

**HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ
ORGANİZASYONUNUN YATAN HASTA
TATMİNİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE T.C.D.D. ESKİŞEHİR HASTANESİNDE
BİR UYGULAMA**

**E.Müyesser YAVUZ
(Yüksek Lisans Tezi)**

Eskişehir-1998

**HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ
ORGANİZASYONUNUN YATAN HASTA TATMİNİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE
T.C.D.D. ESKİŞEHİR HASTANESİNDE BİR UYGULAMA**

E.Müyesser YAVUZ /

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞletme Anabilim Dalı
Danışman: Prof.Dr. Ali Ekrem ÖZKUL**

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphane

**Eskişehir
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ekim-1998**

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ORGANİZASYONUNUN YATAN HASTA TATMİNİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE T.C.D.D. ESKİŞEHİR HASTANESİ'NDE BİR UYGULAMA

E. Müyesser YAVUZ

İşletme Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekim 1998

Danışman: Prof.Dr. Ali Ekrem ÖZKUL

Hastaneler karmaşık yapıya sahip organizasyonlardır. Hastanelerin en önemli amacı hastayı tekrar eski sağlığına kavuşturmadır. Bu süreç içinde hemşirelik hizmetleri önemli bir rol oynamaktadır.

Bireylerin önce sağlık, daha sonra hastalık durumuna yönelik hizmet veren, hizmetin sistematik bir biçimde gerçekleştirilmesini sağlayan, bireyin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında bakım planı yapan, planı uygulayan ve değerlendiren dinamik süreç hemşirelik olarak adlandırılmaktadır.

Yapılan bu çalışmada sağlık hizmetlerinden belirli bir dönem içinde faydalanmış hastaların aldıkları hizmetlerle ilgili tatminlerini araştırarak tatmini etkileyen faktörleri tespit etmek ve faktörler yönünden hastaların eğitim durumlarına, yaş, cinsiyet vb. özelliklerine göre hemşirelik hizmetleri ile ilgili değerlendirmeleri ortaya çıkarmaktır.

Hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin hastanın iyileşmesinde ve mutluluğunda önemli rol oynaması ve sunulan hemşirelik hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlik sağlık sisteminin seçiminde ve hizmetin kullanımında belirleyici bir unsur olduğundan hemşirelik hizmetleri yönetimine gereken önem ve titizliğin gösterilmesini zorunlu kılmaktadır.

ABSTRACT

The hospitals have a complex structure. their most important purpose is to recover of patients from their illnesses and to give their previous health. In this process nursery services play a very important role.

Nursery is defined that previously giving service to individuals according to their health then the illness situation, providing service systematically, making care plans in the light of, physically, emotionally, intelligently and socially health necessities of individual and applying then evaluating those plans.

In this study our aim is to investigate the patients satisfaction in a definite time about nursing services, to out obtain the factors influencing the satisfaction and according to the patients' characteristic (education, sex, age etc) to reveal their evaluations about nursing services.

Because of nursing services play an important role in patients recovery and happiness and dissatisfaction from the presented nursing services is a characteristic component of selecting the health system and usage of services, necessary importance and sensitivity must be shown to the nursing services management.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Ali Ekrem ÖZKUL

Üye : Prof.Dr.Mehmet ŞAHİN

Üye : Prof.Dr.Hikmet SEÇİM

E.Müeyesser YAVUZ'un "Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonunun Yatan Hasta Tatmini Açısından Değerlendirilmesi ve T.C.D.D.Eskişehir Hastanesinde Bir Uygulama" başlıklı tezi 8 Aralık 1998 tarihinde, yukarıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, İşletme (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi) Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof.Dr.Enver ÖZKALP

Anadolu Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZ	ii
ABSTRACT	iii
DEĞERLENDİRME KURULU VE ENSTİTÜ ONAYI	iv
ÖZGEÇMİŞ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xvi
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1

HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

1.1. Hastanelerin Tanımı ve Sınıflandırılması	3
1.1.1. Hastanelerin Tanımı ve Özellikleri	3
1.1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	4
1.1.3. Hastanelerin İşlevleri	5
1.2. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Önemi	5
1.3. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	7
1.3.1. ABD Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	7
1.3.2. İngiltere Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	9
1.3.3. Federal Almanya Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	10
1.3.4. Türkiye Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	11

