, görev ve sorumluluklarını gerektiği şekilde yerine getirmesi faktörleridir.

Türkiye'de kullanılmakta olan değerlendirme sistemlerinde sorumluluk duygusu, sorumluluk alanındaki istekliliği, ortak çalışma yeteneği, başarısı, işbirliği ve uyum içinde çalışması vb. faktörleri üzerinde durulur.

- Hemşirelik Mesleğini Algılayışları ve Meslek Ahlaklarıyla İlgili Faktörler: Etik kurallara uygun bakım verme, bakımın kalitesini güvence altına almaya çalışma, hekim isteklerine karşı profesyonel bir tutum içinde olması vb. faktörleri içerir.

Türkiye'de profesyonelleşme üzerinde fazla durulmamakta, diğer değerlendirme faktörlerinin altında çok sınırlı olarak değinilmekte ve daha çok mesleki onuru korumaya yönelik tutum ve davranışlar üzerinde durulmaktadır.

- Hemşirelerin Araştırmacı Yönüyle İlgili Faktörler: Araştırma planlarında hemşireliğe özgü problemlerin tanınması, bunları giderecek planlar yapılması, araştırma çalışmalarının personel ve hasta bakımı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarına katılması, hemşire personelinin araştırmalara katılma konusunda cesaretlendirilmesi vb. faktörlerdir.

Türkiye'de hemşirelik hizmetleri personelinin araştırıcı yönü üzerinde durulmamaktadır.

- Yöneticilerine Karşı Tutumu Ve Yönetsel Rolü İle İlgili Faktörler: Hemşire yöneticiler ile iletişim içinde olması, hemşire yönetiminde sorumluluk ve otorite düzeylerinin bilincinde davranılması, yönetici hemşirelerin istemi doğrultusunda ünitedeki araç-gereç ve malzemelerin, temizlik görevlilerinin ve diğer hizmetlilerin görevlerinin kontrolünü ve denetimini yapmada yönetici hemşirelere yardımcı olunması vb. faktörleri içerir.

Türkiye'de ise hemşirelik hizmetleri personelinin yöneticilerine karşı tutumu; şikâyetlere neden olma durumu; yöneticilerine zorluk çıkarma durumu; görev dağılımı yapabilme ve sonucunu izleyebilme becerisi; temsil yeteneği gibi hususlar dikkate alınmaktadır (39).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; Hemşirelik Müdürlük Sistemiyle çalışan hemşireler ile Hemşirelik Müdürlük Sistemiyle çalışmayan hemşireler arasındaki hemşirelik uygulamaları açısından performanslarının karşılaştırılmasına ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün etkinliğini saptamaya yönelik tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

2. Araştırmanın Evreni

Marmara Üniversitesi Hastanesi (N=208) ve GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde (N=372) devamlı kadroda çalışan ve bir yıl görev süresini tamamlamış hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Verilerin toplanması sırasında evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ama izin ve rapor kullananlar, araştırmaya katılmak istemeyenler nedeniyle çalışma Marmara Üniversitesinde görev yapan 44 (%21) hemşire ve GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde görev yapan 156 (%41) hemşire ile yürütülmüştür. Veriler Mayıs 2005-Ekim 2005 tarihleri arasında toplanmıştır.

3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bir anket formu, hemşirelerin hastanede çalışma performanslarını değerlendirme kriterlerini içeren hemşirelik uygulamaları veri formu ve hemşire sorunlarını belirlemek için öneri kısmı literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Birinci kısmı oluşturan anket formu sosyodemografik özellikleri içeren yedi adet anket sorusundan oluşmuştur. İkinci kısmı oluşturan veri formu hemşirelik uygulamalarını içeren sekiz alt boyut ve bu alt boyutlar içinde yer alan toplam 44 maddeli ölçek formundan oluşmuştur. Bu form maddeleri ile hemşirelik uygulamaları yapış sıklıklarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

4. Verilerin Değerlendirilmesi:

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 13,0 Versiyon programı kullanılmıştır. Sosyodemografik soruların değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları kullanılmıştır. Hemşirelik uygulamalarını içeren sekiz alt boyutlu ölçek formunda ise her bir alt boyuttaki soru sayısı birbirinden farklı olduğundan, boyutları birbiriyle kıyaslayabilmek için her bir alt boyutun aynı miktardaki büyüklüğü ifade edebilmesini sağlamak amacıyla alt boyutlardan elde edilen ham puanlar standart puanlara dönüştürülmüştür. Böylece hemşirelik uygulamaları alt boyutlarından sağlanan ham puanlar 100 üzerinden değerlendirilecek standart puanlara çevrilmiştir. Bu puanlar standart puanlara çevrildikten sonra bunların tanımlayıcı istatistikleri elde edilmiştir (ortalama, standart sapma, min., max. değerleri). Daha sonra da hemşirelik uygulamaları veri formuna (alt boyutlar ve alt boyut içindeki maddelere) madde analizleri, güvenilirlik analizleri (Cronbach Alpha) yapılmıştır. Alt boyutların toplam puanları arasında Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Son olarak Sosyodemeografik değişkenler ile hemşirelik uygulamaları alt boyutlarından elde edilen puanlar arasında tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA) ve farklı gruplar için t-testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu kısım verilerin değerlendirme kısmıdır. Bu nedenle yapılan analizlerin sonuçlarının sunumu bu kısımda yer almaktadır. Buna yönelik olarak bu kısımda önce anket formunda yer alan soruların sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Bu belirtilen tablolarda örneklem grubunda karşılaştırma amacıyla yer alan iki hastane GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi (GATA), Marmara Üniversitesi Hastanesi (Marmara) ve örneklemin toplamı ayrı ayrı sunulmuştur. Bu yolla hem hastanelerin birbirleriyle karşılaştırılmasına çalışılmış, hem de örneklemin tümü verilerek sonuçlar bir bütün halinde ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Tablo 1: Araştırma kapsamındaki Hastanelerin Hemşirelik Müdürlüğü Sistemiyle Çalışma Durumu ve Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımları

Hastaneler ve Hastanelerin Hemşirelik Müdürlüğü Sistemiyle Çalışma Durumları	GATA		Marmara		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	156	78,0	-	-	156	78,0
Evet	-	-	44	22,0	44	22,0
Toplam	156	78,0	44	22,0	200	100,0

Araştırma kapsamına alınan hastanelerden Hemşirelik Müdürlük Sistemi ile çalışmayan GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi hemşireleri örneklemin %78,0'ini oluşturmuşlardır. Hemşirelik Müdürlük Sistemi ile çalışan Marmara Üniversitesi Hastanesi hemşireleri ise örneklemin %22,0'sini oluşturmuşlardır (Bkz. Tablo 1).

Tablo 2: Görüşme Yapılan Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastanelere Göre Örneklemin Sosyodemografik Dağılımı		GATA (Hayır)		Marmara (Evet)		Toplam	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	25 ve altı	35	22,7	8	18,2	43	21,7
	25–30	87	56,5	17	38,6	104	52,5
	31 ve üstü	32	20,8	19	43,2	51	25,8
Toplam		154	100,0	44	100,0	198	100,0
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	11	7,1	6	13,6	17	8,5
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	77	49,4	14	31,8	91	45,5
	Hemşirelik Yüksek Okulu	54	34,6	19	43,2	73	36,5
	Yüksek Lisans	14	9,0	5	11,4	19	9,5
Toplam		156	100,0	44	100,0	200	100,0
Medeni Durum	Evli	70	44,9	22	50,0	92	46,0
	Bekâr	83	53,2	19	43,2	102	51,0
	Boşanmış/Dul	3	1,9	3	6,8	6	3,0
Toplam		156	100,0	44	100,0	200	100,0
Çalışma Süresi	1–3 yıl	73	46,8	12	27,3	85	42,5
	4–9 yıl	71	45,5	19	43,2	90	45,0
	10 yıl ve üstü	12	7,7	13	29,5	25	12,5
Toplam		156	100,0	44	100,0	200	100,0

Yukarıdaki tabloda görüşme yapılan hemşirelerin hastanelere göre sosyodemografik dağılımları gösterilmiştir. Tabloya göre görüşme yapılan hemşirelerin %21,7'si 25 yaş ve altı, %52,5'i 25–30 yaş ve %25,8'i 31 yaş ve üstü oluşturmuştur. İki hastaneye genel bakıldığında çalışan hemşirelerin yarısının biraz fazlasının 25–30 yaş grubundaki hemşirelerden oluştuğu görülmüştür. Hemşirelerin öğrenim durumlarına bakıldığında hemşirelerin %8,5'inin Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %45,5'inin Sağlık Meslek Yüksek Okulu mezunu, %36,5'inin Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu ve %9,5'inin Yüksek Lisans mezunu olduğu görülmüştür. Hemşirelerin büyük çoğunluğunu üniversite mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında hemşirelerin %46,0'ı evli, %51,0'ı bekârdır. Çalışma sürelerine göre hemşirelerin %42,5'inin görev süreleri 1–3 yıl, %45,0'ının görev süreleri 4–9 yıl ve %12,5'inin görev süreleri 10 yıl ve üstüdür. Araştırmaya katılan

çalışan hemşirelerin yarıya yakınını yeni hemşire diyebileceğimiz 1–3 yıl görev süreli hemşireler oluşturmaktadır.

Tablo 3: Görüşme Yapılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüm ve Alana Göre Dağılımı

Hemşirelerin Hastanelere Göre Çalışma Durumları		GATA (Hayır)		Marmara (Evet)		Toplam	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalıştığınız Bölüm	Cerrahi Klinik Hemşiresi	65	41,9	23	52,3	88	44,2
	Cerrahi, Dahili Klinik Hemşiresi	-	-	1	2,3	1	0,5
	Dahili Klinik Hemşiresi	65	41,9	13	29,5	78	39,2
	Dahili Klinik, Eğitim Hemşiresi	1	0,6	-	-	1	0,5
	Laboratuar Hemşiresi	6	3,9	-	-	6	3,0
	Diğer	18	11,6	7	15,9	25	12,6
Toplam		155	100,0	44	100,0	199	100,0
Çalışma Alanınız	Klinik	62	47,0	29	65,9	91	51,7
	Klinik, Yoğun Bakım	6	4,5	5	11,4	11	6,3
	Klinik, Poliklinik	17	12,9	-	-	17	9,7
	Klinik, Diğer	3	2,3	-	-	3	1,7
	Yoğun Bakım	18	13,6	8	18,2	26	14,8
	Poliklinik	1	0,75			1	0,6
	Diğer	24	18,2	2	4,5	26	14,8
	Klinik, Yoğun Bakım, Poliklinik	1	0,75	-	-	1	0,6
Toplam		132	100	44	100	176	100,0

GATA ve Marmara Hastanelerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre dağılımlarına bakıldığında hemşirelerin %44,2'sinin Cerrahi Klinik Hemşiresi, %0,5'inin Cerrahi ve Dâhili Klinik Hemşiresi ve Eğitim ve Dâhili Klinik Hemşiresi, %39,2'sinin Dâhili Klinik Hemşiresi, %3,0'ının Laboratuar Hemşiresi ve %12,6'sının Diğer bölümlerde çalıştıkları görülmüştür. Hemşirelerin çalışma alanlarına göre dağılımlarına bakıldığında hemşirelerin %51,7'si sadece klinikte görevli, %6,3'ü hem klinik, hem yoğun bakımda görevli, %9,7'si hem klinik, hem poliklinik görevli, %1,7'si klinik, diğer (heyet, eğitim, poliklinik vb.) alanlarda görevli, %14,8'i sadece yoğun bakımda görevli, %0,6'sı sadece poliklinikte görevli, %14,8'i diğer alanlarda görevli ve %0,6'sı klinik, yoğun bakım ve poliklinikte görevli olduğu görülmüştür. Araştırmaya alınan hemşirelerin geneline bakıldığında hemşirelerin yarısına yakınının cerrahi klinik hemşiresi olduğu ve yarısının biraz fazlasının kliniklerde görev yapmakta olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 3).

Tablo 4: Hastanelere Hemşirelerin Göre Yaş ve Çalışma Süreleri Dağılımlarını Gösteren Tanımlayıcı İstatistiksel Tablo

Hastanelere Göre Hemşirelerin Yaş Ve Çalışma Süreleri Dağılımları		n	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Marmara Üniversitesi Hastanesi	**Yaş**	44	23	42	30,43	4,453
	Çalışma Süresi	44	1,00	16,00	7,5114	4,39409
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi	**Yaş**	154	22	47	28,52	4,295
	Çalışma Süresi	156	1,00	25,00	4,5545	3,15440
Toplam	**Yaş**	198	22	47	28,94	4,392
	Çalışma Süresi	200	1,00	25,00	5,2050	3,66471

Yukarıdaki tabloda hastanelere göre hemşirelerin yaş ve çalışma yıllarına göre dağılımları görülmektedir. Buna göre Marmara Üniversitesi Hastanesinde çalışan 44 hemşirenin yaşa göre, 23 ile 43 yaş arasında dağıldıkları ve ortalamanın 30,43 yaş (±4,45) olduğu görülmüştür. Aynı hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımlarına bakıldığında, 1 ile 16 yıl arasında dağılım gösterdikleri ve ortalamanın 7,51 yıl (±4,39) olduğu görülmüştür. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesine çalışan 156 hemşirenin ise yaşa göre, 22 ile 47 yaş arasında dağıldıkları ve ortalamanın 28,52 yaş (±4,29) olduğu görülmüştür. Çalışma yıllarına bakıldığında ise 1 ile 25 yıl arasında dağılım gösterdikleri ve ortalamanın 7,51 yıl (±4,55) olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Uygulamaları Veri Formundan Elde Edilen Ham puanlara göre Tanımlayıcı İstatistikler

Hemşirelik uygulamalarıyla ilgili verilerden elde edilen toplam puanların tanımlayıcı istatistikleri aşağıda sunulmuştur. Bu toplam puanlar her bir alt ölçekte farklı sayıda madde bulunmasından dolayı farklı puan aralıklarında gerçekleşmiştir. Bundan dolayı bu puanlar standart puanlara dönüştürülmüştür. Aşağıdaki tabloda GATA, Marmara ve tüm örneklem grubu için alt ölçeklerin toplam puanlarının tanımlayıcı istatistiksel değerleri ayrı ayrı verilmiştir.

