

**HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE
BAKIM YAKLAŞIMLARI VE ESKİŞEHİR
DEVLET HASTANESİ'NDE BİR UYGULAMA**

Sibel DEĞİRMENCI
(Yüksek Lisans Tezi)

ESKİŞEHİR-1998

T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE
BAKIM YAKLAŞIMLARI VE
ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ'NDE BİR UYGULAMA

Sibel DEĞİRMENCİ
Yüksek Lisans Tezi

İşletme (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi) Anabilim Dalı

Danışman
Prof.Dr. Hikmet SEÇİM

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphane

Eskişehir-1998

ÖZET

Tüm toplumlarda hastaneler anayasal güvence altına alınmış olan insan yaşamı ile ilgili hizmetleri üretirler. Yirmidört saat hizmet üretme yükümlülüğü altındaki hastanelerde işgören olarak en büyük grubu hemşireler oluşturmaktadır. Bu nedenle hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin yönetimi önemlidir. Buna ek olarak en iyi bakım yöntemlerinin ve hemşirelik modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

ABSTRACT

In all societies hospitals serve for human life which is under guarantee by constitution. The nurses group is the largest working group in hospitals who are responsible for twenty four hour service. Thus, the management of nursing services are very important. In addition, it is necessary to improve the models of nursing and to find out the best methods of nursing care.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof. Dr. Hikmet SEGİM
Üye : Prof. Dr. Sinan ÖZALP
Üye : Prof. Dr. İnci Cem AKUN
Üye :
Üye :

Sibel DEĞİRMENCI n. 'in Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde
Balıkesir Yalıtılmış ve Eskişehir Devlet Hastanesinde B.N. Uygulama başlıklı tezi
13-5-1998 tarihinde, yukarıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve
Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, Hastane ve Sağlık ve Kurum - Kömür
Anabilim / Anasanat dalında, Yüksek Lisans - Doktora / Sanatta Yeterlik tezi olarak
değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Enver ÖZKALP
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAMLAR

I.1. Hemşirelik Hizmetlerinin Tanımı	3
I.2. Hastane Organizasyonu İçinde Hemşirelik Hizmetlerinin İşlevleri	5
I.2.1. Hemşirelik Bakımı	7
I.2.2. Eğitim	10
I.2.3. Toplumla ve Diğer Çalışanlarla İşbirliği	12
I.2.4. Araştırma ve Geliştirme Faaliyetleri	14
I.3. Hemşirelik Hizmetlerinin Hastane Hizmetleri Yönünden Önemi	15
I.4. Hemşirelik Süreci	18
I.4.1. Tanılama	19
I.4.1.1. Veri Toplama	21

I.4.1.2. Hemşirelik Tanısı	23
I.4.2. Planlama	24
I.4.3. Uygulama	25
I.4.4. Değerlendirme	27
I.5. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyon Yapıları	27
I.5.1. Merkezi Organizasyon Yapısı	29
I.5.2. Merkezkaç/Düz Organizasyon Yapısı (Desantralizasyon)	31
I.5.3. Komuta-Kurmay Organizasyon Yapısı	36
I.5.4. Matriks Organizasyon Yapısı	37

İKİNCİ BÖLÜM

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE BAKIM YÖNTEMLERİ

II.1. Vak'a Yöntemi	41
II.2. Fonksiyonel Yöntem	42
II.3. Ekip Hemşireliği Yöntemi	45
II.3.1. Ekip İşbirliği İçinde Hemşireliğin Yeri	49
II.4. Primer Hemşirelik	54
II.5. Modüler Hemşirelik	58

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE BAKIM MODELLERİ

III.1. İletişime Dayanan Hemşirelik Modelleri	67
III.1.1. Ida Jean Orlando'nun Hemşirelik Modeli	67
III.1.2. Joyce Travelbee'nin Hemşirelik Modeli	69

III.1.3. Imogene King'in Hemşirelik Modeli	70
II.2. İnsan Gereksinimlerini Temel Alan Hemşirelik Modelleri	72
III.2.1. Fay Abdellah'ın Hemşirelik Modeli	72
III.2.2. Dorothea Orem'in Hemşirelik Modeli	75
III.2.3. Nancy Roper, Winifred Logan ve Alison J.Tierney'in Hemşirelik Modeli	78
III.3. Gelişimsel Modeller	80
III.3.1. Virginia Henderson'un Hemşirelik Modeli	80
III.4. Sistem Modeli	83

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ'NDE BİR UYGULAMA

IV.1. Eskişehir Devlet Hastanesi hakkında Genel Bilgiler	86
IV.2. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	90
IV.3. Eskişehir Devlet Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Organizasyon Sorunları	93
IV.3.1. Hastanenin İşleyiş Yönetmeliği	93
IV.3.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyon Şemaları	93
IV.3.3. Yetki ve Sorumlulukların Denk Olmaması	94
IV.3.4. Personelin Dengesiz Dağılımı	95
IV.3.5. Organizasyonda İşbölümü ve Uzmanlaşmadan Azami Ölçüde Yararlanılması İlkesine Uyulmaması	101
IV.4. Eskişehir Devlet Hastanesi Hızır-Acil Servisinde Bir Uygulama	102
IV.5. Hızır-Acil Serviste Ekip Hemşireliği Yönteminin Uygulanamamasının Nedenleri	104

IV.5.1. Görev, Yetki ve Sorumlulukların Açık Olmaması	104
IV.5.1.1. Başhemşire ve Servis Sorumlu Hemşirelerinin Atama ve Yer Değişirme Yetkilerine Müdahale Edilmesi	104
IV.5.1.2. Mesleki Konularda Müdahale Edilememesi ...	105
IV.5.1.3. Ekip Liderlerinin Belirsizliği	105
IV.5.2. Organizasyonda Personelin İşe Yerleştirme İlkesine Uyulmaması	106
IV.5.3. Denetim Yetersizliği	106
IV.6. İyi Bir Ekip Hemşireliği Yöntemi İçin Öneriler	106
IV.6.1. Görev, Yetki ve Sorumlulukların Belirlenmesi	107
IV.6.2. Üst ve Orta Yönetim Organlarının Daha Fonksiyonel Hale Getirilmesi	108
IV.6.3. Ekip Yönteminin Gereği Olarak Servis Sorumlu Hemşiresinin Ekip Liderlerini Belirlemesi	108
IV.6.4. Hizmet-içi Eğitim	108
IV.6.5. Personelin Sık Değişiminin Engellenmesi	109
IV.6.6. Nitelikli Hemşireler	109
IV.6.7. Yer, Araç ve Uygun Ortam	109
IV.6.8. Mesai Saatinin Azaltılması	109
IV.6.9. Toplantıların Yapılması	110
IV.7. Önerilere Uyulduğu Takdirde Ekip Hemşireliği Yönteminin Organizasyona Sağlayacağı Yararlar	110
SONUÇ	112
KAYNAKÇA	118

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:	Sağlık Kurumu Sistem Yaklaşımı	15
Şekil 2:	Hemşirelik Sürecinin Aşamaları	20
Şekil 3:	Sağlık Öyküsü İçin Veri Toplama Alanları	22
Şekil 4:	Merkezi Organizasyon Yapısı	30
Şekil 5:	Merkezkaç Organizasyon Yapısı	33
Şekil 6:	Komuta-Kurmay Organizasyon Yapısı	36
Şekil 7:	Matriks Organizasyon Yapısı	38
Şekil 8:	Hasta Merkezli Bakım	42
Şekil 9:	İş Merkezli Bakım	44
Şekil 10:	Ekip Hemşireliği	48
Şekil 11:	Hemşireliğin Ekip İçindeki Yeri	50
Şekil 12:	Ameliyat Öncesi ve Sonrası Görev Dağılımı	52
Şekil 13:	Primer Hemşirelik	56
Şekil 14:	Modüler Hemşirelik	59
Şekil 15:	King'in Etkileşim Modeli	71
Şekil 16:	Hemşirelik Sistemi	84
Şekil 17:	Eskişehir Devlet Hastanesi Organizasyon Şeması (1997)	89
Şekil 18:	Eskişehir Devlet Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Organizasyon Şeması (1997)	92
Şekil 19:	Eskişehir Devlet Hastanesi Hızır Acil Servis Organizasyon Şeması (Eylül 1997)	102

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1: Eskişehir Devlet Hastanesi Personel Envanteri (Aralık 1997)	87
Tablo 2: Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki Servislerin Yatak ve Doktor/Hemşire Sayıları (Aralık-1997)	96
Tablo 3: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Servislere Göre Hemşire Başına Düşen Yatak Sayıları (Aralık-1997)	98
Tablo 4: Eskişehir Devlet Hastanesi Hemşire Personelin Görev Yerleri ve Yüzdeleri (Aralık 1997)	99

GİRİŞ

Hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden alan mesleklerden biri olduğundan, profesyonel anlamda olmasa da başlangıcı insanın varoluşuna kadar dayanır. İnsanın var olduğu günden bugüne kadar olan tüm evrensel değişiklikler paralelinde hemşirelik de gelişmiş ve günümüzde çok değerli olan insana sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan mesleki konuma erişmiştir. Bu gelişmeler insan varoldukça da devam edecektir.

Ülkemizde son yıllarda hemşirelik alanında yapılan çalışmalar; tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde bütüncül bir yaklaşımla işten çok bireyi merkezine alan, nitelikli, çağdaş ve bilimsel bir hemşirelik bakımını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmektedir.

Bunun için hemşireliğin boyutlarını inceleyerek bilimsel nitelikli bir hemşirelik için yeni yöntem ve modeller oluşturmak birincil amaç olmalıdır.

Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Bakım Yaklaşımları isimli çalışmamız dört bölümden oluşmaktadır.

Çalışmamızın birinci bölümünde hemşirelik hizmetlerinin tanımı, işlevleri, hastane hizmetleri yönünden önemi ve hemşirelik süreci açıklanarak, hemşirelik hizmetlerinin organizasyon yapıları anlatılmıştır.

İkinci bölümde hemşirelik hizmetlerinden en iyi bilinen ve en yaygın kullanılan bakım yöntemleri olan; vak'a yöntemi, fonksiyonel yöntem, ekip hemşireliği yöntemi ile primer ve modüler hemşirelik yöntemleri incelenmiştir.

Üçüncü bölümde, hemşirelik hizmetlerinin bakım modelleri olan iletişime ve insan gereksinimlerine dayanan modeller ile gelişimsel ve sistem modelleri sırasıyla incelenmiştir.

Dördüncü bölümde ise Eskişehir Devlet Hastanesi'nin hemşirelik hizmetlerinin organizasyon yapısı ve sorunları incelenmeye çalışılmıştır. Hızır acil serviste bakım yöntemi olarak yerleştirilmeye çalışılan ekip hemşireliğinin uygulanamamasının nedenleri anlatılmış ve uygulanması halinde organizasyona sağlayacağı yararları değinilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAMLAR

1. Hemşirelik Hizmetlerinin Tanımı

İnsanoğlu varoluşuyla beraber hayatta kalabilmek veya yaşamını kolaylaştırmak için çok uğraş vermek zorunda kalmış, sınama yanılmalar sonucu yeni bilgiler, uygulamalar üretmiştir. Daha sonra ise bunların önemli bir kısmı giderek organize hale gelmiş ve insanlar bunları kendilerinden sonraki kuşaklara aktarmak zorunda kalmışlardır. Meslekler de bu bilgi ve uygulamaların zaman içinde olan gelişmelerine paralel olarak doğmuşlar ve giderek formal bir biçim almışlardır.¹

Bütün ülkelerde hemşirelik, sağlık sisteminin hayati bir bölümünü oluşturmakta ve sağlık insan gücü olarak en yüksek sayıda personeli kapsamaktadır. Bu hizmetin gelişmiş olduğu ülkelerde, genel sağlık örgütlenmesi içinde bir alt sistem olarak hemşireliğin yeri çok güçlendirilmiştir.²

Hemşireliğin tanımı birçok kez, birçok kişi tarafından yapılmıştır. Bugüne kadar yapılmış olan tanımlar genellikle, kendi zamanlarının hemşirelik felsefelerini ve uygulama düzeylerini yansıtmaktadır.

¹ Nur İNANÇ ve diğerleri, **Hemşirelik Esasları**, GATA Basımevi No:5, Ankara, 1994, s.6.

² İnci EREFE, **Sağlık Kurumları Örgüt Yapısı İçinde Hemşirelik Hizmetlerinin Konumu**, Ankara, 1995, s.41.

1859'da Florence Nightingale "Hemşirelik Üzerine Notlar" adlı kitabında "Hemşirelik doğanın birey üzerindeki etkilerini olumlu ve zararsız hale getirebilmek için bireyi; en iyi hale getirmektir. Hemşirenin hastaya temiz hava, iyi ışık, yeterli ısı, temizlik, sessizlik ve iyi seçilmiş bir diyet sağlaması ona yaşama gücü verir." demektedir.³

Bir diğer tanıtımda ise hemşirelik; hastalık gerginliği ve stresi altında olanların ilk olarak gerginliğini hafifletmek ve bunun sonucunda meydana gelecek rahatsızlığı gidermek, içsel ve dışsal dengeyi sağlamaktır.⁴

1946'da ANA (American Nursing Association-Amerikan Hemşireler Derneği) hemşirelik liderlerini toplayarak bir tanım yapmalarını istemiştir. Bu çalışma sonucu ulaşılan tanım çok geniş kapsamlı olmuş ve diğer sağlık disiplinlerini de içine almıştır. Bunun üzerine 1950'de 5 yıllık bir araştırmaya girilmiş ve halen geçerli olan bir tanım geliştirilmiştir. Bu tanıma göre hemşirelik; Poliklinik hastasının, yaralının, yatan hastanın ya da sağlıklı bireyin durumunun düzeltilmesi ya da idamesi, başkalarının hastalıklardan korunması, diğer personelin gözetimi ve eğitimi ile ilgilenir ve hekimin önerdiği tedavi ve ilaçları uygular, bakım verir, danışmanlık ve gözlem yapar. Bunları yaparken de biyoloji, fizik ve sosyal bilimlerin bilgi ve uygulamalarına dayalı beceri ve değerlendirme yeteneğine gereksinim duyar.⁵

1972'de ICN (International Council of Nursing-Uluslararası Hemşirelik Konseyi) Virginia Handerson'un bugün de benimseyerek kullandığımız, geniş anlamlı hemşirelik tanımını kabul etmiştir. Buna göre "Hastalar gerekli güç, istek ve bilgiye sahip olabilselerdi, bireyin yardımsız olarak kendini

³ İNANÇ, a.g.e., s.7.)

⁴ Marquerite PAETZNICK, A Guide For Staffing a Hospital Nursing Service, WHO. Public Health Papers No:31, Geneva, 1966, s.10.

⁵ İNANÇ, a.g.e., s.7.

iyileştirebilmesi gerekirdi. Bunun birey tarafından yapılamadığı hallerde sağlıklı ya da hastalıklı bireye yardımcı olmak hemşireliğe özgü bir fonksiyondur.⁶

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu'nun 1981 yılında yapmış olduğu tanıma göre: "Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir."⁷

Yukarıda verilen tanımlardan hareketle hemşirelik hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal tüm özellikleriyle bir bütün olarak ele alınması,
- Açık iletişim ve iyi kişilerarası ilişkilerin gerekliliği,
- Hemşireliğin hem bilim hem sanat oluşu,
- Güvenlik, iyilik hali ve korumanın birincil amaç olduğu,
- Ekip çalışmasının gerekliliği,
- Hemşireliğin kendi mesleki gelişimi için meslek üyelerine düşen sorumluluklar,
- Hemşirelik uygulamasının bilimsel bir yöntemle (Hemşirelik Süreci) yerine getirilebileceği.

2. Hastane Organizasyonu İçinde Hemşirelik Hizmetlerinin İşlevleri

Toplumla meslek grupları arasında bir "toplumsal sözleşme" vardır. Bu sözleşmeye göre toplum, toplumsal açıdan yaşamsal önem taşıyan işlevler

⁶ Selva ŞENTÜRK, *Hemşirelikte Deontoloji*, Nazım Terzioğlu Basımevi, İstanbul, 1986, s.11-12.

⁷ THD Genel Merkezi, *Hemşireliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerini Kapsayan Bir Rehber*, Ankara, 1981, s.15.

konusunda meslek gruplarına yetki verir ve bu grupların kendi işlerini yürütmeleri için gereken bağımsızlığı onlara tanır. Bunun karşılığında, meslek gruplarının da sorumluluk bilinci içinde ve kamuoyunun güvenini sarsmayacak biçimde davranmaları beklenir. Toplumla meslek grupları arasındaki bu ilişkinin temelinde yatan ise nitelikli hizmetin güvencesi olan öz denetimdir. Bu aynı zamanda bir mesleğin olgunluğa eriştiğinin de en belirgin göstergesidir.⁸

Sağlık sistemindeki gelişmelerin sonucu olarak hemşirelik artık birkaç somut işlemlerle, bazı el becerileriyle sınırlı, “geleneksel bir iş” değildir. Günümüzde hemşirelik kendi bilimsel bilgi birikimi olan formal eğitimle kazanılan, kendine özel uygulamaları olan ve bunlar için sorumluluk alan bir meslek konumundadır.⁹ Toplumda hemşirenin görevi bireylere, ailelere ve gruplara, yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın çetin koşulları içerisinde fiziksel, sosyal ve ruhsal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyeli değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının yanısıra hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır.¹⁰

Hemşirelik işlevleri, ülkenin sağlık bakım sistemine büyük ölçüde dayanır. Bununla beraber, hemşirelik mesleğinin daha yararlı hale getirilmesi için dünya çapında çalışmalar yapılmaktadır. Çeşitli sağlık kurumlarında, hastanın bakımı, rehabilitasyonu, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesini içeren sağlık bakımındaki işlevler giderek daha çeşitlilik sergilemektedir. Bilgide artma, hemşirelere bazı görevlerin devredilmesi ve hemşirelerin de bazı görevleri diğerlerine devretmesi bu durumu etkileyici diğer faktörlerdir.¹¹ Bu işlevler genellikle “Hemşirelik Bakımı”, “Eğitimi”, “Toplumla ve Diğer Çalışanlarla İşbirliği” ile “Araştırma ve Geliştirme” olarak sınıflandırılabilir.

⁸ Saadet ÜLKER, **Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Bir Eylem**, Aydoğdu Basımevi, Ankara, 1995, s.1.

⁹ İNANÇ, a.g.e., s.9.

¹⁰ ÜLKER, a.g.e., s.15.

¹¹ Gülten UYER, **Hemşireliğe Genel Bakış**, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1992, s.112.

2.1. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik uygulamaları uzun yıllar yalnızca hastanın fiziksel bakımına yönelik olmuş, hastadan ziyade hastalığa önem verilmiştir. Ülkemizde hâlâ yaygın olan bu anlayış, batı hastanelerinde yerini hastalığa değil, bir insan olarak hastanın kendisini esas alan yaklaşıma bırakmıştır.¹² Hasta olma hali insanda psikolojik ve/veya fizyolojik açıdan bağımlılık yaratmaktadır. Bu nedenle, hekim tarafından yalnızca hastalığın teşhisi ve tedavisi içinde tıbbi rejimin belirlenmesi yeterli olmamaktadır. Hastanın korunup, gözlenmeye, kısacası çeşitli türde ilgiye ve bakıma ihtiyacı bulunmaktadır.¹³ Hemşireler hekimlerle birlikte verdikleri tıbbi bakımın yanısıra hastanede güvenli ortamın yaratılması ve sürdürülmesi içinde etkin rol almaktadırlar. Buradaki temel ilke hastaların hastanede zarar görmemesidir. Güvenli fizik çevrenin sağlanmasının yanısıra hasta düşme gibi mekanik travmalardan, yanlış uygulamaya, tedbirsizliğe bağlı yanıklardan, yangınlardan, kimyasal travmalardan ve hastanede edinilmiş olan enfeksiyonlardan korunmalıdır. Çünkü hastanın fiziki ortamının iyi olması onun psikolojik durumuna, hastalığını kabullenmesine ve hastanede yatma süresine yansiyacaktır.

Buna bağlı olarak hemşire, seçenekleri gözden geçirir ve vereceği bakımın aşağıdaki maddeleri içermesine dikkat eder.¹⁴ Bu bakım;

- Hastanın sağlığı için yararlı olmalı.

¹² Elinor V.FUERST, Lu Verne WOLFF ve Marlene H.WEITZEL (Çev: R.AVERY, S.BEZMEZ, ve M.YAYLALI), **Hemşireliğin Temel İlkeleri**, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:2, Ankara, 1979, s.1.

¹³ Hikmet SEÇİM, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İşletme Fakültesi Yayını, Yayın No:252, İstanbul, 1991, s.10.

¹⁴ Margaret F.ALEXANDER, **Ülke Düzeyinde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimi**, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, İstanbul, 1988, s.5.

- Bireysel ve toplumsal seviyede hastalıkları ve komplikasyonları önlemeli ve kontrolünü sağlamalı.
- Hastalara kendi seçimlerini kendilerinin yapmalarına olanak sağlanmalı.
- Hastanın fonksiyonelliğine azami faydayı sağlamalı.
- En az enerji ve kaynak harcanmasıyla bu amaca ulaşılmalı.

Bunun için hemşirelik süreci adı verilen bir dizi adımın sırasıyla izlenmesi, en etkin sonucun elde edilmesinde yardımcı olur.¹⁵

- Bireyin, ailenin, grubun veya toplumun gereksinimleri değerlendirilerek bu gereksinimlerin karşılanması için gerekli ve eldeki kaynakların saptanması;
- Hemşirelik bakımı ile en uygun ve etkin şekilde karşılanabilecek gereksinimler ile diğer meslek gruplarına havale edilmeyi gerektiren gereksinimlerin saptanması;
- En iyi şekilde hemşirelik bakımı ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerin öncelik sırasının belirlenmesi;
- Gerek duyulan hemşirelik bakım hizmetinin planlanması ve sağlanması;
- Bakımın her alanında bireylere rol verilmesi, kendi kendine bakım ve sağlıkla ilgili her konuda kendi kendine karar verme mekanizmalarının özendirilmesi;
- Hemşirelik sürecinin her aşamasında yapılanların belgelenmesi ve verilen hemşirelik bakımı sonuçlarının birey, aile, grup veya toplum hizmeti veren hemşire ve hemşirelik bakımının verildiği sistem bazlarında değerlendirilmesinde bu bilgilerden yararlanılması ve
- Kabul görmüş ve uygun kültürel, ahlaki ve mesleki standartların uygulanması.

¹⁵ ÜLKER, a.g.e., s.15-16.

Hemşireler yapılmış olan görev dağılımına göre hazırladıkları bakım planını bireysel veya grup olarak uygularlar. Sonuçlar değerlendirilir ve plandaki gerekli değişiklikler yapılır.

Hemşirelik bakımının etkili bir şekilde yapılabilmesi bu alan içine giren ve her düzeydeki hasta bakımı personelinin görev, yetki ve sorumluluklarının açık ve seçik olarak önceden saptanması ile mümkündür. Her hemşire sorunlar için kimden yanıt alabileceğini ve kime karşı sorumlu olduğunu bilmelidir. Bugün hastanelerimizde çalışan çeşitli hemşirelik bakım personelinin fonksiyonlarına ait belirli bir tanım ve ayırım yoktur. Önce hemşirelerin eğitsel hazırlığı ve yetenekleri gözönüne alınarak herbir kategoriye kapsayan iş tanımları yapılmalıdır. Bunun yanında hastanelerimizde hemşirelik hizmetlerini yürütecek merkezi örgütün kurulamamış olması hizmetlerde karmaşa ve başıboşluğa neden olmaktadır.¹⁶

Bugün dünyada tartışmasız kabul edilen bir gerçek, sağlık bakımında, hemşireliğin önemli ve temel öğelerden biri olduğudur. Hemşirelik bakımında karşılaşılan sorunların çözümünde ise sağlık ekibinin diğer üyelerinin özellikle hekimlerin ve halkın yapıcı destek ve anlayışı olmadan bir sonuca varmak mümkün değildir. Hemşirelik bakımı hizmetleri, hastanenin diğer hizmetlerinden soyutlanamaz. Bir bölümdeki bozukluk ve aksaklık diğerlerini etkiler. Bakımı doğrudan etkileyen faktörlerin en önemlileri ise hastanenin bir yönetim sisteminin olup olmayışı, varsa biçiminin niteliğidir. Bu nedenle;¹⁷

- Hastanenin tüm hizmet birimleri ile ilgili örgütsel yapısının kurularak yetki hiyerarşisinin açık ve seçik olarak belirlenmesi;
- Tüm hastane hizmetleri ile ilgili politikaların saptanması;

¹⁶ Perihan VELİOĞLU, "İstanbul Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ndeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor", **Hemşirelik Bülteni**, II:7, 1986, s.5.

¹⁷ Perihan VELİOĞLU, Sevgi OKTAY, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:351, Eskişehir, 1995, s.113-114.

- Sağlık sistemlerinin tümünü kapsayan iş analizleri sonucu iş tanımlarının yapılması;
- Hastane yönetiminde üst düzey yöneticisinin, bu bilim dalında uzmanlaşmış ve deneyimli bir kişi olması;
- Hastanedeki tüm hizmet birimlerinin temsil edileceği kurulların oluşturulması;
- Hastanedeki tüm meslek üyelerine sürekli eğitimin sağlanabilmesi amacı ile bir Sürekli Eğitim Bürosunun kurulması.

Hemşirelik hizmetleri ile ilgili önerilere gelince:

- Her bir hasta için asgari bakım standartlarının saptanarak normların formüle edilmesi ve böylece hemşirelik bakımının niteliğinin güvenceye alınması. Her bir hastaya gerekli optimal bir hemşirelik bakımı için gerekli saatin saptanması;
- Hemşirelik bakımından sorumlu profesyonel personel ile yardımcı personelin sayısal oranlarının hesaplanması;
- Sayısal olarak hemşire-hasta oranlarının saptanması;
- Bakım personelinin görev, yetki, sorumluluk ve niteliklerinin saptanması;
- Hemşirelerin esas görevleri olan hasta bakımının dışında çalıştırılmaması;
- Hastanelerdeki hemşirelik hizmetlerinin “Hemşirelik Müdürü” adı altında yeterli eğitimi ve deneyimi olan bir hemşire tarafından tüm yetki ile donatılmış bir biçimde yürütülmesi bugün için ön plana alınarak uygulamaya konulabilecek hususlardır.

2.2. Eğitim

Hemşire çeşitli düzeydeki formal hemşirelik eğitimine katıldığı gibi, birey, aile ve toplumun sağlığına yönelik olarak da sağlık eğitimi verir.

Hastanelerimizin temel amacı hastaların tedavisidir. Bu amaca ulaşabilmek için de hastalara verilen tedavi hizmetinin eğitim ile bütünleştirilmesi gerekmektedir.¹⁸

Hastaların çoğu hastalıklarının akut safhasında hastanede tedavi edilmektedir. Oysa hastaların önemli bir bölümü kronik hastalıklardan şikayetçidir. Mesela; bir diyabet hastasına ve onun ailesine hastaneden taburcu olurken diyetini nasıl yapacağı, ilaçlarını ne şekilde kullanacağı, ne zaman kontrole geleceği konusunda hemşire eğitim vermektedir. Bu eğitim yalnızca hastanın tedavisi açısından değil, aynı zamanda hastane masraflarının azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından da önem taşımaktadır.

Hastanelerde hemşirelerin eğitim verdikleri bir diğer grup da öğrencilerdir. Hemşirelik okulları öğrencilerine klinik eğitim verebilmek için ya bir hastaneye ya da bir hastaneye bağlı olarak kurulmuştur. Böylece hemşire olacak öğrencilere okuldaki kuramsal eğitimlerinin yanısıra, hastanede klinik gözlem ve uygulama yapabilme ve tecrübe kazanabilme olanağı sağlanmıştır. Bu amaçla ABD hastanelerinde bir başhemşire yardımcısı personelin hizmet-içi eğitimini ve öğrenci hemşirelerin klinik eğitimlerini programlamakla ve hemşirelik okulu ile ilişkileri yürütmekle görevlendirilmektedir.¹⁹

Hemşirelerin hizmet-içi eğitimi hastanede verilen bir başka eğitim türüdür. Profesyonel bir meslek üyesinin görev öncesi eğitim kurumlarından elde ettiği bilgi ve becerilerin, bunların davranış haline getirilmesinde, her yönü ile tam, kusursuz ve mükemmel olmasını sağlamada yetersiz kalması doğaldır. Eğitim kurumlarındaki yetenekli ve deneyimli eğitimcilerin yeterli sayıda olmaması, ayrıca gerek kuramsal ve uygulama saatlerinin yetersizliği gerekse

¹⁸ M.Nuri KALKAY, *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*, Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul, 1981, s.107.

¹⁹ SEÇİM, *a.g.e.*, s.80.

uygulama ortamının, öğrenim deneyimlerinin, hasta bakımına ilişkin araç ve gerecin yetersizliği gözönüne alındığında daha mesleğin başlangıcında olan yeni mezun hemşirelerde birçok eksikliğin bulunabileceği kabul edilmelidir.²⁰

Bu eksikliklerin olabileceğini kabul etmenin yanısıra, sağlık bilimlerinin tüm dallarında olduğu gibi hemşirelik bilim dalında da bilgi düzeyinin gün be gün artması, hastalara verilecek bakım hizmetlerini sunma yöntemlerindeki çağın gereksinimlerine uygun hızlı değişimler, çalışma ve çevre koşullarının eskiye oranla unutulması ve bir bölümün ise teknolojik ilerlemelere bağımlı bir biçimde geçerliliğini yitirmesi gibi zorunlu nedenler görev üstlenecek hemşireler için hizmet-içi eğitim gerekliliğini gözler önüne sermekte ve nedeni önemli olduğunu açıkça vurgulamaktadır.²¹

Bu nedenlerden hareketle, hemşireler belirli aralıklarla kurslar, seminerler ve konferanslar şeklinde düzenlenen hizmet-içi eğitim programlarına alınmaktadırlar.²²

2.3. Toplumla ve Diğer Çalışanlarla İşbirliği

Hemşirelik toplam hasta bakımının bir parçası olmasına rağmen hemşirelik hizmetleri doktor, sosyal çalışma ve diğer personelle koordine edilmelidir.²³ Özellikle 20.yüzyılda tıpta ve teknolojiye görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması hastanede hem personel hem de hizmet birimleri sayısının hızla artmasına neden olmuştur.²⁴ Hastanelerdeki işbölümü

²⁰ Güler AKSOY, "Hemşirelere Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarına İlişkin Bir Çalışma", **Hemşirelik Bülteni**, V:16, 1990, s.27.

²¹ Mefun Erol AKGÜN, Hasibe OKUR, "**Hizmet İçi Eğitim**" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Ders Notları, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1996, s.7.

²² Perihan VELİOĞLU, **Hemşirelikte Yönetim**, Meteksan Yayınları No:6, Ankara, 1982, s.146.

²³ PAETZNICK, **a.g.e.**, s.10.

²⁴ SEÇİM, **a.g.e.**, s.21.

ve uzmanlaşma düzeyinin çok yüksek olması nedeniyle herhangi bir grubun ya da bölümün fonksiyonunu yerine getirebilmesi, diğer bölüm ya da gruplara bağlıdır. Hiçbir bölüm fonksiyonunu diğerlerinden bağımsız olarak yerine getiremez.

Bunun sonucunda sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmak, hemşirenin üçüncü işlevidir. Bu işlev aşağıda belirtilen etkinlikleri içerir.²⁵

- Genel sağlık hizmetlerinin bir unsuru olarak hemşirelik hizmetlerinin yönetimi amacıyla bireyler, aileler, toplumlar ve diğer sağlık personeli ile işbirliği yapmak;
- Diğer hemşireler, yardımcı personel ve hemşirelik hizmetlerinin tüketicileri de dahil olmak üzere herhangi bir hemşirelik bakım ekibine liderlik etmek;
- Hemşirelikle ilgili etkinlikler ve görevlerde diğer hemşirelik personelini görevlendirmek ve yaptıkları çalışmalarda bu personeli desteklemek;
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması, geliştirilmesi, koordine edilmesi ve değerlendirilmesi konularında birden fazla disiplin ve sektörden temsilcilerin oluşturdukları ekiplerdeki insanlarla işbirliği yapmak;
- Ekip çalışmasına yardımcı olacak güvenilir ve uyumlu bir çalışma ortamı sağlanması amacıyla diğer meslek grupları ile işbirliği yapmak;
- Politika geliştirme ve program planlanması, önceliklerin belirlenmesi ile kaynakların geliştirilmesi ve tahsisi alanında aktif rol almak ve
- Yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde yetkili makamlar, politikacılar ve gerektiği takdirde medyaya sunulacak raporların hazırlanmasında rol almaktır.

²⁵ ÜLKER, a.g.e., s.17.

Bu etkinlikler sonucunda hemşire hem çalışma ortamında örgütsel çatışmaya girmez hem de toplumla birlikte hareket ederek sağlık düzeyinin yükseltilmesine yardımcı olur.