BÖLÜM 2

HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN YÖNETİM VE ORGANİZASYONU

2.1. Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetim Süreci ve İşlevleri	16
2.1.1. Hemşirelik Hizmetlerinde Planlama	18
2.1.1.1. Hemşirelik Hizmetleri Felsefesi	19
2.1.1.2. Hemşirelik Hizmetleri Hedefleri	19
2.1.1.3. Hemşirelik Hizmetleri Standartları	20
2.1.1.4. Kriterler/Ölçütler	21
2.1.1.5. Politikalar	21
2.1.1.6. İlkeler	22
2.1.1.7. İşlemler	23
2.1.1.8. Hemşirelikte Bütçe	23
2.1.2. Hemşirelik Hizmetlerinde Organizasyon	23
2.1.2.1. Organizasyon Teorileri	24
2.1.2.2. Organizasyonda İzlenen Basamaklar	25
2.1.2.3. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	25
2.1.2.4. Norm Kadro Düzenlemesi (Kadrolama Süreci)	26
2.1.2.4.1. İş Analizi ve İş Tanımı	26
2.1.2.4.2. Görev Değerlendirmesi	27
2.1.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Ekip	27
2.1.2.6. Yetki Devri	28
2.1.3. Hemşirelik Hizmetlerinde Koordinasyon	29
2.1.3.1. Koordinasyon İlkeleri	29
2.1.3.2. Koordinasyon Çeşitleri	29
2.1.3.3. Başhemşirenin Koordinasyon ile İlgili Sorumlulukları	30
2.1.4. Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim	30
2.1.4.1. Servis Başhemşiresinin Yönetim ile İlgili Görevleri	31
2.1.4.2. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşirelik Personeli Sayısının Hesaplanması ve Saptanması	32
2.1.4.3. Hizmet-içi Eğitim Programı	34

2.1.4.4. Rehberlik	35
2.1.4.5. Güdüleme	36
2.1.4.6. G ve Otorite	36
2.1.4.7. Hemşirelikte İletifim	37
2.1.5. Hemşirelik Hizmetlerinde Denetim	38
2.1.5.1. Denetim Evreleri	38
2.1.5.2. Denetim Süreci	39
2.1.5.3. Denetimin zellikleri	39
2.1.5.4. Denetimin Yapılma Yolları	40

BÖLÜM 3

HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE BAKIŞ

3.1. Toplam Kalite Yönetiminin Temeli	42
3.2. Toplam Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi	43
3.3. Toplam Kalite Yönetimine Katkısı Olan nemli Kişiler	46
3.4. Kaliteyi Etkileyen Etmenler	49
3.5. Hizmet Sektöründe Kalite	50
3.5.1. Hizmet İşletmelerinin zellikleri	50
3.5.2. Hizmet Kalitesi	51
3.6. Sağlık İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi ile İlgili Temel Kavramlar	51
3.6.1. Sağlık İşletmelerinde Kalitenin Tanımı	52
3.6.2. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tanımı	53
3.6.3. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tatmini	54
3.6.4. Sağlık İşletmelerinde Kalitenin Boyutu	54
3.6.5. Sağlık İşletmelerinde Süreç Tanımı	55
3.7. Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimi	56
3.8. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri	58
3.9. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Kalite İlişkisi	60

BÖLÜM 4

T.C.D.D. ESKİŞEHİR HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN
YATAN HASTALARIN TATMİN DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI İLE
İLGİLİ BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Amacı	65
4.2. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi	65
4.3. Anket Formu	66
4.4. Veri Analizi	66
4.5. Araştırmanın Genel Bulguları	67
4.5.1. Araştırmaya Katılanların Yatarak Tedavi Olduğu Hastaneyi Tercih Nedenleri	71
4.5.2. Araştırmaya Katılanların Yatarak Tedavi Oldukları Hastanede Sunulan Hemşirelik Bakım Alanlarının Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	74
4.5.2.1. Servisin Tanıtılmasının Değerlendirilmesi	74
4.5.2.2. Hemşirenin Hastayı Karşılama ve Rahatlatmasının Değerlendirilmesi	75
4.5.2.3. Hastalıklarına İlişkin Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	75
4.5.2.4. Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	76
4.5.2.5. Tedavi Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	76
4.5.2.6. Ateş, Tansiyon ve Nabız Bilgilerinin Verilmesinin Değerlendirilmesi	77
4.5.2.7. Merak Ettikleri Konularda Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	78
4.5.2.8. İsteklerini Rahatça Belirtmek İçin Teşviğin Değerlendirilmesi	79
4.5.2.9. Bakım İçin Ayrılan Zamanın Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	79
4.5.2.10. Duygularını İfade Etmede Verilen Destek, Fırsatın Değerlendirilmesi	80
4.5.2.11. İlişkilerdeki Sevecenlik, İlgi ve İçtenliğin Değerlendirilmesi	81