Tablo 5: Hemşirelik Uygulamaları Veri Formu Alt Boyutlarının Hastanelere Göre Tanımlayıcı İstatistiksel Tablo

Hemşirelik Uygulamaları Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistiklerine Göre Hastaneler		En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
GATA n=156	Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	7	35	24,09	4,877
	Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	7	35	28,53	6,583
	Hastanın tedavi uygulamaları	3	15	13,19	1,984
	Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	12	60	43,86	12,205
	Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	6	30	24,97	4,721
	Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	4	20	15,47	4,404
	Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	5	20	17,78	2,749
	Eğitimle ilgili uygulamalar	4	20	12,53	4,025
Marmara n=44	Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	12	32	24,91	4,675
	Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	14	35	30,50	5,236
	Hastanın tedavi uygulamaları	8	15	13,32	1,709
	Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	22	58	45,00	7,853
	Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	10	27	17,61	4,421
	Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	11	20	15,95	2,505
	Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	12	20	16,66	2,685
	Eğitimle ilgili uygulamalar	5	20	12,00	3,035
Toplam n=200	Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	7	35	24,27	4,834
	Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	7	35	28,97	6,352
	Hastanın tedavi uygulamaları	3	15	13,22	1,924
	Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	12	60	44,11	11,384
	Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	6	30	23,35	5,560
	Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	4	20	15,58	4,063
	Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	5	20	17,53	2,767
	Eğitimle ilgili uygulamalar	4	20	12,41	3,828

Yukarıdaki tabloda her bir soruya kaç kişinin cevap verdiği bütün ve hastanelere göre bölünmüş olarak gösterilmiştir. Bu alt bölümlere kaç kişi cevap vermişse, verdikleri cevaplar toplanarak kişi sayısına bölünmüş ve her bir alt bölüm için verilen cevapların ortalama değerleri elde edilmiştir. Önceki tanımlayıcı istatistiksel analizler tablolarında olduğu gibi burada da ortalama değerler ile birlikte standart sapma, her bir

soru için verilen en düşük ve en yüksek puanlar tablolara eklenerek yukarıda gösterilmiştir.

Tabloya göre alt boyutların, GATA için ortalamanın 12,53 ile 43,86 değerleri arasında değiştiği, Marmara için ortalamanın 12,00 ile 44,11 değerleri arasında değiştiği, her iki hastane için de ortalamanın 12,41 ile 45,00 değerleri arasında değiştiği görülmüştür (Bkz. Tablo 5).

Hemşirelik Uygulamaları Veri Formundan Elde Edilen Standart Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri

Aşağıdaki tablo her iki hastane ve örneklemin bütünü için aynı şekilde oluşturulmuştur. Her bir alt ölçekten elde edilen puanların birbirleriyle karşılaştırılabilir olması için puanlar yüzlük standart puanlara dönüştürülmüştür. Dönüştürme işlemi her bir alt ölçeğin olası maksimum puanı "100" olacak şekilde ayarlanmıştır. Böylece her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan "100" olurken en düşük puanda "0"'a karşılık gelmektedir. Bu yolla tüm alt ölçekler aynı puan aralığında (0–100) değer almış olmaktadır. Böylece bir kişinin (ve/veya iki farklı kişinin) iki farklı ölçekte aldığı puanlar birbirleriyle karşılaştırılabilir (veya kıyaslanabilir) olmaktadır. Yapılan dönüştürmeden sonra elde edilen standart puan ortalamaları, ham puan değerlendirmesinde olduğu gibi iki ayrı hastane ve tüm örneklem grubu için ayrı ayrı sunulmuştur. Bu tablo daha önce sunulan alt bölümlere ilişkin ham puanları gösteren tanımlayıcı istatistiksel tablolara ek olarak alt bölümlerin 100'lük puanlara çevrildiği tanımlayıcı istatistiksel tablodur.

Tablo 6: Standart Puanlara Çevrilmiş Hemşirelik Uygulamaları Veri Formu Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistiksel Tablosu

Hastanelere Göre Standart Puanlara Dönüştürülmüş Hemşirelik Uygulamaları Alt Boyutları		En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
GATA N=156	Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	20	100	68,83	13,934
	Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	20	100	81,52	18,810
	Hastanın tedavi uygulamaları	20	100	87,95	13,228
	Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	20	100	73,10	20,342
	Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	20	100	83,23	15,737
	Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	20	100	77,37	22,022
	Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	25	100	88,88	13,744
	Eğitimle ilgili uygulamalar	20	100	62,63	20,124
Marmara N=44	Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	34	91	71,17	13,356
	Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	40	100	87,14	14,961
	Hastanın tedavi uygulamaları	53	100	88,79	11,391
	Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	37	97	75,00	13,089
	Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	33	90	58,71	14,737
	Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	55	100	79,77	12,527
	Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	60	100	83,30	13,423
	Eğitimle ilgili uygulamalar	25	100	60,00	15,173
Toplam N=200	Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	20	100	69,34	13,810
	Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	20	100	82,76	18,149
	Hastanın tedavi uygulamaları	20	100	88,13	12,824
	Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	20	100	73,52	18,973
	Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	20	100	77,83	18,533
	Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	20	100	77,90	20,314
	Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	25	100	87,65	13,836
	Eğitimle ilgili uygulamalar	20	100	62,05	19,141

GATA'da çalışan hemşirelerin hemşirelik uygulamaları alt boyutlarına verdikleri puanlara göre ortalamanın 62,63 ile 88,88 değerleri arasında olduğu görülmüştür. Marmara'da çalışan hemşirelerin hemşirelik uygulamaları alt boyutlarına

verdikleri puanlara göre ortalamanın ise 60,00 ile 88,79 değerleri arasında olduğu görülmüştür. Her iki hastanenin toplamı için de ortalama değerlerin 58,71 ile 88,88 arasında olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 6).

Hemşirelik Uygulamaları Veri Formu Alt Boyutları Maddelerinin Sayı ve Yüzde Dağılımları

Bu tablolarda her bir hemşirelik uygulamaları alt boyutu için alt boyutlarda yer alan her bir maddeye, örneklemin 5'li likert tipi cevap seçenekleri olan "çok sık"tan "hiç"e kadar olan aralıkta örneklemin verdiği cevapların hepsi için elde edilen sayı ve yüzde dağılımları sunulmuştur (Bkz. Ek 1: Anket ve Veri Formu).

Tablo 7: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastaların Servise Kabulü ve Hastaneye Uyumu Uygulamaları" Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastayı servise kabul etme	2	1,0	4	2,0	14	7,0	42	21,0	138	69,0
Hastayı odasına götürme ve yatağını gösterme	6	3,0	29	14,5	25	12,5	62	31,0	78	39,0
Hastaya odadaki diğer hastalarla tanıştırma	64	32,0	72	36,0	43	21,5	14	7,0	7	3,5
Hasta ve ailesine hastane kuralları ile ilgili bilgi verme	8	4,0	23	11,5	44	22,0	51	25,5	74	37,0
Servise kabul edildikten sonra, Hastanın yaşam bulgularını ve genel durumunu hemşire gözlem formuna kaydetme	7	3,5	10	5,0	11	5,5	25	12,5	147	73,5
Hastaya bakım planı hazırlama ve uygulama	50	25,0	45	22,5	34	17,0	38	19,0	33	16,5
Hastadan ve ailesinden alışkanlıkları ve adetleri ile ilgili bilgi alma	34	17,0	78	39,0	39	19,5	27	13,5	22	11,0

Yukarıdaki tabloya göre çalışmaya alınan hemşirelerin "hastanın servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları" alt boyutu içinde; "hastayı servise kabul etme" ve "servise kabul edildikten sonra, hastanın yaşam bulgularını ve genel durumunu hemşire

gözlem formuna kaydetme" maddelerinde "çok sık" seçeneğini daha çok işaretlendiği, "hastayı odasına götürme ve yatağını gösterme" ve "hasta ve ailesine hastane kuralları ile ilgili bilgi verme" maddelerinde "çok sık" ve "sık" seçeneklerini daha çok işaretlendiği, "hastaya odadaki diğer hastalarla tanıştırma" ve "hastaya bakım planı hazırlama ve uygulama" maddelerinde "hiç" ve "seyrek" seçeneklerini daha çok işaretlendiği, "hastadan ve ailesinden alışkanlıkları ve adetleri ile ilgili bilgi alma" maddesinde ise "seyrek" seçeneğinin daha fazla olmasıyla birlikte diğer seçeneklerin hepsinde yaklaşık olarak eşit düzeyde işaretleme yaptıkları görülmüştür.

Tablo 8: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Genel Durumu İle İlgili Değişikliklerin İzlenmesi Uygulamaları" Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta tansiyon takibi	3	1,5	4	2,0	21	10,5	43	21,5	129	64,5
Hasta ateş takibi	5	2,5	10	5,0	21	10,5	41	20,5	123	61,5
Hasta nabız takibi	4	2,0	7	3,5	18	9,0	38	19,0	133	66,5
Hasta solunum takibi	10	5,0	35	17,5	38	19,0	35	17,5	82	41,0
Bilinç durumu	4	2,0	26	13,0	21	10,5	54	27,0	95	47,5
Oryantasyon durumu	5	2,5	24	12,0	26	13,0	58	29,0	87	43,5
Kooperasyon durumu	7	3,5	23	11,5	29	14,5	51	25,5	90	45,0

Yukarıdaki tabloya göre "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutu içinde; "hasta tansiyon takibi", " hasta ateş takibi", "hasta nabız takibi" ve "hasta solunum takibi" maddelerinde "çok sık" seçeneğinin daha çok işaretlendiği, "bilinç durumu", "oryantasyon durumu" ve "kooperasyon durumu" maddelerinde ise "çok sık" ve" sık" seçeneklerinin diğerlerine kıyasla daha fazla işaretlendiği görülmüştür.

Tablo 9: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Tedavi Uygulamaları " Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaya tedavi yapmadan önce bilgi vermek	1	0,5	11	5,5	28	14,0	57	28,5	103	51,5
İlaç uygulaması sırasında 5 doğru kuralı uyguluyor musunuz?(doğru hasta, yol, zaman, ilaç, doz)	2	1,0	-	-	3	1,5	24	12,0	171	85,5
Verilen ilacın etki ve yan etkisini izleyip kaydedebiliyor musunuz?	6	3,0	8	4,0	31	15,5	58	29,0	97	48,5

Hemşirelik uygulamaları alt boyutlarından biri olan "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu içinde hemşirelerin; "hastaya tedavi yapmadan önce bilgi vermek", "ilaç uygulaması sırasında 5 doğru kuralı uyguluyor musunuz? (doğru hasta, doğru yol, doğru zaman, doğru ilaç, doğru doz)" ve "verilen ilacın etki ve yan etkisini izleyip kaydedebiliyor musunuz?" maddelerinde "çok sık" seçeneğini çoğunlukla işaretledikleri görülmüştür (Bkz. Tablo 9).