2.4. Araştırma ve Geliştirme Faaliyetleri

Tıp ve teknolojideki hızlı ilerlemeler nedeniyle gelişen çağa ayak uydurmak kaçınılmazdır. Tüm hastalara yüksek standartta hemşirelik hizmeti sağlanması, istek ve ihtiyaçların üst düzeyde karşılanması amacıyla her meslek üyesinin kendini geliştirmesi gereklidir. Kalitenin iyileştirilmesi ve sürekliliğin sağlanması için çeşitli programlar yapılmalıdır.²⁶

Dördüncü işlev, çeşitli araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi olup, aşağıda belirtilen etkinlikleri içermektedir.²⁷

- Hemşirelerin yetenek ve becerilerini iyice tanımak;
- İşteki performansın geliştirilmesine engel olan şeyleri saptamak;
- Daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlayacak çalışma yöntemleri belirlemek;
- Hemşirelik uygulamaları ve eğitimi alanında bilginin artırılması ve becerilerin geliştirilmesini sağlayacak araştırma alanlarını belirlemek ve gerektiğinde bu tür çalışmalara katılmaktır.

Hemşireler çeşitli geliştirme programlarına katılarak mesleki bilgi ve becerilerini artırırlar. Böylelikle de kendilerinden hizmet talep edenlere daha iyi bakım sunarlar.

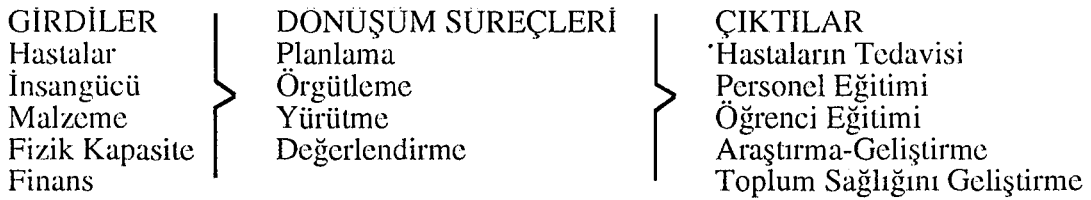
²⁶ Zehar ALCAN “Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi” içinde: Mithat ÇORUH (Der.) **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1995, s.123-124.

²⁷ ÜLKER, a.g.e., s.17.



3. Hemşirelik Hizmetlerinin Hastane Hizmetleri Yönünden Önemi

Hastaneler; hasta ve yaralıların tedavisi, eğitim, araştırma-geliştirme ve toplumun sağlığını yükseltme gibi işlevlerle halka sağlık hizmeti sunan yataklı kuruluşlardır. Sistem yaklaşımı ile tanımlandığı zaman hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri hastalar, insangücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmadır.²⁸ Bu sistemin temel amacı ve ortaya koyması gereken ürün ise hastaya en üst düzeyde bakım ve hizmet vermektir.²⁹



Şekil 1: Sağlık Kurumu Sistem Yaklaşımı

Kaynak: EREFE, a.g.e., s.47

Bu çıktılarının oluşturduğu süreçlerin hepsinde, vazgeçilmez bir sağlık elemanı olarak hemşireler yer almaktadır. Hemşirelerin hastanede diğer görevliler tarafından yeri doldurulamayan bir fonksiyonu vardır.³⁰ Hastane hemşireliğinin belirgin özelliği hasta bakımı ve hekim çalışmasıyla yakın ilişkide olmasıdır. Hemşirelik yapmak isteyip de, hemşirelik esaslarına uymayan birçok

²⁸ SEÇİM, a.g.e., s.6.

²⁹ Perihan VELİOĞLU, "Hastane Sistemi ve Hemşirelik", **Hemşirelik Bülteni**, 2:21, 1990, s.13.

³⁰ EREFE, a.g.e., s.47.

görevi de üstlenmektedirler. Bu durum tıbbi bilimlerin gelişmesine ve hastanelerin hızla büyümesine bağlıdır. Sözelimi; kemoterapi ve paranteral tedavinin yaygınlaşması hemşireleri introvenöz infüzyon yöntemi ve tedavi konusunda sorumluluk almaya zorlamaktadır. Bunlar daha önce hekimlerin uygulamasında iken tıbbi bilimlerin hızlı gelişimi nedeniyle bu durum hemşire personele yönlendirilmiştir. Hemşirelerin ayrıca eczane işlemleri, reçete bileşimleri, yiyecek hazırlama, mefruşat dağıtımı, personelin etraf temizliği ve çalıştırılması gibi geniş bir yelpazede görev aldıkları gözlenmektedir.³¹

Bunun yanında hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde 24 saat boyunca hizmet verilmektedir.³²

Hemşireler sağlık sektöründeki en büyük mesleki grubu oluştururlar. Onlar fertler, aileler, gruplar ve toplum için haftanın 7 günü, günün 24 saati çok değişik bölümlerde sağlık hizmeti sunarlar.³³ Bu nedenle de hemşireler hastanelerin vazgeçilmez elemanlarıdır.

Hemşirelikte, koordine edici ve işlevler arasındaki denge konusu, gerek hemşire gerekse hastaneler için son derece önemlidir. Öncelikle yeterli örgütsel koordinasyon, iyi hasta bakımı ve iş verimliliği oranı açısından zorunludur. Bunun yanında gerekli koordinasyonun büyük bir bölümünün hemşireler tarafından yapılması gerekir, çünkü hemşireler hastanelerde her an var olan tek gruptur. Böylelikle hemşire hasta bakımını ve işin sürekliliğini güvence altına alabilecektir. Hastanelerde diğer meslek üyeleri hasta bakımı için gerekli araç, gereç, hizmet, bilgi ya da destekleyici yardım

³¹ PAETZNICK, a.g.e, s.9-10.

³² SEÇİM, a.g.e., s.26.

³³ Rebecca BERGMAN, "Planning aspects of selected manpower categories" içinde: T.L.HALL, A.MEJIA (der.) **Health Manpower Planning**, World Health Organization, Geneva, 1978, s.201.

bulamadıklarında hemşirelere başvururlar ve onları sorumlu tutarlar. Hemşireler çoğu zaman kendi işleri olmadığı hallerde bunları da yüklenme ve yerine getirme durumunda kalırlar. Bu kadar uğraş sonunda ise yine hastanelerde hemşirelik kadrosu, hekim ve yöneticilere göre daha düşük bir statüye sahiptir. Çünkü hemşirelik bölümünde statü ve değerlendirme büyük ölçüde klinik bilgi, beceri ya da yetenek yerine, kadro ve kıdeme göre ayarlanmaktadır.³⁴

Hemşireliğin hastane sistemindeki yeri onun diğer kümelerle olan etkin ilişkilerini büyük çapta kısıtladığı gibi kendi alanları ile ilgili olguları bağımsızca denetleyebilmesini de etkiler. Buna karşılık, tıp kadrosunun hastane olayları üzerindeki etkisi hemşirelerinkinden kat kat üstündür. Ancak son yıllarda dünyada hekim ve hemşireler arasındaki statü eşitsizliği oldukça azalmış görülmektedir. Gün geçtikçe hastane hemşiresinin görevinin hastaya hizmet verme olduğu, bunun önemli, uzmanlaşmış ve profesyonel görevlerden biri olarak algılandığı görülmekte, sadece hekime yardımcı olma ve onun direktiflerini yerine getirme olarak kabul edilmemektedir.³⁵

Hastane örgütünün geleneksel güç yapısı ve değerleri, hemşirelerin profesyonel olgunluk ve gereksinimlerini karşılayacak şekilde değiştikçe, hemşirelerin klinik katkıları daha iyi anlaşılır hale geldikçe, hemşirelik profesyonel kimlik sergileyerek gerek hastane, gerekse sağlık alanında daha kapsamlı ve bilimsel nitelikli hizmet sundukça hastanelerde hemşireler daha güçlü, etkili ve vazgeçilmez olacaklardır.³⁶

³⁴ VELİOĞLU, "Hastane Sistemi ve Hemşirelik", a.g.m., s.15-16.

³⁵ Perihan VELİOĞLU, "Sağlığa Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı", **Hemşirelik Bülteni**, III.10, 1988, s.14-15.

³⁶ VELİOĞLU, "Hastane Sistemi ve Hemşirelik", a.g.m., s.17.

4. Hemşirelik Süreci

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, hemşirelik süreci; hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılmasıdır. Diğer bir deyişle hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin ve ailenin bakım gereksinimlerinin, sorunlarının belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi gibi aşamalardan oluşan sistemli bir yaklaşımdır.³⁷

Hemşirelik uygulamalarının özünü oluşturan bu yöntemin kullanılmasının yararları şu şekilde sıralanabilir.³⁸

- Hemşireye çok yönlü düşünme alışkanlığı kazandırır.
- Verilecek bakımda öncelikler saptanır.
- Hemşireye kuramsal bilgisini uygulamaya koyma olanağı sağlar.
- Hemşire, yaptığı işlemleri kaydettiği için, kendisine yasal dayanak sağlar.
- Hemşireler ve diğer sağlık disiplinleri arasında iletişim ve işbirliği sağlar.
- Hemşire rastgele değil, planlı ve amaca yönelik olarak çalışacağından, zamandan ekonomi sağlar, işgücü kaybı azalmış olur.

Hemşirelik sürecinin kullanılması için daha fazla hemşireye ve zamana gereksinim olduğu düşünülebilir. Gerçekten de başlangıçta, bu yönetime uyum sağlanması zaman alacaktır. Ancak hemşire giderek sistemli düşünmeye ve planlı çalışmaya başladığında zamandan tasarruf sağlayacaktır.

Hemşirelik süreci yönteminin kullanılması, verilen bakımın kalitesini yükseltir. Çünkü verilen bakım hasta/sağlıklı birey ve ailenin tanımlanan sorunlarına yönelik olarak planlanır, sistemli bir biçimde gerçekleştirilir ve değerlendirilir.

³⁷ İNANÇ, a.g.e, s.85.

³⁸ Leman BİROL, **Hemşirelik Süreci**, Şafak Matbaası, Ankara, 1989, s.2-4.

Tüm hemşirelik uygulamalarının özünü oluşturan hemşirelik süreci, birbirinden farklı, ama birbirini tamamlayan dört temel aşamadan oluşur.

Bunlar;

Tanıılama

Planlama

Uygulama

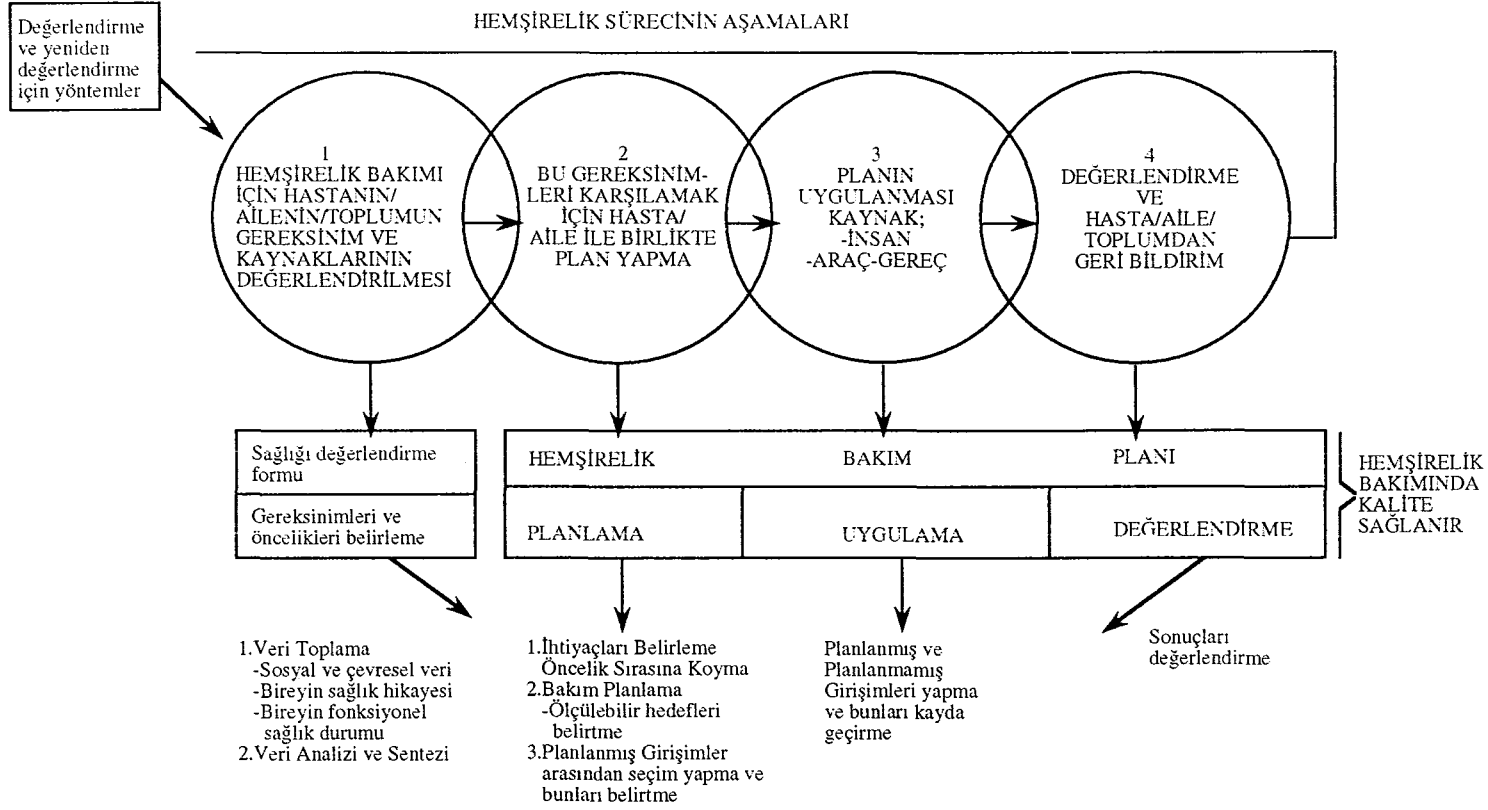
Değerlendirmedir.

4.1. Tanılama

Tanıılama hemşirelik sürecinin birinci aşamasını oluşturur. Daha sonraki aşamaların başarılı olması, tanıılamanın doğru yapılmasına bağlıdır.

Tanıılama, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığı ve hastalığı hakkında sistemli bir biçimde veri toplamak, bu bilgileri analiz etmek, hemşirelik bilgi ve becerisini kullanarak yorumlamak ve hastanın kendine özgü problemlerini ve hemşirelik bakım gereksinimlerini saptamak biçiminde tanımlanabilir.³⁹ Bu tanım iki önemli hemşirelik faaliyetini kapsamaktadır. Bunlar veri toplama ve hemşirelik tanısıdır.

³⁹ BİROL, a.g.e., s.32.



Şekil 2: Hemşirelik Sürecinin Aşamaları

Kaynak: BİROL, a.g.e. s.48.

4.1.1. Veri Toplama

Hasta/sağlıklı birey için bilgilerin toplanıp, incelenmesidir. Sürecin başarılı olabilmesi için tüm süreç boyunca yapılmalıdır. Bilgi toplarken üzerinde durulan nokta; hasta/sağlıklı bireyin sağlık durumu ve gerçek ya da olası bakım problemidir. Hemşire bu bilgileri, hasta/sağlıklı bireyi gözlemlemekle, soru sormakla, geçmiş tıbbi kayıtlarını incelemekle ya da diğer sağlık personelinin gözlemlerini, görüşlerini almakla toplayabilir. Toplanan her bir veri hasta bireyin iyilik seviyesi, risk faktörleri, sağlık uygulamaları, sağlık amaçları, hastalık örnekleri ve sağlık gereksinimleri hakkında bilgi sağlayabilmelidir.⁴⁰

Hemşire bilgi toplamada çeşitli yöntemler kullanır. Bunlar; görüşme, hemşirelik sağlık öyküsü, fiziksel muayene, laboratuvar ve tanı testleri sonuçlarıdır.

Hemşirelikte görüşmenin en önemli amacı hemşirelik sağlık hikayesini oluşturmak, bireyin sağlık gereksinimini ve risk faktörlerini tanımlamak ve günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda bireyin sağlık seviyesindeki değişimleri belirlemektir. Görüşme yönteminin yararları şu şekilde sıralanabilir:

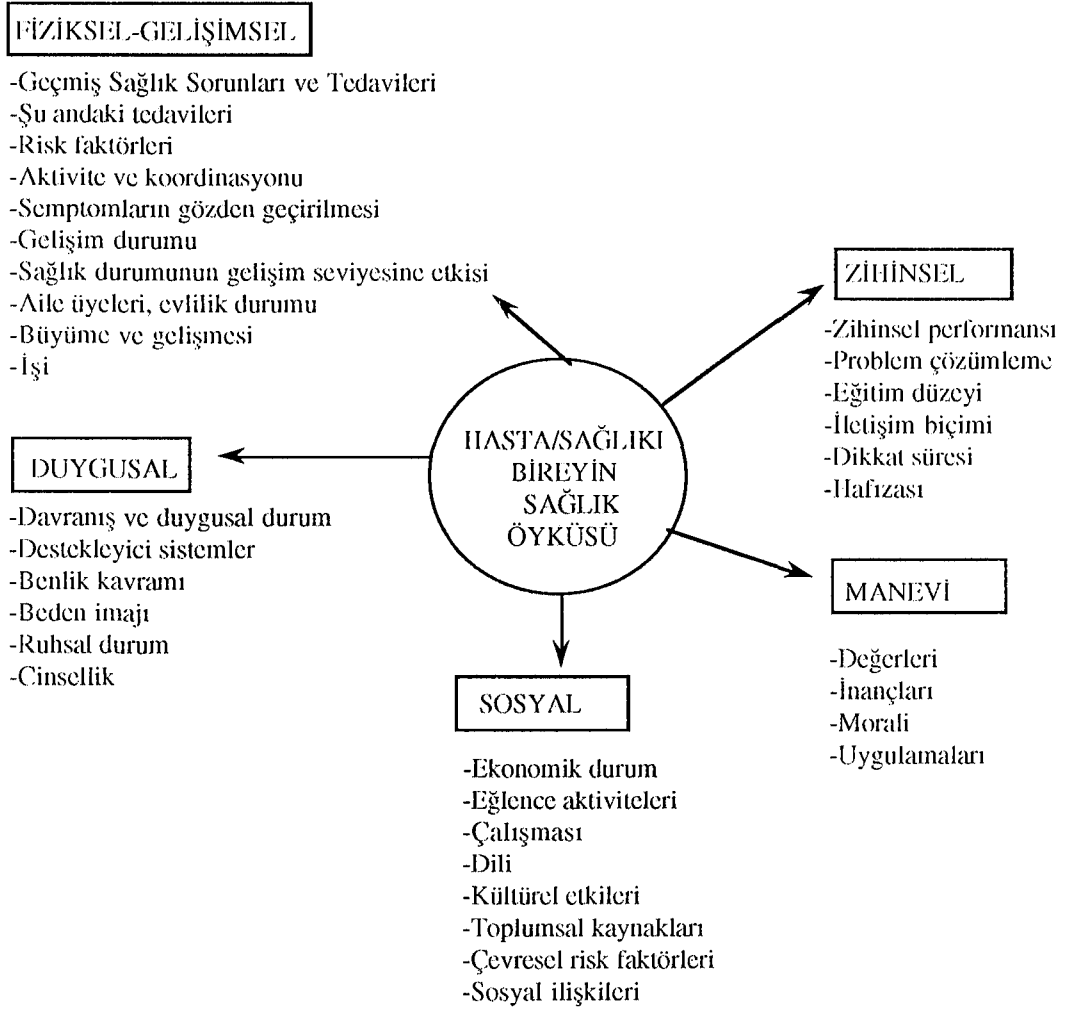
- Hemşire-birey ilişkisini başlatır.
- Bireyin, fiziksel, zihinsel, duygusal yönlerini ortaya koyar.
- Hemşireye hastasını gözleme fırsatı verir.
- Bireyin ortam hakkındaki görüşlerini yansıtır.

Bunun yanında hastada bilinç kaybı, konuşma kaybı ya da yaşı veya hastalığı nedeniyle konuşma sorunu varsa, aile bireylerinden veya yakın arkadaşlarından biriyle görüşme yapılabilir.⁴¹

Hemşirelik sağlık öyküsü, bireyin iyilik seviyesi, yaşamındaki değişim örnekleri, sosyo kültürel rolü, hastalığa karşı mental ve duygusal reaksiyonları hakkında bilgi toplanmasıdır.

⁴⁰ İNANÇ, a.g.e., s.91-92.

⁴¹ Necmiye SABUNCU ve diğerleri, **Hemşirelik Esasları**, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:225, Ankara, 1993, s.60.



Şekil 3: Sağlık Öyküsü İçin Veri Toplama Alanları

Kaynak: İNANÇ, a.g.e., s.95.

Bu alanda toplanan bilgiler, bütüncül hemşirelik bakım planını geliştirmek için gereklidir. Bireyden böylesine kapsamlı veri toplayabilmek için hemşire iletişim ilkelerinden, temel insan gereksinim kuramlarından ve çeşitli kuramcılarının geliştirdikleri hemşirelik kuram ve modellerinden yararlanır.⁴²

Fiziksel muayene; hayati belirtilerin, diğer ölçütlerin ve tüm vücut parçalarının tetkik edilmesi, incelenmesidir.

⁴² BİROL, a.g.e., s.33.

Hemşire ayrıca hastanın laboratuvar ve tanı test sonuçlarını inceleyerek elde edilen tetkik sonuçlarını standart ölçülerle karşılaştırır.

4.1.2. Hemşirelik Tanısı

Bireyin gerçek ya da olası sağlık problemlerinin tanımlanmasıdır. Burada bağımsız hemşirelik fonksiyonları ile çözümlenebilecek problemlerin hangileri olduğunun yanıtı aranır.⁴³

Hemşirelik tanısı ile çalışma, not tutmak demektir ki bu da bakımın nitelik ve niceliğini en yüksek düzeyde tutarken, gözetmen hemşireye hastanın durumu, aldığı bakım hakkında fikir verir. Hemşireye yasal durumlarda güvence sağlar.

Her hemşire servisindeki bakım planlarının geliştirilmesindeki temelini hemşirelik tanısı olduğunu ve bakımın değerinin de buna bağlı olduğunu bilmelidir. Hemşirelik müdahaleleri tıbbi tanıyı değiştirmez. Tıp hastalığı tedavi eder, hemşirelik hastayı maksimum iyilik haline ulaştırır.⁴⁴

Hemşirelik tanıları hasta ve hemşireye pek çok yarar sağlar. Bunlar:

- Hemşirenin organize beceriler geliştirmesini sağlar.
- Gereksinimleri öncelik sırasına koymaya yardım eder.
- Hastanın iyilik seviyesi ve taburculuk planlaması hakkında hemşireler arasında iletişimi kolaylaştırır.
- Hemşirelik tanısı kalite güvenliği için özel ve eşsiz inceleme notları olur. Bu incelemeler hemşirelik eğitimi, uygulamaları ve araştırma alanlarında kullanılabilir. İnceleme ve kalite güvenliği standart ölçütlere götürür. İncelemeler hemşirelik bakımındaki doğrulukları ve yanlışları, pratiğin standartlarını ortaya koyar.

⁴³ İNANÇ, a.g.e., s.97.

⁴⁴ Nermin GÜRHAN, "Hemşirelik Tanısı ve Önemi", **Türk Hemşireler Dergisi**, 43:I, 1993, s.13.

Tanımlama çalışmaları problem ve nedenini birlikte içerir. Her bir problemi farklı nedenler yaratır. Burada unutulmaması gereken önemli nokta, hemşirenin, hastanın problemini belirlerken, bunu sadece kendi düşüncelerine göre değil, hasta ile birlikte saptaması, onunla birlikte sorunun geçerliliğini kontrol etmesi gerekir. Çünkü hemşire için problem gibi algılanan durum, hasta için problem olmayabilir. Diğer bir deyişle hasta adına değil, hasta ile birlikte karar alınması gerekir. Ancak o zaman hastayla işbirliği sağlanabilir.⁴⁵

4.2. Planlama

Hemşirelik verileri ve tanısının formüle edilmesinden sonra, bireysel, koordineli ve sürekli bakımın planlanması ikinci aşama olarak süreçte yer alır. Planlama, hemşirelik davranışlarının bakımın amacı doğrultusunda sıralanmasıdır. Hemşire, saptadığı sorunların çözüme kavuşması, gereksinimlerin karşılanması için vereceği hemşirelik bakımına karar verir. Bakımı hastayla işbirliği yaparak planlama, üstün nitelikli hemşireliğin temel bölümüdür. Planlama hastayı kapsamadıkça, hemşire hastanın kabul edemeyeceği uygunsuz bir plan hazırlama riskine girer. Bunun yanında hastanın kendi sağlığı için ve yüksek düzeyde bir iyilik sağlama ve bunu sürdürmede daha fazla bağımsızlık kazanması için hastaya daha çok sorumluluk yükleme cesareti verme gibi ek bir yararında vardır.⁴⁶ Ayrıca bakım planı diğer sağlık personeliyle tartışılmalıdır. İlk adım olarak bakımın hedefi belirlenir. Hedefler hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden istenilir düzeye getirilmesinin tanımlanmasıdır. Daha sonra öncelikler tespit edilir. Öncelikler yüksek, orta ya da düşük derecede sınıflanabilir. Yüksek derecede önceliği olanlar acil ya da hemen karşılanması gereken gereksinimlerdir. Orta derecede olanlar, acil

⁴⁵ BİROL, a.g.e., s.42-43.

⁴⁶ FUERST, WOLFF ve WEITZEL, a.g.e., s.57.

olmayan, hayatı tehdit etmeyen gereksinimlerdir. Düşük derecede olanlar ise direkt olarak hastalıkla ilgili değildir.

Hasta gereksinimlerinin önceliklerini saptamada hasta ve hemşire arasında farklılıklar olabilir. Bu durumda hemşire ve hasta arasında açık görüşme başlatılmalı ve önceliğe karar verilmelidir.

Amaç ve önceliklerin belirlenmesi, hemşirelik tanısının konulması, sonuçların tahmin edimesinde gelişimi artırır. Sonuçların tahmin edilmesi hasta bireyin durumundaki değişimlerin saptanmasıdır. Sonuçlar, problemin nasıl çözüldüğünü değerlendirmede daha sonra hemşireye yardım edecektir. Sonuçlara ulaşmak, hasta/sağlıklı bireyde sağlık düzeyinin arzu edilen seviyeye ulaşması anlamındadır.⁴⁷

Planlamanın son ögesi hemşirelik bakım planıdır. Hemşire bakım planını yaparken;

- Hastanın durumunu dikkate almalıdır.
- Birlikte çalıştığı personel sayısını, bilgi ve becerisini dikkate almalıdır.
- Birlikte çalıştığı ekip üyelerinin görüşünü almalıdır.
- Bakım planında yer alan hemşirelik girişimlerini açık, anlaşılır ve kesin olarak yazmalıdır.
- Günlük bakımın devamlılığını sağlayacak biçimde düzenlemelidir.

Hemşirelik bakımını planlamanın amacı, hastanın yüksek düzeyde bir sağlık kazanmasına ve bunu korumasına yardımcı olacak mantıklı bir tasarı veya kılavuz hazırlamaktır.⁴⁸

4.3. Uygulama

Uygulama bakım planının aktif hale getirilmesidir. Hemşire verilen bakımın sonuçlarını gözler, yüksek standartta hemşirelik uygulamasını sağlar

⁴⁷ İNANÇ, a.g.e., s.101-102.

⁴⁸ FUERST, WOLFF ve WEITZEL, a.g.e., s.57.

ve korur.⁴⁹ Uygulama; hemşirenin hastanın gereksinimlerini günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda gerçekleştirmesini ya da bu performansı göstermesini sağlar.

Uygulama beş basamakta gerçekleştirilir.⁵⁰

- Bireyden tekrar veri toplama.
- Hemşirelik bakım planını tekrar değerlendirip hastadaki değişimlere göre değişiklik yapmak.
- Yardım alanların, personelin belirlenmesi (bizzat kendisi ya da hemşirelik ekibinden daha deneyimsiz başka bir görevlinin yetkilendirilmesi veya kendi bakımının bazı yönlerini üstlenmesi için hastaya öğretilmesi yoluyla)
- Bakımın amacına ulaşması için metodların uygulanması.
- Hemşirelik stratejilerinin iletişimi.

Hemşire bakım planını birçok metod ile uygulamaya koyabilir. Bunlar:

- Günlük yaşam aktivitelerine yardım etme.
- Danışmanlık ve eğitim.
- Bireylere tedavi edici amaçlara ulaşmak için bakım verme.
- Sağlıklı olma amacı doğrultusunda bireyin bilgi ve desteğini alarak bakım uygulamak.
- Diğer sağlık personelinin çalışmalarını değerlendirmek.

Bakımı planlayan sorumlu hemşire uygulamaların yapılış biçimini ve zamanını denetler, gerektiğinde uygulanmasına yardımcı olur. Çünkü sorumlu hemşire birlikte çalıştığı ekibin koordinasyonunu sağlamakla sorumludur.⁵¹

⁴⁹ Margaret F.ALEXANDER (Çev: Sevgi OKTAY), "Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımına Sistematik Bir Yaklaşım", **Hemşirelik Bülteni**, II:14, 1989, s.11.

⁵⁰ İNANÇ, a.g.e., s.105.

⁵¹ BİROL, a.g.e., s.46.

4.4. Değerlendirme

Amaçların ve planın ışığı altında bakımın sonuçlarının kontrol edilmesidir. Hemşirelik sürecinin bu son aşamasında bireyin bakım planının amacına ulaşmış olup olmadığını kontrol edilir. Değerlendirme süreci;⁵²

- Değerlendirme kriterlerinin tespit edilmesi.
- Bu kriterlerle bireyin verdiği yanıtların karşılaştırılması.
- Sonuçları etkileyen değişkenlerin analiz edilmesi ve tartışılması.
- Hemşirelik bakım planında gerekli değişikliklerin yapılması.

Başarısızlık durumunda sürecin başlangıç noktasına dönülerek sistem yeniden başlatılır. Buna sürecin geri bildirim özelliği denir.

5. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyon Yapıları

Organizasyon; belirli bir amacı gerçekleştirmek ve saptanan hedeflere ulaşmak için hazırlanmış olan planın işler duruma sokulmasında gereken yapının oluşturulması, yapıyı oluşturan personel, makine, iş ve işyeri ilişkilerinin plan doğrultusunda kurulması, işlerin daha ayrıntılı bir biçimde belirlenmesi etkinliklerini içerir.⁵³ Yönetimin temel fonksiyonu olan organizasyonun ortaya çıkış nedeni insanların tek başına yapamadıkları işlerin birlikte yapılması veya kendilerinin yapması halinde zaman kaybına yol açmamak ve uzmanlaşmak için zamanını harcamama yoluna gitmeleridir.⁵⁴ Bu bağlamda örgütlenme işleminin altında yatan temel faktörün örgütsel performans göstergelerinin artırılmasına yönelik gereksinim olduğu söylenebilir.

⁵² İNANÇ, a.g.e., s.106.

⁵³ Gülten UYER, *Hemşirelik ve Yönetim*, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1993, s.112.

⁵⁴ İnan ÖZALP, *Yönetim ve Organizasyon*, Cilt: 1, Birlik Ofset Yayıncılık, Ekişehir, 1993, s.159.

Organizasyon yöneticinin faaliyetlerini etkileyen, sınırlayan, sonuçlarını belirleyen bir etkiye sahiptir. Öte yandan yönetici organizasyon yapı ve süreçlerini kendi amaçları doğrultusunda değiştirme ve belirleme gücüne sahiptir. Kısacası etkin bir yönetim uygulanması, uygun bir organizasyon yapısına sahip olmaya bağlı olacaktır.

Organizasyon yapısı; belirli departmanları ve bunlar arasındaki ilişkileri gösteren statik bir kavramdır. Bu formal yapı genellikle bir organizasyon şeması şeklinde belirtilir. Ayrıca bu yapıyı oluşturan unsurlar ve ilişkiler organizasyon el kitabı adı verilen yazılı bir belge ile açıklanır. Dolayısıyla formal organizasyon yapısı önceden bilinçli olarak belirlenen, olması arzu edilen yapıyı ifade eder.⁵⁵ Yönetimin bir süreç olma özelliği doğrultusunda, resmi organizasyon yapısı başlangıç anından itibaren örgütün gereksinimleri doğrultusunda değişime uğrar.

Hastaneler karmaşık yapıda açık-dinamik sistemlerdir. Son yıllarda tıpta ve teknolojide görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin, cihazların ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır.⁵⁶ Bu durumda hastanelerin temel amaçlarına ulaşabilmesi için tüm personelin bir araya gelerek ve onlara gerekli fiziksel faktörler sağlanarak uyum içinde çalışmalarını sağlanmalıdır.

İyi bir hemşirelik hizmetleri örgütlenmesinde, başta başhemşire olmak üzere, tüm personelin hemşireliğin felsefesini iyi özümsemiş olması gerekir.