4.5.2.12.	Karşılaştıkları Problemlerin Çözümünün Değerlendirilmesi	82
4.5.2.13.	İhtiyaç Duyulduğu Anda Hemşireye Ulaşabilmenin Değerlendirilmesi	82
4.5.2.14.	Evde Bakım Hakkında Bilgi Verilme Düzeyinin Değerlendirilmesi	83
4.5.2.15.	Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Alanlarının Yeterliliğinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi	84
4.5.3.	Araştırmaya Katılanların Yatarak Tedavi Oldukları Hastanede Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılama Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	88
4.5.3.1.	Hasta Odalarının Düzen, Temizlik ve Konforunun Değerlendirilmesi	88
4.5.3.2.	Çamaşırların Düzenli Değiştirilmesinin Değerlendirilmesi	89
4.5.3.3.	Banyo, Tuvalet İhtiyacının Zamanında Karşılansının Değerlendirilmesi	89
4.5.3.4.	Yemek Yemeye Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi	90
4.5.3.5.	Yataktan Kalkmaya Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi	91
4.5.3.6.	Gürültüsüz Bir Ortamın Sağlanmasının Değerlendirilmesi	91
4.5.3.7.	Mahremiyete Saygının Değerlendirilmesi	92
4.5.3.8.	Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılama Yeterliliğinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi	93
4.6.	Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Başka Bir Hastanede Yatarak Tedavi Olmasının Değerlendirilmesi	95
4.7.	Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Yatarak Tedavi Oldukları Hastanelerin Değerlendirilmesi	96
4.8.	Araştırmaya Katılanların Daha Önce Yattıkları Hastane ile T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi'nde Verilen Hemşirelik Hizmetlerini Karşılaştırmalarının Değerlendirilmesi	97

4.8.1. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Başka Bir Hastanede Yatarak Tedavi Olanların Hemşirelik Hizmetleri Bakım Yeterliliğinin Diğer Hastanelerle Karşılaştırılması	98
4.9. Araştırmaya Katılanların Yakınları veya Komşularının İhtiyaçları Durumunda Hemşirelik Hizmetleri Açısından Hastaneyi Tavsiye Etmelerinin Değerlendirilmesi	99
SONUÇ	101
EKLER	104
EK-1 Hastanelerde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinden Yatan Hastaların Tatmin Düzeyinin Araştırılması ile İlgili Anket Formu	104
EK-2 Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetinin, Tercih Nedeni ve Hastanenin Tavsiye Edilmesinin Karşılaştırmalı Dağılımı	107
EK-3 Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti ile, Bağımlılık Durumlarının Hastanenin Tavsiye Edilmesi ile Karşılaştırılması	108
EK-4 Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti ile Yatış Nedeninin, Hastanenin Tavsiye Edilmesi ile Karşılaştırılması	109
KAYNAKÇA	110

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa no
Şekil 1: ABD Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu	8
Şekil 2: İngiltere Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	9
Şekil 3: İngiltere Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu	10
Şekil 4: Federal Almanya Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu	11
Şekil 5: SSB Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu	12
Şekil 6: Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Süreci	16
Şekil 7: Sağlık Ekibi Üyeleri	28
Şekil 8: Hizmet-içi Eğitim Süreci	35
Şekil 9: İletişim Süreci	37
Şekil 10: Deming'in Döngüsü	47
Şekil 11: Juran'ın Spirali	48
Şekil 12: Genişletilmiş Süreç	51
Şekil 13: Sağlık İşletmelerinde Süreç	56

TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1: Ankete Katılanların Yaş Dağılımı	67
Tablo 2: Ankete Katılanların Cinsiyet Dağılımı	67
Tablo 3: Ankete Katılanların Eğitim Düzeyleri	68
Tablo 4: Ankete Katılanların Meslek Dağılımları	68
Tablo 5: Ankete Katılanların Bağımlılık Durumlarının Dağılımı	69
Tablo 6: Ankete Katılanların Hastaneye Yatış Nedenlerinin Dağılımı	69
Tablo 7: Ankete Katılanların Hastanede Yattıkları Servislerin Dağılımı	70
Tablo 8: Ankete Katılanların Hastanede Yattıkları Süre Dağılımı	70
Tablo 9: Ankete Katılanların Hastaneyi Tercih Nedenlerinin Dağılımı	71
Tablo 10: Ankete Katılanların İlk Yattığında Servisin Tanıtılmasının Değerlendirilmesi	74
Tablo 11: Servise İlk Gelindiğinde Hemşirenin Hastayı Karşılması ve Rahatlatmasının Değerlendirilmesi	75
Tablo 12: Hastalara Hastalıklarına İlişkin Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	75
Tablo 13: Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	76
Tablo 14: Tedavi Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	76
Tablo 15: Ateş, Tansiyon ve Nabız Bilgilerinin Verilmesinin Değerlendirilmesi	77
Tablo 16: Merak Ettikleri Konularda Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi	78
Tablo 17: İsteklerini Rahatça Belirtmek İçin Teşviğin Değerlendirilmesi	79
Tablo 18: Bakım İçin Ayrılan zamanın Yeterliliğinin Değerlendirilmesi	79