Tablo 10: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Fiziksel Gereksinimlerinin Giderilmesi Uygulamaları" Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendi yemek yiyemeyen hastaya yemek yedirmek	18	9,0	49	24,5	37	18,5	35	17,5	61	30,5
Diyetine uygun yemek yiyip yemediğini kontrol etmek	6	3,0	13	6,5	25	12,5	49	24,5	107	53,5
Hastaya boşaltım ihtiyaçlarını gidermesinde yardımcı olmak	6	3,0	30	15,0	39	19,5	56	28,0	69	34,5
Hastanın temizlenmesine ve dinlenmesini sağlamak	7	3,5	26	13,0	53	26,5	57	28,5	57	28,5
Hastaya uygun pozisyon vermek	8	4,0	20	10,0	30	15,0	68	34,0	74	37,0
Hastane enfeksiyonlarına karşı koruyucu bakım vermek	5	2,5	29	14,5	40	20,0	55	27,5	71	35,5
Hastanın solunumuna yardımcı olmak gerekiyorsa solunum egzersizi yaptırmak	12	6,0	47	23,5	35	17,5	45	22,5	61	30,5
Hastayı Aspire etmek	22	11,0	36	18,0	39	19,5	37	18,5	66	33,0
Hastaya trakeostomi bakımı vermek	53	26,5	40	20,0	28	14,0	26	13,0	53	26,5
ihtiyaca göre Oksijen uygulamak	5	2,5	19	9,5	31	15,5	43	21,5	102	51,0
Yatak yarası oluşmaması için gerekli uygulamalar yapmak	20	10,0	18	9,0	25	12,5	44	22,0	93	46,5
Yatak yarası oluştuysa bakımını yapmak	26	13,0	30	15,0	18	9,0	40	20,0	86	43,0

Yukarıdaki tabloya göre "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu içinde; "diyetine uygun yemek yiyip yemediğini kontrol etmek", "ihtiyaca göre oksijen uygulamak", "yatak yarası oluşmaması için gerekli uygulamalar yapmak" ve "yatak yarası oluştuysa bakımını yapmak" maddelerinde "çok sık" seçeneğinin çoğunlukla işaretlendiği görülmüştür. "Hastaya boşaltım ihtiyaçlarını gidermesinde yardımcı olmak" ve "hastaya uygun pozisyon vermek" maddelerinde de "çok sık" ve "sık" seçeneklerinin daha çok işaretlendiği görülmüştür. "Kendi yemek yiyemeyen hastaya yemek yedirmek" ve "hastanın solunumuna yardımcı olmak gerekiyorsa solunum egzersizi yaptırmak" maddelerinde "hiç" dışındaki seçeneklerin yaklaşık olarak eşit düzeyde işaretlendikleri, "hastayı aspire etmek" ve "hastaya

trakeostomi bakımı vermek" maddelerinde ise bütün seçeneklerin birbirine yakın düzeyde işaretlendikleri görülmüştür.

Tablo 11: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hasta Muayenesi Ve Tanı İşlemleri Uygulamaları" Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastayı muayeneye hazırlamak	18	9,0	25	12,5	26	13,0	33	16,5	98	49,0
Muayene sırasında hekime yardımcı olmak	12	6,0	33	16,5	19	9,5	38	19,0	98	49,0
Hastaya, yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek	7	3,5	20	10,0	27	13,5	59	29,5	87	43,5
Hastayı, tetkik ve ameliyat için psikolojik ve fizyolojik olarak hazırlamak	8	4,0	22	11,0	52	26,0	47	23,5	71	35,5
Hasta ve yakınlarına hekimle birlikte tanı ve tedavisi hakkında bilgi vermek	15	7,5	41	20,5	51	25,5	52	26,0	41	20,5
Hastanın genel durumundaki tüm değişiklikleri hekime iletmek ve gözlem formuna kaydetmek	2	1,0	3	1,5	22	11,0	27	13,5	146	73,0

"Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutunda araştırma kapsamındaki hemşirelerin; "hastayı muayeneye hazırlamak", "muayene sırasında hekime yardımcı olmak" ve "hastanın genel durumundaki tüm değişiklikleri hekime iletmek ve gözlem formuna kaydetmek" maddelerinde "çok sık" seçeneğini çoğunlukla işaretledikleri, "hastaya, yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek" maddesinde "çok sık" ve "sık" seçeneklerini daha çok işaretledikleri, "hastayı, tetkik ve ameliyat için psikolojik ve fizyolojik olarak hazırlamak" maddesinde "orta sıklık", "sık" ve "çok sık" seçeneklerini daha çok işaretledikleri, "hasta ve yakınlarına hekimle birlikte tanı ve tedavisi hakkında bilgi vermek" maddesinde ise "hiç" dışındaki seçeneklerde yaklaşık olarak eşit düzeyde işaretleme yaptıkları görülmüştür (Bkz. Tablo 11).

Tablo 12: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Ölümcül Olması ve Ölümü Halindeki Uygulamalar" Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastayı yalnız bırakmamak, hasta ve yakınlarıyla hekimle birlikte iletişim kurmak	12	6,0	30	15,0	36	18,0	60	30,0	62	31,0
Hastaya sakin ve huzurlu bir ortam sağlamak	14	7,0	20	10,0	47	23,5	59	29,5	60	30,0
Ölen hastanın eşyalarını varsa yakınlarına yoksa hastanenin ilgili bölümündeki görevliye teslim etmek	18	9,0	10	5,0	24	12,0	36	18,0	112	56,0
Bunların yapılması sırasında insan onuruna uygunluk ilkeleri ve deontoloji kurallarına uyulmasına özen göstermek	10	5,0	14	7,0	17	8,5	43	21,5	116	58,0

Tabloya 12'ye göre "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutundaki maddeleri içinde; "hastayı yalnız bırakmamak, hasta ve yakınlarıyla hekimle birlikte iletişim kurmak", maddesinde "çok sık" ve "sık" seçeneklerinin daha çok işaretlendiği, "hastaya sakin ve huzurlu bir ortam sağlamak" maddesinde "çok sık", "sık" ve "orta sıklıkta" seçeneklerinin daha çok ve birbirine yakın düzeyde işaretlendikleri, "ölen hastanın eşyalarını varsa yakınlarına yoksa hastanenin ilgili bölümündeki görevliye teslim etmek" ve "bunların yapılması sırasında insan onuruna uygunluk ilkeleri ve deontoloji kurallarına uyulmasına özen göstermek" maddelerinde ise "çok sık" seçeneğinin çoğunlukla işaretlendiği görülmüştür.

Tablo 13: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Servisle İlgili Malzeme, Araç-Gereç Teminiyle İlgili Uygulamalar" Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Servisteki tıbbi araç-gereci her an kullanıma hazır bulundurmak	1	0,5	1	0,5	19	9,5	60	30,0	119	59,5
Eksik ve onarımı gereken malzemelerin tamirini ve yerine konulmasını sağlamak	-	-	9	4,5	31	15,5	64	32,0	96	48,0
Servisteki ilaçların temin edilmesini ve uygun şekilde korunmasını sağlamak	3	1,5	2	1,0	13	6,5	58	29,0	124	62,0
Servisin düzenlenmesi, temizlenmesi, aydınlatılması, ısıtılması gibi işlemlerin görevlilerce yerine getirilmesini sağlamak	2	1,0	5	2,5	27	13,5	57	28,5	109	54,5

Yukarıdaki tabloya göre "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutunda bulunan "servisteki tıbbi araç-gereci her an kullanıma hazır bulundurmak", "eksik ve onarımı gereken malzemelerin tamirini ve yerine konulmasını sağlamak", "servisteki ilaçların temin edilmesini ve uygun şekilde korunmasını sağlamak ve "servisin düzenlenmesi, temizlenmesi, aydınlatılması, ısıtılması gibi işlemlerin görevlilerce yerine getirilmesini sağlamak" maddelerinde "çok sık" ve "sık" seçeneklerinin çoğunlukla işaretlendikleri görülmüştür.

Tablo 14: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Eğitimle İlgili Uygulamalar" Alt Boyutundaki Maddelerin Sayı ve Yüzde Dağılımları

	Hiç		Seyrek		Orta Sıklıkta		Sık		Çok Sık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hizmet içi eğitim programı hazırlamak ve sunmak	26	13,0	50	25,0	49	24,5	36	18,0	39	19,5
Hastalara hastalıkları ile ilgili sağlık eğitimi vermek	18	9,0	51	25,5	61	30,5	31	15,5	39	19,5
Öğrenci hemşirelerin eğitiminde onları sürekli denetlemek	51	25,5	16	8,0	35	17,5	45	22,5	53	26,5
Servis sorumlu hemşiresi olmadığında gerekli yöneticilik görevini üstlenmek	37	18,5	40	20,0	39	19,5	39	19,5	45	22,5

"Eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutundaki "hizmet içi eğitim programı hazırlamak ve sunmak", "hastalara hastalıkları ile ilgili sağlık eğitimi vermek", "öğrenci hemşirelerin eğitiminde onları sürekli denetlemek" ve "servis sorumlu hemşiresi olmadığında gerekli yöneticilik görevini üstlenmek" maddelerinin tüm seçeneklerinde yaklaşık olarak aynı düzeyde işaretlemenin olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 14).

Güvenilirlik ve Madde Analizi

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin hemşirelik uygulamaları açısından etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan 8 alt boyut ve toplam 44 sorudan oluşan hemşirelik uygulamalarına ait veri formunun, daha önceden oluşturulmuş geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış standart bir ölçek olmadığı için araştırmanın bu kısmında alt boyutlar düzeyinde güvenilirlik ve madde analizi yöntemiyle incelenmesi yoluna gidilmiştir. Böylece her bir alt boyuttan elde edilen toplam puanların ne oranda güvenilir olduğuna yönelik bilgi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu yolla alt boyut toplam puanlarına dayanılarak daha sonra sunulacak olan örneklem gruplarının karşılaştırma sonuçlarına ilişkin geçerlilik ortaya konulmaya çalışılmıştır. Aşağıda alt boyutlar için güvenilirlik ve madde analizleri yapılmış ve tablolar halinde verilmiştir. Güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha (İç Tutarlık Katsayısı) değerinin geçerli olabilmesi için en az 0,70 değerinde olması gerekir (41). Bu doğrultuda, her bir alt boyut için elde edilen güvenilirlik kat sayısının yüksekliği oranında alt boyut faktörlerinin söz konusu konuyu ölçmede isabetli olduğu gösterilmeye çalışılmıştır.

Tablo 15: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastaların Servise Kabulü ve Hastaneye Uyumu Uygulamaları" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,711	7

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Hastayı servise kabul etme	19,7200	19,801	0,415	0,685
Hastayı odasına götürme ve yatağını gösterme	20,3850	17,253	0,491	0,660
Hastaya odadaki diğer hastalarla tanıştırma	22,1300	18,546	0,407	0,682
Hasta ve ailesine hastane kuralları ile ilgili bilgi verme	20,4700	17,416	0,467	0,666
Servise kabul edildikten sonra, Hastanın yaşam bulgularını ve genel durumunu hemşire gözlem formuna kaydetme	19,7950	18,827	0,382	0,688
Hastaya bakım planı hazırlama ve uygulama	21,4750	16,321	0,433	0,680
Hastadan ve ailesinden alışkanlıkları ve adetleri ile ilgili bilgi alma	21,6450	17,778	0,393	0,686

Yukarıdaki tabloda yer alan "hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları" alt boyutuna ait yedi maddenin, madde-ölçek toplam puan korelasyon değerlerinin 0,38 ile 0,49 değerleri arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur. Bu katsayı Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerden yüksektir (41). Bu doğrultuda "hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları" alt boyutunun hemşirelik uygulamaları veri formu için kullanılacak düzeyde güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 16: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Genel Durumu İle İlgili Değişikliklerin İzlenmesi Uygulamaları" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,927	7

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Hasta tansiyon takibi	24,5100	31,799	0,793	0,916
Hasta ateş takibi	24,6300	30,827	0,751	0,917
Hasta nabız takibi	24,5200	31,015	0,810	0,913
Hasta solunum takibi	25,2450	30,266	0,590	0,938
Bilinç durumu	24,9150	28,822	0,843	0,908
Oryantasyon durumu	24,9750	28,768	0,852	0,907
Kooperasyon durumu	24,9950	28,628	0,825	0,910

"Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutunda yer alan yedi adet maddenin, madde-ölçek toplam puan korelasyon değerleri 0,59 ile 0,85 değerleri arasında değişmektedir. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuş ve bu katsayı Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerden oldukça yüksektir (41). Buna göre "Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutunun araştırmanın amacı için güvenilir olduğu anlaşılmıştır (Bkz. Tablo 16).

Tablo 17: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Tedavi Uygulamaları" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,601	3

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Hastaya tedavi yapmadan önce bilgi vermek	8,9700	1,768	0,434	0,467
İlaç uygulaması sırasında 5 doğru kuralı uyguluyor musunuz?(doğru hasta, yol, zaman, ilaç, doz)	8,4100	2,665	0,404	0,566
Verilen ilacın etki ve yan etkisini izleyip kaydedebiliyor musunuz?	9,0600	1,484	0,467	0,427

"Hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutunda yer alan dört adet maddenin, madde-ölçek toplam puan korelasyon değerleri 0,40 ile 0,46 değerleri arasında değişiklik göstermiştir. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,60 olarak bulunmuştur. Bu katsayı Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerinden düşüktür (41). Düşük olmasının muhtemel nedeni olarak alt boyuttaki madde sayısının az olması düşünülmektedir. Güvenilirlik analizi sonucunun çok düşük olmayışından dolayı, alt ölçeklerin toplu puanlarının alınması yoluyla örneklemdeki karşılaştırma gruplarına ilişkin yorum yapılmasında sakınca görülmemiştir (Bkz. Tablo 17).