Hemşirelik hizmetlerinde organizasyon, en uçtaki personele kadar sürekli ve düzenli bir organizasyon şemasının yapılması ve sınırları iyi belirlenmiş görev, yetki ve sorumlulukların uygun bir biçimde dağıtılması, standartların saptanması ve bunların personele benimsetilmesi etkinliklerini içerir.⁵⁷

⁵⁵ Tamcr KOÇEL, *İşletme Yöneticiliği-Yönetim, Organizasyon ve Davranış*, Beta Basım A.Ş., Yayın No: 405, İstanbul, 1993, s.99.

⁵⁶ SEÇİM, *a.g.e.*, s.21.

⁵⁷ UYER, *Hemşirelik ve Yönetim*, *a.g.e.*, s.116.

5.1. Merkezi Organizasyon Yapısı

Merkezi organizasyon yapısında, yetki sistemli ve bilinçli bir şekilde üst basamaklarda toplanır. Karar verme yetkisi tepe yöneticileri tarafından kullanılır. Bu organizasyonda faaliyetler, doğrudan ast-üst ilişkileri biçiminde yürütülür. Komuta birliği ilkesine ve hiyerarşiye bağlılık vardır. Başka bir deyişle her ast doğrudan bir üste bağlıdır ve ondan emir alır.⁵⁸

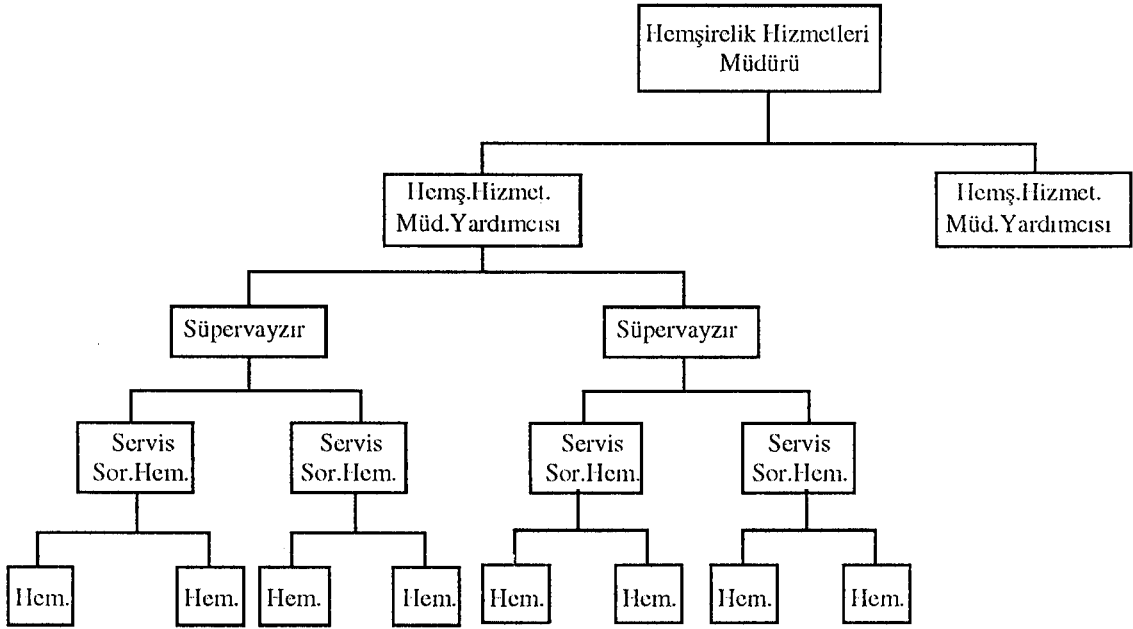
Özellikle kamu hastanelerindeki bazı yöneticiler “Herşeyden benim haberim olsun” düşüncesiyle hareket ettikleri için merkezleşme sistemi ve merkezi karar alma uygulaması kendiliğinden doğmaktadır. Bazı yöneticiler ise en doğru kararı kendilerinin alabileceklerini düşünmeleri ve astlarının karar alma yeteneklerine kendilerinininkine kadar güvenmemeleri aşırı merkeziyetçi tutum izlemelerine neden olmaktadır. Astlar ancak yetki devri sayesinde daha üst düzeyde görev yapma, becerilerini ortaya koyma, inisiyatif kullanma, kendilerini ve karar alma yeteneklerini geliştirme şansına sahip olurlar. Bu sistemde ise, merkezi yönetim dışındaki yöneticiler kendi inisiyatiflerini ve beyin güçlerini ortaya koymaktan ziyade üst basamaklardan gelen emir ve kararları uygulayan robot haline gelirler.

Merkezi organizasyon tipinde kontrol alanı dar tutulur. Personel üzerinde sıkı kontrolün gereğine inanıldığından her yöneticiye nezaret etmek üzere az sayıda çalışan verilir. Merkezi organizasyon yapısı hemşire direktörü için avantajlıdır. Çünkü çalışanlar üzerinde yakından kontrol ve koordinasyon olanağı vardır. Fakat basamak sayısı çoktur. Bu nedenle en alttan en üste iletişim kurmak oldukça zordur.⁵⁹

Organizasyonda yetki ve sorumlulukların kesinlikle belirtilmiş olması bir görevin yapılmış olup olmadığını hemen ortaya koyar. Basitliği dolayısıyla disiplin ve kontrol son derece kolay sağlanabilir.

⁵⁸ İnan ÖZALP, *Yönetim ve Organizasyon*, Cilt: 2, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1995, s.118-119.

⁵⁹ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.50.



Şekil 4: Merkezi Organizasyon Yapısı.

Kaynak: VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.49.

Bu organizasyonda yetkiler hemşirelik hizmetleri müdüründen, belirli fonksiyonları yerine getirmekle görevli yardımcılara, onlardan da daha alt kademe nezaretçiler aracılığıyla hemşirelere kadar uzanır. Yetki ve talimat bağıntıları bu organizasyon tipinde hemşirelik hizmetleri müdüründen servis hemşiresine kadar kesintisiz bir çizgi halinde izlenebilir.

Hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri organizasyon yapıları genellikle piramit görünümündedir. Hemşirelik hizmetleri müdürü en tepededir. Hemşirelik hizmetleri müdürü, hastanenin amaçlarını gerçekleştirmek üzere, hasta bakımı için gerekli hemşirelik hizmetlerinin sağlanmasından ve geliştirilmesinde sorumlu profesyonel bir hemşiredir. Müdüre yardımcı olmak üzere bir ya da iki yardımcı görevlendirilir. Bunlardan birisi eğer hemşirelik okulu varsa ondan ve personelin hizmet-içi eğitiminden sorumludur.⁶⁰ Bunlardan sonra iki ya da daha fazla hemşirelik ünitesini denetleyen ve

⁶⁰ SEÇİM, a.g.e., s.80-81.

aktivitelerini yöneten pozisyondaki hemşireler vardır. Bunlara Nezaretçi Hemşire (süpervayzır) denir.⁶¹ Hastanelerdeki hemşirelik hizmetlerini yürütme açısından en üst sorumlu nezaretçi hemşireler olduğu için tüm vardiyalarda (gündüz-akşam-gece-hafta sonu) bir kişi bulunur. Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda nezaretçi hemşirelerden sonra klinik sorumlu hemşireleri gelir. Bunlar kendilerine ait kliniklerde hizmetlerin planlanmasından, yürütülmesinden ve denetiminden sorumludur. Bunlardan sonra ise servis hemşireleri bulunur. Bunlar ise hastanede yatan hastaların gereksinimlerini karşılamaya çalışırlar.

Bu organizasyon yapısında yaşanan hiyerarşik katılık, tüm çalışanlar için sıkıcı, monoton ve stres kaynağı bir ortama dönüşebilir. Bu durumda bu organizasyon yapısının sağlayacağı düşünülen düzen ve disiplin bir süre sonra verim düşüklüğüne yol açabilir.

5.2. Merkezkaç/Düz Organizasyon Yapısı (Desantralizasyon)

Merkezkaç organizasyon yapısında alt basamaklara serbestçe hareket etme ve karar verme yetkisi tanınır. Merkezleşmemenin gelişmesinde kilit faktör, alt basamaklara bazı yetkilerin işletme düzeyinde devredilerek onların en azından kendi bölümleriyle ilgili kararları verme ve planları yapma hakkının tanınmasıdır.⁶²

Teknik olarak desantralizasyon, sistemin bütün alt parçalarının saptanan aynı hedef için çalışması ve kontrolünün yapılması suretiyle, otorite ve kararların yarı bağımsız birimler arasında paylaşılması şeklinde yapılan organizasyondur.⁶³

⁶¹ L.Donald SNOOK, *Hospitals, What They are and How They Work*, An Aspen Publication, London, 1981, s.80-82.

⁶² ÖZALP, *Yönetim ve Organizasyon*, Cilt:2, a.g.e., s.123.

⁶³ Edythe L.ALEXANDER, *Nursing administration in the hospital health care system*, The C.V.Mosby Company, Saint Louis, 1972, s.184-185.

Yöneticiler bu gibi kavramların anlaşılmasının ve gelişiminin zaman alacağını bilmelidirler. Çünkü bir zamanlar kazandıkları yetkilerinden vazgeçmekte tereddüt ederler.

Koontz ve O'Donnel⁶⁴ şu soruyu sormuşlardır.

-”Ne kadar yetki toplanmalı ya da dağıtılmalıdır?”

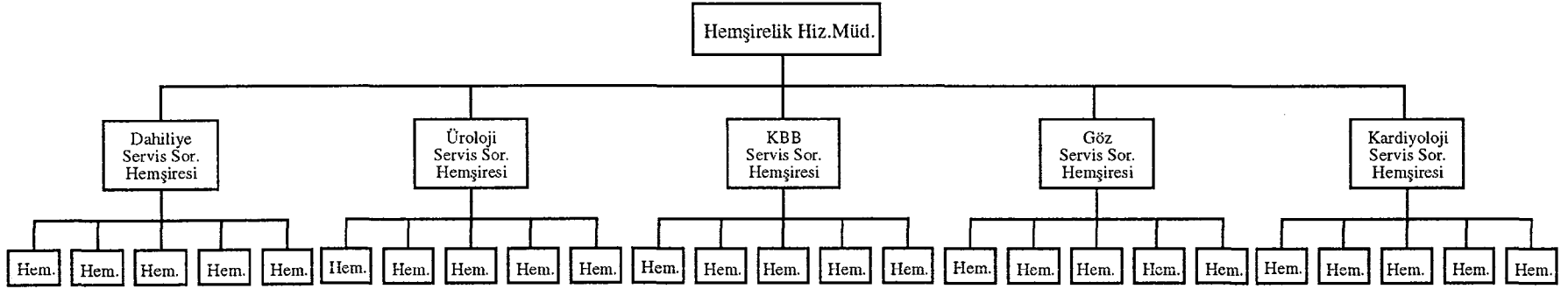
Hastanelerde merkezi organizasyon çerçevesinde çalışan hemşirelik hizmetleri müdürü, departmanların herbirinin faaliyeti hakkında herşeyi bilemez ve bundan dolayı uygun kararları alamaz. Emir-komuta şeklinde çalışan bu sistem, alttakiler tarafından ayrıntılı olarak icra edilen birçok faaliyetin yukarıdan gelen emirlerle uygulanmasını destekler.

Katılımcı yaklaşımda ise; astlara yaratıcı, yenilikçi olma konusunda büyük fırsat sağlarlar. Hemşireler hemşirelik amaçlarını saptayıp, her ne gerekiyorsa yapabilmek için maksimum fırsata sahip olurlar. Bunun için merkezkaç sistemde hemşireler yeterli ve etkili hasta bakımı için kendilerini geliştirmelidirler. Bu kişiler program ve proje önermeye cesaretlendirilir. Ve bunların herbiri tarafsız şekilde, hasta ve servislerine katkıları gözönünde bulundurularak değerlendirilir.⁶⁵

Hastanelerde merkezkaç organizasyon yapısı oluşturulurken servisler esas alınabilir. Sözgelimi üst yönetim tarafından dahiliye servisine kendi bölümüyle ilgili karar alma ve plan yapma yetkisi tanınırken, aynı uygulama diğer servisler içinde geçerlidir. Böylece bu yapıya ilişkin hemşirelik hizmetleri organizasyon şeması şöyle olacaktır:

⁶⁴ Harold KOONTZ, Cprill O'DONNELL, **Principles of Management**, McGraw Hill Book Co., New York, 1968, s.107.

⁶⁵ ALEXANDER, **a.g.e.**, s.186-187.



Şekil 5: Merkezkaç/Düz Organizasyon Yapısı.

Kaynak: VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.49.

Hemşirelik bakım ve hizmet olarak çok karışıktır. Bunun için hemşirelik servis yapısının esnek olması gerekir. Eğer hemşirelik ekibi çeşitli seviyelerde izole edilmiş katı kurallarla sınırlandırılırsa etkili olarak çalışamazlar. Böylelikle kendilerinden hizmet talep edenlere gereken faydayı sağlayamazlar. Şu da kabul edilmelidir ki kliniğe ait bireysel uzmanlar, denetleyiciler ve ekip liderleri kendi faaliyet alanlarını bölümün idarecisinden çok daha iyi bilirler. Bu da karar almada desantralizasyonu teşvik eder.⁶⁶

Merkezkaç sistemin önemli bir başarısı da amirlerin mümkün olduğu kadar bağımsız olmalarıdır. Bu geniş bir çevre sağlar ve bu çevre içinde kişiler bir probleme dışarıdan çözüm arama özgürlüğüne sahip olurlar, alternatifler içinde mümkün olan en iyi kararları alırlar.

Özet olarak merkezkaç/düz yapının avantajları şunlardır:⁶⁷

- Hemşirelik bakım kararlarının büyük çoğunluğu hızlı ve doğru bir şekilde hemşireler tarafından alınır. Karar verme eylem noktasına yakın olduğu için daha gerçekçi ve etkin olur. Ayrıca bürokratik engellerin azlığı nedeniyle karar verme çabuklaştırılır.
- Karar almada karışıklığı azaltır. Üst ve orta idari gruplar arasındaki çatışmayı önler.
- Değişen çevre ve ortama süratle uyabilecek esnek ve çabuk kararlar alınır. Çünkü danışılan kişi sayısı azalmıştır.
- Meydana gelen sorunların birçoğu kendi bölümlerinde çözülür. Böylece merkeze giden sorunların sayısı azaldığı için iş yükü hafifler. Üst yönetime, gerçekten kendisini ilgilendiren konulara eğilme fırsatı sağlar.
- Örgüt içinde dikey yönetim basamakları azaldıkça iletişim oranı yükselmektedir. Bunun sonucunda hemşireler arasında işdoyumunu artmaktadır.

⁶⁶ ALEXANDER, a.g.e., s.187.

⁶⁷ ALEXANDER, a.g.e., s.192; ÖZALP, a.g.e., s.126-127.

- Yönetici sayısının azalmasıyla çalışanlar daha özgür bir ortamda çalışma olanağına kavuşmakta, yakın denetim azalmaktadır.
- Bu yapı çalışanların, yaratıcı olma, serbest olma ve statü kazanma isteklerini kuvvetlendirir.
- Ekonomik fayda sağlar. Çünkü örgüt içindeki kontrol sahasını genişletmekte, dikey yönetim kademeleri azalmakta ve bu kişilere ödenen ücret miktarından kâr elde edilmektedir.⁶⁸
- Karar almanın büyük özerkliği nedeniyle koordinasyon harcamaları azalır.
- Desantralizasyon, örgüt geliştirme ile uğraşan kişilerin çok tercih ettikleri bir sistemdir. Çünkü otorite yapısı aşağıya doğru genişledikçe güç eşitlenmekte, bu da örgüt içinde çalışanları daha yakınlaştırarak konu ile ilgili daha fazla bilgi almalarını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca alt düzeyde çalışanlar yaptıkları işleri daha iyi kontrol ederler.

Dezavantajları ise:⁶⁹

- Nezaretçi hemşire daha çok sayıda hemşireyi gözlemek zorunda kalır. Bunun sonucu olarak, her çalışanla doğrudan ilişki kurmaya çok zaman ayıramamaktadır.
- Merkezkaç sistemde bölümler çok bağımsız olurlar. Bölüm çalışanları kendi bölümlerini başarılı yapabilmek için hastanenin genel amacını gözden kaçırmaları veya bilinçli olarak ikinci plana iterler. Böylelikle başka birimleri zor durumda bırakabilirler.

⁶⁸ Enver ÖZKALP, Çiğdem KIREL, *Örgütsel Davranış*, Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık, Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayını No: 111, Eskişehir, 1996, s.451-452.

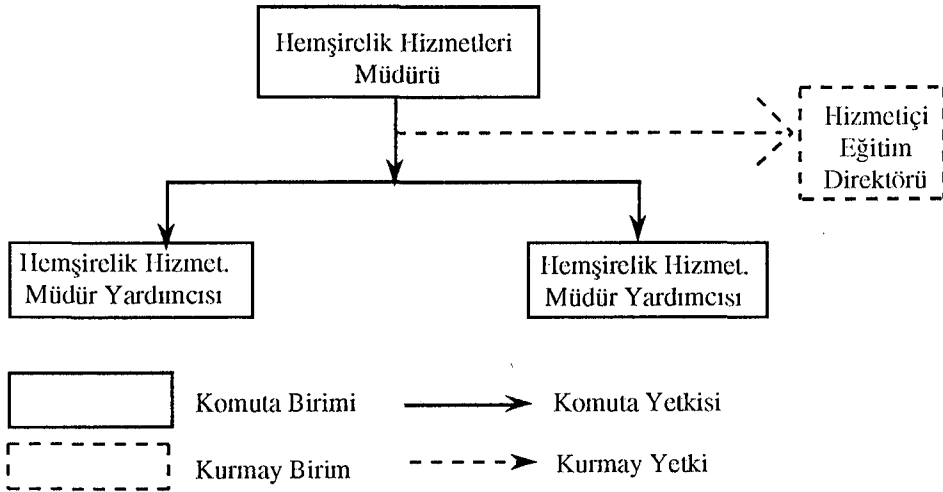
⁶⁹ VELİOĞLU, OKTAY, s.50-51; ÖZALP, a.g.e., s.128.

5.3. Komuta Kurmay Organizasyon Yapısı

Bir hastanede amaçların gerçekleştirilmesi ve faaliyetlerin yürütülmesinde komuta ilişkilerinin yanısıra kurmay yetki ilişkilerinden de yararlanılıyorsa o hastanede komuta-kurmay organizasyondan söz edilir.

Kurmay organizasyonu aslında, komuta organizasyonun fonksiyonuna belli bir aşamada yardımcı olmak üzere geliştirilmiştir. Komuta-kurmay organizasyonda faaliyetler ast-üst ilişkileri çerçevesinde yürütülür. Yine hiyerarşi kurallarına bağlılık ve disiplin mevcuttur.⁷⁰

Kurmay yetkiye sahip bireyler fikirlerini beğendirmeye çalışabilirler. Çünkü son kararı verme ve emretme yetkileri yoktur.



Şekil 6: Komuta-Kurmay Organizasyon Yapısı.

Kaynak: ÖZALP, *Yönetim ve Organizasyon*, Cilt: 2, s.142.

Bu organizasyon şemasındaki hizmet-içi eğitim direktörü personelin bilgilerinin tazelenmesi ve eğitimin sürekliliği konusunda yöneticiye önerilerde bulunur. Bu görüş ve önerilerin verimli bir biçimde

⁷⁰ ÖZALP, *Yönetim ve Organizasyon*, Cilt:2, s.141.

değerlendirilmesi gerekir. Çünkü kurmayların çeşitli konularda vereceği destek yöneticilerin teknik konulardaki eksikliklerini tamamlayabilir ve yöneticiyi detaylı incelemeden kurtarır. Aynı zamanda bu tür yeni görüş ve öneriler kuruma esneklik kazandırır. Esnekliğin getirdiği daha hoşgörülü bir örgüt kültürünün gelişmesine katkıda bulunabilir.

Buna karşılık kurmayların görüşlerine önem verilmez, bunlar uygulamaya konmaz ise, komuta-kurmay organizasyonun komuta organizasyonundan farkı kalmaz. Üstelik bu kişilere ödenen ücret de hastane maliyetlerinin artmasına neden olur.

5.4. Matriks Organizasyon Yapısı

1950'li yıllar ile 1960'lı yıllar arası fonksiyonel organizasyondan proje temeline dayanan organizasyona doğru bir akım oldu. 1970'li yıllardan sonra ise bu iki organizasyonu aynı anda uygulayan bir sistem geliştirildi. Bu sisteme matriks sistem dendi.⁷¹

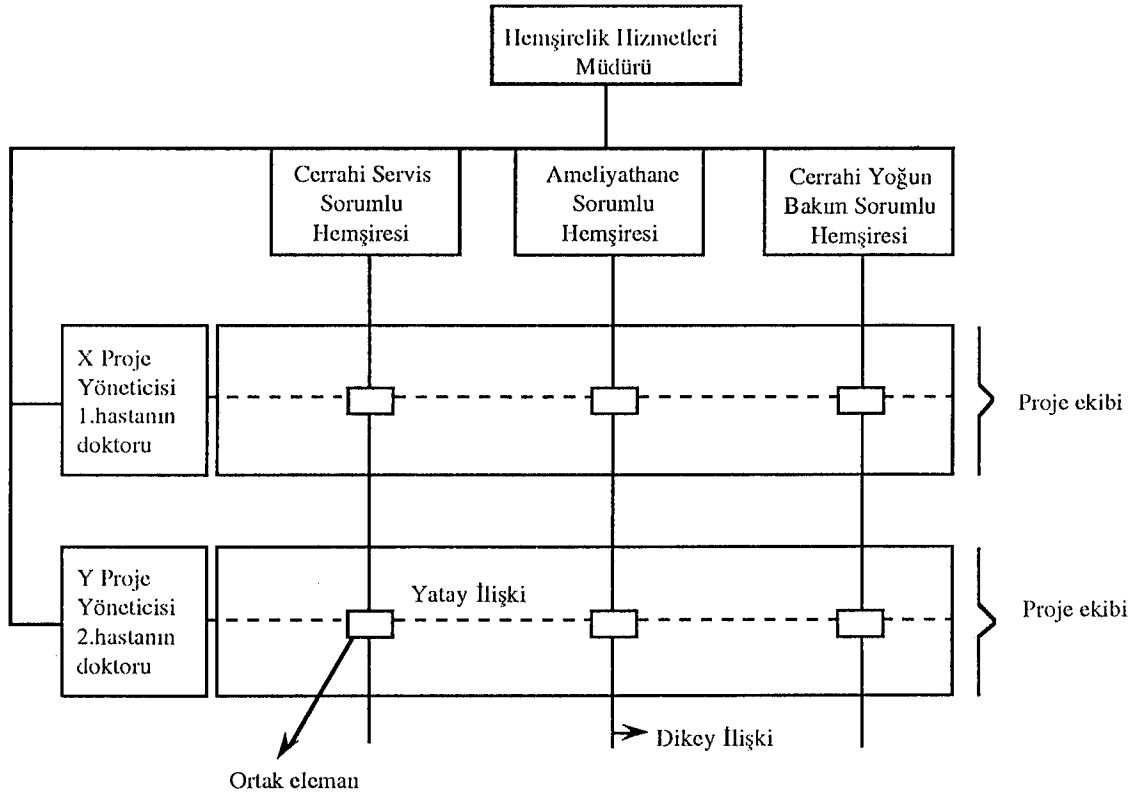
Bir diğer ifadeyle matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı, bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır.⁷²

Bu organizasyon yapısında iki tür ilişki vardır. Hem dikey hem de yatay ilişkiler aynı derecede önemlidir. Biri diğerinden üstün değildir. Oysaki diğer organizasyon yapılarında dikey ilişkiler esastır, yatay ilişkilerin uygulanması ise özel bir şekilde tarif edilmiştir.⁷³

⁷¹ Erol EREN, *Yönetim ve Organizasyon*, Beta Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1993, s.174.

⁷² SEÇİM, *a.g.e.*, s.24.

⁷³ KOÇEL, *a.g.e.*, s.229.



Şekil 7: Matriks Organizasyon Yapısı

Kaynak: KOÇEL, a.g.e., s.231.

Hastanede tıbbi hizmetlerden sorumlu başhekim ile hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başhemşire fonksiyonel yöneticilerdir. Bunların sorumluluğu altındaki personel bir projenin gerçekleştirilmesi için biraraya gelir. Proje herhangi bir hastanın tedavisidir ve proje yöneticisi hastanın hekimidir. Buradaki yönetici daha önceki yapılarda gördüğümüz gibi emir komuta yetkisine değil, matriks yapının bir özelliği olan proje yetkisine sahiptir. Proje yöneticisi belirli bir hastanın tedavi edilmesi için gerekli olan faaliyetlerin planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiştir. Sorumlu olduğu işleri gerçekleştirebilmesi için de, ilgili uzmanlık bölümlerinin yardımını sağlamak zorundadır.

Buradaki fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı ile ilgilenir. Proje yöneticisi ise neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirler.

Projede çalışan her hemşire her iki yöneticiye de bağlı bulunmaktadır. Mesleki ve teknik konularda başhemşireye, hizmetlerin yürütülmesi ve projenin sonuçlanması için de servis sorumlu hekimine karşı sorumludur. Organizasyon üyelerinin iki ayrı üste karşı sorumlu olmaları nedeniyle fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi arasında yetki anlaşmazlığı nedeniyle sorunlar çıkabilir.⁷⁴

Proje yöneticileri ile fonksiyonel yöneticiler arasında astlık üstlük ilişkisi yoktur. Hiyerarşik bir bağ söz konusu değildir. Bu da iki grubun sorunlarının birlikte tartışılarak, birbirlerini ikna ederek çözmelerini gerektirmektedir.

Matriks organizasyonda her iki yöneticinin personeli aynıdır. Bu durum her iki yöneticinin otoritelerinin çatışması, yetki alanlarının aşılması olasılığını doğurmaktadır. Bu bakımdan, matriks organizasyonun iyi işleyebilmesi için, sorumluluk ve yetki alanlarının çok net belirlenmesi, bu yapıya uygun tutum ve davranışların geliştirilmesi gerekmektedir.⁷⁵

⁷⁴ İlker BİRDAL, Nilgün AYDEMİR, *Yönetim Teorileri*, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1992, s.40.

⁷⁵ SEÇİM, *a.g.e.*, s.24.

İKİNCİ BÖLÜM

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE BAKIM YÖNTEMLERİ

Bakımın etkin planlanması, varolan personel ve diğer kaynaklardan en üst düzeyde yararlanılması ile sağlığın geliştirilmesi, yükseltilmesi ve hastalıkların daha kısa sürede iyileşmesi gerçekleştirilecektir.⁷⁶

1920’li yıllardan bu yana hemşirelik bakımında gerek yapısal gerekse organizasyonel açıdan değişiklik olmuş ve hemşirelik bakımının kalitesini artıracak en iyi bakım yöntemlerini bulma konusunda pek çok çalışmalar yapılmıştır.

Hastaların paylaştırıldığı yöntem 1920’lerde geçerli iken, 1950’lerde hemşireye gereksinim nedeni ile, işlevlere göre görev dağıtımı denenmiştir. Yine aynı dönemde, okul mezunu hemşirenin bilgi ve becerilerinden yararlanmak ve yardımcı personelin denetimini sağlamak amacıyla “Ekip Hemşireliği” uygulanmıştır. Daha sonra, 1960’lı yıllarda ve 70’li yılların sonlarında “Primer Hemşirelik” yöntemi benimsenmiş ve okul mezunu hemşire aracılığı ile hasta bakımı verilmiştir.⁷⁷

⁷⁶ Hediye EKİZLER, Nefise BAHÇECİK, “Hemşirelik Bakımının Organize Edilmesindeki Temel Yöntemler” içinde: Mithat ÇORUH (der.) Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996, s.209.

⁷⁷ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.176.

Bugün en çok benimsenen ve kullanılan yöntemler, ülkemizde fonksiyonel yöntem ile ekip hemşireliği, kalkınmış ülkelerde ise ekip hemşireliği, primer hemşirelik ve vak'a yöntemidir.

1. Vak'a Yöntemi/Hasta Merkezli Bakım

Hemşirelik hizmeti sunumunda ilk sistemdir. Uzun yıllar hekim de, hemşire de hastaya özel bir hastalık ya da bedenin hastalıktan etkilenmiş olan bölgesinin iyileştirilmesi yönünden yaklaşmışlardır. Giderek insan yapısı üzerinde ileri bilgiler sağlandıkça insanın bütünlüğü-karmaşık fiziksel, entellektüel, duygusal ve ruhsal bir organizma olduğu- inancı gelişmiştir. Hiçbir insan tıpatıp bir başkasına benzemez ve insanın herhangi bir yerini etkileyen önemli bir olay onun bütünü de etkiler. Hasta merkezli bakımda hemşirenin ilgisi özellikle tek bir hastaya yöneliktir; hemşire hastanın gereksinimlerinin ve bunları iletme biçimlerinin kendisine özgü olacağını bilincindedir.⁷⁸

Bu yöntemde her hasta bir hemşireye verilir. Hemşire hasta bakımını ferdi olarak planlar ve yürütür. Hemşire hastanın tüm gereksinimlerini karşılar.⁷⁹ Hasta ile birlikte hastanın evinde veya odasında 24 saat hizmet vererek yaşar. Bu yolla bakımda süreklilik sağlanmış olur.⁸⁰

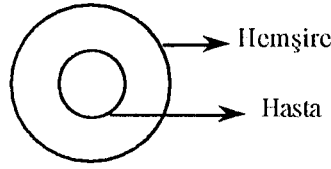
Hemşire hastası için bakım planını saptarken, hastanın davranışlarından, edindiği ipuçlarından ve dalındaki bilimsel bilgilerden yararlanır. Bakımın yararlılığını hastanın durumundaki değişikliklerle değerlendirir ve vereceği bakımı buna göre ayarlar.⁸¹ Servis sorumlu hemşiresi, verilen hemşirelik bakımını denetler ve değerlendirir ve hastanın gereksinimine göre diğer hizmetlerin koordinasyonunu sağlar.

⁷⁸ Charles HOFLING, Madeleine LENNINGER (Çev: Aysel KUMRAL), **Hemşirelikte Ana Psikiatrik Kavramlar**, Vchbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1981), s.5.

⁷⁹ SNOOK, a.g.e., s.87.

⁸⁰ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.52.

⁸¹ HOFLING, LENNINGER, a.g.e., s.5.



Şekil 8: Hasta Merkezli Bakım.

Kaynak: UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.177.

Bu yöntemin organizasyonu çok basittir. Bu teke tek durum, hemşirenin hasta bakımını dolaysız olarak kontrol altında tutabilmesini ve bakımın koordinasyonunu kolaylaştırır. Bu yapı klasik organizasyona benzemektedir.⁸²

Bu yöntemin avantajları, bakımın yoğun, devamlı, holistik olması ve etkili hasta-hemşire ilişkisini sağlamasıdır. Ancak yöntemin başarısı için çok iyi eğitilmiş uzman ve yeterli sayıda hemşire olmalıdır. Belki bir dezavantajı, bir hemşirenin bir hastaya bakım vermesinin pahalı oluşudur.⁸³

Bu yöntem özel hemşirelikte, toplum sağlığı alanında, yoğun bakım ünitelerinde ve öğrenci eğitiminde kullanılmaktadır.

2. Fonksiyonel Yöntem/İş Merkezli Bakım

1920'lerde başlayan organize olma fikri hemşirelikte de önem kazandı. Teknolojik ve tıbbi ilerlemeler, hasta bakımını daha bilimsel ve karmaşık hale getirdi ve hastaneler yüksek öğrenimli hemşirelere gereksinim duymaya başladı. Böylelikle evde verilen hasta bakımının hastaneye taşınması kaçınılmaz oldu.⁸⁴

⁸² VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.52.

⁸³ EKİZLER, BAHÇECİK, a.g.e., s.210.

⁸⁴ SNOOK, a.g.e., s.87.

II.Dünya Savaşı yıllarında hemşireler savaş alanlarına gidince, hastanelerdeki hemşire sayısı azaldı. Bunun sonucu hastanelere yardımcı hemşireler ve gönüllü elemanlar alındı. Çok farklı görev ve fonksiyonları olan mesleki eğitim almış hemşire sayısının sınırlı olması nedeniyle, fonksiyonel yöntem gelişti ve yaygınlaştı.⁸⁵

Bu yöntemde görev paylaşımı söz konusudur. Her üyeye ayrı fonksiyonlar verilir. Bir hemşire tedavi, diğeri ilaç hazırlama, bir diğeri ise filme gidecek hastaları hazırlama gibi fonksiyonlar üstlenirler.⁸⁶ Bunun sonucu ortaya “ilaç hemşireliği” “tedavi hemşireliği” ve “yatak başı hemşireliği” çıkmıştır. İşte bu uygulamaya “iş merkezli yöntem” denilmektedir. Bu tür bir yaklaşımda her hemşire kendi yaptığı işten sorumlu olacaktır.