Tablo 19: Duygularını İfade Etmede Verilen Destek, Fırsatın Değerlendirilmesi	80
Tablo 20: İlişkilerdeki Sevecenlik, İlgı ve İçtenliğin Değerlendirilmesi	81
Tablo 21: Karşılaştıkları Problemlerin Çözümünün Değerlendirilmesi	82
Tablo 22: İhtiyaç Duyulduğu Anda Hemşireye Ulaşabilmenin Değerlendirilmesi	82
Tablo 23: Evde Bakım Hakkında Bilgi Verilme Düzeyinin Değerlendirilmesi	83
Tablo 24: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Alanlarının Yeterliliğinin Karşılaştırılması (Sayı)	84
Tablo 25: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Alanların Yeterliliğinin Karşılaştırılması (%)	85
Tablo 26: Hasta Odalarının Düzen, Temizlik ve Konforunun Değerlendirilmesi	88
Tablo 27: Çamaşırların Düzenli Değiştirilmesinin Değerlendirilmesi	89
Tablo 28: Banyo, Tuvalet İhtiyacının Zamanında Karşılanmasının Değerlendirilmesi	89
Tablo 29: Yemek Yemeye Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi	90
Tablo 30: Yataktan Kalkmaya Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi	91
Tablo 31: Gürültüsüz Bir Ortamın Sağlanması Değerlendirilmesi	91
Tablo 32: Mahremiyete Saygının Değerlendirilmesi	92
Tablo 33: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılanma Yeterliliğinin Karşılaştırılması (Sayı)	93
Tablo 34: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılanma Yeterliliğinin Karşılaştırılması (%)	94
Tablo 35: Hastaların Son Bir Yıl İçinde Başka Bir Hastanede Yatarak Tedavi Olup Olmadıklarının Dağılımı	95
Tablo 36: Hastaların Son Bir Yıl İçinde Yatarak Tedavi Oldukları Hastanelerin Dağılımı	96
Tablo 37: Hemşirelik Hizmetlerinin Diğer Hastanelerle Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi	97

Tablo 38: Hemşirelik Hizmetleri Yeterliliğinin Yatarak Tedavi Olunan Diğer Hastanelerle Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi	98
Tablo 39: Hastanenin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Tavsiye Edilmesinin Değerlendirilmesi	99

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Bkz	: Bakınız
m	: Madde
s	: Sayfa
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TCDD	: Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları
Üni	: Üniversite
WHO	: Dünya Sağlık Teşkilatı

GİRİŞ

Yönetim, başkaları vasıtası ile işgörmektir. Böylece yönetimin ancak birden fazla kişinin varlığı ile ortaya çıkan bu yönü ile ekonomik faaliyetten ayrılan bir grup faaliyeti (sosyal faaliyet) olduğu genel kabul görmüş bulunmaktadır.¹ Yönetimde etkinlik, çalışanlarla işler arasında uyum ve koordinasyon sağlanabilmesi için, en önemli koşullardan biri iyi bir organizasyon yapısı oluşturmaktır. Yönetimin bir fonksiyonu olan organizasyon birden fazla insanın ortak amaç için uğraşı verdiği her yerde vardır.²

Tarihin en eski organizasyonlarından biri olan hastaneler bugün, toplumda önemli bir yere sahiptir. Bunun başlıca iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi, hastanelerde tedavi edici ve koruyucu olmak üzere iki tür sağlık hizmetinin veriliyor olmasıdır. Sağlıklı yaşamak her insanın temel ihtiyacıdır ve insanların sağlıklı yaşamalarında hastanelerin rolü giderek artmaktadır. En gelişmiş tıbbi teknolojiye ve laboratuvar olanaklarından yararlanarak tedavi olmak, düzenli hemşirelik bakımı almak ancak hastanelerde mümkün olabilmektedir.

Hastaneleri önemli hale getiren ikinci neden, hastanelerde verilen hizmetin maliyetinin yüksek olmasıdır. Çünkü hastanede kullanılan malzeme ve cihazların fiyatları ile istihdam edilen personelin ücretleri çok yüksektir.³

Sağlık hizmetleri platformunda hemşireler ve ebeler sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, bakım ve rehabilitasyon alanında önemli roller üstlenmektedirler.⁴

¹ Tamer Koçel, **İşletme Yöneticiliği: Yönetim Geliştirme, Organizasyon ve Davranış** (Beşinci basım. İstanbul: Belta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1995), s.8.

² İnan Özalp, **Yönetim ve Organizasyon Cilt 1** (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi ESBAY Yayınları, 1986), s.162-163.

³ Hikmet Seçim, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi** (İstanbul: İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, 1991), s.1-2.

⁴ Jane Salvage, **Nursing in Action Strengthening Nursing and Midwifery to Support Health for All (Herkese Sağlık Hedefinin Desteklenmesi Amacıyla Hemşirelik ve Ebeliğin Güçlendirilmesi)** (Editör: Ülker Saadet) (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı, 1995), s.XIII.