Tablo 18: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Fiziksel Gereksinimlerinin Giderilmesi Uygulamaları" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,926	12

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Kendi yemek yiyemeyen hastaya yemek yedirmek	40,7500	108,982	0,654	0,921
Diyetine uygun yemek yiyip yemediğini kontrol etmek	39,9200	114,587	0,600	0,923
Hastaya boşaltım ihtiyaçlarını gidermesinde yardımcı olmak	40,3500	111,013	0,701	0,919
Hastanın temizlenmesine ve dinlenmesini sağlamak	40,4550	112,400	0,665	0,920
Hastaya uygun pozisyon vermek	40,2100	110,719	0,740	0,917
Hastane enfeksiyonlarına karşı koruyucu bakım vermek	40,3200	112,641	0,640	0,921
Hastanın solunumuna yardımcı olmak gerekiyorsa solunum egzersizi yaptırmak	40,6300	107,139	0,769	0,916
Hastayı Aspire etmek	40,6650	107,189	0,710	0,918
Hastaya trakeostomi bakımı vermek	41,1800	106,621	0,633	0,923
İhtiyaca göre Oksijen uygulamak	40,0200	112,482	0,663	0,920
Yatak yarası oluşmaması için gerekli uygulamalar yapmak	40,2500	106,148	0,773	0,915
Yatak yarası oluştuysa bakımını yapmak	40,4600	105,586	0,719	0,918

"Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutunda yer alan on iki adet maddeye ait madde-ölçek toplam puan korelasyon değerlerinin 0,60 ile 0,77 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Bu katsayı Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerden oldukça yüksektir (41). Buna göre "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutunun araştırma amacı için güvenilir olduğu anlaşılmıştır (Bkz. Tablo 18).

Tablo 19: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hasta Muayenesi Ve Tanı İşlemleri Uygulamaları" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,869	6

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Hastayı muayeneye hazırlamak	19,5100	19,608	0,766	0,829
Muayene sırasında hekime yardımcı olmak	19,4650	19,667	0,800	0,822
Hastaya, yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek	19,3550	21,677	0,751	0,833
Hastayı, tetkik ve ameliyat için psikolojik ve fizyolojik olarak hazırlamak	19,5950	21,890	0,701	0,841
Hasta ve yakınlarına hekimle birlikte tanı ve tedavisi hakkında bilgi vermek	20,0350	22,144	0,633	0,853
Hastanın genel durumundaki tüm değişiklikleri hekime iletmek ve gözlem formuna kaydetmek	18,7900	27,182	0,355	0,889

"Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutuna ait altı adet maddenin, madde-ölçek toplam puan korelasyon değerleri 0,35 ile 0,80 değerleri arasında bulunmuştur. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,86 bulunmuştur. Bu katsayı Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerden oldukça yüksektir (41). Buna göre bu alt boyutun araştırma amacı için güvenilir olduğu anlaşılmıştır (Bkz. Tablo 19).

Tablo 20: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Hastanın Ölümcül Olması ve Ölümü Halindeki Uygulamalar" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,847	4

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Hastayı yalnız bırakmamak, hasta ve yakınlarıyla hekimle birlikte iletişim kurmak	11,9300	9,714	0,688	0,804
Hastaya sakin ve huzurlu bir ortam sağlamak	11,9250	10,160	0,637	0,826
Ölen Hastanın eşyalarını varsa yakınlarına yoksa hastanenin ilgili bölümündeki görevliye teslim etmek	11,5100	9,417	0,676	0,811
Bunların yapılması sırasında insan onuruna uygunluk ilkeleri ve deontoloji kurallarına uyulmasına özen göstermek	11,3750	9,743	0,742	0,782

Yukarıdaki tabloya göre "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutunda yer alan dört adet maddenin, madde-ölçek toplam puan korelasyon değerleri 0,63 ile 0,74 arasında değişmektedir. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,84 bulunmuştur. Bu katsayı Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerden (41) yüksek olduğu için "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutunun araştırmanın amacı için güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 21: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Servisle İlgili Malzeme, Araç-Gereç Teminiyle İlgili Uygulamalar" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,866	4

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Servisteki tıbbi araç-gereci her an kullanıma hazır bulundurmak	13,0550	4,726	0,757	0,817
Eksik ve onarımı gereken malzemelerin tamirini ve yerine konulmasını sağlamak	13,2950	4,320	0,709	0,833
Servisteki ilaçların temin edilmesini ve uygun şekilde korunmasını sağlamak	13,0400	4,782	0,652	0,854
Servisin düzenlenmesi, temizlenmesi, aydınlatılması, ısıtılması gibi işlemlerin görevlilerce yerine getirilmesini sağlamak	13,2000	4,171	0,762	0,810

Tablo 21'e göre "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu içinde bulunan dört adet maddenin, madde-ölçek toplam puan korelasyon değerleri 0,65 ile 0,76 değerleri arasında değişmektedir. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,86 bulunmuştur. Bu katsayının Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerden (41) yüksek olmasından dolayı "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutunun söz konusu amaç için güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 22: Hemşirelik Uygulamaları Ölçeği "Eğitimle İlgili Uygulamalar" Alt Boyutu Madde ve Güvenilirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	
Cronbach Alpha	**Madde Sayısı**
0,634	4

Madde Analizi				
Maddeler	**Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıktığında Ölçek Varyansı**	**Madde-Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı**
Hizmet içi eğitim programı hazırlamak ve sunmak	9,3500	8,962	0,502	0,503
Hastalara hastalıkları ile ilgili sağlık eğitimi vermek	9,3000	9,548	0,464	0,535
Öğrenci hemşirelerin eğitiminde onları sürekli denetlemek	9,2450	8,508	0,421	0,562
Servis sorumlu hemşiresi olmadığında gerekli yöneticilik görevini üstlenmek	9,3350	9,983	0,292	0,651

"Eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutunda yer alan dört adet maddeye ait madde-ölçek toplam puan korelasyon değerleri 0,29 ile 0,50 arasında değişmektedir. Ölçeğin bütünü için elde edilen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,63 olarak bulunmuştur. Bu katsayı Nunnally ve Bernstein'in belirttikleri kriter değerinden düşüktür (41). Düşük olmasının muhtemel nedeni olarak alt boyut içinde yer alan madde sayısının az olması düşünülmektedir. Güvenilirlik analizi sonucunun çok düşük olmamasından dolayı da alt ölçeklerin toplu puanlarının alınması yoluyla örneklemdeki karşılaştırma gruplarına ilişkin yorum yapılmasında sakınca görülmemiştir (Bkz. Tablo 22).

Sosyodemografik Değişkenlerin Alt Ölçek Toplam Puanları Karşılaştırması

Bulguların bu kısmında, anket formunda yer alan 6 adet sorunun (bağımsız değişken), 8 adet alt boyut toplam puanlarını (bağımlı değişken) Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile iki hastanenin 8 adet alt boyut toplam puanlarını farklı gruplar için t-testi karşılaştırma sonuçlarına yer verilmiştir. Aşağıda sunulan bu tür sonuç için her bir varyans analizi iki tablo ile gösterilmiştir. Birinci tabloda varyans analizinin gruplar için alt ölçek toplam puan ortalamaları ve standart sapmaları, ikinci tabloda varyans analizi sonucunda elde edilen katsayılar yer almaktadır. Böylece bir varyans analizi ile 8 bağımlı değişkene (8 alt boyut toplam puanı) ve 1 bağımlı değişkene ilişkin sonuçlar iki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 23: Araştırma Yapılan İki Hastaneye İlişkin Farklı Gruplar İçin t-Testi Sonucu

Tanımlayıcı İstatistikler	HASTANE	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**GATA**	156	68,83	13,934	0,993	198	0,322
	Marmara	44	71,17	13,356			
	Toplam	200	69,34	13,810			
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**GATA**	156	81,52	18,810	1,824	198	0,070
	Marmara	44	87,14	14,961			
	Toplam	200	82,76	18,149			
Hastanın tedavi uygulamaları	**GATA**	156	87,95	13,228	0,383	198	,0702
	Marmara	44	88,79	11,391			
	Toplam	200	88,13	12,824			
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**GATA**	156	73,10	20,342	0,743	107,684	0,459
	Marmara	44	75,00	13,089			
	Toplam	200	73,52	18,973			
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**GATA**	156	83,23	15,737	9,250	198	0,000
	Marmara	44	58,71	14,737			
	Toplam	200	77,83	18,533			
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**GATA**	156	77,37	22,022	0,929	124,414	0,355
	Marmara	44	79,77	12,527			
	Toplam	200	77,90	20,314			
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**GATA**	156	88,88	13,744	2,392	198	0,018
	Marmara	44	83,30	13,423			
	Toplam	200	87,65	13,836			
Eğitimle ilgili uygulamalar	**GATA**	156	62,63	20,124	0,939	90,099	0,350
	Marmara	44	60,00	15,173			
	Toplam	200	62,05	19,141			

Yukarıdaki tabloda göre araştırma yapılan iki hastaneye ilişkin tek yönlü varyans analiz sonuçları gösterilmiştir. Buna göre Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "hastaların servise kabulü ve uyumu uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $t(1,198)=0,993$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $t(1,198)=1,824$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $t(1,198)=0,383$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $t(1,198)=0,743$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $t(1,198)=9,250$; $p<0,05$. GATA hastanesinin hasta muayenesi ve tanı işlemleri açısından Marmara hastanesine göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $t(1,198)=0,929$;$p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $t(1,198)=2,392$; $p<0,05$. Marmara hastanesinin servise malzeme, araç-gereç temini açısından GATA hastanesinden daha iyi olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanenin "eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır; $t(1,198)=0,939$; $p>0,05$ (Bkz. Tablo 23).

Tablo 24: Araştırma Yapılan İki Hastanenin Yaş Gruplarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz Sonucu

Tanımlayıcı İstatistikler	YAŞ GRUPLARI	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**25 ve altı**	43	71,03	11,657
	25–30	104	70,88	12,858
	31 ve üstü	51	64,54	16,484
	Toplam	198	69,28	13,865
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**25 ve altı**	43	85,38	14,823
	25–30	104	85,06	16,485
	31 ve üstü	51	76,47	22,305
	Toplam	198	82,92	18,158
Hastanın tedavi uygulamaları	**25 ve altı**	43	91,16	9,053
	25–30	104	88,21	11,499
	31 ve üstü	51	85,23	17,143
	Toplam	198	88,08	12,860
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**25 ve altı**	43	74,53	17,549
	25–30	104	76,78	18,253
	31 ve üstü	51	66,86	19,938
	Toplam	198	73,74	18,921
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**25 ve altı**	43	81,24	16,825
	25–30	104	79,33	17,920
	31 ve üstü	51	71,90	19,958
	Toplam	198	77,83	18,498
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**25 ve altı**	43	79,77	20,206
	25–30	104	79,47	20,312
	31 ve üstü	51	73,92	20,207
	Toplam	198	78,11	20,310
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**25 ve altı**	43	90,35	11,095
	25–30	104	87,79	12,460
	31 ve üstü	51	85,20	17,803
	Toplam	198	87,68	13,821
Eğitimle ilgili uygulamalar	**25 ve altı**	43	61,86	20,846
	25–30	104	60,77	18,232
	31 ve üstü	51	65,00	19,875
	Toplam	198	62,10	19,231

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)						
		Kareler Toplamı	**Serbestlik derecesi**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**p**
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**Gruplar Arası**	1544,524	2	772,262	4,146	0,017
	Gruplar İçi	36323,833	195	186,276	-	-
	Toplam	37868,357	197	-	-	-
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	2858,468	2	1429,234	4,488	0,012
	Gruplar İçi	62094,600	195	318,434	-	-
	Toplam	64953,069	197	-	-	-
Hastanın tedavi uygulamaları	**Gruplar Arası**	824,892	2	412,446	2,533	0,082
	Gruplar İçi	31756,927	195	162,856	-	-
	Toplam	32581,818	197	-	-	-
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	3399,693	2	1699,847	4,938	0,008
	Gruplar İçi	67129,095	195	344,252	-	-
	Toplam	70528,788	197	-	-	-
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**Gruplar Arası**	2529,318	2	1264,659	3,801	0,024
	Gruplar İçi	64881,288	195	332,725	-	-
	Toplam	67410,606	197	-	-	-
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**Gruplar Arası**	1205,499	2	602,749	1,468	0,233
	Gruplar İçi	80059,274	195	410,560	-	-
	Toplam	81264,773	197	-	-	-
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	622,160	2	311,080	1,639	0,197
	Gruplar İçi	37009,153	195	189,791	-	-
	Toplam	37631,313	197	-	-	-
Eğitimle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	615,552	2	307,776	0,831	0,437
	Gruplar İçi	72239,624	195	370,460	-	-
	Toplam	72855,177	197	-	-	-

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "hastaların servise kabulü ve uyumu uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,195)=4,146$; $p<0,05$. Hangi grupla hangi grup arasında farklılık olduğunu belirlemek için yapılan TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre (Multiple Range Tests) 25 ve altı yaş grubu, 25–30 yaş grubu, 31 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Buna göre 25–30 yaş grubunun, 31 ve üstü yaş grubuna göre hastaların servise kabulü ve uyumu sürecinde daha aktif olarak çalıştıkları görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardır; $F(2,195)=4,488$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre 25 ve altı, 25–30, 31 ve üstü yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. 31 ve üstü yaş grubunun, 25 ve altı yaş grubu ve 25–30 yaş grubuna göre hastanın genel durumunun izlenmesi becerisi yönünden daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,195)=2,533$;$p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,195)=4,938$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre 25 ve altı, 25–30, 31 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. 25 ve altı yaş grubu, 31 ve üstü yaş grubuna göre hastanın fiziksel ihtiyaçlarını karşılama becerisi açısından daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,195)=3,801$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre 25 ve altı, 25–30, 31 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Buna göre 31 ve üstü yaş grubunun, 25 ve altı yaş grubu ve 25–30 yaş grubuna göre hasta muayenesi ve tanı işlemeleri uygulama becerisi açısından daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,195)=1,468;p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,195)=1,639;p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşire yaş gruplarının, "eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,195)=0,831;p>0,05$ (Bkz. Tablo 24).