Servis sorumlu hemşiresi tüm hemşirelerin denetleyicisidir ve herkes ona rapor verir. İş merkezli yöntem yeterlilik, işbölümü ve sıkı kontrol kavramlarının egemen olduğu klasik, bilimsel bir yönetim sistemidir.⁸⁷

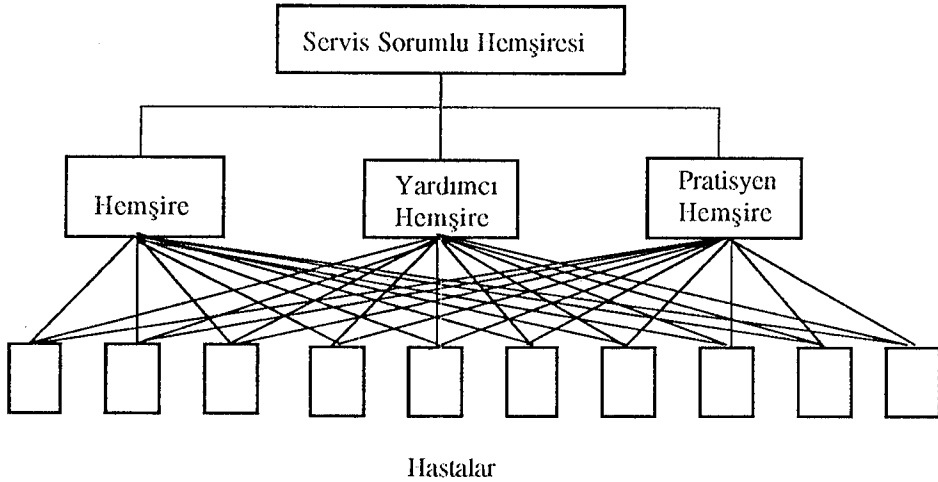
Fonksiyonel yöntem, klasik organizasyona benzerdir. Tüm sorumluluk ve otorite tepeden bildirilir. Mesela; servis hemşireleri hekimin teşhis ve tedavisine yardım ederken, yardımcı hemşireler bazı terapötik girişimlerde bulunurlar. Pratisyen hemşireler ise; yatakların yapılmasında görevlidirler.⁸⁸ Özetle bu yöntemde basit görevler az eğitim almış hemşirelere, kompleks görevler ise mesleki eğitim almış hemşirelere verilmektedir.

⁸⁵ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.53.

⁸⁶ SNOOK, a.g.e., s.87.

⁸⁷ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e, s.177.

⁸⁸ EKİZLER, BAHÇECİK, a.g.e., s.210.



Şekil 9: İş Merkezli Bakım

Kaynak: VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.54.

Fonksiyonel yöntemde birçok görev kısa sürede tamamlanır. Bu sistemde işbölümü ve uzmanlaşmadan yararlanmak mümkündür. Görev ve sorumluluklar belirlendiği için işlerin yapılmasında karışıklık olmaz. Diğer bir avantajı, hemşirelerin yapabilecekleri ya da yapmak için eğitildikleri işleri yapmalarıdır. Ancak bu uygulama hastanedeki hemşire sayısına bağlıdır.⁸⁹ Hemşirelerin yaptıkları görevler farklı olduğu için sonuçları değerlendirmek de kolaylaşmıştır. Fonksiyonel yöntemin uygulanması hemşirelikte ekonomiklik sağlar. Sözelimi; hemşire, hemşire yardımcısı ve pratisyen hemşirelerin ücret düzeyleri eğitim seviyelerine bağlı olarak oluşmaktadır. Fonksiyonel yaklaşımda; kompleks işlerle uğraşan hemşirelere yüksek ücret ödenirken, basit görevler de az maliyetli yardımcı ve pratisyen hemşirelere yaptırılmaktadır. Bunun yanında araç ve gereçlerin aynı personel tarafından kullanılması kaynak israfını önler.

Fonksiyonel yöntemin başlıca dezavantajı hasta bakımının parçalara ayrılmasıdır. Hasta için yapılan görevler ve günlük işlemler hastadan daha çok

⁸⁹ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.54.

önem kazanmıştır. Bunun hem hemşire, hem de hastada kişiliği yıkıcı etkileri olabilir.⁹⁰ Hemşire azlığında çözüm yolu gibi görünse de bütüncül hasta bakımı sağlanmadığı için gerek hastalar, gerekse çalışanlar verilen bakımdan memnun kalmazlar. Bunun yanında hemşireler hep aynı işi yaptıkları için monotonluk artar. Hastanın pek çok elemanla karşılaşması ise hasta açısından dezavantajlıdır.⁹¹ Her hemşire servis başhemşiresi ile iletişim kurmak, sorunlarını anlatmak ister. Bunun sonucunda başhemşirenin hastalarla görüşmeye çok az zamanı kalır.

Bu yöntemde her hemşire sadece yapmış olduğu işlerden sorumludur. Bu işleri belirlenen ilke ve yöntemlere göre yaptığı sürece bir sorun olmayacaktır. Bunu denetlemek de servis sorumlu hemşiresine düşmektedir. Çünkü ancak kendisi faaliyetlerin tamamını gidermek imkanına sahiptir. Bu yapıda örneğin, pratisyen hemşire yardımcı hemşirenin sorunlarını bilmediği gibi bilmesi zorunluluğu da kendi anlayışına kalmıştır. Dolayısıyla fonksiyonel yapı “dar görüşlülük” adı verilen ve sorunlara sadece kendi fonksiyonu açısından bakmayı ifade eden eğilimi kuvvetlendiren bir yapıdır.⁹²

Bazı ünitelerde hem vak’a yöntemi hem de fonksiyonel yöntem birlikte kullanılmaktadır. Bir hemşire aynı odada 1-2 hastanın bakımını üstlenir. Diğer bir hemşire ise ilaçların dağıtılması, yatakların yapılmasıyla ilgilenir. Fakat bu hemşirenin belli bir hastası ve bakım zorunluluğu yoktur.

3. Ekip Hemşireliği Yöntemi

Bugün hastanelerde hemşirelik bakımı vermede en yaygın şekilde kullanılan yöntemdir. Fonksiyonel yöntemden kaynaklanan parçalanmayı

⁹⁰ HOFLING, LENNINGER, a.g.e., s.6.

⁹¹ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.177.

⁹² KOÇEL, a.g.e., s119.

giderecek bir yöntem olarak 1953 yılında Lambertson tarafından projelendirilmiştir.⁹³

Ekip hemşireliği grup çabası ile ortak hedefe ulaşma felsefesine dayanır. Ekipteki her üye önerilerde bulunma ve fikirlerini diğerleri ile paylaşma doğrultusunda özendirilir. Her üye kendi yeteneklerini faydalı olacak biçimde kullanabilme şansına sahiptir. Ve önerilerin dikkate alındığını gören ekip üyesi doyuma ulaşır ve daha iyi iş çıkarma doğrultusunda güdülenir.⁹⁴

Servis başhemşireleri ekip liderlerini belirlerler ve ekiplerin oluşmasını sağlarlar. Ekip lideri olan hemşire hemşirelik bakımını planlar, yorumlar, denetler ve değerlendirir. Burada hem hastaların hem de ekip üyelerinin ihtiyaçları tam olarak bilinir ve ekip lideri her bir görevi ekip üyelerinden birine verir. Bu nedenle ekip liderinin uzman kişi olması, idarenin prensiplerini bilmesi ve uygulaması gerekir.

ABD hastanelerinde, hemşirelik hizmetleri servislerde genellikle ekipler halinde yürütülmektedir. 20 veya daha az yataklı kliniklerde hemşire, hemşire yardımcısı ve pratisyen hemşireden oluşan en az üç kişilik ekipler oluşturulmaktadır. 20 yataklı kliniklerde, klinik sorumlu hemşiresi aynı zamanda ekipbaşı durumundadır. 20'den fazla yatak kapasiteli kliniklerde birden fazla ekip görevlendirilmektedir. Bu durumda ekipbaşları klinik sorumlu hemşiresine bağlı bulunmaktadır.⁹⁵ Ekip çalışmasında başarı için gerekli öğeler şunlardır:⁹⁶

- Ekip ruhu, birlikte iş yapma başarıya ulaşmanın sağladığı duygu
- Sorumlulukların paylaşılması
- Birlikte öğrenme
- Başarıların paylaşılması

⁹³ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.55.

⁹⁴ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.178.

⁹⁵ SEÇİM, a.g.e., s.81-82.

⁹⁶ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.179.

- Karşılıklı saygı
- Yetki devri
- Önerilerin dikkate alınması, ekip çalışmasında gerekli kurallardır.

Ekip hemşireliğinin organizasyonu merkezidir. Kontrol alanı dardır. Böylece çalışanlar yakından izlenebilir.

Ekip hemşireliğinin özelliklerinden biri de, sistemde hemşirelik bakım toplantısının oluşudur. Bu etkinliğin amacı; sorunların tanımı ve çözümünde ekip üyelerine olanak sağlayarak ve hemşirelik bakım planlarını gözden geçirerek onları geliştirmektir. Sorunun tanımı ve hedeflerin saptanma aşamalarını, planın uygulamaya konulma aşaması izler. Böylece, ekip üyeleri, grup olarak uygulama ve başarıya ulaşmanın doyumunu duyarlar.⁹⁷

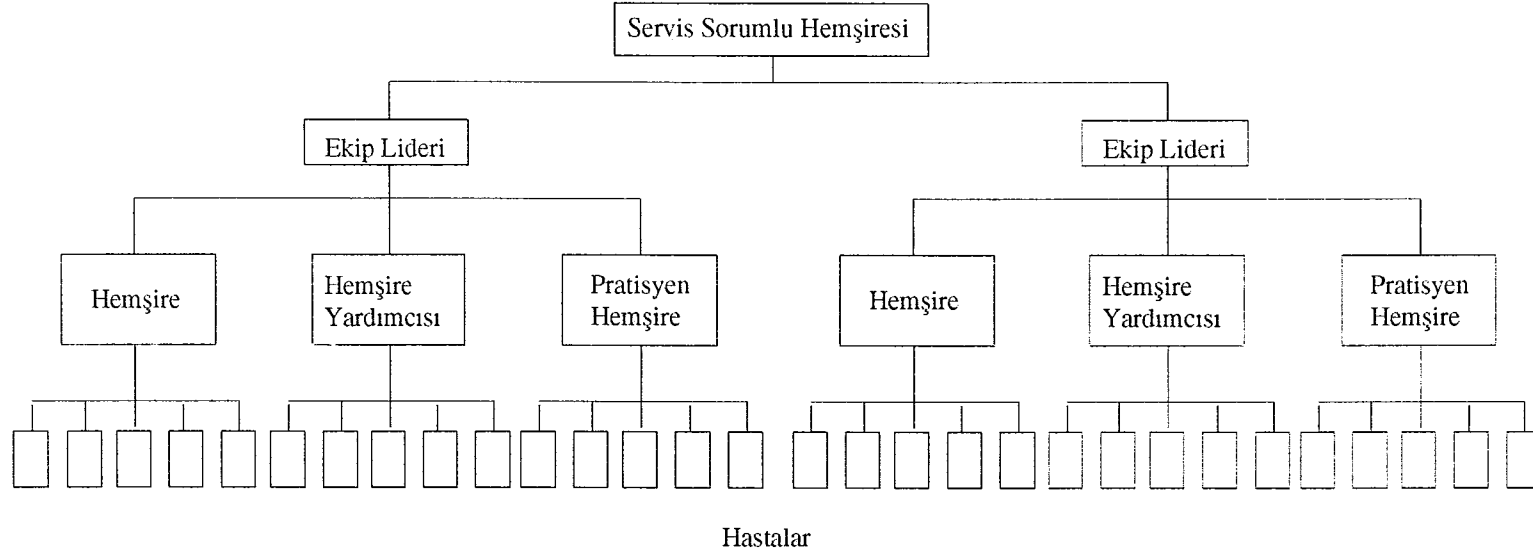
Ekip toplantısının diğer yararı ise, personelin eğitim gereksinimlerinin saptanmasıdır. Ekibin eksikliğini gören lider vereceği hizmet-içi eğitimle hem bilgileri tazeler hem de hemşirelik bakımının görüş alanını genişletir.⁹⁸

Ekip hemşireliğinde çok sayıda insan görevli olsa da burada fonksiyonel yönetime kıyasla daha az parçalanma mevcuttur. Çünkü ekip liderinin gayretleri ile üyelerarası iletişim arttırılmıştır. Ekip üyeleri arasında işbirliği ve iletişimin artması, ekip üyelerinin moralini yükseltir, personelin bir bütün olarak çalışma fonksiyonlarını arttırır, ekip üyelerine bakımın sonuçlarını görme ve sahiplenme şansını verir. Ekip iyi çalıştığında, ekip hemşireliği en uygun, holistik hemşirelik bakımını sağlar, gerek hasta gerekse personel için doyurucu olur.⁹⁹

⁹⁷ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.178.

⁹⁸ Ayşe OCAKÇI, "Hemşirelikte Ekip Çalışması ve Liderlik", **Türk Hemşireler Dergisi**, 43:3, 1993, s.7.

⁹⁹ EKİZLER, BAHÇECİK, a.g.e., s.210-211.



Şekil 10: Ekip Hemşireliği
Kaynak: VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.56.

Bu yöntemde servis sorumlu hemşiresi sadece ekip liderleriyle görüşür. Bu uygulama ona hastalarıyla iletişim kurması ve tüm üniteyi denetlemesi için zaman kazandırır. Ayrıca hastalar kendilerinin bakımı için bir hemşire ayrıldığını bilirler ve kendilerini güvende hissederler.¹⁰⁰

Lider, değişik yapıda insanlarla çalışabilen, kişiler arası ilişkileri düzenli, planlı çalışan, ekibini duygusallığa kapılmadan yöneten, görev ayrımı yapabilen, birlikte çalıştığı ekibini koordine edebilen kişilik yapısında olmalıdır.¹⁰¹ Ekip hemşireliğinin bir dezavantajı, ekip çalışmasına inanmayan ve yetki dağıtmayan bir hemşire ekip lideri olursa, tüm sistem bozulur. Başka bir dezavantajı, ekip liderliğinin mesleki eğitim almış tüm hemşireler tarafından sırayla yapılmasıdır; birgün lider olan öteki gün üye olabilir. Bu da karışıklığa ve tartışmalara yol açabilir.¹⁰² Ayrıca ekip üyelerinin izinli olduğu günlerde, hastalar değişik hemşireler görmekte ve bakımları kesintiye uğramaktadır, bu da istenmeyen bir durumdur.¹⁰³

3.1. Ekip İşbirliği İçinde Hemşireliğin Yeri

Sağlık ekibi; sağlık kurumlarında, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesinde değişik sağlık mesleklerinden üyelerin biraraya geldikleri, herbirinin kendi görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir.¹⁰⁴ Buradan da anlaşılacağı gibi, ekip bir grup insanın basit anlamda biraraya gelmesi demek olmayıp, bütün halinde fonksiyon görmeleridir.

¹⁰⁰ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.55.

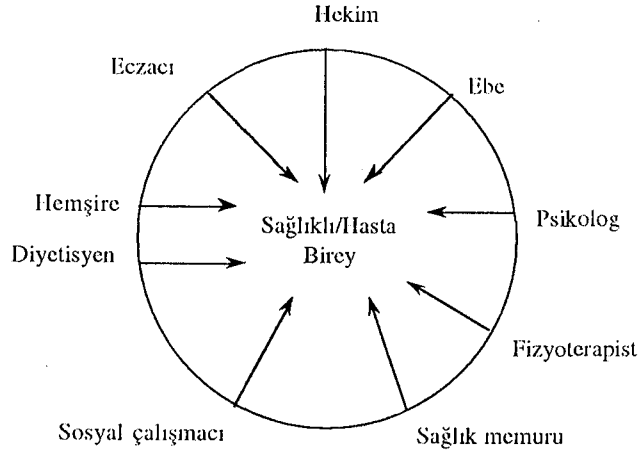
¹⁰¹ OCAKÇI, a.g.m., s.7.

¹⁰² VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.56.

¹⁰³ Birsen YÜRÜGEN, "Ruh Presbytenon-St Luke's Tıp Merkezi ve Hemşirelik Felsefesi", **Hemşirelik Bülteni**, III:7, 1990, s.36.

¹⁰⁴ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.143.

Bütüncül bakımın önemle vurgulandığı günümüzde tek bir sağlık disiplininin, bireyin ve ailesinin tüm ihtiyaçlarını tam olarak karşılaması imkansız hale gelmiştir.



Şekil 11: Hemşireliğin Ekip İçindeki Yeri

Kaynak: İNANÇ, a.g.e., s.45.

Sağlık ekibinin amacı; gereksinimi olanlara olabildiğince iyi bakım verilmesinde, her düzeyden sağlık elemanının kapasitesinden sonuna kadar yararlanmaktır.

Sağlığı bozulan birey hastaneye yattığından; taburcu olup gidene kadar pek çok sağlık personelinin hizmetinden yararlanır. Kuşkusuz sağlık ekibinin en önemli üyesi, bakıma katılan bir üye olarak hizmeti alan hasta ve ailesidir. Ekibe katılacak sağlık personeli sayısı hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre belirlenir.¹⁰⁵ Ekipte yeterli üye olmaması ekip üyelerinin yükünü arttırabildiği gibi, çok sayıda üye olması iletişimde ve koordinasyonda güçlükler yaratır.

Bu ekip çalışmasında, ekip üyelerinin görevlerini koordine eden, hastaya verilecek bireysel bakımda üyelere rehberlik eden ve grubu yöneten bir lider olması gerekir. Ekip lideri bireyin o anki gereksinimlerine göre belirlenmelidir.

¹⁰⁵ Nedime KÖŞGEROĞLU, "Ekip İşbirliği İçinde Hemşireliğin Yeri", *Türk Hemşireler Dergisi*, 45:3-4, 1995, s.21.

Bu nedenle, ekibin liderlik rolünü yerine getirmede en uygun donanımlı üyenin seçilmesi için hasta gereksinimlerini en etkin biçimde saptayacak metodların geliştirilmesi zorunludur.¹⁰⁶

Hasta için öncelikli olan tıbbi ve cerrahi tedavi ise ekibin lideri hekimdir. Eğer hastanın rehabilitasyon sorunu varsa o zaman bir fizyoterapist o an için hasta bakımında öncelikli rol alabilir. Ancak önemli olan tıbbi tedavinin uygulanması, hastanın cerrahi sonrası bakımı, bireyin hastalığına uyumu, bireyin bakım gereksinmelerine yönelik bilgilendirilmesi ise lider hemşire olmalıdır. Bir örnekle cerrahi girişim öncesi ve sonrası hastanın gereksinimlerini ve görev dağılımını göstermek mümkündür.¹⁰⁷ (Şekil 12)

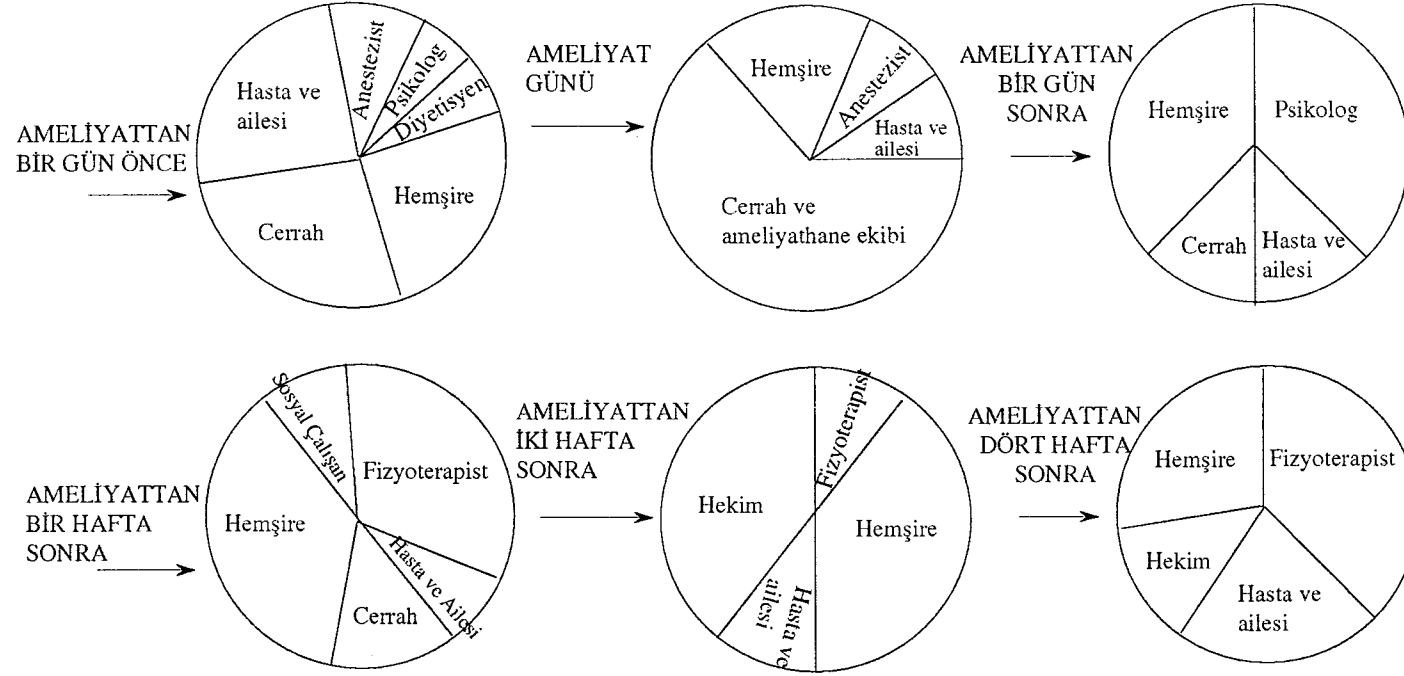
Hastanelerdeki işbölümü ve uzmanlaşma düzeyinin çok yüksek olması nedeniyle herhangi bir bölüm ya da grubun fonksiyonunu yerine getirebilmesi, diğer bölüm ya da gruplara bağımlıdır. Hiçbir bölüm fonksiyonunu diğerlerinden bağımsız olarak yerine getiremez. Hastaların teşhis ve tedavisi hastanedeki çeşitli bölümler ve grupların birbirleriyle ilişkilerinin tam olmasına bağlıdır. Dolayısıyla hastanedeki faaliyetler arası ilişkiler çok yönlü, karşılıklı bağımlılık türündedir.¹⁰⁸ Ayrıca bu bölümler hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları önlemek için işbirliği yapmalıdırlar.¹⁰⁹

¹⁰⁶ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.146-147.

¹⁰⁷ KÖŞGEROĞLU, a.g.m., s.21.

¹⁰⁸ Sıdıka KAYA, "Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Nedenleri", içinde: Hikmet SEÇİM, **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:845, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:449, Eskişehir, 1995, s.120.

¹⁰⁹ Sevgi OKTAY, "Etkin Sağlık Hizmeti İçin Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı", **Hemşire Bülteni**, IV:15, 1990, s.28.



Şekil 12: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Görev Dağılımı

Kaynak: KÖŞGEROĞLU, a.g.m., s.22.

Herbir üye tarafından, diğer üyelerin fonksiyonlarının anlaşılması ve bunlara saygı gösterilmesi, ekipteki hiyerarşiyi ortadan kaldırır. Eğer bu sağlanamazsa hiyerarşik ilişkiler ekip üyelerinin statüsüne ve yetkisine dayanır. Üyenin gördüğü saygı ve kabul, onun ekibe katkısı ve yeteneğinden ziyade statüsüne bağlı hale gelir. Hiyerarşik ilişki biçimi, değişik statüdeki ekip üyeleri arasında serbet görüş alışverişini ve bilgi akışını engeller; ekip toplantılarının hep en yüksek statüdeki üyeler tarafından yönlendirilmesiyle sonuçlanır.¹¹⁰ Karşılıklı güven ve saygı gösterilmesiyle liderlik, durumun özelliğine göre karar verme üstünlüğünü elinde tutan üyeye geçer. Böylece en son kararı hekimin vermesi beklenen katı hiyerarşik düzen yerine, gereksinimlere göre saptanan dönüşümlü liderlik kavramına uygun bir durum ortaya çıkar.

Sonuç olarak, ekip içindeki işbirliği konusunda şunları söyleyebiliriz:¹¹¹

- Her meslek diğerine güvenmeli, onun bilgili ve yetkili bir meslek üyesi olduğuna inanmalı ve bakım için işbirliği yapmalıdır.
- Anlaşmaları için ortak bir terminoloji gerekir.
- Sorumluluk ve kararlar paylaşılmalıdır. Hastanın bakımından asıl kimin sorumlu olduğu hem hastalar, hem de ekip tarafından açık, seçik ve anlaşılır olmalıdır.

Bireyin eski sağlığına kavuşabilmesinde hekime düşen pay %25, hastanın tedaviyi kabul etmesi ve istekli olmasının payı %25, hasta ile uzun süre ve direkt ilişkide olan hemşirenin payının ise %50 olduğu belirtilmektedir.¹¹² Oysa günümüzde özellikle de ülkemizde sağlık bakım sistemi içinde hemşire kendinden beklenen rolünü oynayamamakta ve üretken olamamaktadır. Bunun nedenleri araştırıldığında özellikle hemşirelik

¹¹⁰ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.147-148.

¹¹¹ İNANÇ, a.g.e., s.45.

¹¹² Perihan VELİOĞLU, **Hemşirelik Üzerine Düşünceler**, Latin Matbaası, İstanbul, 1977, s.91-92.

eğitiminden, sağlık hizmetlerinin şu an içinde bulunduğu sisteminden kaynaklandığı görölmektedir.¹¹³

Hemşirelik mesleğindeki farklı eğitim programları ve buralardan yetişen farklı niteliklerdeki insangücü de hemşirelik sisteminin çalışmasını etkileyen önemli bir etkindir. Sağlık meslek liseleri, önlisans, lisans ve yüksek lisans programları gibi. Bu gibi farklı eğitim ve farklı mesleki anlayış, yaklaşım ve nitelikte yetişmiş, heterojen bir grup hemen hemen başka hiçbir meslekte yokken, bu olgu hemşireliğin içinde karmaşalara yol atığı gibi meslek içinde bütünlüğün sağlanmasını da engellemektedir.¹¹⁴ Bunun yanında çeşitli yasalar yoluyla, hemşirelerin bağımsız karar verme hakları engellenmiştir. Hemşirelerin mezun olduktan sonra hizmet-içi eğitim programlarına katılmadıkları gibi kendilerini geliştirecek, bilgilerini tazeleyecek hiçbir faaliyette bulunmadıkları da gözlenmiştir. Çünkü sağlık sistemimiz içinde bunu zorunlu kılan bir denetim mekanizması yoktur. Bunlara ek olarak hemşireler kendilerini ekip içinde güçsüz hissetmekte ve seslerini duyuramamaktadırlar.

Bütün bu olumsuzluklar ekip hizmetlerinin başarısızlığına neden olurken, hizmeti alacak bireylerin de sağlığını olumsuz etkilemektedir.

4. Primer Hemşirelik

Uzun yıllardır İngiltere’de yaygın olarak kullanılan primer hemşirelik modelinin dünyanın başka ölkelerinde de uygulama örnekleri gittikçe artmaktadır.¹¹⁵

¹¹³ KÖŞGEROĞLU, a.g.m., s.21.

¹¹⁴ Nurgün PLATİN, “Mesleklerin Topluma Hizmetleri Hemşireliğin Topluma Hizmeti”. **Hemşirelik Bülteni**, 1:1, 1994, s.11-12.

¹¹⁵ Dilek ÖZMEN, “Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme alışması: Primer Hemşirelik” içinde Mithat ÇORUH (der.) **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996), s.187.

Bu model hasta ile direkt etkileşim eksikliğini hissededen hemşireler tarafından 1970'li yılların başlarında geliştirilmiştir. İş paylaşımı yerine hasta paylaşımı felsefesine dayanır.¹¹⁶

Primer hemşirelikte, vak'a yönteminin temeli olan bir hastanın tüm ihtiyaçları ve bakımından sorumlu olma görevi yerine getirilir. Her hastanın bir primer hemşiresi vardır. Bu hemşire hastanın bakımının planlanmasından, uygulanmasından ve sonuçlarının değerlendirilmesinden sorumludur. Bu planın haftada yedi gün, günün her saatinde aksamadan uygulanmasını sağlar. Organize hemşirelik modeli olan, primer hemşirelik, hastanın hastanede yattığı sürede onun bakımından bir hemşirenin sorumlu olmasına odaklanmıştır.¹¹⁷

Primer hemşirelikte, servis herbir primer hemşirenin yönettiği ayrı, küçük ünitelere ayrılır. Başhemşire hastanın bakımından sorumlu olacak primer hemşireyi görevlendirir. Bu yönden başhemşirenin rolü çok önemlidir. Çünkü bu görevi verirken hemşirenin bilgi ve becerisi ile hastanın ihtiyaçlarını dikkate alır. Primer hemşirenin daha önce bakım verdiği hastaların durumları, başhemşirenin verdiği kararda etkili olur. Başhemşire danışmanlığa ihtiyaç duyduklarında primer hemşirelerle görüşür, ancak genellikle hastalarının bakımında onları tam yetkilendirir.¹¹⁸

Bu yaklaşımda bir hemşireye düşen hasta sayısı; hastanın hastanede kalış süresi, bakımın karmaşıklığı, hastanın bakımı ile ilgili tıbbi ve paramedikal personel sayısı, destekleyici sistemler ve çalışılan vardiyaya göre değişir.¹¹⁹

Primer hemşirenin üniteye bulunmadığı zamanlarda onun yerine bir hemşire hastalarına bakmak üzere görevlendirilir. Bunlar primer hemşirenin hazırladığı bakım planını uygularlar. Ayrıca hasta bakıcılar bazı bakım ihtiyaçlarında primer hemşireye yardımcı olurlar.

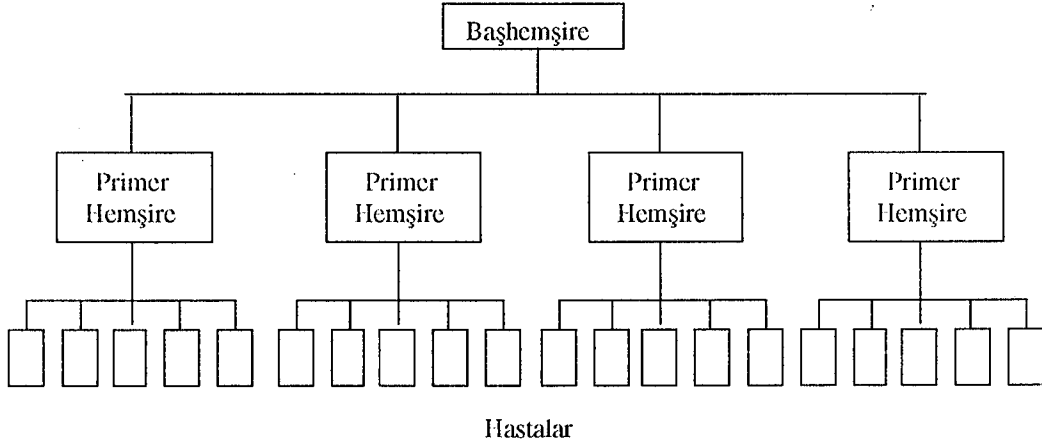
¹¹⁶ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.179.

¹¹⁷ EKİZLER, BAHÇECİK, a.g.e., s.211.

¹¹⁸ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.56-57.

¹¹⁹ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.180.

Primer hemşirelik organizasyonu merkezkaç bir organizasyon yapısıdır. Her primer hemşirenin büyük sorumluluğu ve yetkisi vardır.



Şekil 13: Primer Hemşirelik

Kaynak: VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.58.

Primer hemşire ayrıca eğitim ve taburcu eğitimi, kapsamlı hasta bakım planını yapar ve bunu yardımcı hemşirelerle paylaşır. Hemşire başlıca gereksinimlerin neler olduğunu hastasının hareketlerini, konuşmasını, görünüşünü gözlemleyerek saptar; üstelik hastanın bir gereksinmesini karşılayınca daha başka gereksinmelerin ortaya çıkacağını da bilir.¹²⁰ Primer hemşire bütün bunları değerlendirir ve planını o doğrultuda yönlendirir.

Primer hemşire hasta bakımında otonomi ve otorite sahibidir. Böylece hastaya ve göreve karşı sorumluluk duyulur. Bir hemşirenin hastanın bakımını etkin ve etkili olarak planlaması, bakım vermesi ve bakımı denetleme sorumluluğu, bakımın devamlılığına fırsat verir. Bunun yanında primer hemşire, diğer sağlık ekibi üyeleriyle hastasının durumu hakkında görüşür. Bu ekip üyeleri de hastayı tam olarak bilen primer hemşire ile görüşmekten memnuniyet duymaktadırlar.¹²¹

¹²⁰ HOFLING, LENNINGER, a.g.e., s.3.

¹²¹ EKİZLER, BAHÇECİK, a.g.e., s.211; VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.57.