Toplum sağlığının korunması ve değerli kılınması amacı ile sağlık kurumları ve hastaların tedavi edildiği, bakıldığı ve rahatlığının sağlandığı kurumlarda ‘‘Hemşirelik S¼reci’’ vardır.⁵ Hemşirelik hizmetleri y¼netimi s¼reci; hemşirelik hizmetlerinin, bireyin sağlığının korunması, değerli kılınması; bozulduğunda tedavi edilmesi; işlemlerinin, hemşirelik hizmetleri personeli aracılığı ile s¼rd¼r¼lmesinde, insang¼c¼ ve maddi kaynakların sağlanması ve ekonomik bi¼imde kullanılması s¼recidir.⁶

Hasta-hemşire ilişkisi hastanede yatan hastaların memnuniyeti ¼zerinde ¼nemli bir rol oynamaktadır. Hastanın yattığı s¼re i¼erisinde en sık birlikte olduğu diğer birimlerle hasta arasındaki bağı sağlayan kişi olarak, hemşirelik hizmetlerinin sunumu hastaların memnuniyetini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir.⁷

Hastanelerde hemşirelik hizmetleri, hastanın iyileştirilmesinde ve mutluluğunda ¼ok ¼nemli rol oynamaktadır. Bu araştırmada hastanelerdeki hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu incelenecek ve yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden tatmin d¼zeyi araştırılacak, daha etkin ve verimli bir hemşirelik hizmetinde Toplam Kalite Y¼netiminin ¼nemine değinilecektir.

D¼rt b¼l¼mden oluşan bu ¼alıřmanın girişi takip eden birinci b¼l¼m¼nde hastanelerin tanımı ve ¼zelliklerine, hemşirelik hizmetlerinin ¼nemi ve bazı ¼lkelerin hemşirelik hizmetleri organizasyonları incelenmiştir.

İkinci b¼l¼mde hemşirelik hizmetleri y¼netim s¼reci ve işlevlerine yer verilmiştir.

¼ç¼nc¼ b¼l¼mde hastanelerde Toplam Kalite Y¼netimi ve hemşirelik hizmetlerinin yatan hasta tatmini a¼ısından ¼nemi incelenmiştir.

D¼rd¼nc¼ b¼l¼mde anket ¼alıřması ile TCDD Eskişehir Hastanesi’nde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden duydukları memnuniyet d¼zeyi belirlenmeye ¼alıřılmıřtır.

Sonu¼ b¼l¼m¼nde ise ¼alıřmada ulaşılan sonu¼ların ¼zetine yer verilmiştir.

⁵ G¼lten Uyer, **Hemşirelik ve Y¼netim** (Ankara: 1993), s.40.

⁶ **Aynı**, s.66.

⁷ Zehra Alcan, ‘‘Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri M¼d¼rl¼đ¼ Hastane Memnuniyeti Anket Sonu¼ları’’, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Y¼netimi ve Performans ¼l¼m¼** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997), s.133-134.

BÖLÜM 1

HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

1.1. Hastanelerin Tanımı ve Sınıflandırılması

1.1.1. Hastanelerin Tanımı ve Özellikleri

Kişisel ve toplumsal yaşantımızın önemli kurumlarından biri de hastanelerdir. Çünkü canlı birer varlık olmamızdan dolayı doğumumuzdan ölümümüze kadar hastane hizmetlerini kullanmamız kaçınılmazdır.⁸ Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup, büyük bir hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır.⁹

Hastane “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.”¹⁰ Benzer bir tanım da Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) tarafından yapılmıştır. WHO hastaneleri “müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır.

Yukarıdaki tanımlar işlevsel tanımlardır. Hastaneleri sistem yaklaşımıyla ele alıp tanımlamakta mümkündür. Buna göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri hastalar, insangücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları (elde edilmesi istenen sonuçlar) ise, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri,

⁸ Hikmet Seçim, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu** (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1994), s.2.

⁹ Hüseyin Özgen ve Azim Öztürk, “Türkiye’de Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma”, **Hastane İşletmeciliği** (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 845, 1995), s.29.

¹⁰ S.S.Y.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No. 499, 1983), s.3, m.4.

araştırma geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Dönüştürme süreçleri, sözü edilen sonuçlara ulaşabilmek için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi olanakları ile ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütlenme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade etmektedir.¹¹

Hastane içindeki çeşitli hizmet birimleri de birer alt sistem olarak tanımlanabilmektedir. Çünkü hastanedeki her hizmet biriminin hastane işlevlerinin yürütülmesine katkısı olan alt işlevleri ve bu alt işlevlerini gerçekleştirmek üzere bir araya getirilerek organize edilmiş elemanları ve kaynakları bulunmaktadır. Hastanedeki tıbbi, yardımcı tıbbi (paramedikal) ve hemşirelik hizmetlerini yürüten sağlık personeli ile bir kısım destekleyici personel bu sistemin elemanlarını oluşturmaktadır. Hastanedeki diğer alt sistemler ise, bu sistemin işleyişini kolaylaştıran ve/veya iyileştiren sistemler olmaktadır.¹²

Hastanelerin organizasyon açısından ayırıcı özellikleri bilinmelidir. Hastane yönetimini diğer kurum (işletme) yönetimlerinden farklılaştıran özellikleri ise şunlardır.¹³

- a) Hastaneler birer hizmet organizasyonudur.
- b) Hastaneler karmaşık yapıda, açık dinamik sistemlerdir.
- c) Hastaneler matrix yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır.
- d) hastaneler günde 24 saat hizmet veren organizasyonlardır.
- e) Hastaneler personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşan organizasyonlardır.