Tablo 25: Araştırma Yapılan İki Hastanenin Öğrenim Durumlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz Sonucu

Tanımlayıcı İstatistikler	ÖĞRENİM DURUMU	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	Sağlık Meslek Lisesi	17	75,63	13,892
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	70,36	13,311
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	67,75	13,682
	Yüksek Lisans	19	64,96	15,144
	Toplam	200	69,34	13,810
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	Sağlık Meslek Lisesi	17	81,34	20,231
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	82,89	17,368
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	82,19	19,637
	Yüksek Lisans	19	85,56	14,676
	Toplam	200	82,76	18,149
Hastanın tedavi uygulamaları	Sağlık Meslek Lisesi	17	87,06	14,428
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	90,11	11,390
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	85,84	14,183
	Yüksek Lisans	19	88,42	11,726
	Toplam	200	88,13	12,824
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	Sağlık Meslek Lisesi	17	71,86	19,310
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	71,67	19,747
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	74,91	18,360
	Yüksek Lisans	19	78,51	17,203
	Toplam	200	73,52	18,973
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	Sağlık Meslek Lisesi	17	73,33	18,819
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	78,72	17,665
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	76,94	20,666
	Yüksek Lisans	19	81,05	13,289
	Toplam	200	77,83	18,533
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	Sağlık Meslek Lisesi	17	70,29	19,801
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	76,81	20,983
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	79,59	19,307
	Yüksek Lisans	19	83,42	20,416
	Toplam	200	77,90	20,314
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	Sağlık Meslek Lisesi	17	73,53	18,772
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	88,24	13,403
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	88,56	12,233
	Yüksek Lisans	19	93,95	8,429
	Toplam	200	87,65	13,836
Eğitimle ilgili uygulamalar	Sağlık Meslek Lisesi	17	62,94	18,291
	Sağlık Meslek Yüksek Okulu	91	62,31	19,240
	Hemşirelik Yüksek Okulu	73	58,15	18,248
	Yüksek Lisans	19	75,00	18,181
	Toplam	200	62,05	19,141

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)						
		Kareler Toplamı	**Serbestlik derecesi**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**p**
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**Gruplar Arası**	1316,285	3	438,762	2,347	0,074
	Gruplar İçi	36638,164	196	186,929	-	-
	Toplam	37954,449	199	-	-	-
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	208,660	3	69,553	0,209	0,890
	Gruplar İçi	65339,167	196	333,363	-	-
	Toplam	65547,827	199	-	-	-
Hastanın tedavi uygulamaları	**Gruplar Arası**	759,063	3	253,021	1,551	0,203
	Gruplar İçi	31966,270	196	163,093	-	-
	Toplam	32725,333	199	-	-	-
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	972,903	3	324,301	0,900	0,442
	Gruplar İçi	70659,264	196	360,506	-	-
	Toplam	71632,167	199	-	-	-
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**Gruplar Arası**	670,549	3	223,516	0,647	0,586
	Gruplar İçi	67679,451	196	345,303	-	-
	Toplam	68350,000	199	-	-	-
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**Gruplar Arası**	1878,344	3	626,115	1,529	0,208
	Gruplar İçi	80239,656	196	409,386	-	-
	Toplam	82118,000	199	-	-	-
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	4235,663	3	1411,888	8,173	0,000
	Gruplar İçi	33859,837	196	172,754	-	-
	Toplam	38095,500	199	-	-	-
Eğitimle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	4315,832	3	1438,611	4,111	0,007
	Gruplar İçi	68593,668	196	349,968	-	-
	Toplam	72909,500	199	-	-	-

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastaların servise kabulü ve uyumu uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; F(3,196)=2,347; p>0,05.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktur; F(3,196)=0,209; p>0,05.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; F(3,196)=1,551; p>0,05.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; F(3,196)=0,900; p>0,05.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; F(3,196)=0,647; p>0,05.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; F(3,196)=1,529;p>0,05.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; F(3,196)=8,173; p<0,05. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre Sağlık Meslek Lisesi, Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik Yüksek Okulu ve Yüksek Lisans grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının hemşirelik uygulamaları alt boyutu olan servisle ilgili malzeme, araç-gereç temini becerisi açısından Sağlık Meslek Yüksek Okulu,

Hemşirelik Yüksek Okulu ve Yüksek Lisans gruplarından daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturulan grupların, "eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(3,196)=4,111$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre Sağlık Meslek Lisesi, Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik Yüksek Okulu ve Yüksek Lisans grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Yüksek Lisans mezunlarının hemşirelik uygulamalarından eğitimle ilgili uygulamalar açısından Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik Yüksek Okulu gruplarından daha iyi olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 25).

Tablo 26: Araştırma Yapılan İki Hastanenin Medeni Duruma İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz Sonucu

Tanımlayıcı İstatistikler	MEDENİ DURUM	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**Evli**	92	70,28	14,339
	Bekâr	102	68,91	12,150
	Boşanmış/Dul	6	62,38	28,077
	Toplam	200	69,34	13,810
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**Evli**	92	81,81	18,801
	Bekâr	102	84,03	16,149
	Boşanmış/Dul	6	75,71	36,039
	Toplam	200	82,76	18,149
Hastanın tedavi uygulamaları	**Evli**	92	86,74	13,315
	Bekâr	102	89,48	10,380
	Boşanmış/Dul	6	86,67	32,660
	Toplam	200	88,13	12,824
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**Evli**	92	71,56	19,137
	Bekâr	102	75,08	18,107
	Boşanmış/Dul	6	76,94	30,063
	Toplam	200	73,52	18,973
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**Evli**	92	77,93	18,568
	Bekâr	102	78,20	17,866
	Boşanmış/Dul	6	70,00	29,515
	Toplam	200	77,83	18,533
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**Evli**	92	76,20	21,831
	Bekâr	102	79,41	18,230
	Boşanmış/Dul	6	78,33	30,605
	Toplam	200	77,90	20,314
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**Evli**	92	87,55	14,853
	Bekâr	102	87,50	12,988
	Boşanmış/Dul	6	91,67	13,292
	Toplam	200	87,65	13,836
Eğitimle ilgili uygulamalar	**Evli**	92	64,13	18,922
	Bekâr	102	60,29	18,864
	Boşanmış/Dul	6	60,00	27,019
	Toplam	200	62,05	19,141

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)						
		Kareler Toplamı	**Serbestlik derecesi**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**p**
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**Gruplar Arası**	390,848	2	195,424	1,025	0,361
	Gruplar İçi	37563,601	197	190,678	-	-
	Toplam	37954,449	199	-	-	-
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	546,782	2	273,391	0,829	0,438
	Gruplar İçi	65001,045	197	329,955	-	-
	Toplam	65547,827	199	-	-	-
Hastanın tedavi uygulamaları	**Gruplar Arası**	375,925	2	187,963	1,145	0,320
	Gruplar İçi	32349,408	197	164,210	-	-
	Toplam	32725,333	199	-	-	-
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	673,286	2	336,643	0,935	0,394
	Gruplar İçi	70958,880	197	360,197	-	-
	Toplam	71632,167	199	-	-	-
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**Gruplar Arası**	383,023	2	191,512	0,555	0,575
	Gruplar İçi	67966,977	197	345,010	-	-
	Toplam	68350,000	199	-	-	-
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**Gruplar Arası**	501,483	2	250,741	0,605	0,547
	Gruplar İçi	81616,517	197	414,297	-	-
	Toplam	82118,000	199	-	-	-
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	99,938	2	49,969	0,259	0,772
	Gruplar İçi	37995,562	197	192,871	-	-
	Toplam	38095,500	199	-	-	-
Eğitimle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	737,889	2	368,944	1,007	0,367
	Gruplar İçi	72171,611	197	366,353	-	-
	Toplam	72909,500	199	-	-	-

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin medeni durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastaların servise kabulü ve uyumu uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=1,025$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin medeni durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,829$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin medeni durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=1,145$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin medeni durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,935$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede medeni durumun, hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur; $F(2,197)=0,555$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin medeni durumlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,605$;$p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin medeni durumlarına göre oluşturulan grupların, "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,259$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede medeni hemşirelerin medeni durumlarına göre oluşturulan grupların, "eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=1,007$; $p>0,05$ (Bkz. Tablo 26).

Tablo 27: Araştırma Yapılan İki Hastanenin Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz Sonucu

Tanımlayıcı İstatistikler	ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜM	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	71,08	13,386
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	69,95	10,816
	Değişik Grup Hemşireleri	32	63,04	19,255
	Toplam	200	69,34	13,810
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	84,12	16,661
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	84,38	16,297
	Değişik Grup Hemşireleri	32	75,00	24,168
	Toplam	200	82,76	18,149
Hastanın tedavi uygulamaları	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	88,69	10,656
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	87,85	12,438
	Değişik Grup Hemşireleri	32	87,29	18,500
	Toplam	200	88,13	12,824
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	76,61	17,470
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	74,22	17,855
	Değişik Grup Hemşireleri	32	63,18	22,430
	Toplam	200	73,52	18,973
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	77,38	18,528
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	80,30	17,793
	Değişik Grup Hemşireleri	32	73,02	19,845
	Toplam	200	77,83	18,533
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	79,21	17,270
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	78,10	22,336
	Değişik Grup Hemşireleri	32	73,75	22,895
	Toplam	200	77,90	20,314
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	88,37	12,102
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	89,18	12,440
	Değişik Grup Hemşireleri	32	81,88	19,541
	Toplam	200	87,65	13,836
Eğitimle ilgili uygulamalar	Cerrahi Klinik Hemşiresi	89	61,12	18,118
	Dâhili Klinik Hemşiresi	79	63,42	20,405
	Değişik Grup Hemşireleri	32	61,25	19,092
	Toplam	200	62,05	19,141

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)						
		Kareler Toplamı	**Serbestlik derecesi**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**p**
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**Gruplar Arası**	1568,841	2	784,421	4,247	0,016
	Gruplar İçi	36385,608	197	184,699	-	-
	Toplam	37954,449	199	-	-	-
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	2296,845	2	1148,423	3,577	0,030
	Gruplar İçi	63250,982	197	321,071	-	-
	Toplam	65547,827	199	-	-	-
Hastanın tedavi uygulamaları	**Gruplar Arası**	56,590	2	28,295	0,171	0,843
	Gruplar İçi	32668,743	197	165,831	-	-
	Toplam	32725,333	199	-	-	-
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	4311,921	2	2155,960	6,309	0,002
	Gruplar İçi	67320,246	197	341,727	-	-
	Toplam	71632,167	199	-	-	-
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**Gruplar Arası**	1238,419	2	619,209	1,818	0,165
	Gruplar İçi	67111,581	197	340,668	-	-
	Toplam	68350,000	199	-	-	-
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**Gruplar Arası**	707,866	2	353,933	0,856	0,426
	Gruplar İçi	81410,134	197	413,249	-	-
	Toplam	82118,000	199	-	-	-
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	1297,717	2	648,858	3,474	0,033
	Gruplar İçi	36797,783	197	186,791	-	-
	Toplam	38095,500	199	-	-	-
Eğitimle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	244,644	2	122,322	0,332	0,718
	Gruplar İçi	72664,856	197	368,857	-	-
	Toplam	72909,500	199	-	-	-

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "hastaların servise kabulü ve uyumu uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(25,197)=4,247$; $p<0,05$. Hangi grupla hangi grup arasında farklılığı belirlemek için yapılan TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, cerrahi kinik hemşiresi, dâhili klinik hemşiresi ve değişik grup hemşireleri olarak çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Değişik grup hemşireleri, cerrahi kinik ve dâhili klinik hemşirelerine göre hastaların servise kabulü ve uyumu sürecinde daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,197)=3,577$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, cerrahi kinik hemşiresi, dâhili klinik hemşiresi ve değişik grup hemşireleri olarak çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Değişik grup hemşireleri, cerrahi kinik ve dâhili klinik hemşirelerine göre hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesinde daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,171$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,197)=6,309$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, cerrahi kinik hemşiresi, dâhili klinik hemşiresi ve değişik grup hemşireleri olarak çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Değişik grup hemşireleri, cerrahi kinik ve dâhili klinik hemşirelerine göre hastaların fiziksel gereksinimlerinin giderilmesinde daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "hasta muayenesi ve tanı işlemleri

uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(5,193)=1,096;p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,856$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,197)=3,474$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, cerrahi kinik hemşiresi, dâhili klinik hemşiresi ve değişik grup hemşireleri olarak çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Değişik grup hemşireleri, cerrahi kinik ve dâhili klinik hemşirelerine göre servisle ilgili malzeme, araç-gereç temininde daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oluşturdukları grupların, "eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,332;p>0,05$ (Bkz. Tablo 27).