Bu yöntemde hemşire hastasının durumuna bakarak kendi başarısını ölçer. Hastasını tanır ve kapsamlı bakım vermeyi başardıklarını hisseder. Daeffler (1975), Watson (1978), Roberts (1980), Blair ve ark.(198), Blenkorn ve ark. (1988), ve Olgun'un (1994) çalışmalarında primer hemşirelik modelinde iş doyumunun arttığı gösterilmiştir. Ciske (1974), Ryon (1977), Alexander ve Weisman (1981) ve Chose'ın (1981) çalışmalarında ise primer hemşirelik uygulaması ile hemşirelerdeki işten ayrılma oranının %20-30 azaldığı saptanmıştır.¹²²

Hastalar da primer hemşirelikte daha az kişi bakıma katıldığı için bakım şeklinden memnundurlar. "Bu benim hemşirem" demekten özellikle mutlu olmaktadır. Turner (1984), Vertura ve ark. (1982), Pearson ve ark. (1988) primer hemşirelik modeli ile başka bir hemşirelik modelini karşılaştırdıkları çalışmalarında primer hemşirelik modeli ile bakım alan hastaların doyum puanlarını daha yüksek bulmuşlardır.¹²³ Ayrıca bu yöntemle bakım gören hastalarda daha az komplikasyona rastlandığı ve bunların hastaneden kısa sürede taburcu olduğu gözlenmiştir.¹²⁴

Primer hemşirelik bağımsızlık, sorumluluk duygusu ve hasta için bakım planının belirlenmesi konusundaki becerilerin artmasını gerektirir.¹²⁵ Bunun için yeni mezun hemşireler bir süre primer hemşirenin yanında yardımcı hemşire olarak çalışırlar. Bu şekilde çalışırken, kendi direkt bakım aktivitelerinin kısıtlandığını düşünebilirler fakat bu uyum sağlamaları için gerekli bir uygulamadır.

Felton (1975), Owens (1980), Gordner (1989) ve Olgun'un (1994) primer hemşirelik uygulaması ile ilgili yaptıkları çalışmalarda hasta bakım

¹²² ÖZMEN, a.g.e., s.188.

¹²³ ÖZMEN, a.g.e., s.188.

¹²⁴ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.180.

¹²⁵ EKİZLER, BAHÇECİK, a.g.e., s.211.

niteliğinde non-primer hemşirelik uygulayan ünitelerden daha yüksek başarı elde edildiği gösterilmiştir.¹²⁶

Bu yöntemin bir dezavantajı üstün yetenekli bir hemşireden sadece onun bakımına verilen hastalar yararlanabilmektedir.

Primer hemşirelik mesleki eğitim almış, yetenekli hemşireler gerektirir. Bunun için diğer yöntemlere göre pahalıya mal olacağı baştan kabul edilmiştir. Ancak maaşlara rağmen gerçek işleme maliyeti, personel geliştirme giderleri ve her yatağa düşen gerçek bedel açısından bakıldığında, primer hemşirelik daha ucuz bulunmuştur.

5. Modüler Hemşirelik

Modüler hemşirelik, hemşirelik hizmeti vermenin diğer bir yöntemidir. Modüler hemşirelikte, kapsamlı bakım sağlayacak ve uyumlu çalışacak kadronun hastalara dağılımında hastanenin fiziki yapısı dikkate alınır. Modüler hemşirelik, hemşirelik üniteleri fiziki olarak bu sisteme göre projelendirildiğinde ve inşa edildiğinde daha başarılı olur.¹²⁷

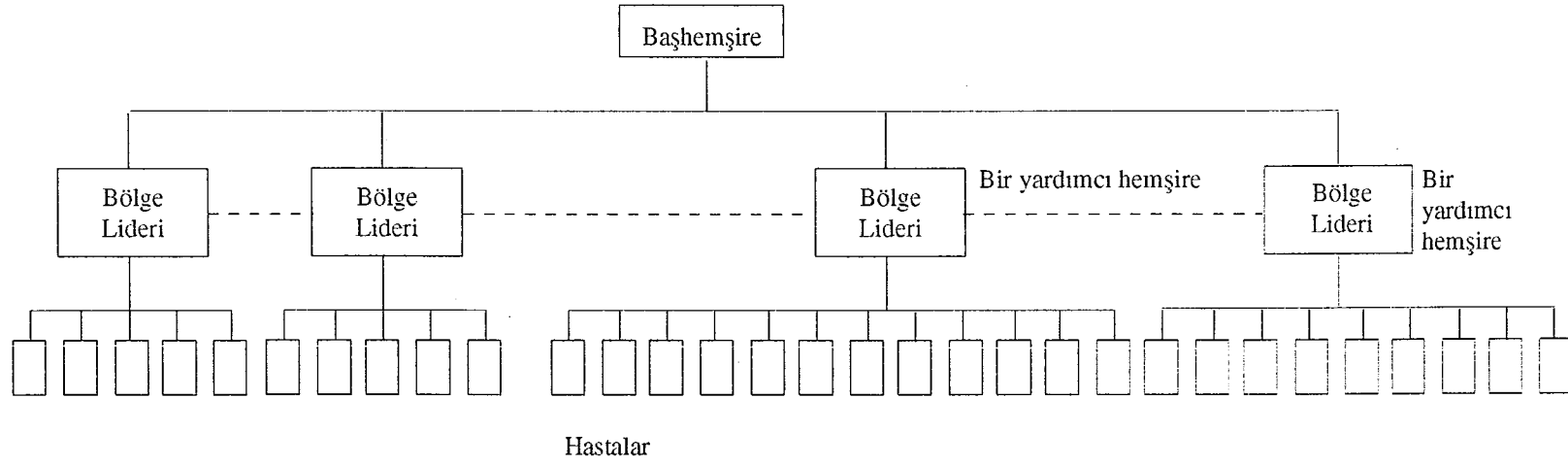
Modüler hemşirelik, hem ekip hemşireliğinin hem de primer hemşireliğin olanaklarını kullanır. Hemşireler bağımsız olarak veya birlikte çalışırlar.¹²⁸ Bu her hemşireye ayrılan bölgenin boyutlarına bağlıdır. Bu bölgelerde eşit veya farklı sayıda hasta bulunabilir. Her bölgede, vardiya raporunu alıp verme ve komşu bölgenin liderine yardım önerme veya yardım isteme sorumluluğunu taşıyan bir lider vardır.

Şekil 14'de 4 modüllü 30 yataklı bir üniteye hemşirelik organizasyonu görülmektedir.

¹²⁶ ÖZMEN, a.g.e., s.188.

¹²⁷ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.58.

¹²⁸ UYER, Hemşirelik ve Yönetim, a.g.e., s.180.



Şekil 14: Modüler Hemşirelik

Kaynak: VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.59.

Düz çizgiler dolaysız iletişim kanallarını, kesikli çizgiler ise dolaylı iletişim kanallarını gösterir. Bu yöntemde yardıma en fazla gereksinim duyulan bölgeye ek olarak bir yardımcı hemşire verilir. Başhemşire her bölgeden sorumlu olacak modüler hemşireyi görevlendirir. Böylece bakımın devamlılığını ve koordinasyonunu sağlar.

Modüler sistemin avantajları, hastalar arasında yürüyerek kaybedilen zamanın azalması ile görevliler arasında iletişim ve işbirliğinin iyi olmasıdır. Yapılan bir araştırmada modüler hemşirelik yöntemi ile daha çok hemşirelik hizmeti üretildiği tespit edilmiştir. Çünkü bu yöntemde hemşirelerin zamanının çoğu dolaysız bakım ve iletişime ayrılmaktadır.¹²⁹

Modüler hemşireliğin bir dezavantajı, hasta odasını değiştirirse, hemşiresi de değişir. Böylece hastanın hizmetten doyumu azalır. Ayrıca bu yöntemde hemşireler, primer hemşireler kadar profesyonel sorumluluk üstlenmemektedir, 24 saat sorumluluk yerine 8 saat sorumluluk alırlar.

¹²⁹ VELİOĞLU, OKTAY, a.g.e., s.59.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE BAKIM MODELLERİ

Bilindiği gibi profesyonel disiplinlerde, uygulamaların bilimsel bir temele oturtulması gereği vardır. Uygulamalı bir disiplin olan hemşireliğin de, doğal olarak, bilimsel bir baza temellendirilmesi gerekmiştir.¹³⁰

Hemşirelik bakımını geliştirme çabasında sağlıkla ilgili sorunlara çözüm getirmek için bilinçlenen hemşireler, bu amacı gerçekleştirmenin etkin yollarını aramaya başlamışlar ve hemşirelik bakımının yapısı, süreci ve sonuçları ile olan ilişkileri yönünden sistematik yöntemlerle araştırıp yeni bilgiler üretmenin zorunluluğunda birleşmişlerdir. Böylece, yatak başı hemşirelik bakımının en yakın işlevsel uğraşlarının bile bilimsel yaklaşımla yerine getirildiğinde, olumlu ve etkin değişikliklerin oluştuğunu gözlemlemişlerdir.¹³¹

Hemşirelikte model geliştirmedeki ilk çalışmalar, mesleksel düzeyde bilgi toplayarak onları öğrencilerin öğretiminde, hemşirelik teknik ve becerilerini geliştirmede kullanmak amacına yöneliktir. Ancak hemşirelik mesleği kendisini sadece işlem ve bazı faaliyetlerde sınırlı tutamazdı. Çünkü üniversite programlarından mezun olanlardan farklı bir davranış beklenmekte olduğundan, hemşireliğin bilimsel bir disipline dönüşmesi zorunlu idi.¹³²

¹³⁰ BİROL, a.g.e., s.19.

¹³¹ Türkân ŞANLI, "Hasta Merkezli Hemşirelik Yaklaşımı", *Hemşirelik Bülteni*, III:13, 1989, s.7.

¹³² Perihan VELİOĞLU, "Hemşirelikte Kuram Geliştirme" içinde: İnci Erefe (der.), *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, Ege Üniversitesi Hem.Yük.Okulu Yayını, İzmir, 1990, s.409.

Bunun sonucunda hemşirelikte model geliştirmenin zorunluluğunu yaratan nedenler şu şekilde sıralanabilir:

- Günümüzde araştırmalar sonucu çoğalan bilimsel bilgi ve içeriğinin hemşireliğe etkisi.
- Üniversite diploması almış, yüksek lisans ve doktoralı hemşirelerin, hemşireliği bir disiplin olarak görmek istemeleri ve mesleği diğer sağlık bilim disiplinleri ile karşılaştırarak sorgulamaları.
- Yüksek öğretimde doğal olarak bir disiplinin kendine özgü öğretilecek ve öğrenilecek bilimsel bilgi içeriğinin olması ve bunu uygulamalarına yansıtabilmesinin gerekliliği.
- Meslekleşme çabaları
- Uzmanlaşmanın kaçınılmazlığı.

Modeller, hemşirelik bakımı verme ve sonuçlarını tahmin etmedeki yaklaşımları sistematik olarak açıklamada kullanırlar.

Daha geniş anlamda model, bir dizi amaca hizmet eden, gerçeğin belirlenmesinde sistematik zihinsel bir süreçtir. Sistematik zihinsel süreç ifadesi, modelin örgütlü, planlı olması gerektiğini vurgular. Böylelikle, modeller aracılığı ile görülen, duyulan, hissedilen şeyler zihinsel bir süreçten geçirilerek açıklanabilir.¹³³

Kullanılacak ve geliştirilecek bir model şu özellikleri içermelidir:¹³⁴

- Modeller değişik ve dinamik olmalıdır. Hemşirelik işlevlerini açıklamada ve tanımlamada yardımcı olmalıdır.
- Model hiçbir zaman katı ve değişmez olmamalıdır. Büyüyen ve gelişen yapıya uyum sağlamalıdır.

¹³³ Gülten BAŞER ve diğerleri, "Kavramlar ve Modellerin Hemşirelikte Yer Alışı", içinde: EREFE (der.), s.487.

¹³⁴ Alan PEARSON, Barbara VAUGHAN, Mory FITZGERALD, **Nursing Models For Partice**, Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1996, s.223.

- Model her düzeyde hemşirenin anlayabileceği şekilde tanımlanmalı ve kullanılmalıdır.
- Modeli bilenler uygulayıcılarla birlikte çalışmalıdır. Yoksa model amacından sapar, sadece akademik çalışmalar için geçerli hale gelir.

Modellere dayanarak bakım vermek ya da hasta bakımında modelleri kullanmak hemşirelikten hiçbir şey götürmez. Hemşireliğe sağladığı yararlar ise çok önemlidir. Öncelikle modeller hemşirelik uygulamasına ortaklık ve ayrılık getirir. Bu tür standartlaşma, hemşirenin aynı içerikte ve nitelikte bakım vermesini sağlar ki bu da bir yandan hasta bakımının niteliğini yükseltirken, bir yandan da topluma sunulan hizmetin toplum yararına güvence altına alınmasını sağlar.¹³⁵ Bu modeller sürekli geliştirildiklerinden, hasta bakımının içeriği ve niteliği dinamiklik kazanacaktır. Böylelikle hemşirelik hizmetlerinin içinde bulunduğu statik konumdan çıkış sağlanabilecektir.

Burada da görüldüğü gibi modellerin hemşirelik uygulamalarını düzeltme amacı taşıdığı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle, amacın başarılması için modellerin uygulamada kullanılması gereklidir. Modellerin hemşirelik uygulamasına diğer yararları ise şöyle sıralanabilir.¹³⁶

- Teori ve uygulamayı birleştiren bir araç rolü oynarlar.
- Uygulamadaki durumlara ilişkin öğeler ve bunların birbirleri ile ilişkileri konusundaki düşüncelere açıklık getirirler.
- Hemşirelerin birbirleri ile daha anlamlı şekilde iletişim kurmalarına yardım ederler.
- Uygulama, eğitim ve araştırma alanlarına bir rehber olarak hizmet ederler.

¹³⁵ Nurgün PLATİN, "Hemşirelik Bakımında Bilimsel Bilgilerin Kullanımı", **Türk Hemşireler Dergisi**, IV:5, 1992, s.5.

¹³⁶ BAŞER, a.g.e., s.488.

Hemşirelikle ilgili modeller 1950'li yıllardan itibaren, çeşitli kişilerce ortaya konmuştur. Bunlar başlıca dört alanda toplanabilir.¹³⁷

İletişimle ilgili modeller, hemşirelik bakımında hasta-hemşire iletişiminin doğasına odaklaşır. Günümüzde, hemşireliğin tüm alanlarında hasta-hemşire iletişiminin temel olduğu kabul edilmiştir. Orlando (1961), Travelbee (1971) ve King'in (1981) hemşirelik modelleri iletişime dayanmaktadır.

Kendine bakım, günlük yaşam aktiviteleri ya da insan gereksinimleri modeli, yaşam için temel olan insan gereksinimlerine ve sağlığa odaklaşır. Abdellah (1960), Orem (1971) ve Roper, Logan, Tierney (1980) bu kategoriye girerler.

Gelişimsel modeller, gelişim teorilerine ya da bir hemşirelik durumundaki öğelerin değişik şekilde açıklanmasına odaklaşırlar. Gelişimsel bir model, hemşireliğin herhangi bir alanına ilişkin içgörü kazandırdığı için son derece yararlıdır.

Sistem modelleri, genel sistem teorilerinin kullanılması ile oluşur.

Bir hemşirelik ünitesi çalışanları uygulamaları için model seçmeden önce hastaları ve üniteleri için hangi modelin uygun olacağını toplantı düzenleyip, tartışmalıdırlar.¹³⁸ İlk adım olarak yeni bir modele niçin ihtiyaçları olduklarını belirlemek gerekir.

- Şu anki uygulamaların eksiklikleri mi var?
- Başka bir modelin uygulanmasıyla hizmet kalitesi daha çok mu artacak?

Hemşireler model seçerken bunu sağlık ekibinin değerlendirmesine sunarlar. Onların da görüşlerini alırlar. Çünkü hastaya hizmet verirken bir bütün halinde çalışırlar. Bunun yanında üst yönetimin de seçilen modeli desteklemesi gerekir. Çünkü hemşirelerin performanslarındaki değişiklikleri bunlar kontrol ederler ve hemşireleri yeni fikirler geliştirmeleri için motive

¹³⁷ İNANÇ, a.g.e., s.25.

¹³⁸ PEARSON, VAUGHAN ve FITZGERALD, a.g.e., s.223.

ederler. Aynı zamanda modelin uygulamaya konması için servisin, personelin ve araç gereçlerin hazır hale getirilmesini sağlarlar.

Hemşireler tüm modelleri incelerler ve gerekli verileri toplarlar. Çeşitli değerlendirmeler yapılır:¹³⁹

- Şimdiki durum ne?
- Modeli uygulamada kimler nasıl etkilenecek?
- Görevin yönünü belirlemede ne çeşit uygulamalar gerekecek?
- Bakım planlanmasında, dökümanların ortaya çıkarılmasında hangi tür kaynaklar gereklidir? Bunlar nasıl elde edilebilir?
- Kurumdaki eğitim seviyesi nasıl?
- Değişimin meydana çıkaracağı direnci kırmak için hangi tür problem çözüme teknikleri kullanılabilir? Örneğin hemşireler, doktorlar, fizyoterapistler... vb. gibi meslek elemanlarının, değişimi tam olarak kavrayamamaları durumunda bunların kabul edebileceği pratik değişiklikler nasıl olmalıdır?

Yapılan bu değerlendirmeler sonucu hemşireler halen kullandıkları modelleri uygulamaya devam edebilirler. Bazıları Orem tarafından sunulan modeli kendilerine yakın bulup onu kendi uygulamaları için esas kabul ederken, diğerleri King modelini seçebilirler. Bir kısmı ise iki veya daha fazla modelden fikir çalıp kendi modellerini oluşturup, bunu uygulamaya koyabilirler. Diğer bir kısım ise hiçbir modelin kendileri için birşey ifade etmediğini savunup, kendi modellerini kendileri geliştirebilirler.¹⁴⁰

Model seçildikten veya kendileri tarafından geliştirildikten sonra planlama aşaması başlar. Modeli uygulayacak hemşirelere eğitim verilir ve model tartışılır. Burada model ne zaman, kimler tarafından ve nasıl uygulanacak gibi sorulara yanıt aranır ve modeli uygulamaya hazır hale getirecek çalışmalar

¹³⁹ PEARSON, VAUGHAN ve FITZGERALD, a.g.e., s.227-228.

¹⁴⁰ PEARSON, VAUGHAN ve FITZGERALD, a.g.e., s.225.

yapılır. Çalışmalar sonucunda plan gerçek olarak uygulamaya konulur. Belirli aralıklarla planın akışı gözden geçirilir. Ek olarak doktorlarla, sosyal hizmet uzmanlarıyla, diyetisyenlerle biraraya gelerek disiplinlerarası klinik ekiplerin çalışmasını, bu modelin analizini, işe nasıl yansıtacağını ve bölümlerarası ilişkilerin nasıl gelişeceğini tartışılır. Bazıları modeli uzun bir zaman dilimine yayılmış şekilde adım adım uygulamayı tercih ederken, diğerleri “Bing Bang” diye adlandırılan bir sistemle, model için bir zaman belirleyip uygulayacakları değişiklikler için tek bir tarihin saptanmasını tercih ederler.¹⁴¹

Uygulamada hemşirelerin çalışma koşulları da önemlidir. Eğer bir vak’a yöntemi sözkonusu ise ve hasta fiziksel ve mental yönden yetersizse hasta gereksinimlerine dayalı modeller, uygulamada daha elverişlidir. Model uygulandıktan sonra sonuçlar birlikte değerlendirilir, eksiklikler varsa saptanır ve gerekli önlemler alınır.¹⁴²

Model uygun seçildiyse ve iyi uygulandıysa hastalar daha bağımsız hale gelirler ve hastanede kalma sürelerinde azalma gözlenir. Hemşireler daha üst düzeyde bakım sunarlar ve mesleki doyumları artar. Modelleri uygulamaya koyan hemşire kendi mesleği hakkında daha çok şey öğrenir ve bunları çeşitli şekillerde eleştirebilir. Bir diğer faydası ise uygulama alanındaki faktörleri ve bu faktörlerin birbirleri ile ilişkilerini açıklamaları, önemsenmeyen ve unutilan yönleri hatırlatan bir araç olmasıdır.¹⁴³

¹⁴¹ PEARSON, VAUGHAN ve FITZGERALD, a.g.e., s.228.

¹⁴² PEARSON, VAUGHAN ve FITZGERALD, a.g.e., s.228-229.

¹⁴³ BAŞER, a.g.e., s.488.

1. İletişime Dayanan Hemşirelik Modelleri

1.1. *Ida Jean Orlando'nun Hemşirelik Modeli*

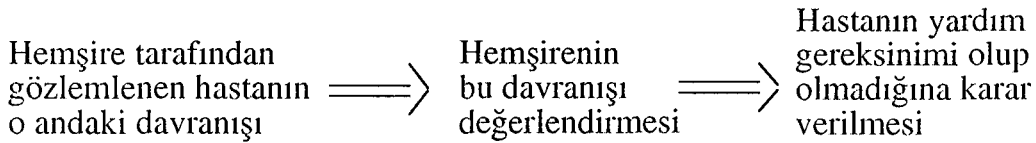
Orlando modelini 1950'li yılların ortalarına doğru Federal Büyük Proje'de çalıştığı sıralarda gerçekleştirmiştir. Model hemşireliği, hasta/hemşire arasındaki etkileşime temellendirilir.

Orlando'ya göre, hasta gereksinimleri ile başedemiyorsa ya da tıbbi olarak önerilen tanısal ve tedavi edici planı tek başına uygulayamıyorsa o zaman hemşirelik başlar. Bu gereksinimlerin hasta farkındadır, fakat hemşireye iletmede güçlükleri olabilir. Burada hemşirenin görevi gereksinimleri görüp, hastayı fiziksel ve psikolojik olarak rahatlatmaktır. Bunun için hemşire iyi bir gözlemci olmalıdır.¹⁴⁴

Orlando hemşirelik sürecini üç aşamada ele almaktadır.¹⁴⁵

1. Hastanın davranışı.
2. Hemşirenin tepkisi.
3. Hemşirelik etkinlikleri.

1. Hastanın davranışı, hemşirenin o anda gözlemlediği davranışlardır.



¹⁴⁴ BİROL, a.g.e., s.24.

¹⁴⁵ Sibel COŞKUN ve diğerleri, **Hemşirelik Eğitiminde Model Geliştiren Kuramcılar**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Ders Notları), Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1997, s.1.

2. Hemşirenin Tepkisi:



3. Hemşirelik etkinlikleri:

- Hastanın o andaki gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan etkinlikler.
- Hasta bakımında alışlagelmiş otomatik etkinliklerden bir kişi veya hepsi olabilir.
- Doktor istemini yerine getirme.

Hemşire, hastaya gereksindiği yardımı sağladıktan sonra yardımın gereksinimi karşılayıp-karşılamadığı, bir gelişme olup-olmadığını araştırır. Hastanın durumunda düzelme olmadıysa hastanın gereksinimi karşılanmamıştır. Gözlenen bu duruma göre sürecin yeniden başlatılması gerekir. Hemşire tüm bunları kendisi yapabildiği gibi direktifi altındaki başka birisine de yaptırabilir.

Orlando'nun modelini tanımlayan sözcük "etkileşimdir." Kendi ifadesi ile "hasta ile kendisi arasında olup bitenleri değerlendirmeyi öğrenmek hemşireliğin esasıdır, hemşirenin hastaya sağlayacağı yardımın çerçevesini oluşturur ve hemşirelik uygulamalarının temel özüdür.¹⁴⁶

Model o andaki durum ya da acil durum üzerine yoğunlaşır. Hastanın gereksinimi o anki şekliyle tanımlanır. Gereksinim yere ve zamana göre değişiklik gösterebilir. Bu nedenle model, dinamik bir süreçtir.

Orlando'ya göre her birey farklıdır. Bunun sonucunda aynı hastalığı olan iki bireye uygulanacak hemşirelik aktivitesi de farklıdır. Hemşire hasta ile açık iletişim kurmalı, hemşirelik aktivitelerini belirlemeli ve çözümlerin yararlı olup

¹⁴⁶ Ida Jean ORLANDO, (Çev: Ayşe ÖZCAN, Nurgün PLATİN), **Hemşire-Hasta İlişkisinde Kişilerarası Süreçler**, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 5, İstanbul, 1984, s.9-10.

olmayacağını değerlendirmelidir. Burada önemli olan hemşirenin, hastanın neden öyle davrandığını anlayabilme yeteneğidir. Bu hemşirenin, davranışların anlamı konusundaki bilgisine, kendi davranışlarının bilincinde olmasına, başkaları ile ilişki kurma biçimine ve hasta ile kendisi arasında oluşları çözümlene becerisine bağlıdır.¹⁴⁷

Modelin güçlü ve sınırlı yönleri şunlardır:

- Model belirli bir zaman ve ortamdaki gereksinimlerin farkında olan hasta ile hemşirenin etkileşimini yönlendirmede yararlıdır. Ancak hasta gereksinimlerinin farkında olduğu durumlarda kullanılabilir, bilinçsiz ve motivasyonu yavaşlamış hastalarda uygulanamaz.
- Hemşireliği, düşünmeyi gerektiren entelektüel bir işlev olarak vurgular.
- Hemşirelik uygulaması hastanın gereksinimlerine odaklanmıştır. Bu da profesyonelliği gerektirir.
- Hemşireyi bakımdan çok hastaya hizmet eden kişi olarak savunmuştur. Hastalık yerine hastaya odaklanmıştır.

1.2. Joyce Travelbee'nin Hemşirelik Modeli

Travelbee, hemşireliği iki insan arasında, kişilerarası süreç olarak tanımlar. Hemşirenin rolü ağrı ve acı çekme yaşantıları ile başatmedir. Hemşire kendisi hastalık deneyimine sahipse hastanın durumunu daha iyi anlayacaktır. Bu nedenle hemşirelerin hastalarla olabildiğince birarada olmalarını önerir.¹⁴⁸

Travelbee modelini hemşire-hasta ilişkilerini temel alan kişilerarası ilişkilere temellendirir.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Gülnur HAYRAN, **Ida Jean ORLANDA**, (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1994, s.3-5.

¹⁴⁸ COŞKUN, **a.g.e.**, s.5.

¹⁴⁹ İNANÇ, **a.g.e.**, s.26.

Hasta-hemşire arasında iletişim dört aşamada gerçekleşir:

- **İlk karşılaşma:** Birbirlerinin kalıplaşmış rollerle algılanması,
- **Kimliklerin ortaya çıkması:** Karşılıklı rollerin ve özelliklerin algılanmaya başlaması,
- **Empati:** Bireylerin duygu ve düşüncelerini anlayabilme ve bireyin tepkilerini tahmin etmeye yardım eder.
- **Sempati:** Bireylerin stresini azaltmada onlara yardım etme isteğidir.

Hasta-Hemşire Etkileşimi

Hedef --> Kişilerin birbirlerini tanıması

- Hastanın gereksinimlerini araştırmak ve karşılamak
- Hemşirelik hedeflerini yerine getirmektir.

Öncelikle gereksinimler belirlenir. Bunun için hemşire:

- Hastayı gözler.
- Gözlemi değerlendirir.
- Hastanın gereksinimlerini karşılayıp karşılayamayacağına karar verir.
- Hemşirelik etkinliklerini planlar ve uygular.
- Gereksinimlerin ne kadarının karşılandığını değerlendirirler.

Travelbee'ye göre hemşirelik süreci, hemşirenin hasta adına ve hastayla birlikte yaptığı herşeyi kapsar. Bakım planı ise; hasta ve ailesine karşılaştıkları hastalık, acı çekme, yaşantılarının stresine dayanma ve onunla başetmede yardımcı olmak amacıyla düzenlenir. Etkileşim ve ilişkiyle gerçekleşir.¹⁵⁰

1.3. Imogene King'in Hemşirelik Modeli

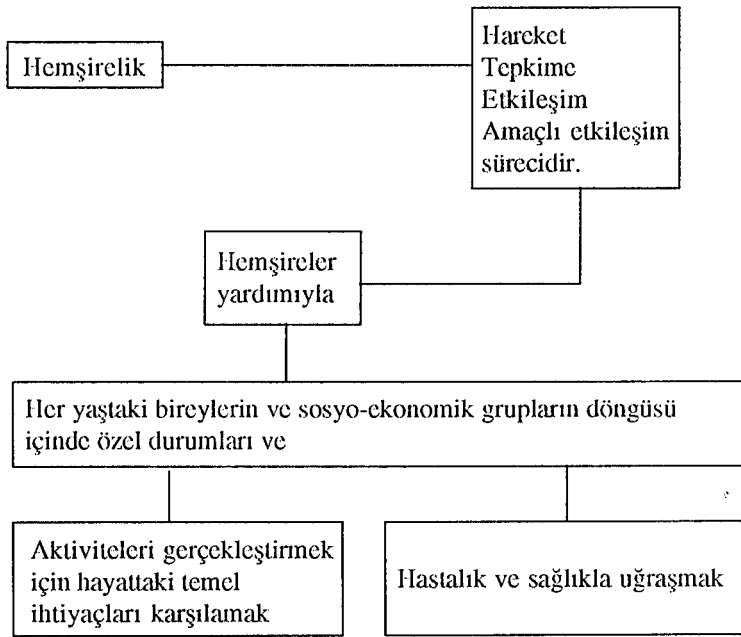
Henderson, Orlando, Peplau ve Roper'in modellerinin sentezini yapan İmogene King hemşireliği, "Hareket, tepkime, etkileşim ve amaçlı etkileşim"

¹⁵⁰ COŞKUN, a.g.e., s.5.

süreci olarak görür, “her yaşta ve sosyo-ekonomik gruptaki bireylere, sağlık ve hastalık durumlarında, günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri ve temel gereksinimlerini karşılayabilmelerinde yardımcı olmaktır” şeklinde tanımlar.¹⁵¹

King’in modelinde bakım hasta merkezlidir. Hemşire-hasta ilişkisi en yüksek değere sahiptir. King hastanın bakım planını, hastanın gereksinimlerinin karşılanması için faaliyetlerin yerine getirilme süreci olarak tanımlar ve hastanın karar vermeye katılmasını savunur.

Bu modelde hemşire-hastası ile iletişim kurar. Problemlerin neler olduğu hakkında hemşire-hasta arasında fikir birliğine varılır. Her problem için mümkün olduğu kadar çok amaç saptanır. Amaçlar öncelik sırasına konur ve hemşire bu doğrultuda çeşitli girişimlerde bulunur. King amaca yönelik bakımda kayıtlara önem verir. Bilgilerin, problemlerin, amaçların ve işlemlerin kayıt edilmesini önerir. Değerlendirme ve bakım planının odak noktası ise, birbirini etkileyen bir varlık olarak hastadır ve diğerleri ile etkileşimi altında gözlenir. Hemşirelik etkileşimi yaratan bir iştir ve hastada etkileşen bir varlıktır.



Şekil 15: King'in Etkileşim Modeli

Kaynak: COŞKUN, a.g.e., s.3.

¹⁵¹ Hediye EKİZLER, “Serviks Kanserlerinde Imogene King Kuramına Göre Bakım Planı”, **Hemşirelik Bülteni**, V:22, 1991, s.36.

Imogene King çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:¹⁵²

- Hemşire-hasta etkileşiminde doğru algılama varsa, etkileşimin sürdürülmesi mümkündür.
- İletişimin sürekliliği sağlanıyorsa amaca ulaşılır.
- Amaca ulaşıldıysa doyum sağlanır.
- Hemşire-hasta etkileşiminde hedef çıktıya ulaşıldıysa büyüme ve gelişmeler hızlanacaktır.
- Hemşire ve hastanın rol beklentileri ve uygulama algılandığı gibi yerine geliyorsa, amaçlı etkileşim oluşacaktır.
- Hemşire ve hasta arasında rol çatışmaları varsa stres ortaya çıkacaktır.
- Hemşire özel bilgi ve beceriyle, hastaları bilgilendirmeye yönelik iletişim ağı geliştirebilirse, iki taraflı amaca ulaşma sözkonusudur.

Model, temel bir amaç olarak hemşire-hasta etkileşimini vurgular. Bu nedenle komadaki/bilinçsiz hastalarda, yenidoğanlarda ve bazı psikiatrik hastalığı olan hastalar için kullanışlı değildir. Buna karşın toplum sağlığı hemşireliği ve evde bakım hizmetlerinde rahatlıkla kullanılabilir.