1.1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, hastaların hastanede kalış sürelerine, hastanenin mülkiyetine ve büyüklüklerine göre sınıflandırılabilir.¹⁴

Hastanelerin sınıflandırılması genellikle aşağıdaki şekilde yapılmaktadır:¹⁵

¹¹ Seçim, 1994, **a.g.e.**, s.2-3.

¹² Seçim, 1991, **a.g.e.**, s.7.

¹³ Seçim, 1994, **a.g.e.**, s.11-17.

¹⁴ Kenan Özön, "Hastane Mali ve Destek Hizmetlerin Yönetim ve Organizasyonu", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), (Eskişehir: A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1989), s.6.

¹⁵ Ali Ekrem Özkul, **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü** (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1994), s.13.

- Hizmet türlerine göre
 - Genel Hastaneler
 - Eğitim Hastaneleri
 - Özel Dal Hastaneleri (Doğum, Çocuk, Trafik vb.)
- Mülkiyetine göre
 - Kamu Hastaneleri
 - Özel Hastaneler
 - Hayır Kurumu, Dernek Hastaneleri
- Ortalama Kalış Süresine Göre
 - Kısa Kalış Süreli Hastaneler (30 günden az)
 - Uzun Kalış Süreli Hastaneler (30 günden fazla)

Organizasyon açısından diğer önemli bir sınıflandırmada, hastanelerin büyüklüklerine göre sınıflandırmadır. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.¹⁶

1.1.3. Hastanelerin İşlevleri

Hastaneler tanımlanırken zorunlu olarak işlevlerden söz edilmiştir. Günümüzde bu işlevler genellikle şu şekilde sınıflandırılmaktadır:¹⁷

- a) Hasta ve yaralıların tedavisi
- b) Eğitim
- c) Araştırma ve geliştirme faaliyetleri
- d) Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma.

1.2. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Önemi

Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını 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 disiplindir.¹⁸

¹⁶ Seçim, 1991, a.g.e., s.9.

¹⁷ Seçim, 1994, a.g.e., s.5.

¹⁸ Rana Yiğit, "Hemşirelik", **Türk Hemşireler Dergisi**, (Cilt no. 44, Sayı no. 2, 1994), s.9.

Hemşirelik, insanın fiziksel, sosyal, duygusal, zihinsel, tinsel yönlerini dikkate alarak birey, aile ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalık halinde iyileştirilmesi amacına hizmet eden bir meslektir.¹⁹

Hastanelerde, hemşirelik hizmetlerinin temel iki işlevi bulunmaktadır. Bunlar hasta bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile öğrenci hemşirelere klinik eğitimin verilmesidir. Bunlara ilave olarak, ev idaresi hizmetleri de hemşirelik hizmetleri arasında sayılmıştır.²⁰ Hemşirelik hizmetleri hastanenin bağımsız bir bölümüdür ve yönetimi hastane başhemşiresinin sorumluluğundadır. Hastane başhemşiresinden başka bu bölümde görev alanlar hastane başhemşire yardımcıları, servis sorumluları, servis hemşireleri ve hastabakıcılarıdır.²¹

Hastanedeki hemşirelik hizmetleri, hastanın kapsamlı hemşirelik bakımı adını verdiğimiz bedensel, psikolojik ve sosyal tüm bakım ihtiyaçlarının karşılanmasını, hasta ve ailesine sağlık eğitimini içine alır. Hastalar hastaneden nazik, akıllı ve yetenekli bir bakım, güven, beceriklilik, temizlik ve kişisel ilgilerine anlayış gösterilmesini isterler. Bu türlü bir bakım sağlandığında iyiye doğru bir değişme görülür ve bunları yerine getiren ve sonucu gören hasta ile ilgili herkes memnunluk duyar.²²

Hastane hemşirelik bakımının niteliği, hemşirelik personelinin bilgi ve becerilerini, hastanın ihtiyaçlarını karşılamada etkili kullanma derecesine bağlıdır. 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.

Ayrıca hastanelerdeki hemşirelik hizmetlerinin iyi ve etkili bir şekilde sonuca ulaşması yönetsel ve klinik planlama ile mümkündür. Hemşirelik hizmetleri ile ilgili ihtiyaçların karşılanması yararlı ve kaliteli bakım verebilme klinik ve yönetim biçimine, hastanenin sağlık politikalarına ve personelin nitelik ve niceliğine bağlıdır.²³

¹⁹ Rukiye Pınar, "Hemşirelikte Heorism Kavramı", **Aylık Aktüel Tıp Dergisi Sendrom** (Yıl.9, Sayı no.11, 1997), s.74.

²⁰ Seçim, 1994, **a.g.e.**, s.75.