Tablo 28: Araştırma Yapılan İki Hastanenin Hemşirelerin Çalışma Alanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz Sonucu

Tanımlayıcı İstatistikler	ÇALIŞMA ALANINIZ	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	Klinik	91	70,71	11,233
	Klinik, Yoğun Bakım	11	68,05	12,177
	Klinik, Poliklinik	17	69,75	14,108
	Yoğun Bakım	26	75,71	11,029
	Diğer	31	58,06	18,106
	Toplam	176	68,96	13,952
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	Klinik	91	84,31	14,697
	Klinik, Yoğun Bakım	11	89,87	10,565
	Klinik, Poliklinik	17	70,08	21,526
	Yoğun Bakım	26	94,95	8,864
	Diğer	31	71,61	24,333
	Toplam	176	82,62	18,348
Hastanın tedavi uygulamaları	Klinik	91	89,16	11,744
	Klinik, Yoğun Bakım	11	88,48	11,960
	Klinik, Poliklinik	17	87,45	13,098
	Yoğun Bakım	26	86,67	11,314
	Diğer	31	87,96	18,332
	Toplam	176	88,37	13,098
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	Klinik	91	72,07	16,169
	Klinik, Yoğun Bakım	11	87,73	10,335
	Klinik, Poliklinik	17	65,98	19,285
	Yoğun Bakım	26	88,21	12,192
	Diğer	31	59,46	21,932
	Toplam	176	72,62	19,073
asta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	Klinik	91	76,37	20,121
	Klinik, Yoğun Bakım	11	74,24	17,133
	Klinik, Poliklinik	17	82,94	19,646
	Yoğun Bakım	26	80,13	17,191
	Diğer	31	76,34	18,406
	Toplam	176	77,42	19,132
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	Klinik	91	77,64	20,471
	Klinik, Yoğun Bakım	11	81,36	10,023
	Klinik, Poliklinik	17	72,65	23,659
	Yoğun Bakım	26	82,50	16,140
	Diğer	31	73,06	25,842
	Toplam	176	77,30	20,845

Tablo 28'in devamı: Araştırma Yapılan İki Hastanenin Hemşirelerin Çalışma Alanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz Sonucu

Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	Klinik	91	87,20	12,455
	Klinik, Yoğun Bakım	11	85,00	10,724
	Klinik, Poliklinik	17	90,59	15,195
	Yoğun Bakım	26	89,42	15,055
	Diğer	31	86,45	18,538
	Toplam	176	87,59	14,172
Eğitimle ilgili uygulamalar	Klinik	91	62,75	19,497
	Klinik, Yoğun Bakım	11	60,91	18,278
	Klinik, Poliklinik	17	66,18	20,351
	Yoğun Bakım	26	64,62	16,243
	Diğer	31	61,13	20,965
	Toplam	176	62,95	19,178

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "hastaların servise kabulü ve uyumu uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(4,171)=7,638$; $p<0,05$. Hangi grupla hangi grup arasında farklılığı belirlemek için yapılan TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre klinik, yoğun bakım, poliklinik ve diğer çalışma alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Diğer çalışma alanlarında çalışan hemşirelerin, klinik ve yoğun bakımda çalışan hemşire gruplarına göre hastaların servise kabulü ve uyumu sürecinde daha yetersiz olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(4,171)=10,051$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, klinik, yoğun bakım, poliklinik ve diğer çalışma alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Diğer çalışma alanları hemşirelerinin, klinik ve yoğun bakım hemşire gruplarına göre hastaların genel durumlarıyla ilgili değişikliklerin izlenmesin uygulamalarında daha yetersiz olduğu görülmüştür. Ayrıca yoğun bakım hemşirelerinin, klinik grubuna hemşirelerine göre hastaların genel durumlarıyla ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamalarında daha etkin oldukları görülmüştür (Bkz. Tablo 28).

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)						
		Kareler Toplamı	**Serbestlik derecesi**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**p**
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**Gruplar Arası**	5163,365	4	1290,841	7,638	0,000
	Gruplar İçi	28899,714	171	169,004	-	-
	Toplam	34063,080	175	-	-	-
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	11214,383	4	2803,596	10,051	0,000
	Gruplar İçi	47696,600	171	278,927	-	-
	Toplam	58910,983	175	-	-	-
Hastanın tedavi uygulamaları	**Gruplar Arası**	151,661	4	37,915	0,217	0,929
	Gruplar İçi	29870,308	171	174,680	-	-
	Toplam	30021,970	175	-	-	-
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	14969,653	4	3742,413	13,142	0,000
	Gruplar İçi	48694,347	171	284,762	-	-
	Toplam	63663,999	175	-	-	-
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**Gruplar Arası**	955,496	4	238,874	0,647	0,629
	Gruplar İçi	63099,049	171	369,000	-	-
	Toplam	64054,545	175	-	-	-
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**Gruplar Arası**	1819,208	4	454,802	1,048	0,384
	Gruplar İçi	74223,832	171	434,057	-	-
	Toplam	76043,040	175	-	-	-
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	368,141	4	92,035	0,452	0,770
	Gruplar İçi	34780,581	171	203,395	-	-
	Toplam	35148,722	175	-	-	-
Eğitimle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	401,432	4	100,358	0,268	0,898
	Gruplar İçi	63962,204	171	374,048	-	-
	Toplam	64363,636	175	-	-	-

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,171)=0,217;p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(4,171)=13,142$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, klinik, yoğun bakım, poliklinik ve diğer çalışma alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Diğer çalışma alanları hemşirelerinin, klinik ve yoğun bakım grupları hemşirelerine göre hastaların fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamalarında daha yetersiz oldukları görülmüştür. Bununla birlikte yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, klinik hemşirelerine göre hastaların fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamalarında daha iyi oldukları görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,171)=0,647$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,171)=1,048$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,171)=0,452$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların, "eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,171)=0,268$; $p>0,05$ (Bkz. Tablo 28).

Tablo 29: Araştırma Yapılan İki Hastanenin Hemşirelerin Çalışma Yılına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analiz Sonucu

Tanımlayıcı İstatistikler	ÇALIŞMA YILI	Kişi sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	1–3 yıl	85	67,90	14,425
	4–9 yıl	90	69,87	13,341
	10 yıl ve üstü	25	72,34	13,241
	Toplam	200	69,34	13,810
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	1–3 yıl	85	80,47	19,740
	4–9 yıl	90	83,34	17,931
	10 yıl ve üstü	25	88,46	11,019
	Toplam	200	82,76	18,149
Hastanın tedavi uygulamaları	1–3 yıl	85	85,96	14,729
	4–9 yıl	90	90,59	9,786
	10 yıl ve üstü	25	86,67	14,402
	Toplam	200	88,13	12,824
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	1–3 yıl	85	73,00	20,174
	4–9 yıl	90	72,65	19,335
	10 yıl ve üstü	25	78,40	12,052
	Toplam	200	73,52	18,973
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	1–3 yıl	85	81,22	18,813
	4–9 yıl	90	76,81	16,662
	10 yıl ve üstü	25	70,00	21,709
	Toplam	200	77,83	18,533
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	1–3 yıl	85	78,00	21,729
	4–9 yıl	90	76,83	20,791
	10 yıl ve üstü	25	81,40	12,207
	Toplam	200	77,90	20,314
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	1–3 yıl	85	88,76	13,091
	4–9 yıl	90	86,06	14,887
	10 yıl ve üstü	25	89,60	12,155
	Toplam	200	87,65	13,836
Eğitimle ilgili uygulamalar	1–3 yıl	85	60,88	20,676
	4–9 yıl	90	62,22	17,818
	10 yıl ve üstü	25	65,40	18,648
	Toplam	200	62,05	19,141

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)						
		Kareler Toplamı	**Serbestlik derecesi**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**P**
Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları	**Gruplar Arası**	427,458	2	213,729	1,122	0,328
	Gruplar İçi	37526,991	197	190,492	-	-
	Toplam	37954,449	199	-	-	-
Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	1287,198	2	643,599	1,973	0,142
	Gruplar İçi	64260,629	197	326,196	-	-
	Toplam	65547,827	199	-	-	-
Hastanın tedavi uygulamaları	**Gruplar Arası**	999,291	2	499,646	3,103	0,047
	Gruplar İçi	31726,042	197	161,046	-	-
	Toplam	32725,333	199	-	-	-
Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları	**Gruplar Arası**	686,753	2	343,377	0,953	0,387
	Gruplar İçi	70945,414	197	360,129	-	-
	Toplam	71632,167	199	-	-	-
Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları	**Gruplar Arası**	2599,818	2	1299,909	3,895	0,022
	Gruplar İçi	65750,182	197	333,757	-	-
	Toplam	68350,000	199	-	-	-
Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar	**Gruplar Arası**	409,500	2	204,750	0,494	0,611
	Gruplar İçi	81708,500	197	414,764	-	-
	Toplam	82118,000	199	-	-	-
Servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	429,484	2	214,742	1,123	0,327
	Gruplar İçi	37666,016	197	191,198	-	-
	Toplam	38095,500	199	-	-	-
Eğitimle ilgili uygulamalar	**Gruplar Arası**	399,121	2	199,560	0,542	0,582
	Gruplar İçi	72510,379	197	368,073	-	-
	Toplam	72909,500	199	-	-	-

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "hastaların servise kabulü ve uyumu uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=1,122$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=1,973$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,197)=3,103$; $p<0,05$. Hangi grupla hangi grup arasında farklılığı belirlemek için yapılan TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, 1–3 yıl, 4–9 yıl, 10 yıl ve üstünde çalışma yılları grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. 1–3 yıldır çalışan hemşirelerin, 4–9 yıl çalışan hemşirelere göre hastanın tedavi uygulamalarında daha yetersiz oldukları görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,953$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,197)=3,103$; $p<0,05$. TUKEY-HSD ileri analiz testi sonucuna göre, 1–3 yıl, 4–9 yıl ve 10 yıl ve üstünde çalışma yıl grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. 1–3 yıldır çalışan hemşirelerin, 10 yıl ve üstünde çalışan hemşirelere göre hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları açısından daha iyi olduğu görülmüştür.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,494$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=1,123$; $p>0,05$.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların, "eğitimle ilgili uygulamalar" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,197)=0,542$; $p>0,05$ (Bkz. Tablo 29).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin çalışan hemşire performansına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma, üniversite hastanesi olan ve hemşirelik müdürlük sistemiyle çalışmayan GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde ve üniversite hastanesi olan ve hemşirelik müdürlük sistemiyle çalışan Marmara Üniversitesi Hastanesinde uygulanmıştır. Araştırma kapsamına GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde görevli 156 hemşire ile Marmara Üniversitesi Hastanesinde görevli 44 hemşire alınmıştır. Bu iki hastaneyi seçmemizin amacı hemşirelik müdürlüğü açısından araştırma kriterlerimize uyması, ikisinin de üniversite hastanesi olması, çalışma ve hasta yoğunluğu açısından iki hastanenin de birbirine benzer olmasıdır.

İki hastanede çalışan hemşirelerin çoğunluğunu genç, eğitim düzeyi yüksek, yaklaşık 1-9 yıl hizmette bulunmuş ve bekar hemşireler oluşturmuştur. Marmara Üniversitesi Hastanesinde çalışma yılı ortalaması 8 yıl, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinin çalışma yılı ortalaması 5 yıl olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar Ülkü BAYKAL' ın yaptığı araştırma sonunda tespit ettiği üniversite hastanelerinde çoğunlukla genç, yüksek eğitimli, bekar ve yeni işe girmiş hemşirelerin çalıştığı sonucuyla tutarlılık göstermiştir.