2. İnsan Gereksinimlerini Temel Alan Hemşirelik Modelleri

2.1. Fay Abdellah'ın Hemşirelik Modeli

Abdellah hemşireliği, bireylere, ailelere ve topluma hizmet veren bir yardım mesleği olarak kabul etmiştir. "Hemşirelik, kişinin sağlık gereksinimleri ile başedebilmesinde, genel ve özel tıbbi direktiflerin yerine getirilmesinde, bilim ve sanata dayalı tutum, entellektüel yetenek ve teknik becerilerin

¹⁵² Hediye EKİZLER, **Imogene King Modeli**, (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1994, s.8-9.

insanlara yardım etme yeteneğine dönüştürüldüğü bir meslektir.” biçiminde tanımlanmıştır. Burada hemşirelik imajının, hastaya hizmet sağlamak üzere sadece bakım ve şevkat verme olmayıp, zekâ, yetenek ve teknik beceriye dayandırılarak yükseltildiği görülmektedir. Hemşirelik bakımını ise, kişiye, geresinimlerini karşılamak amacı ile bilgi sağlayan, öz-bakım yeteneğini geliştiren, sakatlığı onaran veya ortadan kaldıran bir faaliyet olarak belirtmiştir.¹⁵³

Abdellah, hemşireliğin profesyonel bir statü ve otonomi kazanmasında bilgi temelini güçlü olması zorunluluğunu görmüş ve hemşireliğin karşı karşıya kaldığı problemlere çözüm yolu olarak modelini formüle etmiştir. Abdellah, hasta gereksinimlerini bir hemşirelik sorunu olarak ele almış, hemşirelik uygulamalarına temel olabilecek bilgilerin sistematize edilmesi sonucu “21 hemşirelik problemi tipolojisi” diye adlandırılan bir model geliştirilmiştir.¹⁵⁴

Abdellah’ın 21 hemşirelik problemi şu şekilde sıralanabilir.¹⁵⁵

- Hijyen ve fiziksel rahatlığı sağlamak.
- Hareket, egzersiz, uyku ve dinlenmeyi sağlamak.
- Kazaların, yaralanmaların ve enfeksiyonların önlenmesi için gerekli önlemleri almak.
- Düzgün beden mekaniğini sağlamak, deformiteleri önlemek, düzeltmek.
- Vücudun tüm hücrelerinin oksijenlenmesini sağlamak.
- Vücudun tüm hücrelerinin beslenmesini sağlamak.
- Eliminasyonu sağlamak.
- Elektrolit-sıvı dengesini sağlamak.

¹⁵³ ŞANLI, a.g.m., s.9.

¹⁵⁴ HAYRAN, a.g.e., s.2-3.

¹⁵⁵ Suzanne FALCO, “Faye Glenn ABDELLAH”, içinde Julia GEORGE, *Nursing Theories*, Appleton & Lange Copyright, California, 1990, s.133.

- Hastalık durumunda vücudun fizyolojik, patolojik ve kompensasyon tepkilerini tanımak.
- Vücudun dengeleyici mekanizmalarının ve fonksiyonlarının devamlılığını sağlamak.
- Duygusal tepkilerin devamlılığını sağlamak.
- Olumlu ve olumsuz ifadeleri, duyguları ve tepkileri tanımlamak ve kabul edilmesini sağlamak.
- Duygusal durum ve organik hastalıkların ilişkilerini tanımlamak.
- Sözlü-sözsüz iletişimi etkin şekilde sürdürmek.
- Kişilerarası olumlu ilişkiler geliştirmek.
- Bireyin amacına yönelik olarak iyileşmesine, başarısına yardımcı olmak.
- Tedavi için uygun ortam sağlamak.
- Her bireyin gelişim gereksinimlerinin farklı olduğunu kabul etmek.
- Hastanın fizyolojik-psikolojik sınırlılıkları gözönüne alınarak optimum hedefler kabul etmek.
- Hastalık nedeni ile oluşan problemlerin çözümünde toplumsal kaynaklardan yararlanmak.
- Hastalıkların oluşmasında sosyal faktörlerin de rolü olduğunu bilmek.

Yukarıda sıralanan 21 hemşirelik problemi şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Bireyin fiziksel, sosyal ve duygusal gereksinimleri;
- Birey ile hemşire arasındaki karşılıklı ilişki tipleri ve
- Hasta bakım öğeleridir.

Bu problemler, Henderson'ın hemşireliğin 14 ögesi ve Maslow'un hiyerarşik insan gereksinimleri ile benzerlik göstermektedir.

Bu problemlerin çözümü Abdellah'ın modelinin temel noktalarıdır. Problem çözümü; kaliteli hemşirelik bakımı, hastanın görülen ya da görülmeyen hemşirelik problemlerinin tanımlanması ve çözülmesini kapsar. Problem çözümü süreci, problemin tanımlanması, uygun verilerin seçimi,

hipotezlerin formüle edilmesi ve sonucun gözden geçirilmesi aşamalarını içerir. Bu aşamalar hemşirelik süreci aşamalarıyla benzerlik göstermektedir.¹⁵⁶

Abdellah'a göre bu modeli kullanan hemşireler, hastalarını değerlendirebilecek, hemşirelik tanısı koyabilecek ve planlı girişimi gerçekleştirebileceklerdir. Hemşireler, ayrıca problem çözme sürecini kullanarak, uygulamalarını bilimsel bir temele oturtmuş olacaklardır.¹⁵⁷

Abdellah'ın 21 hemşirelik problemi geneldir, zamana ve çevreye bağlı değildir. Hasta gereksinimleri gözönüne alınarak 21 hemşirelik problemi yazılmıştır. Fakat holistik-bütüncül yaklaşıma önem verilmemiş, açıklık getirilmemiştir.

Ancak problemlerin tümü araştırılırsa hasta bütün olarak değerlendirilebilir. Fakat o zaman bile hastalık evresinin bir özelliği olarak bazı problemler görülmeyebilir. Bunun için hemşireler hastayı sürekli gözlem altında tutmalı ve dikkatli olmalıdırlar.¹⁵⁸

2.2. Dorothea Orem'in Hemşirelik Modeli

Orem'in modeli, bireyin ve onun bakım gereksinimleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Orem, hemşireliğin insanın sınırlılıklarını gidermenin bir yolu olduğunu belirtir. Hemşireliğin, insanın kendine yeterli olmadığı durumlar olduğu için geliştiğini öne sürer.¹⁵⁹

Orem hemşireliği bir toplum hizmeti, bir sanat ve teknoloji olarak görmektedir. Orem bir sanat olarak hemşireliğin, ne yapılacağına karar verme ve planlama gibi entellektüel bir yönü olduğunu, pratik yönünün ise bakım verme ve bakıma ilişkin engellerle başatme olduğuna inanır.¹⁶⁰

¹⁵⁶ BİROL, a.g.e., s.23.

¹⁵⁷ ŞANLI, a.g.m., s.10-11.

¹⁵⁸ HAYRAN, a.g.e., s.6-7.

¹⁵⁹ Yurdagül GÖKSEL, "Orem'in Kendine Bakım Modeli", içinde: EREFE (der.), s.233.

¹⁶⁰ COŞKUN, a.g.e., s.6.

Orem'in hemşirelik modelinin en güçlü yönü çeşitli sağlık düzeylerindeki bireyler için öz-bakımı öncül olarak getirmesidir. Hasta kendisinin öz-bakım olayına katılır. Bununla birlikte olayları algılayamayan ya da psikomotor işlevleri yaşam gereksinimlerine ya da güvenceye yönelik olmayan hastalar için bu eksiklikler sistem içinde değerlendirilir ve giderilir. Orem'e göre öz-bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır.¹⁶¹

Öz-bakım Modeli:

- Yaşam fonksiyonlarının desteklenmesi ve yerine getirilmesini;
- Normal büyüme ve gelişimin sağlanmasını;
- Hastalık ve kazaların önlenmesi ve tedavisi ile
- Sakatlığın önlenmesi ve rehabilitasyonu sağlar.

Orem'in öz-bakım gereksinimleri şu şekilde sıralanabilir:¹⁶²

-Evrensel öz-bakım gereksinimleri: İnsan yapısı ve fonksiyonlarını devam ettiren ve yaşam süreci ile de ilişkili genel insan gereksinimleridir. Orem bunları altı grupta toplamaktadır.

Hava, su, besin

Boşaltım

Aktivite ve dinlenme

Sosyal etkileşim

Tehlikelerden korunma

Normal olma, fiziksel, sosyal, ruhsal tam bir iyilik hali.

-Gelişimsel gereksinimler: İnsanın gelişmesini etkileyen ve yaşamını destekleyen yaşam koşullarının düzenlenmesidir.

¹⁶¹ Nezihe KIZILKAYA, "Orem'in Öz-Bakım Modeli Doğrultusunda Yaşlı Bir Bireyin Bakım Planı Örneği", *Hemşirelik Bülteni*, VI: 27, 1993, s.35.

¹⁶² GÖKSEL, s.234-235; BİROL, a.g.e., s.21.

-Sağlıktan sapma durumundaki gereksinimler: Orem'e göre hemşirelik girişimine gereksinim gösteren durumlar; bireylerin kendi yetenekleri ve var olan gereksinimleri arasındaki dengeyi sürdüremedikleri durumlardır. Bunlar; gereksinimler, yetenekleri aştığı zaman oluşur.

Orem'in bireysel hemşirelik bakım modeli, bireyin ne tür gereksinimleri olduğunun belirlenmesi ve uygun girişimlerin planlanmasında yardımcıdır.

Orem, tanılama aşamasında 5 şeye bakılması gerektiğini vurgular.

- Bireyin kendine bakım gereksinimi var mı?
- Bu gereksinimi karşılamada yeteneği var mı?
- Eğer bakımda eksikliği varsa, bu bilgi eksikliği mi, beceri eksikliği mi? Motivasyon eksikliği mi?
- Hemşire, bireylerin mevcut durumunun, onların kendi bakımları ile ilgilenmelerine izin verip vermediğini değerlendirmelidirler.
- Son olarak da, hastasının gelecekte kendine bakımı yeniden kurmak için potansiyelini değerlendirmedir.

Planlama ve amaç koyma aşamasında hasta merkezli amaçlar belirlenir. Bunlar kısa ve uzun vadeli amaçlar olabilir.¹⁶³ Planlamada önemli olan hastayı:

- Tamamen destekleyen mi?
- Kısmen destekleyen mi?
- Eğitici-gelişimsel destekleyen mi? olacaktır.

Tamamen destekleyen sistemde; hastanın rolü yoktur. Hemşire hastaya bakım verir. Bu tür hastalar;

- Fiziksel ve mental yönden tamamen yetersizdir.
- Fiziksel yönden yetersizdir, fakat bilinci yerindedir.
- Psikomotor olarak yaşamını, güvenliğini, insan olarak fonksiyonlarını yerine getiremeyen bireylerdir. Bu durumda hemşire, evrensel bakım gereksinimlerini karşılayıcı kişidir. Kısmen destekleyen sistemde, hasta ve

¹⁶³ Rana YİĞİT, "Orem'in Öz-Bakım Modeli", (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1994, s.5-6.

hemşire birlikte bakıma katılırlar. Örneğin ayağı alçılı olan hasta beslenmesini kendi yapabilir fakat çeşitli pozisyonlar verilmesinde hemşire yardımcı olabilir.

Eğitici-gelişimsel sistem ise bireyin yeterli olduğu ya da olabileceği öz-bakımını öğrenmesi gereken sistemdir. Bireyin yeteneği vardır, fakat bunu yardım olmaksızın yapamamaktadır. Bu durumda hemşirenin görevleri; destekleme, rehberlik, uygun ortam ve öğrenmenin sağlanmasıdır. Örneğin bir diyabet hastasına evde bakımın detaylarını öğretmektir.

Uygulama aşamasında hemşire, planlanan hemşirelik sistemlerini işleme koyar. Bu aşamada hemşirenin rolü, hasta ve ailesinin öz-bakımla ilgili güçlüklerini ve sağlıkla ilgili sorunlarını tanımlaması ve gerekli girişimleri uygulamasıdır.

Değerlendirme aşamasında ise hasta ve ailesinin kendine bakım yeteneği ile gereksinimleri arasında denge kurulabiliyor mu? amaçlara ulaşıldı mı? gibi sorular cevaplandırılır.

Orem bireysel öz-bakım modeline aileleri, grupları ve toplumu da alarak alanı genişletmektedir. O ailenin, bireyin öz-bakımı üzerindeki önemine dikkat etmiştir. Orem'in öz-bakım modeli sağlığın geliştirilmesi ve devamını sağladığı için çağdaştır. O profesyonel hemşirelik bakımının kaliteli verilebilmesi için eğitimin sürekliliğinin önemini vurgulamaktadır.¹⁶⁴

2.3. Nancy Roper, Winifred Logan ve Alison J.Tierney'in Hemşirelik Modeli

Britanya'da çok Benimsenen, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda ve Türkiye'nin başka yerlerinde de kullanılan model Roger, Logan ve Tierney tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir.

¹⁶⁴ ALEXANDER, a.g.m., s.12.

Roger, Logan ve Tierney; hemşireliği, hastalık durumunun tedavisinden ziyade, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesi olarak algılamaktadırlar. Bu üçlü grup, kendi geliştirdikleri yeni hemşirelik modelinin, hemşirelik süreci yöntemi uygulamalarına pratik bir yaklaşım getireceğini ileri sürmektedirler.¹⁶⁵

Roger ve arkadaşları; insanın günlük yaşamını sürdürürken gerekli yaşam aktivitelerini gözlemişler ve 12 tür günlük yaşam aktivitesini belirlemişlerdir. Bu aktiviteler şunlardır:¹⁶⁶

- Hastanın ve çevrenin güvenliğini sağlama ve sürdürme
- İletişim
- Solunum
- Yeme-içme alışkanlıkları
- Boşaltım
- Kişisel temizlik ve giyim
- Beden ısısının kontrolü
- Hareket
- Çalışma ve eğlence
- Cinsel yaşam
- Uyku
- Ölüm

Günlük yaşam aktiviteleri modelinin hemşireler tarafından benimsenme nedeni; hemşirelik süreci ile çok uyumlu olmasıdır.¹⁶⁷

Bu modeli uygulayan hemşire, hastasını gözlerken kendine şu soruyu sormalı; “Hastanın hastalığı nedeniyle, hangi yaşam aktivitesi etkileniyor? Hasta hangi yaşam aktivitesini yerine getiremiyor?” Böylece hemşire

¹⁶⁵ BİROL, a.g.e., s.26.

¹⁶⁶ SABUNCU, a.g.e., s.13.

¹⁶⁷ İNANÇ, a.g.e., s.27.

hastasının bakım sorununu saptar. Daha sonra bakım planını hazırlar. Plan hazırlanırken, bireyin yaşına bağlı olarak ailesinin, mali kaynaklarının, iş yaşamının da dikkate alınması gerekir. Bir insanın yaşamında, bazı günlük faaliyetlerini yapamadığı ve henüz yeterlilik kazanamadığı dönemler olduğundan, her insanın, herbir faaliyet için bağımlılık/bağımsızlık durumu araştırılır.¹⁶⁸

Örneğin, yaşlı bir insan artrit nedeniyle sakat durumda ise, kişisel temizlik faaliyetlerini sürdürmede, uzun süre, tamamen bağımsız olamayacaktır. Bu nedenle, hemşire, onun bağımsızlık düzeyini maksimumda tutacak şekilde bakımı planlamalıdır.

Daha sonra plan uygulamaya konur ve sonuçlar değerlendirilir. Yapılan bütün işlemlerin kayıtları özenle tutulur. Çünkü bu dökümanların hepsi hastaya verilecek bakıma rehberdir ve yasal durumlarda kullanılacak belgelerdir.

3. Gelişimsel Modeller

Gelişimsel model bir bireyin yaşamındaki gelişimsel süreçler üzerinde yoğunlaşır. Bu tip bir model bireyin belirli bir yön takip ederek büyüyüp değiştiğini kabul eder. Değişim sürecinin düzenli ve kestirilebilir bir takım aşamalardan geçtiğini vurgular.¹⁶⁹

3.1. Virginia Henderson'un Hemşirelik Modeli

Henderson hemşirelerin temel işlevlerini şöyle tanımlamıştır. "Hemşirenin temel işlevi; sağlam bireyin sağlığını korumak, hasta bireye sağlığını

¹⁶⁸ BİROL, a.g.e., s.27; ALEXANDER, a.g.m., s.13-14.

¹⁶⁹ Leyla DİNÇ, *Gelişimsel Modeller*, (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1994, s.1-2.

kazandırmak, hastanın kendi kendine yapmaya gücü, isteği ve bilgisi yetmediği işlerde yardım elini uzatmak ve ölüm anında huzur içinde olmasını sağlamaktır.” Hemşire bütün bunları hastaya en kısa zamanda kendi kendine yetecek hale getirecek şekilde yapmalıdır.¹⁷⁰

Henderson fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, ruhsal ve entellektüel alanlarda 14 temel gereksinim saptamış ve bunların karşılanmasına yardım etmenin, hemşirenin özgün fonksiyonları olduğunu ileri sürmüştür.¹⁷¹

Bu gereksinimler şu şekilde sıralanabilir:¹⁷²

- Normal solunum
- Yeterli yeme-içme
- Boşaltım
- Hareket ve uygun pozisyon alabilme
- Uygun giysi seçebilme, giyinme, soyunma
- Beden ısısının düzenlenmesi
- Vücudu temiz tutma
- Tehlikelerden korunma
- Duyguları, gereksinimleri, korku ve düşünceleri ifade etme
- İnançlar doğrultusunda hareket edebilme
- Başarı duygusuyla çalışma
- Oyun ve eğlenme
- Normal gelişme ve sağlık için, mevcut sağlık olanaklarından yararlanmasına yardımcı olacak olan öğrenme, keşfetme ve merakını tatmin etme.

Henderson'un belirlediği ilk dokuz temel insan gereksinimi, fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarını, diğerleri ise sevgi, ait olma ve öğrenme gibi psikososyal

¹⁷⁰ COŞKUN, a.g.e., s.7.

¹⁷¹ BİROL, a.g.e., s.21.

¹⁷² DİNÇ, a.g.e., s.4.

ve entellektüel ihtiyaçları içerir. Bu anlamda Maslow'un insan gereksinimleri hiyerarşisiyle uyumludur.

Gelişimsel modelin temel komponentlerinden birisi gelişim çizgisinin doğrusal olmasıdır. Büyüme ve gelişme genellikle basitten karmaşık düzeye doğrudur. Henderson'un gereksinimleri de en temel olandan en karmaşığa doğru sıralanmıştır.

Gelişimsel modelin temel komponentlerinden bir diğeri; evre ya da gelişim aşamasıdır. Bu modele göre bir sonraki evreye geçilmeden önce, bir önceki evre başarılmalıdır. Henderson'da bireyin en temel gereksinimleri karşılanmadan daha üst gereksinimlerin karşılanamayacağını düşünmüştür. Mesela; uyku ve dinlenmesi olmayan bir birey, öğrenmeye hazır değildir.¹⁷³

Gelişimsel modelin bir diğeri komponenti ise, gelişimsel çizginin nedeni, yani arkasında yatan güçtür. Henderson modelinde bu nedensel güç, karşılanması gereken gereksinimlerin kendisidir. Yine gelişimsel modeller, insanın gelişim sürecinde ulaşabileceği maksimum bir potansiyeli olduğunu kabul eder. Henderson'a göre karşılanması gereken en üst düzey gereksinimler, entellektüel ve sosyal gereksinimlerdir. Hasta birey bağımsızlaştıkça kendisi, kazandığı istek, güç ve bilgisini kullanarak bu gereksinimlerini karşılamaya yönelir.

Bu modeli benimseyen hemşireler ilk iş olarak veri toplarlar:

- Bireyin 14 temel gereksiniminin hangisini karşılamada yardıma gereksinimi var?
- Bu gereksinimi bağımsız karşılayamama nedeni nedir?

Toplanan bu verileri hemşire bilgisi ile karıştırarak hastanın mevcut ya da olası sorunlarını saptar. Daha sonra temel insan gereksinimlerinin karşılanması ve bireyin bağımsızlığını tekrar kazanmasına yardım amacına yönelik olarak, bakımı planlar. Henderson "insanların temel gereksinimleri birbirinin aynıdır, ancak birbirinin aynı olan iki insan yoktur" görüşünü vurgular. Bu nedenle

¹⁷³ DİNÇ, a.g.e., s.6-7.

herbir insanın bakım planının hastaya yardım edecek diğer kişilere yol göstereceğinden mutlaka yazılması gerektiğini savunur. Hemşire bakım planını uygularken, hastanın mümkün olduğunca bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini yapmasına yardım eder. Hemşire hastanın ondört temel gereksinimini bağımsız olarak karşılayıp karşılamadığını gözler ve verdiği bakımın sonuçlarını değerlendirir.¹⁷⁴

Henderson'un modeli, herhangi bir yaş ayrımı gözetmeksizin tüm bireylerin sağlığı için uygulanabilir. Farklı düzeylerde fonksiyon gösteren hemşireler çalışmalarında Henderson'un tanımını ve kavramlarını kullanarak uygulamalarını geliştirebilirler.

4. Sistem Modeli

Genel sistem teorisi; olayları tek bir açıdan ve başka olay ve çevre şartlarından kopuk incelemek yerine, her olayı belli bir çerçeve içinde başka olaylarla ilişkili olarak incelemenin, olayları anlama, tahmin ve kontrol etme açılarından daha etkin olduğunu ileri süren bir teoridir.¹⁷⁵

Bir sistemi a.belirli parçalardan oluşan, b.bu parçalar arasında belirli ilişkiler olan, c.bu parçaların aynı zamanda dış çevre ile ilişkisi olan, bir bütün olarak tanımlamak mümkündür.¹⁷⁶

Sistem belirli parçalardan oluşmuş bir bütündür. Bu parçaların her birinin kendine has işleyiş özelliği vardır. Fakat herbiri işleyişlerinde birbirine bağlıdır. Sistem yaklaşımında bu parçalar ile birlikte, bunların birbirleri ile olan ilişkileride incelenir.

Bir sistem, amacına ulaşmak için gerekli alt sistemlerden oluşur. Örneğin hemşirelik, sağlık bakım sisteminin alt sistemidir. Hemşirelik alt sistemine

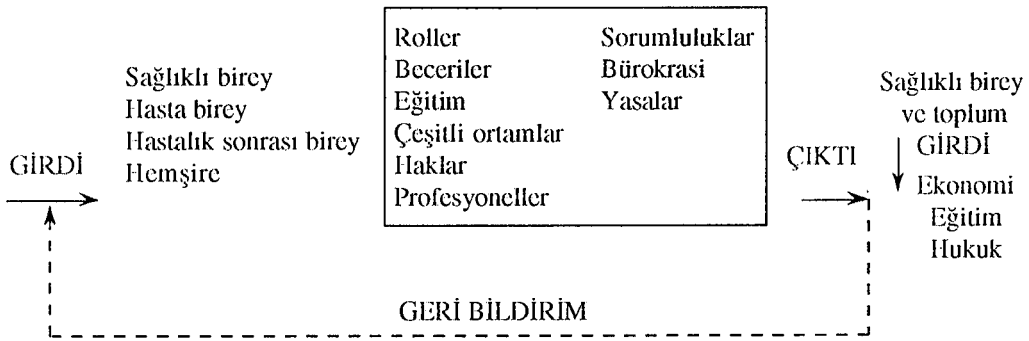
¹⁷⁴ COŞKUN, a.g.e., s.8.

¹⁷⁵ HAYRAN, a.g.e., s.2-3.

¹⁷⁶ KOÇEL, a.g.e., s.157.

baktığımızda onun da bazı alt sistemlerden oluştuğu görülür. En önemli öğeleri alıcı (hasta/sağlıklı birey, aile, toplum) ve hemşiredir. Hemşirenin kendi amacına ulaşmada kullandığı yol ise hemşirelik sürecidir. Girdileri alıcı ve hemşire, çıktıları ise sağlıklı birey ve toplumdur.

Hemşirelik de, onu etkileyen bir çevrede faaliyetini sürdürür. Sosyal bir sistem olan hemşireliğin yaşayabilmesi, onun çevre ile olan ilişkisini sürdürebilmesine bağlıdır. Çünkü hemşirelik sisteminin çıktısı başka bir sistemin girdisi olacaktır.¹⁷⁷



Şekil 16: Hemşirelik Sistemi

Kaynak: PLATIN, Mesleklerin Toplum Hizmeti, Hemşireliğin Toplum Hizmeti, a.g.m., s.10.

Bu sistemde olan herhangi bir aksaklık, başka sistemlerin çalışmasını etkileyecektir. Bu durumda açık bir sistem olan hemşireliğe çevresinden ve daha üst sistemlerden geri bildirim gelmesi beklenir. Bu geribildirimler hemşireliğe yeni bir denge için değişimin ipuçlarını verir. Bu nedenle her sistem kendine dönüp bakma ve sorgulama gereksinimi duymak zorundadır.

Genel sistem modelini kullananların başında Betty Nevman gelmektedir.

Newman'ın modelinin aslı bireyin sistem olarak bütün olduğu ve çok boyutlu biyolojik, sosyo-kültürel, psikolojik ve gelişimsel alt sistemlerin bileşiminden oluştuğu felsefesine dayanır. Bu değişkenlerin bileşimi bütüncül

¹⁷⁷ PLATIN, a.g.e., s.10.

birey yaklaşımını oluşturmaktadır. Nevman, eğer bireye bütüncül yaklaşabilirsek, daha önceki fonksiyonlara bölünmüş, izole edilmiş hemşirelikten kurtulunacağını ve sistematik-bütüncül düşünmek zorunda kalınacağını vurgulamaktadır. Nevman, insanı oluşturan alt sistemler (fizik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel, ...) arasındaki denge halini sağlık, dengesizliği ise hastalık olarak tanımlamaktadır.¹⁷⁸

Bu model, hemşireliğe daha iyi organizasyon, uzmanlaşma ve giderek artan karmaşık yapılar arasında bağlantılar kurulmasını sağlayarak, profesyonellik yolunda hız kazandırır.

¹⁷⁸ HAYRAN, a.g.e., s.8.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ'NDE BİR UYGULAMA

1. Eskişehir Devlet Hastanesi Hakkında Genel Bilgiler

1971 yılında Eskişehir merkez nüfusu 216.373 iken, şehre öngörülen 200 yatak kapasiteli Devlet Hastanesi inşaatı bitirilerek on branşta 13 uzman ve bir dış hekiminden ibaret kadrosu ile hizmete girmiş olup, 17.12.1971 tarih ve 9313-406 Sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile kapasitesi 400 yatağa çıkarılmıştır.

200 yatağa göre planlanan ve inşa edilen hastanenin yatak kapasitesinin 400 yatağa çıkarılmasıyla, mevcut binaya 400 yatak standardına uygun servis, laboratuvar ve polikliniklerle diğer tıbbi birimlerin sığdırılmaya çalışılması, 200 yatağa göre planlanan bu binanın günün koşullarına göre oldukça rahat iç mimarisini tamamen bozmuştur. Yıllar içinde mekan darlığı sorun olmaya devam etmiş, merkez nüfusun 700 bine ulaştığı günümüzde bu sıkıntının bir an önce çözüme kavuşturulması zorunlu hale gelmiştir

Eskişehir Devlet Hastanesi'nde 674 kadrolu 30 sözleşmeli toplam 704 personel çalışmaktadır.

Özellikle son yıllarda tıpta ve teknolojiye görülen büyük ilerlemeler sonucu yeni meslekler ortaya çıkmış ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Sözelimi 1971'de Eskişehir Devlet Hastanesi'nde 10 branşta 13 uzman ve 1 dış hekimi bulunurken, 1997 yılında bu sayı 23 branşta 81 uzman ve 15 dış hekimine ulaşmıştır.

Eskişehir Devlet Hastanesi Personel Envanteri (Aralık-1997) Tablo 1'de gösterilmiştir.

6	İç Hastalıkları
10	Genel Cerrahi
1	Çocuk Cer.Uz.
4	Çocuk Hast.
7	KKB
5	Göz Hast.
5	Ortopedik
5	Göğüs Hast.
5	Bevliye
6	Nöroloji
1	Kardiyoloji
2	G.K.D.Cer.
2	Beyin Cerrahi

2	İntaniye
3	Psikiatri
3	Cildiye
3	Röntgen
3	Anestezi
3	Bakteri
-	Biokimya
1	Patoloji
1	Mikrobiyoloji
2	FTR
3	Plastik Cer.
1	Asistan
28	Pratisyen
30	

DİĞER SAĞLIK PERSONELİ

15	Diş Hekimi
6	Eczacı
4	Fizyoterapist
3	Diyetisyen
3	Biolog
3	Psikolog
1	Tıbbi Teknoloji
1	Sosyal Çalışmacı
2	Hemşire
244	

3	Ebe
16	Anestezi Tek.
-	Ameliyathane Tek.
51	Laboratuvar Tek.
38	Röntgen Tek.
12	Diş Protez Tek.
1	F.T.R. Tek.
-	Ortopedi Tek.
26	Sağlık Memuru
2	Sağlık Tek.

GENEL İDARE VE DİĞER

1	Hastane Müdürü
4	Müdür Yard.
1	Personel Şefi
14	Memur
11	Şoför
69	Hizmetli

2	Kimyager
2	Teknisyen
1	İmam-gassal
1	Tek.Yard.
1	Sivil Savunma Uzm.
30	Sözleşmeli Personel

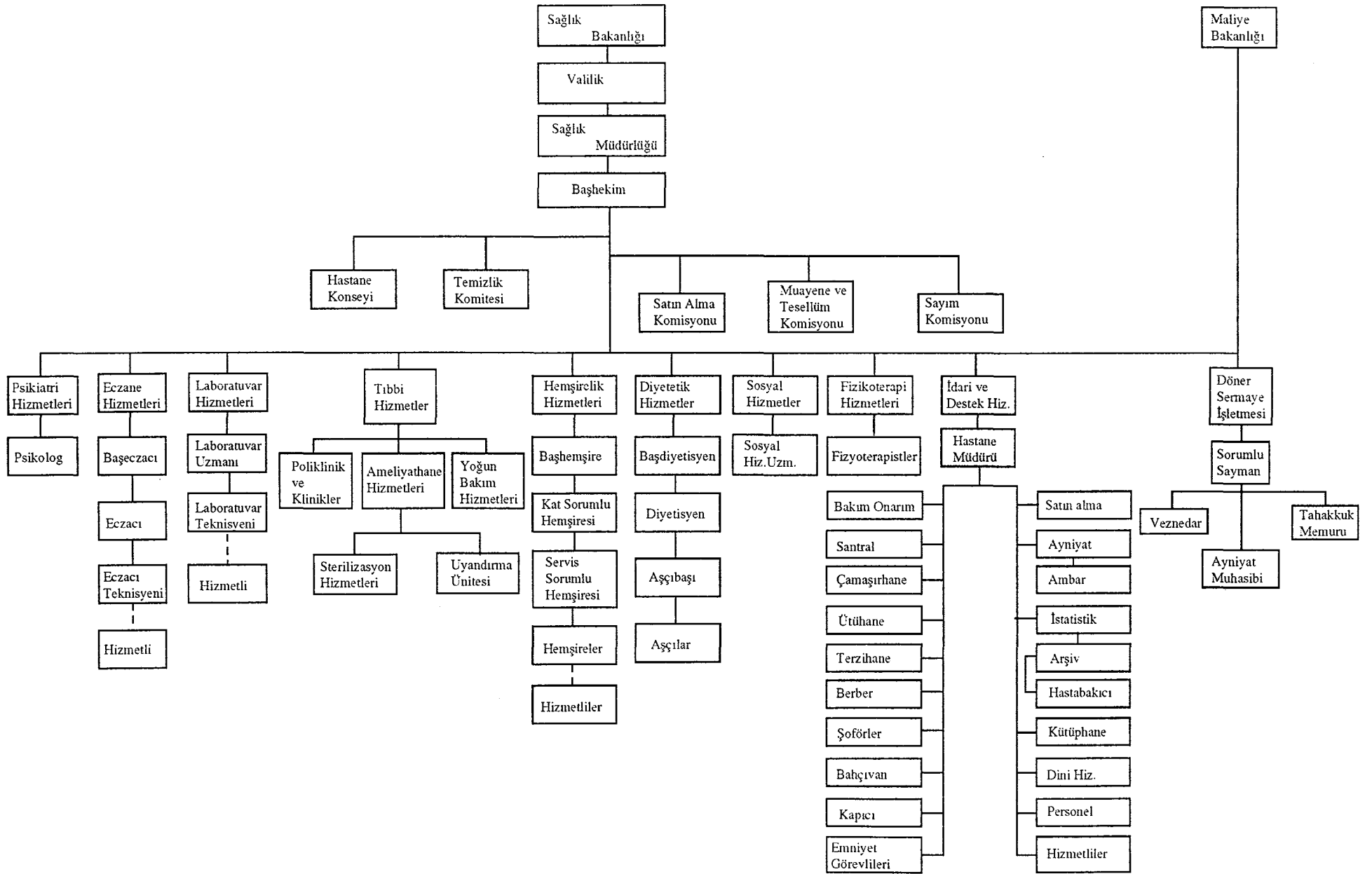
Tablo 1 : Eskişehir Devlet Hastanesi Personel Envanteri (Aralık-1997)

İkinci basamak sağlık hizmetlerini üretme amacıyla Eskişehir ili ve çevresinde hizmet sunan Eskişehir Devlet Hastanesi'nin örgüt yapısını belirleyen temel yönlendirici, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümleridir. Bu doğrultuda hazırlanan Eskişehir Devlet Hastanesi organizasyon şeması Şekil 17'de gösterilmiştir.

Tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olduğu gibi Eskişehir Devlet Hastanesi'nde de başhekimlik makamı, hastanedeki tüm faaliyetlerin yönetiminden sorumlu en üst idari pozisyonu oluşturmaktadır. Merkez teşkilatı tarafından saptanan kararlar ve hazırlanan planlar dahilinde hastanede günlük faaliyetlerin yürütülmesi yetkisi başhekimliğe devredilmiştir. Sorumluluk kendisinde kalmak üzere başhekim bu yetkisinin bir kısmını fonksiyonel yöneticilere devretmektedir. Sözgelimi, mali işleri yürütme yetkisini hastane müdürüne, hemşirelik hizmetleri yürütme yetkisini başhemşireye, tıbbi hizmetlerin yürütülmesi yetkisini ise uzman hekimlere devretmektedir. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde tıp hizmetlerinin organizasyonu söz konusu olmadığından, tüm hekimler ve dolayısıyla tüm klinik ve poliklinikler başhekimliğe bağlanmış durumdadır. Ayrıca, yüksek öğrenim görmüş hemen hemen tüm personelin başhekimliğe bağlanması esası benimsendiğinden, başhekimliğin yönetim alanı çok geniş tutulmuştur. Sözgelimi Eskişehir Devlet Hastanesi'nde 15.10.1997'de yüksek öğrenim görmüş personel sayısı 183'tür. Bu durum, başhekimliğe verilmiş olan görevlerin etkin olarak yürütülmesine engel olmaktadır.

Başhekim, hastanedeki tüm faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu tutulmaktadır. Fakat başhekim bu sorumluluğunu yerine getirirken, yürüteceği görevlerin ne kadarını, kimlere devredeceği kendi inisiyatifine bırakılmıştır.¹⁷⁹ Bu yüzden Eskişehir Devlet Hastanesi'nde bazı dönemlerde otokratik bir yönetim söz konusu olurken, bazı dönemlerde de demokratik-katılımcı bir yönetim sergilenmektedir.

¹⁷⁹ SEÇİM, a.g.e., s.165.



Şekil 17: Eskişehir Devlet Hastanesi Organizasyon Şeması (1997)

2. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Eskişehir Devlet Hastanesi içinde hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimi görevi başhekimine bağlı olan başhemşireye verilmiştir. Başhemşire önlisans mezunu hiçbir yöneticilik formasyonu olmayan bir hemşiredir. Başhemşire, hastane başhekiminin teklifi üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından atanmıştır. Başhemşirenin, hemşirelik hizmetleriyle ilgili sorumlulukları ve görevleri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde şu şekilde belirtilmiştir:¹⁸⁰ Hastanede çalışan başhemşire yardımcılarının, servis sorumlu hemşirelerinin ve kendisine bağlı diğer hizmet birim, amir ve sorumlularının birinci derece amiri olarak, hasta bakım hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve bu yönetmelik hükümlerine göre görev yapmalarının temini ve kontrolü; hizmetlerin yürütülmesi sırasında karşılaşılan aksaklıkların giderilmesi için gerekli tedbirlerin alınması; hastanede hemşire personelin çalışma yerlerinin belirlenmesi konusunda görüş ve isteklerinin başhekimine iletilmesi; hemşire personelinin hizmet-içi eğitim programlarının hazırlanması; klinik ve polikliniklerin genel temizlik ve düzeninin sağlanması; hemşirelerin ve kendisine bağlı diğer personelin nöbet ve izin cetvellerinin hazırlanması ve bu cetvellerin başhekimine onaylatılması.

11 Temmuz 1979'da yayınlanan Kadro Kıstas Yönetmeliği'nde her 100 yatak için birer başhemşire yardımcı kadrosu tahsis edilmiştir. 400 yatak kapasiteli Eskişehir Devlet Hastanesi'nde de başhemşirenin vereceği görevleri yapmak ve onun yokluğunda yerine vekalet etmek üzere başhekim tarafından 4 başhemşire yardımcısı tayin edilmiştir.

Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda başhemşireden sonra Kat Sorumlu Hemşirelerine yer verilmiştir. Eskişehir Devlet Hastanesi'nin 5 katında da bir kat sorumlu hemşiresi bulunmaktadır. Kat sorumlu hemşiresi

¹⁸⁰ S.S.Y.B., *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*, S.S.Y.B. Yayın No:499, 1983, s.41, m.129.

sorumlu olduğu kliniklerdeki hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinde en üst yetkili amir konumundadır. Kat sorumlu hemşiresinin görevleri şunlardır: Sorumlu olduğu kliniklerde hemşirelik hizmetlerini planlamak, organize etmek, koordinasyonu sağlamak ve denetlemek; servis sorumlu hemşirelerinin çalışmalarını takip etmek; kliniklerin çalışma çizelgelerini yapmak; bunu başhemşireye sunmak; klinikleri için gerekli olan malzeme ve personel ihtiyacını belirleyip başhemşireye bildirmek ve katlardaki temizlik ve düzeni sağlamaktır.

Kat sorumlu hemşirelerinden sonra servis sorumlu hemşireleri gelir. Bu hemşireler sorumlu oldukları servislerdeki hemşirelik hizmetlerinin organizasyonundan, yürütülmesinden ve denetiminden sorumludur. Başhekim tarafından tayin edilen servis sorumlu hemşireleri, sorumlu oldukları servisin hemşirelik hizmetlerinde en üst amir durumundadırlar. Servis sorumlu hemşiresinin görevleri şunlardır:¹⁸¹ Serviste çalışan hemşireler ve yardımcı hizmetler sınıfı personel arasında işbölümü yapılması; servis hemşirelerinin birinci derece amiri olarak servis uzmanlarının ve başhemşirenin direktiflerine uygun olarak hasta bakımının en iyi şekilde yapılmasının ve servisin disiplininin temini, serviste bulundurulmuş demirbaş ve malzemelerin korunması.

Servislerde hemşirelik hizmetleri hemşireler ve hastane hizmetlileri tarafından yürütülmektedir. Hemşirelere, hasta odalarının ve hastaların genel temizliğini yaptırmak, hastaları muayene ve tedaviye hazırlamak, hekimlerin direktiflerine göre hastaların tedavisi için gerekli tedavi ve bakımları yapmak, bunlarla ilgili kayıtları tutmak, hastalara ilaçlarını vermek, enjeksiyonlarını yapmak, kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri yapmak, sağlık eğitimi konusunda hastalara bilgi vermek, hekimlerce analize lüzum görülen materyali hastalardan almak ve laboratuvara göndermek, serviste yemek dağıtımına nezaret etmek, yemek yiyemeyen hastalara yemeklerini yedirmek, kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet ve ilaçları muhafaza etmek ve en iyi şekilde

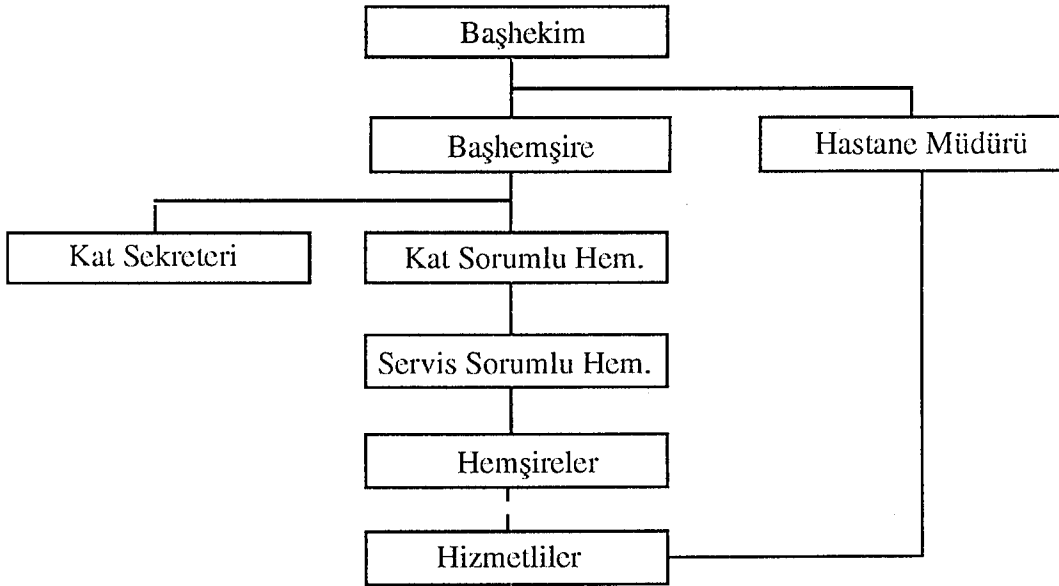
¹⁸¹ S.S.Y.B., *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme...*, s.42, m.131.

kullanmak, servislerin temizliklerini kontrol etmek, hastaların derecelerini almak, nabız ve teneffüslerini saymak, derece kağıtlarına transelerini çizmek gibi görevler verilmiştir.¹⁸²

Hastane hizmetlileri ise, hasta odalarının temizliği, hastaların laboratuvara vb. yerlere götürülmesi, hasta yemeklerinin dağıtım görevlerini yürütmektedirler.

Eskişehir Devlet Hastanesi'nde her katta büro işlemlerini yürütmek amacıyla kat sekreteri pozisyonu oluşturulmuştur. Bu görevleri yürütenlerde hemşirelerdir. Görevler şu şekilde sıralanabilir: Serviste kabul edilen hastaların gerekli kayıtlarının yapılması; taburcu olacak hastaların evraklarının hazırlanması; aylık istatistiki formların doldurularak ilgili yerlere gönderilmesi; sağlık kurulu raporu alacak ve konsültasyona gidecek hastalar için randevuların alınması ve gerekli belgelerin hazırlanmasıdır.

Eskişehir Devlet Hastanesi hemşirelik hizmetleri organizasyon şeması Şekil 18'de gösterilmiştir.



Şekil 18: Eskişehir Devlet Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Organizasyon Şeması (1997)

¹⁸² S.S.Y.B., *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme...*, s.42-44, m.132.

3. Eskişehir Devlet Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Organizasyon Sorunları

Bu kısımda hemşirelik hizmetlerinin organizasyon sorunları ana başlıklar halinde ele alınmıştır.

3.1. Hastanenin İşleyiş Yönetmeliği

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hastaneleri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği esas alınarak yönetilmektedir. Oysa günümüzde hastaneler, yönetmelikte yer almayan bazı pozisyonları kendi bünyelerinde yaratmışlardır. Sözgelimi Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yönetmelikte yer almayan kat sorumlu hemşiresi ve kat sekreterleri pozisyonları oluşturulmuştur. Bu örnekte de görüldüğü gibi yönetmeliğin hastane yönetiminde yetersiz kaldığı söylenebilir.

Yeni bir yönetmeliğin yanısıra hastanede çalışan personelin görev tanımlarını, ilişkilerini, yetki ve sorumluluklarını gösteren bir organizasyon el kitabı da yoktur.

Hastanedeki işleri yapan ve sorumlu mevkileri işgal eden kişiler hangi konularda yetkili olduklarını, sorumluluklarının nelerden meydana geldiğini ve işlerini yaparken kimlerle nasıl ilişki kuracaklarını bilmemeleri genelde bir boşluk ve organizasyonda karışıklık yaratmakta ve bunun sonucunda pesonelde belirsizlik içinde rastgele bir çalışma tutumu sergilemektedir.

3.2. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyon Şemaları

Hemşirelik hizmetlerinin örgüt yapısını ve bağlı birimlerini gösteren organizasyon şemaları yoktur. Hastane gibi birden çok ve karmaşık faaliyetlerin yürütüldüğü bir kurumda hiyerarşik yapının belirlenmesi ve tüm

birimler arasındaki haberleşme sisteminin ve kanallarının gösterilmesi açısından bu şemaların bir an önce hazırlanması gereklidir. Şemalar sayesinde organizasyonda yer alan herkes nereye ve kime bağlı olduğunu görecektir. Yöneticilerin organizasyonu daha başarılı kılmak için yararlandıkları temel araç ve güvenilir bir bilgi kaynağı olan şemalar sayesinde birçok sorun çözümlenebilecek, yöneticilerin birbirlerinin yetki alanlarına karışmaları da önlenecektir.

3.3. Yetki ve Sorumluluklarının Denk Olmaması

Eskişehir Devlet Hastanesi'nde başhekim hastanedeki tüm faaliyetlerin yönetiminden sorumludur. Başhekim hemşirelik hizmetlerini yürütme yetkisini başhemşireye devretmiştir. Bu fonksiyonel alandaki tüm hizmetlerin organizasyonu, yürütülmesi ve denetlenmesi görevini başhemşire yerine getirirken sorumluluğun başhekimde olması "organizasyonda yetki ve sorumluluğun denkliği" ilkesine ters düşmektedir. Bu durum başhemşirenin gerek hekimlere, gerekse personeline karşı olması gereken otoritesinin sarsılmasına yol açmaktadır. Hastanedeki başhemşirenin astı olan servis sorumlu hemşirelerini başhekim tayin etmekte ve başhemşire hazırlanan nöbet çizelgelerini başhekime onaylatmak zorunda bırakılmaktadır. Bütün bunların yanında başhemşirenin bir serviste görevlendirdiği bir hemşire yerine servis hekimi, başhekim aracılığıyla başka bir hemşireyi aldırabilmektedir. Bu durumda başhekimlik kanalıyla hekimler hemşire hizmetlerinin yürütülmesinde ve organizasyonunda yönlendirici olmaktadır.

Burada da görüldüğü gibi tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olduğu gibi Eskişehir Devlet Hastanesi'nde de hemşirelik hizmetleri tamamı ile hekimlere bağlıdır. Birbirinden farklı bir bilgi ve tecrübe isteyen bu iki mesleğin aynı elden yönetimi büyük zorluklar yaratmakta, hemşirelik hizmetleri ve hemşirelerle ilgili yanlış kararlar alınmasına ve böylece hastanın bakımının aksamasına neden olmaktadır. Bu hizmetler yönetiminin uzman

hemşirelere verilmesi hastanemizle ilgili pek çok sorunu çözümlenecektir.

Bunun yanında hemşirelik hizmetlerinin her servis içinde örgütlenmesi sağlanmalıdır. Hastane içinde çalışmalar yapılarak her servis kendisi için en uygun bakım yöntem ve modellerini seçmelidir. Dolayısıyla kimin nasıl ve kiminle çalışacağı, kime karşı sorumlu olduğu, hangi işleri ne zaman ve nasıl yapacağı ve bunları kime rapor edeceği belirlenmelidir. Bunun sonucunda hastane amaçlarına mümkün olabildiğince verimli ve etkili ulaşacaktır. Ayrıca hizmetlerin bu şekilde organizasyonu denetimi kolaylaştıracak, dirlik ve düzen sağlanacaktır.

3.4. Personelin Dengesiz Dağılımı

Kadrolama, örgüt içinde faaliyetlerin yürütülmesini sağlayacak pozisyonların tespiti ve personelin tayinidir. Kadrolamada ilk aşama, söz konusu işi yürütecek pozisyonların tespitidir. İkinci aşama ise, pozisyonlara gereken nitelik ve sayıda elemanların bulunması, seçilmesi, eğitilmesi ve tayiniyle ilgilidir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde istihdam edilecek personel ve bunların sayıları Kadro Yönetmeliği ve Kıstas Yönetmeliği hükümlerine göre belirlenmektedir.¹⁸³ 400 yataklı bir hastanede 3 adet iç hastalıkları (25x2=50yataklı), 3 adet genel cerrahi (25x3=75 yataklı), 2 adet kadın-doğum (25x2= 50 yataklı), 2 adet çocuk hastalıkları (20x2=40 yataklı), 1 adet nöroloji (20 yataklı), 1 adet intaniye (20 yataklı), 1 adet KBB hastalıkları (25 yataklı) 1 adet göz hastalıkları (20 yataklı), 1 adet deri ve zührevi hastalıklar (15 yataklı), 1 adet üroloji (25 yataklı), 1 adet ortopedi (20 yataklı), 1 adet Fizik Tedavi (15 yataklı), 1 adet anestezi ve reanimasyon servisi ile röntgen, bakteriyoloji, biyo-kimya, patoloji laboratuvarı ve kan nakli merkezi, diş tabipliği ile sosyal servisin bulunması ve ünitelerde hekim, hemşire olarak toplam 156 sağlık personelinin istihdam edilmesi öngörülmüştür.

¹⁸³ Hikmet SEÇİM, "Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri, İş Ölçümüne Dayalı Kodlama" içinde: SEÇİM (der.), s.185-186.

SERVISLER	YATAK SAYILARI	HEKİM	HEMŞİRE	SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ	KAT SORUMLU HEMŞİRESİ	KAT SEKRETERİ
Dahiliye 1	10	1	2	1	1	1
Dahiliye 2	10	1	2			
Dahiliye 3	10	1	2			
Dahiliye 4	10	1	2	1		
Dahiliye 5	10	1	2			
Dahiliye 6	10	1	1	1		
Kardiyoloji	19	1	7	1		
Göğüs Hastalıkları 1	3	1	1	1		
Göğüs Hastalıkları 2	3	1	1			
Göğüs Hastalıkları 3	3	1	1			
Göğüs Hastalıkları 4	3	1	1			
Göğüs Hastalıkları 5	2	1	1			
Hariciye 1	7	1	2	1	1	1
Hariciye 2	7	1	1			
Hariciye 3	7	1	1			
Hariciye 4	7	1	2	1		
Hariciye 5	7	1	1			
Hariciye 6	6	1	1	1		
Hariciye 7	6	1	2	1		
Hariciye 8	6	1	1			
Hariciye 9	6	1	1			
Hariciye 10	6	1	1	1		
Beyin Cerrahi 1	6	1	2	1		
Beyin Cerrahi 2	6	1	2	1		
Plastik Cerrahi	5	1	1			
G.K.D. Cerrahi	5	1	1			
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 1	9	1	2	1	1	1
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 2	9	1	2			
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 3	9	1	2			
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 4	9	1	1			
Çocuk Cerrahisi	6	1	1	1		
Ortopedi 1	7	1	2	1		
Ortopedi 2	7	1	2			
Ortopedi 3	6	1	1	1		
Ortopedi 4	6	1	1			
Ortopedi 5	6	1	1			
Psikiatri 1	4	1	2	1	1	1
Psikiatri 2	3	1	2			
Psikiatri 3	3	1	2			
İntaniye 1	10	1	3	1		
İntaniye 2	10	1	2			
Hızır Acil Servis	20	20	15	1		

Tablo 2: Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki Servislerin Yatak ve Doktor/Hemşire Sayıları (Aralık 1997)

Tablo 2'nin Devamı

SERVİSLER	YATAK SAYILARI	HEKİM	HEMŞİRE	SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ	KAT SORUMLU HEMŞİRESİ	KAT SEKRETERİ
Bevliye 1	7	1	2	1	1	1
Bevliye 2	7	1	2			
Bevliye 3	6	1	2			
Bevliye 4	6	1	1			
Bevliye 5	6	1	1			
Göz Hastalıkları 1	5	1	1	1		
Göz Hastalıkları 2	5	1	1			
Göz Hastalıkları 3	4	1	1			
Göz Hastalıkları 4	4	1	1			
Göz Hastalıkları 5	4	1	1			
KBB 1	5	1	1	1		
KBB 2	4	1	1			
KBB 3	4	1	1			
KBB 4	4	1				
KBB 5	4	1	1			
KBB 6	4	1				
KBB 7	4	1	1			
Cildiye 1	2	1		1	1	
Cildiye 2	2	1	1			
Cildiye 3	2	1	1			
FTR 1	5	1		1		
FTR 2	4	1	2			
FTR 3	4	1	2			
Nöroloji 1	3	1	1	1		
Nöroloji 2	3	1	1			
Nöroloji 3	3	1	1			
Nöroloji 4	3	1	1	1		
Nöroloji 5	2	1	1			
Nöroloji 6	2	1	1			
Cerrahi Yoğun Bakım	10	-	9	1		
Dializ	10	6	8	1		
TOPLAM	442	96	130	25	5	5

Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Aralık 1997 itibariyle servislerin yatak ve sağlık personelinin sayıları Tablo 2'deki gibidir. Görüldüğü gibi mevcut durum ile Yönetmeliğin öngördüğü planlama arasında önemli farklılıklar mevcuttur. Bunun başlıca sebebi, Yönetmeliğin yerel ihtiyaçlara cevap verecek düzenlemelerin yapılabilmesini mümkün kılacak esneklikte olmamasıdır. İkinci önemli sebep ise personel atamalarının genel merkez tarafından yapılması dolayısıyla politik gücün etkili olmasıdır.

Eskişehir Devlet Hastanesi'nde hemşire personel başına düşen yatak sayıları Tablo 3'te gösterilmiştir.

SERVISLER	HEMŞİRE BAŞINA DÜŞEN YATAK SAYISI
Dahiliye	5.5
Kardiyoloji	2.7
Göğüs Hastalıkları	2.8
Hariciye	5
Beyin Cerrahi	3
Plastik Cerrahi	5
G.K.D. Cerrahi	5
Çocuk Sağlığı ve Hast.	5.1
Çocuk Cerrahi	6
Ortopedi	4.5
Bevliye	4
Göz Hastalıkları	4.4
K.B.B.	5.8
Cildiye	3
Fizik Tedavi ve Reh.	2.6
Nöroloji	3.2
Psikiatri	1.6
Acil	1.3
İntaniye	4
Cerrahi Yoğun Bakım	1.1
Dializ	1.2

Tablo 3: Eskişehir Devlet Hastanesi'nde Servislere Göre Hemşire Başına Düşen Yatak Sayıları (Aralık 1997)

Bu tablodan da anlaşıldığı gibi Eskişehir Devlet Hastanesi'nde servislerin birbirlerine göre değişen işyükü hesaplanmamıştır. Hasta tedavisi açısından işyükünü belirleyen iki faktör hasta sayısı ve hasta karmasıdır. Mesela hariciye servisinde yatan hastaların birçoğu yoğun bakım gerektiren hastalardır. Oysa cildiye servisine yatan hastaların hemen hepsi kendisine bakabilen hastalardan oluşur. Yatırılan hasta sayıları incelendiğinde ise, hariciye servisine yatan hasta sayısının cildiye yatan hasta sayısından daha fazla olduğunu görülmektedir. Fakat hemşire başına yatak sayılarına bakıldığında hariciyede bir hemşireye 5 yatak düşerken, cildiye servisinde 3 yatak düşmektedir.

1997 yılı Aralık ayında Eskişehir Devlet Hastanesi'nde 247 (7'si ücretsiz izinli) hemşire çalışmaktadır. Hemşire personel yetersizliğinden yakınan hastane yönetimi elindeki personelden de etkin olarak yararlanamamaktadır. Tablo 4'de hastanede çalışan hemşire personelin görev yerleri ve yüzdeleri gösterilmiştir.

GÖREV YERLERİ	HEMŞİRE SAYILARI	YUZDE (%)
İdare (Başhemşire+Yardımcıları)	5	2.08
Kat Sorumlu Hemşiresi	5	2.08
Kat Sekreteri	5	2.08
Servis Sorumlu Hem.	25	10.42
Ameliyathane Hem.	21	8.75
Servis Hemşiresi	130	54.17
Poliklinik ve Destek Hiz.	49	20.42
Toplam	240	100

Tablo 4: Eskişehir Devlet Hastanesi Hemşire Personelin Görev Yerleri ve Yüzdeleri (Aralık 1997)

Tabloda görüldüğü gibi hasta bakımıyla ilgilenen hemşirelerin yüzdesi toplamın %54'ünü oluşturmaktadır. Oysa poliklinik ve destek hizmetleri ile kat sekreterliğinde çalışan hemşireler yerine tıbbi sekreterlik pozisyonları oluşturularak bu hemşirelerin doğrudan hasta bakımında çalışmaları sağlanabilir. Oluşan boşluklar bakanlık tarafından doldurulmasa bile ihale yoluyla sözleşmeli çalışanlara yaptırılabilir. Hemşirelerin mesleklerinden ayrı işlerde çalıştırılmaları, mesleklerinden soğumalarına, bilgi ve becerilerinin azalmasına ve tekrar hasta bakımına döndüklerinde etkin ve verimli çalışamamalarına neden olmaktadır.

Hemşirelik hizmetleri organizasyonunda karşılaşılan sorunlardan bir diğeri ise hemşire personelin çalışma yerlerini belirlerken eğitim seviyelerinin dikkate alınmamış olmasıdır. Eskişehir Devlet Hastanesi'ndeki hemşirelerin eğitim seviyelerine bakıldığında lisans mezunu hemşire sayısı 1 (%0.4), önlisans mezunu hemşire sayısı 140 (%56.2) ve lise mezunu hemşire sayısı 106 (%43.4)'dır. Fakat hemşirelik hizmetleri yöneticileri tarafından bu niteliklerin hiçbirine bakılmadan hemşirelerin görev yerleri belirlenmekte ve hekimlerin isteği gibi çeşitli nedenlerle yerleri sık sık değiştirilmektedir. Bu nedenlerle sağlık bakım kalitesi istenilen düzeye ulaşamamaktadır.

Hastanelerdeki hemşire personelin bayanlardan oluşması nedeniyle işten ayrılma, gece mesaieleri nedeniyle başka kurumlara tayin yaptırma, sık rapor alma ve ücretsiz izine ayrılma gibi durumlara fazla rastlanılmaktadır. Yönetimin bu konuyu bir an önce ele alması ve çalışma koşullarını iyileştirmesi gereklidir.

Belirtilen bu sebeplerle 1971'de yayınlanan Kadro Yönetmeliği ile 1979'da yayınlanan Kıstas Yönetmeliği'nin yarattığı sorunlar yanında hastanede mevcut personelini etkin ve verimli kullanamamaktadır. Bunun için eldeki personelle en iyi verebileceğimiz bakım yöntemleri araştırılmalı ve personelin dengeli dağılımını sağlamak için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

3.5. Organizasyonda İşbölümü ve Uzmanlaşmadan Azami Ölçüde Yararlanılması İlkesine Uyulmaması

Hemşirelik hizmetlerinde ev idaresi hizmetleri içine giren bir kısım hizmetler başhemşirenin ve kat sorumlu hemşirelerinin sorumluluğuna verilmiştir. Böylelikle hemşireler kendi görev alanlarına girmeyen bir çok işide yapmak zorunda bırakılmışlardır.

4. Eskişehir Devlet Hastanesi Hızır-Acil Servisinde Bir Uygulama

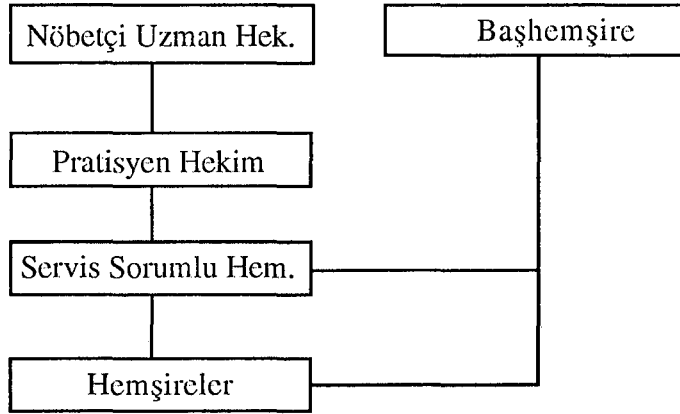
Hızır-acil servis hastanenin merkezinde yer alan 24 saat topluma kaliteli sağlık hizmeti sunmaya çalışan bir merkezdir. Acil servis, sadece acil sağlık hizmetini sunmakla kalmayıp, yataklı birim ve polikliniklere açılan bir kapı olmaktadır. Bir hastane eğer kaliteli hizmet vermek ve birinci sınıf görünüm sunmak istiyorsa acil servisinin de birinci sınıf olması gerekir. Başarılı bir acil servis hizmeti için gerekli olan unsurlar şunlardır:

- Yetenekli, beceri sahibi yönetici ve tıbbi sorumlunun bulunması;
- Bütün acil servis personelinin ekip çalışması içinde olması;
- Hekimlerin ve hemşirelerin yaşam tehdidi altında da hastalara acil müdahalede bulunabilecek becerilerinin olması;
- Hastanenin örgüt yapısı içinde acil servisin ayrı bir bölüm ve diğer servislerle aynı düzeyde olduğunun kabul edilmesi;
- Hastaların yeterli bakımı için uygun alanın bulunması;
- Kaynakların iyi kullanımı ve
- Her hasta başvurusu içintam ve okunaklı kayıt tutulmasıdır.

Ekişehir Devlet hastanesi'ne başvuran hastaların bakımı 20 pratisyen hekim ve 15 servis hemşiresinin kendi aralarında oluşturdukları sağlık ekiplerinin çabasıyla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır.

Yılda ortalama 70-75 bin hastaya hizmet veren hızır-acil servis bir poliklinik, 3 hasta odası, yoğun bakım odası, kendine ait laboratuvar ve röntgeni ile cerrahi girişimlerin yapıldığı müdahale odasından oluşan bir ünitedir.

Eskişehir Devlet Hastanesi hızır-acil serviste çalışan hemşireler, hasta bakım yöntemi olarak “Ekip Hemşireliği” yöntemini uygulamaya çalışmaktadırlar. Araştırma 01.07.1997-01.10.1997 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu tarihler arasında serviste çalışan hemşire sayısı 15’dir. Dönem içinde hizmet verilen hasta sayısı ise 18.676’dır. Serviste gündüz ve gece nöbeti şeklinde mesai yapılmaktadır. Gündüz mesaisi 08.00-16.00 gece nöbeti de 16.00-08.00 arasında gerçekleştirilmektedir. Hızır-acil servis organizasyon şeması Şekil 19’da gösterilmiştir.



Şekil 19: Eskişehir Devlet Hastanesi Hızır Acil Servis Organizasyon Şeması (Eylül 1997)

Başhekim tarafından, hastanenin uzman hekimleri arasından hergün değişmek kaydıyla bir kişi acil serviste gece nöbeti tutmak üzere görevlendirilir. Dört kişilik gruplar halinde acil servise gelen hastalara tıbbi hizmet veren pratisyen hekimler ise başhekime bağlı olarak çalışmaktadırlar. Acil servisteki hemşirelik hizmetleri pratisyen hekimlerce oluşturulmuş hemşire ekipleri tarafından yürütülmektedir. Her ekip üç hemşire ve dört hekimden

oluşmaktadır. Ekip sayısı beştir. Ekip hemşireliği yönteminde olması gereken hemşire lideri bu organizasyonda bulunmamaktadır. Hemşireler gelen hastaları muayeneye hazırlamak, hekimlerin direktifleri üzerine hastaların tedavi ve bakımlarını yapmak, kayıtlarını tutmak ve sağlık eğitimi konusunda hastalara bilgi vermek üzere görevlendirilmiştir. Bu yaklaşım sonucu hemşireler geleneksel olarak hekimin altında ve onun yönetiminde yer almışlardır. Örneğin hemşireler bağımsız yargılara varmaktan çekinir ve yalnız hekimin söylediklerini yapar, hastanın iyileşmesinde yararlı olabilecek mesleki yeteneklerini kullanmaktan çekinirler. Hatta hemşire hasta ile devamlı ve yakın ilişkisinden elde ettiği bazı yaşamsal bilgileri hekimle paylaşmaktan kaçınabilmektedir.

Acil servisteki hemşire ekiplerinde lider olmadığı için işbölümünü yapmakta hemşirelere kalmıştır. Bunun sonucunda ekip içindeki görevlerini kendileri belirlemeye çalışan hemşireler arasında tartışmalar çıkmaktadır. Ayrıca servis sorumlu hemşiresinin belirlemesi gereken ekipleri pratisyen hekimlerin oluşturmasıyla, sorumlu hemşirenin, hemşirelerine karşı olması gereken otoritesi sarsılmaktadır.

Hızır acil serviste çalışan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucu, 10 (%66.7) hemşirenin yeni mezun olduğu, 5 (%33.3) hemşirenin ise daha önce hiç acil serviste çalışmadıkları ve bu konuda hiçbir eğitim almadıkları belirlenmiştir. Eğitim seviyeleri hakkında yapılan araştırmalarda ise; 7 hemşirenin (%46.67) önlisans mezunu, 8'inin (%53.33) ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Oysa bu serviste çalışan hemşirelerin iyi eğitim almış, tecrübeli, bilgi ve beceri sahibi kişilerden oluşması gerekir. Çünkü bu serviste çalışan sağlık personelinin en önemli görevi yaşam tehdidi altında olan hastalara yardım etmektir. Gereken en iyi hasta bakım ve tedavisini hızlı bir biçimde, heyecana kapılmadan yapabilmektir. Yine bu servisteki hemşire devir hızının çok yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin 6 ay-1 yıl çalıştıktan ve gerekli tecrübeyi kazandıktan sonra servisleri değiştirilmekte ve boşalan

yerlere diğer servislerde çalışmayan, idare ile arası kötü olan hemşireler sürgün yeri olarak gönderilmektedir. Oysa organizasyonda verimliliği arttırmak için personelin en verimli çalıştığı alanda ve uzmanlaşmasına göre çalıştırılması gerekir.

Yapılan inceleme sonucu şu ortaya çıkmıştır ki; hızır acil serviste ekip hemşireliği yöntemi sadece isim olarak uygulanmakta içerik olarak ise teoride yer alan şekle hiç uymamaktadır.