²¹ Perihan Veliöğlu, **Hemşirelikte Yönetim** (İkinci basım. Ankara: Meteksan Matbaacılık ve Teknik Sanayi ve Ticaret Ltd.Şti., 1982), s.46-47.

²² Perihan Veliöğlu, **Hemşireliğin Düşünsel Temelleri** (İstanbul: 1994). s.238-239.

²³ **Aynı**, s.241.

1.3. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Hastaneye kabul edilen hastalar; becerili, anlayışlı personel tarafından kibar, nazik ve hatırnaz bir şekilde alınmalıdır. Bu hedefle buluşan birincil bölüm hemşirelik servisi bölümüdür. Hemşirelik ülkenin tek ve en geniş sağlık meslek grubu sayılır. Bu nedenle hastanelerde önemli bir faktördür.

Hastane çalışanlarının yaklaşık %50'si hemşirelik servisi bölümünde çalışır. Çok çeşitlenmiş pozisyonların, her birimin bir iş tanımlaması vardır. Her hastanede bu bölümün özel iş tanımlaması ve prosedür talimatları olmalıdır.

Hemşirelik birimini işletme sorumluluğu ve işlevi bir başhemşire tarafından üstlenilir. Başhemşire hemşirelik hizmetleri kalitesini ve birimin desteklerini kontrol eder, personelin çalışma saatlerini düzenler.²⁴

1.3.1. ABD Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

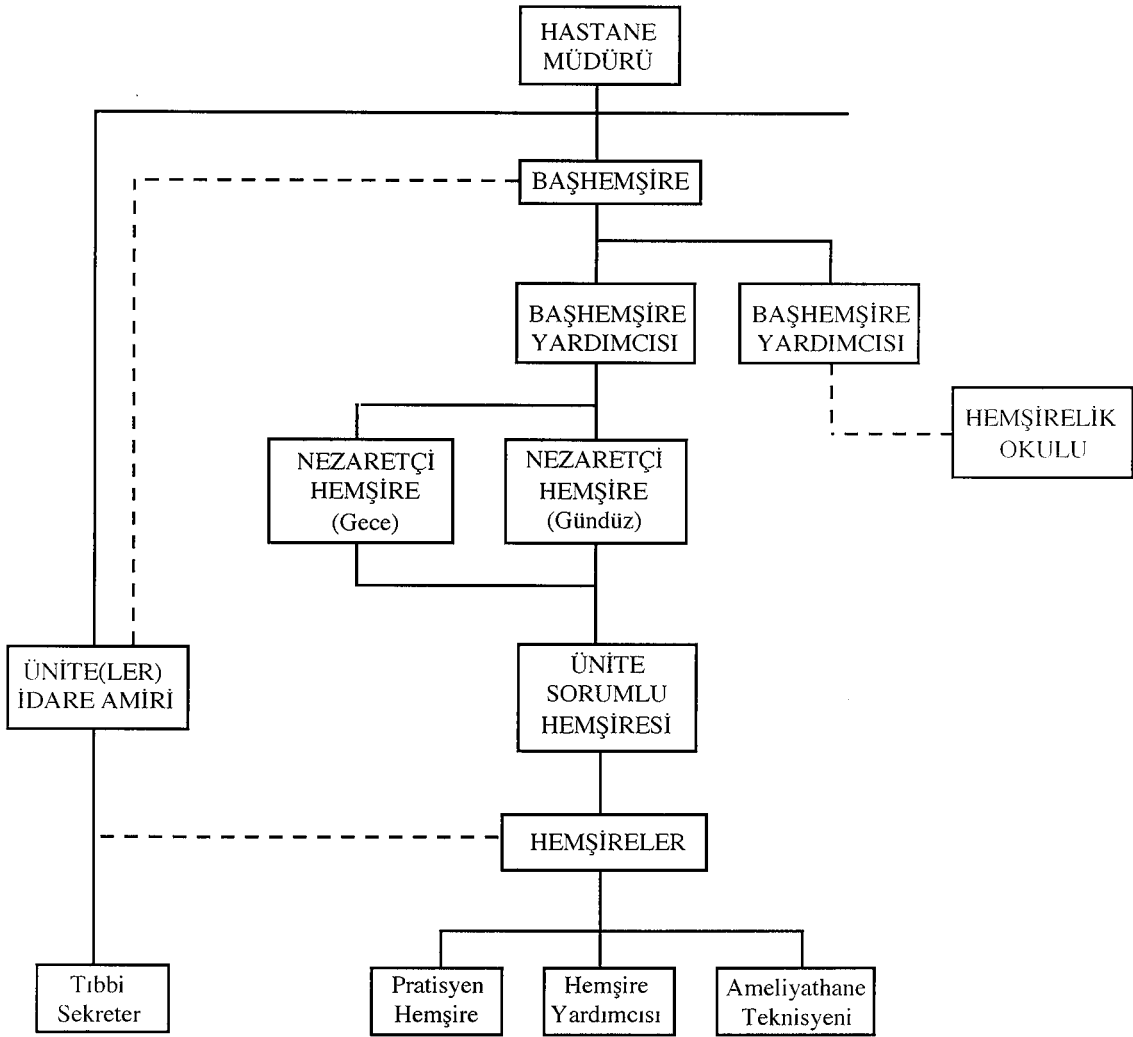
Hastanede hemşirelik hizmetlerinin başlıca iki işlevi bulunmaktadır. Birincisi hekimin belirlediği tıbbi rejime göre hasta bakımının yapılması, ikincisi hastalığın insanda çeşitli türde ve seviyede kişisel hizmete bağımlılık yaratması nedeniyle hastaya kişiselleştirilmiş bakım hizmetinin verilmesidir.²⁵