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde araştırmaya katılan hemşireler, cerrahi ve dâhili kliniklerde eşit sayıda dağılmışlardır. Marmara Üniversitesi Hastanesinde araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından biraz fazlası cerrahi kliniklerde çalışmaktadır. Yine bu hemşireler çalıştıkları servislerde çoğunlukla klinik olmak üzere çeşitli servis çalışma alanlarında dönüşümlü olarak çalışmaktadır. Bu servis çalışma alanlarında rotasyon miktarı GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde çalışan hemşirelerde daha çok görülmüştür. Marmara Üniversitesi Hastanesinde sadece klinik-yoğun bakım arasında rotasyon uygulaması görülmüştür. Hemşirelerin hizmet alanlarının kendi tercihlerine göre belirlemesinin ve belirli çalışma alanlarında görev yapmalarının, motivasyonlarını ve bunun sonucu olarak uyguladıkları hasta bakımını olumlu yönde etkileyerek verimli çalışma sağlayacağı literatürde belirtilmektedir (28). Ülkü BAYKAL' ın yaptığı araştırma sonucuna göre üniversite hastanelerinde hemşirelerin çalışacağı bölümü seçme özgürlüğü tanınması, hizmet-içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve iş tanımlarının geliştirilmiş olması, tedavi ve bakım

protokollerinin geliştirilmesi konularında hemşirelere daha olumlu bir ortam sağladıkları belirlenmiştir. Bizim araştırmamız sonucunda iki hastanede de hemşirelerin iş tanımlarının yapılmadığı belirlenmiştir. GATA hastanesinde ayrıca hizmet içi eğitimlere katılınamadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç Ülkü BAYKAL'ın sonucuyla uyuşmamaktadır. Nilüfer COMBA AKBOĞA' nın yaptığı araştırmada da askeri hastanelerinde hemşirelerin yarıya yakınının kendi tercih ettikleri serviste çalıştıkları ve rotasyon usulü ile çalışma çizelgeleri ve servislerinin belirli aralıklarla değiştiği belirlenmiştir. Yaptığımız araştırmaya göre ise Marmara Üniversitesi hastanesinde sadece klinik ve yoğun bakım arasında değişim söz konusu iken GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde klinik, yoğun bakım, poliklinik, ameliyathane ve taburcu-heyet çalışma alanları arsında değişim belirlenmiştir. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde çalışan hemşirelerin yapılan anketin öneri kısmında bu durumdan memnun olmadıklarını ve motivasyonlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Bu sonucumuzda Nilüfer COMBA AKBOĞA'nın bulduğu sonuçla uyuşmamaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelik uygulamalarına katılım oranlarına bakıldığında; hemşirelerin "hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları"nı aktif olarak yaptıkları , "hastaya odadaki diğer hastalarla tanıştırma" ve "hastaya bakım planı hazırlama ve uygulama" faaliyetlerini düşük düzeyde ya da hiç uygulamadıkları görülmüştür. "Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamaları"nı, "hastanın tedavi uygulamaları"nı ve "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları"nı aktif olarak uyguladıkları görülmüştür. "Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları"nda ise hemşirelerin çoğunluğu aktif olarak uyguladıklarını görülmüş, bazısının da orta seviye ve düşük seviyede uygulamaya katıldıkları belirlenmiştir. "Hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" ve "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" da ise aktif olarak görev almışlardır. "Eğitimle ilgili uygulamalar" da hemşirelerin uygulama açısından çoğunlukta olduğu bir seçenek görülmemiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız hemşirelere uygulanan hemşirelik uygulamaları veri formu için tek bir güvenilirlik ve madde analizine bakılmamış, 8 adet hemşirelik uygulamaları alt boyutu ayrı ayrı ele alınmıştır. Buna göre; madde sayısı 7 olan "hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu uygulamaları" alt boyutunda Cronbach Alpha değeri 0,711, madde sayısı 7 olan "hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin

izlenmesi uygulamaları" alt boyutunda Cronbach Alpha değeri 0,927, madde sayısı 3 olan "hastanın tedavi uygulamaları" alt boyutundaki Cronbach Alpha değeri 0,601, madde sayısı 12 olan "hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi uygulamaları" alt boyutunda Cronbach Alpha değeri 0,926, madde sayısı 6 olan "hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutunda Cronbach Alpha değeri 0,869, madde sayısı 4 olan "hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar" alt boyutunda Cronbach Alpha değeri 0,847, madde sayısı 4 olan "servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutunda Cronbach Alpha değeri 0,866, madde sayısı 4 olan "eğitimle ilgili uygulamalar" boyutunda Cronbach Alpha değeri 0,634 olarak bulunmuştur. İki alt boyuttaki güvenilirlik analizindeki düşüklüğün boyutlardaki veri maddesi sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Alt boyutlar yeterli düzeyde güvenilirlik gösterdikleri için, alt boyutlardan elde edilen puanlara dayanılarak grup karşılaştırmaları yapmada sakınca görülmemiştir. Böylece tek yönlü varyans analizi ile grupların alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Yapılan farklı gruplar için t-testi sonuçlarına bakıldığında Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede: "Hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları" alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre GATA hastanesinin hasta muayenesi ve tanı işlemleri açısından Marmara hastanesine göre daha iyi olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeni olarak GATA'nın askeri bir hastane olması ve burada uygulanan emir komuta ve astlık üstlük anlayışının yapılan bu uygulamayı olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür. Diğer bir uygulama olan "servise malzeme ve araç-gereç teminiyle ilgili uygulamalar" alt boyutunda toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Marmara hastanesinin servise malzeme, araç-gereç temini açısından daha iyi olduğu görülmektedir. Bunun servis malzemelerinin Marmara hastanesinde reçete ile hasta yakınlarından karşıladığı için istenen malzemelere daha kolay ulaşıldığı, fakat GATA hastanesinin hastane deposundan karşılandığı için depoda bulunan malzeme ve sayıya göre malzemelerin temin edilmesinin buna yol açtığı düşünülmüştür.

Yapılan varyans analizleri sonuçlarına bakıldığında: Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin yaş gruplarına göre varyans analizinde 25–30 yaş grubunun, 31 ve üstü yaş grubuna göre hastaların servise kabulü

ve uyumu sürecinde daha aktif olduğu; 31 ve üstü yaş grubunun, 25 ve altı yaş grubu ve 25–30 yaş grubuna göre hastanın genel durumunun izlenmesi becerisi ve hasta muayenesi ve tanı işlemeleri uygulama becerisi yönünden daha yetersiz olduğu; 25 ve altı yaş grubu, 31 ve üstü yaş grubuna göre hastanın fiziksel ihtiyaçlarını karşılama becerisi açısından daha iyi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin yaş gruplarına genel olarak bakıldığında 25-30 yaş grubu hemşirelerin diğer yaş gruplarına göre hemşirelik uygulamalarında daha başarılı oldukları görülmektedir.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin öğrenim durumlarına göre oluşturdukları grupların varyans analizinde Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının hemşirelik uygulamalarından servisle ilgili malzeme, araç-gereç temini becerisi açısından Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik Yüksek Okulu ve Yüksek Lisans gruplarından daha yetersiz olduğu; Yüksek Lisans mezunlarının ise eğitimle ilgili uygulamalar açısından Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Hemşirelik Yüksek Okulu gruplarından daha iyi olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre hemşirelerde eğitim seviyesi arttıkça daha bilinçli olarak hareket ettikleri ve bunun sonucu olarak hemşirelik uygulamalarını yapma becerilerinin arttığı söylenebilir.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalıştıkları bölümlerine göre oluşturulan grupların varyans analizinde, diğer grup hemşirelerinin; cerrahi kinik hemşiresi, dâhili klinik hemşiresi gruplarına göre hastaların servise kabulü ve uyumu sürecinde, servisle ilgili malzeme, araç-gereç temininde, hastaların fiziksel gereksinimlerinin giderilmesinde ve hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesinde daha yetersiz olduğu görülmektedir. Laboratuar ve eğitim alanları hemşirelik uygulamalarının daha sınırlı düzeyde uygulandıkları bölümlerdir. Bundan dolayı diğer grup hemşirelerinin cerrahi ve dahili klinik hemşirelerine göre daha yetersiz olması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma alanlarına göre oluşturulan grupların varyans analizinde, diğer çalışma alanları hemşirelerinin, klinik ve yoğun bakım gruplarına göre hastaların servise kabulü ve uyumu , fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi ve hastaların genel durumlarıyla ilgili değişikliklerin izlenmesi uygulamalarında daha yetersiz olduğu görülmektedir. Ayrıca yoğun bakımın, klinik grubuna göre hastaların genel durumlarıyla ilgili değişikliklerin izlenmesinde ve fiziksel gereksinimlerinin giderilmesinde daha etkin olduğu

görülmektedir. Diğer çalışma alanları (heyet, poliklinik, ameliyathane vb.) hemşirelik uygulamalarının belirli düzeyde uygulandığı alanlardır. Bunun için diğer çalışma alanlarında çalışan hemşirelerin klinik, yoğun bakım hemşirelerine nazaran daha yetersiz olmaları beklenen bir sonuçtur. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların daha yakından izlenmesi ve hastaların fiziksel gereksinimlerinin hemşireler tarafından çoğunlukla karşılanması gerektiğinden yoğun bakımda çalışan hemşirelerin klinikte çalışan hemşirelere göre daha iyi olması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin olduğu ve olmadığı iki hastanede hemşirelerin çalışma yıllarına göre oluşturulan grupların varyans analizinde, 1–3 yıl çalışan hemşirelerin, 4–9 yıl çalışan hemşirelere göre hastanın tedavi uygulamaları daha yetersiz olduğu, 10 yıl ve üstünde çalışan hemşirelere göre hasta muayenesi ve tanı işlemleri uygulamaları açısından daha iyi olduğu görülmektedir. Bunların sebebi olarak, 1–3 yıldır çalışan hemşirelerin daha tecrübesiz olmaları, fakat 10 yıl ve üstü çalışan hemşirelere göre daha aktif şekilde çalışmada bulunmaları gösterilebilir.

Anket formunun son bölümü olan öneri kısmında araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan hemşireler sorunlarını belirtmişlerdir. Genel olarak iki hastanede çalışan hemşireler; eleman yetersizliği, malzeme, ilaç ve tıbbi cihaz eksikliği, hasta sayısının hemşire sayısına göre fazla olması, hasta sirkülasyonunun fazla olması, görev tanımlarının tam olmaması, yetkilerin sınırlı olması, zor çalışma koşulları (nöbet ve vardiya), hemşirelikte branşlaşmanın olmaması, çalışma alanlarının sürekli değişmesi, ziyaret saatinin uzun olması, motivasyon azlığı gibi şikayetlerini belirtmişlerdir. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde çalışan hemşireler bunlara ek olarak, eleman eksikliğinden dolayı diğer personellerin işlerini yapmak zorunda kaldıklarını, kayıt işlemlerinin çok olduğunu ve otomasyon sisteminin yavaş olduğu gibi sorunlarını ifade etmişlerdir. Bunun sonucu olarak da hasta bakımına tam yönelemedikleri ve gerekli hizmet içi eğitimlere katılamadıklarını belirtmişlerdir.

N. UYSALOĞLU üniversite hastanelerinde yaptığı bir araştırmada, hasta sayısının hemşire sayısına göre daha fazla olduğunu belirtmiştir (22). GATA Hastanesinin yatak kapasitesi 1000 ve hemşire sayısı 372'dir. Marmara Hastanesinin ise yatak kapasitesi 400 ve hemşire sayısı 208'dir. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği'ne (1994) göre 1000 yataklı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin hemşire sayısı 589 olarak 400 yataklı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin

hemşire sayısı 235 olarak belirlenmiştir. GATA Hastanesinde hemşire eksikliği açık bir şekilde görülmektedir. Bu sonuç N. UYSALOĞLU'nun ve Nurcan UYSAL'ın sonucuyla tutarlılık göstermektedir (42). Araştırmanın veri formu öneri kısmında hemşireler, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğunu ve hasta bakımı dışında ekstra işler yapmaktan dolayı asıl görevleri olan hasta bakımına özen gösteremediklerini belirtmişlerdir. Hemşire kadrosundaki eksikliğin ve hasta bakımına yeterli zamanın ayrılamamasının hemşire performansında düşüklüğe neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında aynı nitelikte başka bir çalışma bulunamadığından diğer bazı bulgular araştırmada karşılaştırılamamıştır. Ayrıca karşılaştırılan değişkenler bire bir boyutta gerçekleşememiştir.

SONUÇ :

Hemşirelik Müdürlük Sistemiyle çalışan ve Hemşirelik Müdürlük Sistemiyle çalışmayan iki hastanenin kıyaslanması sonucunda; Hemşirelik Müdürlük Sisteminin hemşirelik uygulamaları olan hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu, hastanın genel durumuyla ilgili değişikliklerin izlenmesi, hastanın tedavi uygulamaları, hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi, hasta muayenesi ve tanı işlemleri, hastanın ölümcül olması ve ölümü halindeki uygulamalar, servisle ilgili malzeme, araç-gereç teminini ve eğitimle ilgili uygulamalarda çalışan hemşirelerin performanslarına önemli bir etkisinin olduğu belirlenememiştir.

ÖNERİLER :

Yapılan bu çalışma sonucunda; hemşirelerin görev tanımlarının çalıştıkları birime göre açık, anlaşılır ve sınırları belirleyecek şekilde hazırlanması ve belirlenen tanımların çalışan personele bildirilmesi, hemşire sayısının iş yükü gereksinimine göre hesaplanması ve buna göre hastaneye ve birimlere yeterli sayıda hemşire temin edilmesi, mesleki riskin ve iş yükünün ağır olduğu birimlerde rotasyon programının uygulanması önerilmektedir.

Hemşirelik Müdürlük Sisteminin çalışan hemşire performansına etkisini ölçmek için yapmış olduğumuz çalışma çerçevesinde literatür taraması sonucu baz alabileceğimiz bir ölçek formu bulunamamıştır. Bu çerçevede bakacak olursak Hemşirelik Müdürlük Sisteminin çalışan hemşire performansına etkisini gerçek kriterlere uygun tespit edebilmek için performans ölçek formlarının ve hemşirelik uygulamaları veri formlarının düzenlenerek yeni bir ölçek formu oluşturulması ve yeterli sayıda hemşire çalıştıran başka iki hastanede bulunan bu yeni ölçek formu uygulanarak müdürlük sisteminin hemşire performansına etkisinin belirlenmesi önerilmektedir.

EK 6: Anket ve Veri Formu

Anket No: Tarih:

HEMŞİRELİK MÜDÜRLÜĞÜ SİSTEMİNİN ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PERFORMANSINA ETKİSİNİN ÖLÇÜLMESİ ANKETİ

Elinizdeki anket formu T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalınca yürütülen "Hemşire Müdürlüğü Sisteminin Çalışan Hemşirelerin Performanslarına Etkisi" konulu bir araştırma ile ilgilidir.