5. Hızır Acil Serviste Ekip Hemşireliği Yönteminin Uygulanamamasının Nedenleri

Ekip hemşireliği yönteminin uygulanamamasının, hemşirelik hizmetleri organizasyonundan kaynaklanan nedenleri aşağıda ana başlıklar halinde verilmiştir.

5.1. Görev, Yetki ve Sorumlulukların Açık Olmaması

Organizasyonda her hemşirenin görevleri, yetki ve sorumlulukları açık bir biçimde belirlenmelidir. Ters bir durum ‘‘organizasyonda tanımlama’’ ilkesine ters düşmektedir. Yetkilerin kullanılmaması veya yetkiyi aşma durumuna düşürmek için bu zorunludur.

5.1.1. Başhemşire ve Servis Sorumlu Hemşirelerinin Atama ve Yer Değiştirme Yetkilerine Müdahale Edilmesi

Hızır acil serviste çalışan hemşireleri görevlendirmek ve bunların kimlerle ekip oluşturacaklarını belirlemek işini pratisyen hekimler yapmaktadır. Aynı zamanda çatışma içerisine girdikleri hemşireleri ekipten çıkarıp, diğer bir hemşireyi ekiplerine dahil edebilmektedirler. Hastanedeki tüm hemşirelik

hizmetlerinin organizasyonunu, yürütülmesini ve denetimini sağlamakla görevli başhemşire ile servisindeki hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunu, yürütülmesini ve denetiminden sorumlu servis sorumlu hemşiresi bu duruma müdahale edememektedir. Bu durum “organizasyonda yetki ve sorumluluğun denkliği” ilkesinin ihlal edilmesidir. Bunun sonucunda başhemşirenin ve servis sorumlu hemşiresinin personeline karşı olması gereken otoritesi sarsılmaktadır.

5.1.2. Mesleki Konularda Müdahale Edilememesi

Acil servisteki tedavi hizmetleri hekimlerin sorumluluğundaki ekipler halinde yürütülmektedir. Bu ekip bir projenin gerçekleştirilmesi için biraraya gelir. Proje hastanın tedavisidir. Proje yöneticisi ise hastanın hekimidir. Bu yönetici hastanın tedavi edilmesi için gerekli olan faaliyetlerin planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiştir. Fakat hemşireler aynı zamanda fonksiyonel yöneticileri olan başhemşireye bağlıdırlar. Proje yöneticisi neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirlerken, fonksiyonel yöneticinin de işin kimler tarafından, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağını belirlemesi gerekir. Fakat görev ve yetkilerin net belirlenmemiş olması nedeniyle hekimler konuya müdahale etmekte ve herşeyi kendilerine göre yönlendirmektedirler.

5.1.3. Ekip Liderlerinin Belirsizliği

Ekip hemşireliği yönteminde bir ekip liderinin olması gerekir. Lider hemşirelik bakımını planlar, denetler ve değerlendirir. Oysa bu servisteki çalışmalar incelendiğinde ekiplerde lider olmadığını, liderlik görevlerini pratisyen hekimlerin yaptığını, tedavi planını hazırladıkları gibi bakım planını da kendilerinin belirledikleri görülmektedir. Hemşireler lider olmadığı için

yapılacak işleri kendi aralarında paylaşmaya çalışmakt ve sonucunda çatışmalar oluşmaktadır.

5.2. Organizasyonda Personelin İşe Yerleştirme İlkesine Uyulmaması

Organizasyonlardaki amaç verimliliği artırmaktır. Bunun için çeşitli görevlere personel seçilirken nitelikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Oysa acil serviste çalışan hemşireler incelendiğinde bu ilkeye uyulmadığı görülmektedir.

5.3. Denetim Yetersizliği

Servisin çalışmalarını denetlemekle görevli servis sorumlu hemşiresinin bu yönetime göre sadece liderlerle görüşüp, onlardan ekip çalışmalarıyla ilgili bilgi alması ve sorunları çözüme yoluna gitmesi gerekmektedir. Böylelikle diğer işleriyle uğraşması ve tüm üniteyi denetlemesi için zamanı olacaktır. Lider olmaması durumunda servis sorumlusu ekibin tüm üyeleri ile iletişimde bulunmakta bu da “organizasyonda yönetim alanı” ilkesine ters düşmektedir. Sonuçta servis sorumlu hemşiresinin kontrol alanı genişlemekte ve istendik fonksiyonlarını yerine getirebilmesi engellenmektedir. Ayrıca hemşireler kendi aralarında işbölümü yaptıkları için hemşirelerin hangi işleri ne zaman yaptıkları belli olmadığından denetim daha da zorlaşacaktır.

6. İyi Bir Ekip Hemşireliği Yöntemi İçin Öneriler

Eskişehir Devlet Hastanesi Hızır Acil Servis için en iyi bakım yöntemi, iyi uygulandığı takdirde ekip hemşireliği yöntemidir. Çünkü servise gelen

hareket etmesi gerekir. Hasta sayısı çok fazla olduğu için her bir hastaya tek hemşirenin bakması ve tüm ihtiyaçlarıyla tek hemşirenin ilgilenmesi mümkün değildir. Bunun için vak'a yöntemi ve primer hemşirelik uygun değildir. Çünkü böyle bir uygulama çok sayıda hemşire istihdam edillmesini gerektirir. Ayrıca bu yöntem çok pahalıya mal olur. Hasta bakımında çok fazla parçalanmaya neden olan fonksiyonel yöntemde bu servis için uygun değildir. Çünkü bu yöntemde de işlemler hastadan daha çok önem kazanmıştır. Model olarak ise acil servise en uygun model hasta gereksinimlerine dayananlardır. Bunun nedeni acile gelen hastaların bir çoğunun kendinde olmadığı ve hemen müdahale edilmesi gerektiğidir. Eğer hastanın bilinci açıksa iletişime dayalı modellerden de yararlanılabilir.

Ekip hemşireliği yönteminin doğru uygulanması için öneriler şunlardır:

6.1. Görev, Yetki ve Sorumlulukların Belirlenmesi

Görev, yetki ve sorumluluklar açık bir şekilde belirlenmelidir. Böylece yetki kargaşası önleildiği gibi sorumlulukları kestirmek kolaylaşır. Çalışanlar hangi konularda yetkili olduklarını, sorumluluklarını bilmedikleri için bir boşluk olmakta ve bunun sonucunda organizasyonda karışıklık meydana gelmektedir.

Bu sorunların çözülmesi için hastanede organizasyon el kitabı hazırlanmalı ve herkes yetki ve sorumlulukları dahilinde görevini yerine getirmelidir.

6.2. Üst ve Orta Yönetim Organlarının Daha Fonksiyonel Hale Getirilmesi

Eskişehir Devlet Hastanesi'nin başhemşiresi önlisans mezunu bir hemşiredir. Hiçbir yöneticilik fonksiyonu yoktur. Oysa başhemşirenin doktora veya master yapmış olması gerekir. Servis sorumlu hemşireleri ise başhekim tarafından tayin edilmektedir. Her başhekim değiştiğinde başhemşire ve servis sorumlu hemşireleri de değişmektedir. Oysa hemşirelik bir uzmanlık işidir ve bu hizmetlerin yönetimi uzman hemşirelere verilmelidir. Eskişehir Devlet Hastanesi'nde bütün personelin %40'ını oluşturan hemşireler iyi yönetildiğinde, etkili hasta bakımı verecek, yönetsel standartları destekleyecek ve halkla olumlu ilişkiler kurarak hastanenin başarısını etkileyeceklerdir.

6.3. Ekip Yönteminin Gereği Olarak Servis Sorumlu Hemşiresinin Ekip Liderlerini Belirlemesi

Servis sorumlu hemşiresi eğitim almış, ekip olabilecek niteliklere sahip, idarenin prensiplerini bilen kişileri ekip lideri yapmalıdır.

Lider, değişik yapıda insanlarla çalışabilen, kişilerarası ilişkileri düzenli, planlı çalışan, ekibini duygusallığa kapılmadan yöneten, görev ayrımı yapabilen, birlikte çalıştığı ekibini koordine edebilen kişilik yapısında olmalıdır.

6.4. Hizmet-içi Eğitim

Hergün yeni gelişmelerin ve hızlı değişmelerin yaşandığı günümüzde, herhangi bir mesleğin fonksiyonunu yerine getirebilmesi, kendi alanı içine giren bilgi ve becerilerde gelişme sağlaması ile mümkündür. Tüm servislerde olduğu gibi hızlı-acil servise yeni başlayan hemşireye çalışma koşulları ve uygulanan yöntem ve modeller hakkında açıklama yapılmalı ve mesleki

bilgisini arttıracak eğitim verilmelidir. Bu kişiler hemen ekibe dahil edilmemeli, bir süre ekibe ek bir eleman olarak çalıştırılmalıdır. Bunun yanında serviste sürekli çalışan hemşireler de kurslar, seminerler ve konferanslar şeklinde düzenlenen hizmet-içi eğitim programlarına alınmalıdır.

6.5. Personelin Sık Değişiminin Engellenmesi

Hemşire personelin devir hızının yüksek olduğu hızır-acil servisler aslında hastanenin en önemli bölümüdür. Çünkü bir gece nöbetinde hemşire başına düşen hasta sayısı ortalama 60-70'dir. Bunun için bu serviste çalışan hemşirelerin sistemin nasıl çalıştığını bilen eğitim ve tecrübe sahibi kişilerden oluşturulması ve sık sık yerlerin değiştirilmemesi gerekmektedir.

6.6. Nitelikli Hemşireler

Hızır acil servislerin acemilerin ya da çalışmayan disiplinsiz kişilerin çalıştıkları yer olmaktan çıkarılması, bilgi, tecrübe ve yetenek sahibi kişilerden oluşturulması gereklidir.

6.7. Yer, Araç ve Uygun Ortam

Personelin etkin ve verimli çalışabilmesi için gerekli olan tıbbi araç ve gereçlerin hazırlanması ile yoğun ve yorucu ortamda çalışan bu ekipler için çalışma koşullarının iyileştirilmesi gereklidir.

6.8. Mesai Saatinin Azaltılması

Hızır-acil serviste çalışma saatleri gündüz 08.00-16.00, gece 16.00-08.00'dir. Çok yoğun ve yorucu bir servis olan hızır acilde çalışan hemşireler,

16 saatlik sürenin uzun olması nedeniyle etkin ve verimli olamamaktadırlar. Nöbet saatinin 8'e indirilmesi, vardiyanın 3'e çıkarılması hastanede kaliteli hizmet açısından daha iyi olacaktır. Bunun için hastane yönetiminin gece mesaieleri için gerekli araçları sağlaması uygun olacaktır.

6.9. Toplantıların Yapılması

Ekip yönteminin özelliklerinden biride hemşirelik bakım toplantılarının yapılmasıdır. Bu etkinliğin amacı, sorunların tanımı ve çözümünde ekip üyelerine olanak sağlanarak ve hemşirelik bakım planını gözden geçirerek onları geliştirmektir. Sorunun tanımı ve hedefleri saptama aşamalarını, planın uygulamaya konulma aşaması izlemektedir. Böylece, ekip üyeleri, grup olarak uygulama ve başarıya ulaşmanın doyumunu duyarlar. Toplantılar ekip içinde olduğu gibi, ekipler arasında da yapılmalı ve ekiplerin birbirleriyle koordinasyonu sağlanmalıdır.

7. Önerilere Uyulduğu Taktirde Ekip Hemşireliği Yönteminin Organizasyona Sağlayacağı Yararlar

-Hastanelerin en temel kaynağı olan insan kaynağı etkinliği artacak ve bu kaynaktan maksimum verim alınmaya başlanacaktır.

-Ekip yönetimindeki hemşirelerin birlikte çalışmaları nedeniyle diyalogları artacak, beraberce sorunlara çözümler üretilecektir. Bunun sonucunda çalışanların yakınlaşması sağlanacak, amaç birliği nedeniyle çatışmalar önlenecek ve koordinasyon sağlanacaktır.

-Tüm hemşirelerin motivasyonları artacak ve işlerinden aldıkları tatmin düzeylerinde artış sağlanacaktır. Böylelikle hastaneler yüksek performans standartlarına ulaşacaktır.

-Hem hastane hem personel için olumlu sonuçlar oluşacak, sadece fiziksel yeteneklerinden değil, aynı zamanda düşünsel yeteneklerinden de yararlanma imkanı elde edilecektir.

-Becerileriyle birbirlerini bütünleyen kimseler biraraya getirilecek ve çok karmaşık durumlar bile yönetilir hale gelecektir.

-Bireysel çabaların birleştirilmesiyle, ekip üyelerinin herbirinin diğerini uyarıp sürüklemesi sağlanacaktır.

-Yeteneklerini birleştiren ekip, acil durumlarda birbirlerine yardım edecek ve organizasyonda esneklik sağlanacaktır.

-Çalışan personelin denetiminde kolaylık sağlanacaktır.

-Hemşirelerin ekip yöntemiyle psikolojik benlik gereksinimleri tatmin edilecek demokratik bir ortama kavuşmaları sonucu hastanenin etkinlik ve verimliliği artacaktır.

SONUÇ

Bir meslek olarak hemşirelik toplumların gereksinimlerinden kaynaklanmış ve toplumların sosyal, ekonomik ve teknik gelişmeleri paralelinde usta-çırak aşamasından, bugünkü düzeyine gelmiştir.

Zamanımızda toplumsal gelişmelerin çok hızlı ve karmaşık olması insanların dolayısıyla, mesleklerin amaçlarını da oldukça kompleks ve teknik bir hale getirmektedir.

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini.

Hastanelerde iyi bir hemşirelik hizmetleri sistemi kurulabilmesi için sisteme esas teşkil eden işlevlerin yakından bilinmesi ve sınıflandırılması gerekmektedir. Bu işlevler hemşirelik bakımı, eğitim, toplumla ve diğer çalışanlarla işbirliği ile araştırma ve geliştirme faaliyetleridir.

Hastaneler üretmiş oldukları tedavi hizmetinin müşterileri yönünden aciliyet ve reddedilemezlik özelliği taşıması nedeniyle, günün 24 saatinde aynı kalitede hizmet üretiminde bulunmak zorunda olan işletmelerdir. Bu kesintisiz hizmet sürecinde hastanelerde her an var olan işgören grubu da hemşire grubudur. Bu nedenle, hastanelerde hasta ile ilgili hizmetlerin koordinasyonu bu işgören grubunca yerine getirilmektedir.

Hemşirelik bakımında, bilimsel bir yöntem olan hemşirelik sisteminin kullanılması, bireylere, ailelere kapsamlı bir bakım sağladığı gibi, hemşirelik mesleğine de profesyonel bir kimlik kazandırmış olur. Çünkü bu yöntem, bilimsel olarak düşünme ve araştırmayı gerektiren bir bireye/aileye özgü olarak planlanıp uygulanan ve değerlendirilen dinamik bir süreçtir.

Hemşirelik hizmetlerinde organizasyon; en uçtaki personele kadar sürekli ve düzenli bir organizasyon şemasının yapılması ve sınırları iyi belirlenmiş görev, yetki ve sorumluluklarının uygun biçimde dağıtılması, standartların saptanması ve bunların personele benimsetilmesi etkinliklerini içerir.

Merkezi organizasyonda faaliyetler doğrudan ast-üst ilişkileri biçiminde yürütülür. Yetki sistemli ve bilinçli bir şekilde üst basamaklarda toplanır. Karar verme yetkisi de tepe yöneticileri tarafından kullanılır. Komuta birliği ilkesine ve hiyerarşiye bağlılık vardır. Bu organizasyonda astlar sadece üstten gelen emirleri uygularlar. Merkezkaç organizasyonda ise; bazı yetkiler alt basamaklara devredilerek onlara da kendi bölümleriyle ilgili plan yapma ve karar alma hakkı tanınmaktadır. Bir hastanede amaçların gerçekleştirilmesi ve faaliyetlerin yürütülmesinde komuta ilişkilerinin yanısıra kurmay yetki ilişkilerinden de yararlanılıyorsa o hastanede komuta-kurmay organizasyondan söz edilebilir. Bu organizasyonda da hiyerarşiye bağlılık ve disiplin mevcuttur. Kurmay organizasyon sadece komuta organizasyonuna belirli fonksiyonlarda yardımcı olmak üzere geliştirilmiştir. Faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan yapı ise matriks organizasyon yapısıdır.

1920'li yıllardan bu yana hemşirelik bakımında gerek yapısal gerekse organizasyonel açıdan değişiklik olmuş ve hemşirelik bakımının kalitesini

artıracak en iyi bakım yöntemlerini bulma konusunda pek çok çalışmalar yapılmıştır. Bu yöntemlerin birbirlerine göre üstün ve sınırlı yönleri vardır.

Vak'a yönteminin avantajı bakımın yoğun, bütüncül olması ve etkili hasta-hemşire ilişkisini sağlamasıdır. Fakat her hemşire bir hastaya bakım verdiği için bu yöntem pahalı bulunmuştur. 1950'lerde ise hemşireye gereksinim nedeni ile, işlevlere göre görev dağıtımı denenmiştir. Her hemşire ayrı fonksiyonlar yerine getirir ve sadece yaptığı işten sorumludur. Görev ve sorumluluklar belirlendiği için işlerin yapılmasında karışıklık olmaz. Hemşire azlığında çözüm yolu gibi görünse de bütüncül hasta bakımı sağlamadığı için gerek hastalar gerekse çalışanlar verilen bakımdan memnun olmazlar. Fonksiyonel yöntemden kaynaklanan parçalanmayı gidermek için ekip hemşireliği yöntemi geliştirilmiştir. Ekip hemşireliği, grup çabası ile ortak hedefe ulaşma felsefesine dayanır. Her üye kendi yeteneklerini faydalı bir biçimde kullanabilme şansına sahiptir. Ekip üyeleri belirli aralıklarla ekip liderleri tarafından yapılan toplantılara katılırlar ve hemşirelik bakım planlarını geliştirmek için çeşitli çalışmalar yaparlar. Ekip üyelerinin izinli olduğu günlerde hasta bakımının kesintiye uğraması yöntemin bir dezavantajıdır. Bütüncül bakımın önemle vurgulandığı günümüzde tek bir sağlık disiplininin bireyin ve ailesinin tüm ihtiyaçlarını tam olarak karşılaması mümkün değildir. Sağlık ekibinin amacı gereksinimi olanlara olabildiğince iyi bakım verilmesinde, her düzeyden sağlık elemanının kapasitesinden sonuna kadar yararlanmaktır. Primer hemşirelik yöntemi hasta ile direkt iletişim eksikliğini hisseden hemşireler tarafından 1970'li yıllarda geliştirilmiştir. Primer hemşire hasta bakımında otonomi ve otorite sahibidir. Hastaya ve göreve karşı sorumluluk duyar. Bir hemşirenin hastanın bakımını etkin ve etkili olarak planlaması ve bakım vermesi bakımın devamlılığını sağlar. Bu yöntemden hem hasta hem de hemşire doyum sağlamaktadır. Fakat bu yöntemde de üstün yetenekli bir hemşireden sadece onun bakımına verilen hastalar yararlanabilmektedir.

Modüler hemşirelik yönteminde ise servis bölgelere ayrılır. Her bölgeye bir hemşire verilir. Bölgelerde farklı sayıda hasta olabilir. Bu yöntemin avantajı her hemşirenin hastası ayrı bölgede toplantığı için yürüyerek kaybedeceği zamanı hastaların bakımına harcayabilmektedir. Fakat hasta kaldığı odayı değiştirirse hemşiresi de değişir. Bunun sonucunda hastanın hizmetten doyumunu azalır.

Hemşirelik modellerinin hemşirelik uygulamalarını düzeltme amacını taşıdığı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle bu amacın başarılması için modellerin geliştirilmesi ve uygulamada kullanılması gereklidir. Modeller uygulamada en fazla hemşirelik sürecinde, verilerin analizinde ve karar verme aşamasında kullanılır. Modellerin temel özelliği hemşirelik uygulamasını destekleyici, kolaylaştırıcı ve rehberlik edici olmalarıdır.

İletişimle ilgili modeller; hemşirelik bakımında hasta-hemşire iletişiminin doğasına odaklaşırlar. Orlando (1961), Travelbee (1971) ve King'in (1981) modelleri iletişime dayanmaktadır. Bu modeller bilinçsiz hastalarda, yenidoğanlarda kullanışlı değildir. Buna karşın toplum sağlığı hemşireliği ve evde bakım hizmetlerinde rahatlıkla kullanılabilirler.

Kendine bakım, günlük yaşam aktiviteleri ya da insan gereksinimleri modeli, yaşam için temel olan insan gereksinimlerine ve sağlığa odaklanır. Abdellah (1960), Orem (1971), Tierney ve diğerleri (1980) bu kategoriye girerler. Bu modeller, hemşirelik süreci uygulamasının özellikle tanılama aşamasında gerçek ya da olası sorunların saptanmasında kolaylık sağlamaktadırlar.

Gelişimsel modeller, gelişim teorilerine dayanır. Bir bireyin yaşamındaki gelişimsel süreçler üzerinde yoğunlaşır. Bu tip modeller, bireyin belirli bir yön takip ederek büyüyüp değiştiğini kabul eder. Farklı düzeylerde faaliyet gösteren hemşireler bu modeli kullanarak uygulamalarını geliştirebilirler.

Sistem modeli genel sistem teorilerinin kullanılması ile oluşur. Bu modelin aslı bireyin sistem olarak bütün olduğu ve çok boyutlu biyolojik, sosyo-

kültürel, psikolojik ve gelişimsel alt sistemlerin bileşiminden oluştuğu felsefesine dayanır.

1971 yılından bu yana 400 yatak kapasitesiyle hizmet veren Eskişehir Devlet Hastanesi'nin örgüt yapısını belirleyen temel yönlendirici Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümleridir. Tüm hastanelerdeki gibi bu hastanede de başhekimlik makamı hastanenin tüm faaliyetlerinin yönetiminden sorumlu en üst idari pozisyonunu oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimi görevi başhekime bağlı olan başhemşireye verilmiştir. Başhemşirenin ve diğer hemşirelerin hizmetleriyle ilgili sorumlulukları ve görevleri de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde belirtilmiştir. Hemşirelik hizmetleri organizasyonunda karşılaşılan temel sorunlar şu şekilde sıralanabilir. Hastanenin işletme yönetmeliğinin yetersiz olması, görev, yetki ve sorumlulukların tam olarak açıklanmaması, yetki ve sorumluluk ilkesinin ihlali ve personelin dengesiz dağılımıdır.

Eskişehir Devlet Hastanesi hızır acil serviste yerleştirilmeye çalışılan ekip hemşireliği yönteminin uygulanamamasının nedenleri görev, yetki ve sorumlulukların açık olmaması, organizasyonda ise yerleştirilme ilkesine uyulmaması ve denetim yetersizliğidir. Bu yöntemin iyi şekilde uygulanması için gerekli olan öğeler ise şöyle sıralanabilir; yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, yönetim organlarının daha fonksiyonel hale getirilmesi, servis sorumlu hemşiresinin ekip liderlerini belirlemesi, hizmet-içi eğitim, nitelikli hemşirelerin işe yerleştirilmesi, mesai saatinin azaltılması ve gerekli toplantıların yapılmasıdır. Bu önerilere dikkat edilerek uygulanan ekip hemşireliği yöntemi hastanenin etkinlik ve verimliliğini arttıracaktır.

Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü içinde yer alan özel hastanelerimiz, 90'lı yıllardan başlayarak modern anlamda bir hastane işletmeciliği yaklaşımına

doğru yönelmişlerdir. Bu amaçla ülkemiz 3 özel hastanesi ISO-9000 Kalite Güvence Sistemi Belgesi almışlardır.

Ülkemiz kamu hastanelerinin örgüt yapıları incelendiğinde çağdaş anlamda bir hastane örgüt yapısına rastlanmamaktadır. Bu yapı içinde hemşirelik hizmetlerinin örgüt yapısı da merkezi bir örgüt yapısıdır. Hastanelerde sunulan hizmetin her müşteri için ayrı ayrı tasarlanma ve üretim özelliği taşıması, bu merkezi örgüt yapısında kaliteli ve etkili bir hizmet üretimine olanak tanımamaktadır. Bu nedenle ülkemiz kamu hastanelerinin örgüt yapılarının tekrar gözden geçirilmeleri gereklidir, denilebilir.

Oldukça merkezi bir örgüt yapısına sahip ülkemiz kamu hastanelerinde ekip ve fonksiyonel bakım yöntemleri uygulanmaktadır. Hemşirelik modelleri ise daha çok hemşirelik eğitim sürecinde kullanılmaktadır. Bu yöntem ve modellerin her hastane tarafından kendi özgün koşulları paralelinde değerlendirilmesi ve en optimal performans sağlayabilecek bakım yöntem ve modellerinin belirlenmesi gereklidir, denilebilir.

KAYNAKÇA

ALEXANDRE, Margaret F. : **Ülke Düzeyinde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimi**. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1988.

ALEXANDER, Margaret F. : (Çev: Sevgi OKTAY) “Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımına Sistematik Bir Yaklaşım”, **Hemşirelik Bülteni**. Cilt: II, Sayı: 4, 1989.

ALEXANDER, Edythe L. : **Nursing Administration in the Hospital Health Care System**. The C.V.Mosby Company, Saint Louis, 1972.

AKGÜN, Meftun E. ve

OKUR, Hasibe : **Hizmet-İçi Eğitim** (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Ders Notları) Marmara Üniv. Yayınları, İstanbul, 1996.

AKSOY, Güler : “Hemşirelere Uygulanan Hizmet-İçi Eğitim Programlarına İlişkin Bir Çalışma”, **Hemşirelik Bülteni**. Cilt:V, Sayı: 16, 1990.

- BERGMAN, Rebecca : "Planning aspect of selected manpower categories" içinde T.L.HALL, A.MEJIA (der.) **Health Manpower Planning**. World Health Organization, Geneva, 1978.
- BİRDAL İlker ve
AYDEMİR, Nilgün : **Yönetim Teorileri**. Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1992.
- BİROL, Leman : **Hemşirelik Süreci**. Şafak Matbaası, Ankara, 1989.
- COŞKUN Sibel ve diğerleri : **Hemşirelik Eğitiminde Model Geliştiren Kuramcılar**. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Ders Notları) Marmara Üniversitesi Yayını, İstanbul, 1997.
- ÇORUH, Mithat : **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi**. Haberol Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1995.
- ÇORUH, Mithat : **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.
- DİNÇ, Leyla : **Gelişimsel Modeller**. (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1994.

- EREFÉ, İnci : **Sağlık Kurumları Örgüt Yapısı İçinde Hemşirelik Hizmetlerinin Konumu.** Ankara, 1995.
- EREFÉ, İnci : **II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.** Ege Üniversitesi Yayını, İzmir, 1990.
- EKİZLER, Hediye : ‘Serviks Kanserlerinde Imagene King Kuramına Göre Bakım Planı’, **Hemşirelik Bülteni.** C:5, Sayı:22, 1991.
- EKİZLER, Hediye : **Imagene King Modeli.** (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları) Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, 1994.
- EROL, Eren : **Yönetim ve Organizasyon.** Beta Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1993.
- FUERST Elinor V.,
Luverne WOLFF ve
Marlene H.WEITZEL : (Çev: R.AVERY, S.BEZMEZ ve M.YAYLALI),
Hemşireliğin Temel İlkeleri. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:2, İstanbul, 1979.
- GEORGE, Julia : **Nursing Theories.** Appleton & Lange Copyright, California, 1990.
- GÜRHAN, Nermin : ‘Hemşirelik Tanısı ve Önemi’, **Türk Hemşireler Dergisi.** Cilt: 43, Sayı: 1, 1993.

- HAYRAN, Gülnur : **Ida Jean Orlando.** (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları) Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, 1994.
- HOFLING Charles,
LENNINGER, Madeleine : (Çev:Aysel KUMRAL), **Hemşirelikte Ana Psikiatrik Kavramlar.** Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1981.
- İNANÇ, Nur ve diğerleri : **Hemşirelik Esasları.** GATA Basımevi, No:5, Ankara, 1994.
- KALKAY, Nuri M. : **Çağdaş Hekimliğin Sorunları.** Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul, 1981.
- KIZILKAYA, Nezihe : "Orem'in Öz-Bakım Modeli Doğrultusunda Yaşlı Bir Bireyin Bakım Planı Örneği", **Hemşirelik Bülteni.** Cilt:VI, Sayı:27, 1993.
- KOÇEL, Tamer : **İşletme Yöneticiliği, Yönetim Organizasyon ve Davranış.** Beta Basım A.Ş. Yayın No:405, İstanbul, 1993.
- KOONTZ Harold ve
Cprill O'DONNELL : **Principles of Management.** (New York: McGraw Hill Book Co., New York, 1968.

- KÖŞGEROĞLU, Nedime : “Ekip İşbirliği İçinde Hemşireliğin Yeri”, **Türk Hemşireler Dergisi**. Cilt:45, Sayı: 3-4, 1995.
- OCAKÇI, Ayşe : “Hemşirelikte Ekip Çalışması ve Liderlik”, **Türk Hemşireler Dergisi**. Cilt: 43, Sayı:3, 1993.
- OKTAY, Sevgi : “Etkin Sağlık Hizmeti İçin Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı”, **Hemşirelik Bülteni**. Cilt:IV, Sayı: 15, 1990.
- ORLANDO, Ida Jean : (Çev: Ayşe ÖZGAN, Nurgün PLATİN), **Hemşire-Hasta İlişkisinde Kişilerarası Süreçler**. Vehbi Koç Vakfı Yayını, No:5, İstanbul, 1984.
- ÖZALP, İnan : **Yönetim ve Organizasyon**. Cilt: 1, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1993.
- ÖZALP, İnan : **Yönetim ve Organizasyon**. Cilt:2 Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1995.
- ÖZKALP Enver ve
Çiğdem KIREL : **Örgütsel Davranış**. Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık, Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayını No: 111, Eskişehir, 1996.

- PAETZNICK, Marquerita : **A Guide For Staffing a Hospital Nursing Service.** WHO, Public Health Papers No: 31, Geneva, 1966.
- PEARSON, Alan ve
Barbara VAUGHAN,
Mory FITZGERALD : **Nursing Models For Practice.** Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1996.
- PLATİN, Nurgün : “Hemşirelik Bakımında Bilimsel Bilgilerin Kullanımı”, **Türk Hemşireler Dergisi.** Cilt:IV, Sayı:5, 1992.
- PLATİN, Nurgün : “Mesleklerin Toplum Hizmeti, Hemşireliğin Toplum Hizmeti”, **Hemşirelik Bülteni.** Cilt:1, Sayı:1, 1994.
- S.S.Y.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,** SSYB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 499, Ankara, 1983.
- SABUNCU Necmiye ve
diğerleri : **Hemşirelik Esasları.** Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No:225, Eskişehir 1993.
- SEÇİM, Hikmet : **Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi.** İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, 252, İstanbul, 1991.

- SEÇİM, Hikmet : **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar).** Anadolu Üniversitesi Yayınları No:845, Açıköğretim Fak.Yayını No: 449, Eskişehir, 1995.
- SNOOK, L.Donald : **Hospitals, What They are and How They Work.** An Aspen Publication, London, 1981.
- ŞENTÜRK, Selva : **Hemşirelikte Deontoloji.** Nazım Terzioğlu Basımevi, İstanbul, 1986.
- ŞANLI, Türkân : “Hasta Merkezli Hemşirelik Yaklaşımı”, **Hemşirelik Bülteni**, Cilt: III, Sayı: 13, 1989.
- T.H.D. Genel Merkezi : **Hemşeriliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerini Kapsayan Bir Rehber**, Ankara, 1981.
- UYER, Gülten : **Hemşireliğe Genel Bakış.** Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1992.
- UYER, Gülten : **Hemşirelik ve Yönetim.** Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1993.
- ÜLKER, Saadet : **Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Bir Eylem.** Aydoğdu Basımevi, Ankara, 1995.

- VELİOĞLU, Perihan : “İstanbul Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor”, **Hemşirelik Bülteni**. Cilt:11, Sayı:7, 1986.
- VELİOĞLU, Perihan ve Sevgi OKTAY : **Sağlık Kurumları Yönetimi**. Açıköğretim Fak.Yayını No: 351, Eskişehir, 1995.
- VELİOĞLU, Perihan : **Hemşirelikte Yönetim**. Metekşan Yayınları No:6, Ankara, 1982.
- VELİOĞLU, Perihan : “Hastane Sistemi ve Hemşirelik”, **Hemşirelik Bülteni**. Cilt:2, Sayı: 21, 1990.
- VELİOĞLU, Perihan : “Sağlığa Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı” **Hemşirelik Bülteni**. Cilt: III, Sayı: 10, 1988.
- VELİOĞLU, Perihan : **Hemşirelik Üzerine Düşünceler**. Latin Matbaası, İstanbul, 1977.
- YİĞİT, Rana : **Orem’in Öz-Bakım Modeli**. (Yayınlanmamış Doktora Ders Notları), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1994.
- YÜRÜGEN, Birsen : “Rush Presbytenon-St Luke’s Tıp Merkezi ve Hemşirelik Felsefesi”, **Hemşirelik Bülteni**. Cilt:III, Sayı: 7, 1990.