Araştırmanın amacı; Hemşirelik Müdürlüğü Sisteminin çalışan hemşire performansına ne derece etkisi olduğunun değerlendirilerek sonuçlarının ortaya konulmasıdır. Bu ankette yer alan soruları cevaplandırmanızın bilimsel bir çalışmaya önemli bir katkı sağlayacağını; sonuçlarından birlikte yararlanmamızı mümkün kılacağını vurgulamak isterim. Anket sorularına vereceğiniz cevaplar gizli tutulacaktır ve araştırma dışında başka bir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamak tamamen sizin kararınıza bağlıdır.

Teşekkürler
Nilgün ERTAŞ

1.BÖLÜM

1.	Yaşınız ?	( )
2.	Öğrenim Durumunuz	( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Sağlık Meslek Yüksek Okulu ( ) Hemşirelik Yüksek Okulu ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora
3.	Medeni Durumunuz	( ) Evli ( ) Bekâr ( ) Boşanmış/Dul
4.	Çalıştığınız Bölüm	( ) Cerrahi Klinik Hemşiresi ( ) Dahili Klinik Hemşiresi ( ) Eğitim Hemşiresi ( ) Laboratuar Hemşiresi ( ) Enfeksiyon Komitesi ( ) Diğer(……...)
5.	Çalışma Alanınız	( ) Klinik ( ) Yoğun Bakım ( ) Poliklinik ( ) Diğer(……)
6.	Kaç yıldır bu bölümde Çalışıyorsunuz?	( )

7. Hastaneniz Hemşirelik Müdürlüğü ( )
Sistemiyle çalışıyor mu?

2. BÖLÜM

Açıklama: Bu bölümdeki sorular mesleki sorumluluk ve görevlerle ilgili sorulardır. Soruları cevaplandırırken, aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra sizin için doğru olan ifadeyi gösteren sütuna ait ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine **X** işaretini koyunuz.

8. Hastaların servise kabulü ve hastaneye uyumu sırasında aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Hastayı servise kabul etme					
Hastayı odasına götürme ve yatağını gösterme					
Hastaya odadaki diğer hastalarla tanıştırma					
Hasta ve ailesine hastane kuralları ile ilgili bilgi verme					
Servise kabul edildikten sonra, hastanın yaşam bulgularını ve genel durumunu hemşire gözlem formuna kaydetme					
Hastaya bakım planı hazırlama ve uygulama					
Hastadan ve ailesinden alışkanlıkları ve adetleri ile ilgili bilgi alma					

9. Hastanın genel durumu ile ilgili değişikliklerin izlenmesi sırasında aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?(doktor istemini dikkate alarak)

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Hasta tansiyon takibi					
Hasta ateş takibi					
Hasta nabız takibi					
Hasta solunum takibi					
Bilinç durumu					
Oryantasyon durumu					
Kooperasyon durumu					

10. Hastanın tedavi uygulamaları sırasında aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Hastaya tedavi yapmadan önce bilgi vermek					
İlaç uygulaması sırasında 5 doğru kuralı uyguluyor musunuz?(doğru hasta, yol,					

zaman, ilaç, doz)					
Verilen ilacın etki ve yan etkisini izleyip kaydedebiliyor musunuz?					

11. Hastanın fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi için aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Kendi yemek yiyemeyen hastaya yemek yedirmek					
Diyetine uygun yemek yiyip yemediğini kontrol etmek					
Hastaya boşaltım ihtiyaçlarını gidermesinde yardımcı olmak					
Hastanın temizlenmesine ve dinlenmesini sağlamak					
Hastaya uygun pozisyon vermek					
Hastane enfeksiyonlarına karşı koruyucu bakım vermek					
Hastanın solunumuna yardımcı olmak gerekiyorsa solunum egzersizi yaptırmak					
Hastayı Aspire etmek					
Hastaya trakeostomi bakımı vermek					
İhtiyaca göre Oksijen uygulamak					
Yatak yarası oluşmaması için gerekli uygulamalar yapmak					
Yatak yarası oluştuysa bakımını yapmak					

12. Hasta muayenesi ve tanı işlemleri sırasında aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Hastayı muayeneye hazırlamak					
Muayene sırasında hekime yardımcı olmak					
Hastaya, yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek					
Hastayı, tetkik ve ameliyat için psikolojik ve fizyolojik olarak hazırlamak					
Hasta ve yakınlarına hekimle birlikte tanı ve tedavisi hakkında bilgi vermek					
Hastanın genel durumundaki tüm değişiklikleri hekime iletmek ve gözlem formuna kaydetmek					

13. Hastanın ölümcül olması ve ölümü halinde aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Hastayı yalnız bırakmamak, hasta ve yakınlarıyla hekimle birlikte iletişim kurmak					
Hastaya sakin ve huzurlu bir ortam sağlamak					
Ölen hastanın eşyalarını varsa yakınlarına yoksa hastanenin ilgili bölümündeki görevliye teslim etmek					
Bunların yapılması sırasında insan onuruna uygunluk ilkeleri ve deontoloji kurallarına uyulmasına özen göstermek					

14. Servisle ilgili malzeme, araç-gereç temininde aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Servisteki tıbbi araç-gereci her an kullanıma hazır bulundurmak					
Eksik ve onarımı gereken malzemelerin tamirini ve yerine konulmasını sağlamak					
Servisteki ilaçların temin edilmesini ve uygun şekilde korunmasını sağlamak					
Servisin düzenlenmesi, temizlenmesi, aydınlatılması, ısıtılması gibi işlemlerin görevlilerce yerine getirilmesini sağlamak					

15. Eğitimle ilgili uygulamalarda aşağıdaki faktörleri ne derece uygulayabiliyorsunuz?

Her bir ifadeyi ayrı ayrı değerlendiriniz. **Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.**	Çok Sık	Sık	Orta Sıklıkta	Seyrek	Hiç
Hizmet içi eğitim programı hazırlamak ve sunmak					
Hastalara hastalıkları ile ilgili sağlık eğitimi vermek					
Öğrenci hemşirelerin eğitiminde onları sürekli denetlemek					
Servis sorumlu hemşiresi olmadığında					

gerekli yöneticilik görevini üstlenmek					

16. Hemşirelik uygulamalarında yukarıda sayılan görev ve sorumlulukları yerine getirme sırasında size engel **oluşturan nedenler** varsa belirtiniz.

……
……
……
……
……

17. Hemşirelik görev ve sorumluluklarınızı daha iyi bir şekilde yerine getirebilmek için varsa **görüş ve önerilerinizi** belirtiniz.

……
……
……
……
……

KAYNAKLAR

1.WHO, European Symposlum on the Estimation of Hospital Bed reguirements Copenhagen: WHO, 22–26 Kasım 1965.

2.Velioğlu P.: İstanbul Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastaneleri'ndeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor: Hemşirelik Bülteni, C.2, S.7, s. 2-4,15 ,1986.

3.Seçim H.: Hastane Yönetim ve Organizasyonu: s.1,2,5,12,13,19-26,32,33,78,79,141-144,146,147,157,158,188-191, İstanbul,1991.

4.Garner L.F.,Bufton K.A.: History of nursing at Baylor University Medical Center: C. 14(4), Dallas, Texas, October, 2001.

5.Eren N.: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim: Hatipoğlu yayınevi, 3. Baskı, Ankara ,1985.

6.Çakan S. : İstanbul'daki Hastanelerde Ortopedi Alanında Çalışan Hekimlerin Performanslarının Değerlendirilmesindeki Kriterlerin Araştırılması: Yüksek Lisans Tezi, s.1,3,5, İstanbul,2004.

7.Velioğlu P.: Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler Ünite 1 : s. 9, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:497, 1991.

8.Menderes M.: Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz: s.2, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:812, Ekim 1994.

9.Alpagun O.: Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler: s.198, Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, (1981/1-2).

10. Tımmreck T.C. : Dictionary of Health Servises Management: s. 164-272, 2.B, Rynd Communications, 1987.

11. Velioğlu P.: Hemşirelikte Yönetim: Meteksan Yayınları No:6, s.3,37,40,45-50,61,71, Ankara, Eylül 1982.

12. Blau P.M.,Scott W.R.: Formal Organizations: A Comparative Approachs, s.42-43,San Francisko: Chandler Publishing Company 1962.

13. Scheın E.H: Örgütsel Psikoloji (çev.: Sağtürk A.,Özalp Ş.): 3.B., s.19 Eskişehir: İşitme Özürlü Çocuklar Eğitim ve Araştırma Vakfı Yayın No:2,1980.

14. Mc.Gibony J.P.: Principles of Hospital Administration: 2.B.G.P. Putman's sons, New York, 1969.

15. Freıdson E.: The Hospital in Modern Society: s.3 New York,The Free Pres,1963 .

16. Rosen G.: The Hospital; Historical Sociology of a Community İnstitution: s.4,5, New York,The Free Press,1963.

17. Göksoy H.A.,Erez S.: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (broşür): s.6 , 1967-1976.

18. Sipahioğlu H.: Gevher Nesibe Bilim Haftası ve Tıp Günleri açış Konuşması: s.25,27-29, Kayseri Üni. Gevher Nesibe Bilim Haftası ve tıp Günleri Kongresi (11–13 Mart,1982), Öztek Matbaacılık, Ankara, 1982,

19. Kunter H.B.: Türk Vakıfları ve Vakfiyeleri:Vakıflar Dergisi, C.1. s.104, 1938.

20. Tunca Y.: Sağlık Çalışmalarında 40 Yıl: s.7,Ankara:SSYB Yayın no: 303, 1964, 1922-1962.

21. SSYB, Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl: s.25,267, Ankara: SSYB Yayın No:422, 1973.

22. SSYB, Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923–1983 ve 1982 Yılı Çalışmaları: s.30, Ankara: SSYB Yayın No:505,1983.

23. SSYB, Yataklı Tedavi Kurumları 1983 Bülteni: s.45, Ankara: SSYB Yayın No:507,1983.

24. Aksayan S.: Hemşirelik Personeli Görev tanımları: (Proje Raporu), Ankara, 1994.

25. Uyer G.: Hemşirelik ve Yönetim, Ankara: s:6-8,24,25,35,45-50,141,142, Hürbilek Matbaacılık,1995.

26. SSYB, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği: s.4–28, 29–57, 41–45, Ankara, SSYB Yayın No.499, 1963.

27. Yıldırım A.: Üniversite Hastanelerinin Amaç, İşleyiş ve Özellikleri, IV Uluslar arası Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs, 10-12 Eylül 1997.

28. Akboğa N.C.: Bölge Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetsel Organizasyonu: s.2,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.

29. Eti Aslan F.,Yazıcı S.,Erdoğan N.: Yataklı Tedavi Kurumlarında Görevli Hekimlerin Hemşirelik Hizmetlerini Algılama Durumlarına İlişkin Bir Çalışma; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu:II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Atatürk Kültür Merkezi, İzmir,12-14 Eylül 1990.

30. Velioğlu P.: Hemşirelikte Yönetim:s.57,195,196,Ekim Bozak Matbaası,1970.

31. Türk Sağlık Mevzuatı**:** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Hemşirelik İş Tanımları: Madde 129, 131,132.

32. Eti Aslan F.,Yazıcı S.,Senel S.: İstanbul'da bir üniversite ve devlet hastanesinde yatan hastaların hemşirelerden beklentilerine yönelik karşılaştırmalı bir çalışma;

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu: II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri,Atatürk Kültür Merkezi,İzmir,12-14 Eylül 1990.

33. Velioğlu P.: Hemşirelikte Yönetim: s.80, Meteksan Yayınları,No:6,Ankara, 1995.

34. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Oryantasyon ve Organizasyon El Kitabı: 2003.

35. Yıldırım A.: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Organizasyon El Kitabı: Üniversite Hastanelerinin Amaç, İşleyiş ve Özellikleri, IV Uluslar arası Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs, 10-12 Eylül 1997.

36. Yazıcı S., Aslan F., Şelimen D.: Üniversite ve Devlet Hastanelerinde Çalışan hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Yönetimini Algılama Durumları: II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Atatürk Kültür Merkezi,İzmir,12-14 Eylül 1990.

37. Velioğlu P.: "İ.Ü.Araştırma Uygulama Hastanesindeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine İlişkin Rapor":s.4,Hemşirelik Bülteni,C.2, S.7, 1986.

38. Uyargil C.: İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi: s.1,2, Şahinkaya Matbaacılık, İstanbul,1994.

39. Baykal Ü.: Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma: s.177,180-187, Doktora Tezi, İstanbul,1994.

40. Koçel T.: İşletme Yöneticiliği: Beta Yayınları, 8nci Baskı, İstanbul, 2001.

41. Nunnally S.C.,Bernstein I.H.: Psycometric Theory:New York,Mc.Graw-Hill, 1994.

42. Uysal N., Kocaman G.: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemşire ve Ebelerin Kadrolama Durumunun İncelenmesi:Sağlık ve Hastane Yönetimi '. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı: s.408, Ankara,2005

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

İMZA

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Atıf AKDAŞ
Üniversitesi : Marmara

Üye : Doç.Dr.Nural BEKİROĞLU
Üniversitesi : Marmara

Üye : Yrd.Doç.Dr.Tuba DUMLU
Üniversitesi : Marmara



ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 22 / 8 / 2006 tarih ve 03 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Sevim ROLLAS Y.
Müdür Y.
Doç.Dr. Gülden Z. Omurtag