Hemşirelik hizmetlerinin organize edilmesi, yürütülmesi ve denetimi görevi hastane müdürlüğüne bağlı olarak çalışan başhemşireye verilmiştir. Bu göreve getirilen başhemşirenin doktora veya master derecesine sahip en az beş yıl iş tecrübesi olan bir hemşire olması şartı aranmaktadır. Bölümün organizasyon şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.²⁶

²⁴ I.Donald Snook, Jr., **Hospitals, What They Are and How They Work** (Rokwille: An Aspen Publication London, 1981), s.79-80.

²⁵ Grand Colin, **Hospital Managment** (Churchill Livingstone Edinburg London and New York, 1973), s.82.

²⁶ Seçim, 1991, **a.g.e.**, s.79.



Şekil 1: ABD Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu

Seçim, 1991.

24 saat süresince çok farklı birimlerde, hastanenin yaklaşık üçte birlik personeli ile yürütülen hemşirelik hizmetlerinin nitelikli ve koordineli bir şekilde verilmesi için, bölümle ilgili politikaların, kural ve yöntemlerin belirlenmesi özellikle önem kazanmıştır. Bu politikalara kural ve yöntemlere uyulmasını ve karışıklığa yer verilmeden yorumlanabilmelerini sağlamak için hastanelerde “hemşirelik hizmetleri el kitabı” hazırlanmaktadır. Bu tür bir el kitabının hazırlanması başhemşirenin önde gelen görevlerindedir.

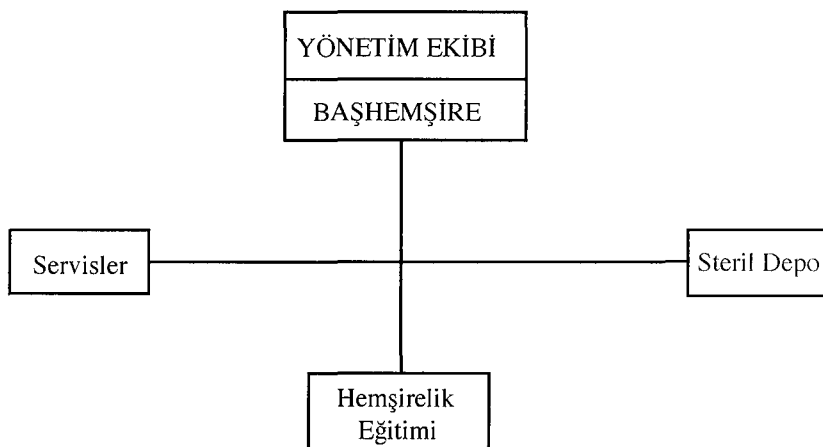
ABD hastanelerinde hemşirelik hizmetleri servislere genellikle ekipler halinde yürütülmektedir. Her ekipte bir ekipbaşı bulunmaktadır. Ekipbaşı ekibe verilen hastaların hemşirelik bakımının planlanmasından ve hizmetin yürütülmesinden sorumludur.²⁷

²⁷ Seçim, 1991, a.g.e., s.80-82.

Hemşirelik hizmetleri yürütülürken hastanenin pek çok bölümü ile ilişki kurulmaktadır. Bu nedenle hemşire personelle diğer bölümler arasında yoğun bir haberleşme sözkonusudur. Bu bölümlerin başında hasta kabul, eczane ile laboratuvarlar gelmektedir. Öte yandan tedavi ve bakım hizmetleri ekip halinde yürütüldüğünden, ekip içinde de yoğun bir haberleşme sözkonusudur.²⁸

1.3.2. İngiltere Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu

Hastanelerde hasta bakım faaliyetlerini ve hemşirelerin hizmetiçi eğitimlerini kapsayan hemşirelik hizmetlerinin hastane içindeki organizasyonunda iki farklı şekil uygulanmaktadır. Birincisinde, alt bölge başhemşiresi her hastaneye birer başhemşire tayin edilmekte ve bu başhemşire hastanedeki tüm hemşirelik hizmetlerinin organizasyonundan ve yürütülmesinden sorumlu tutulmaktadır. (Bkz.: Şekil 2)



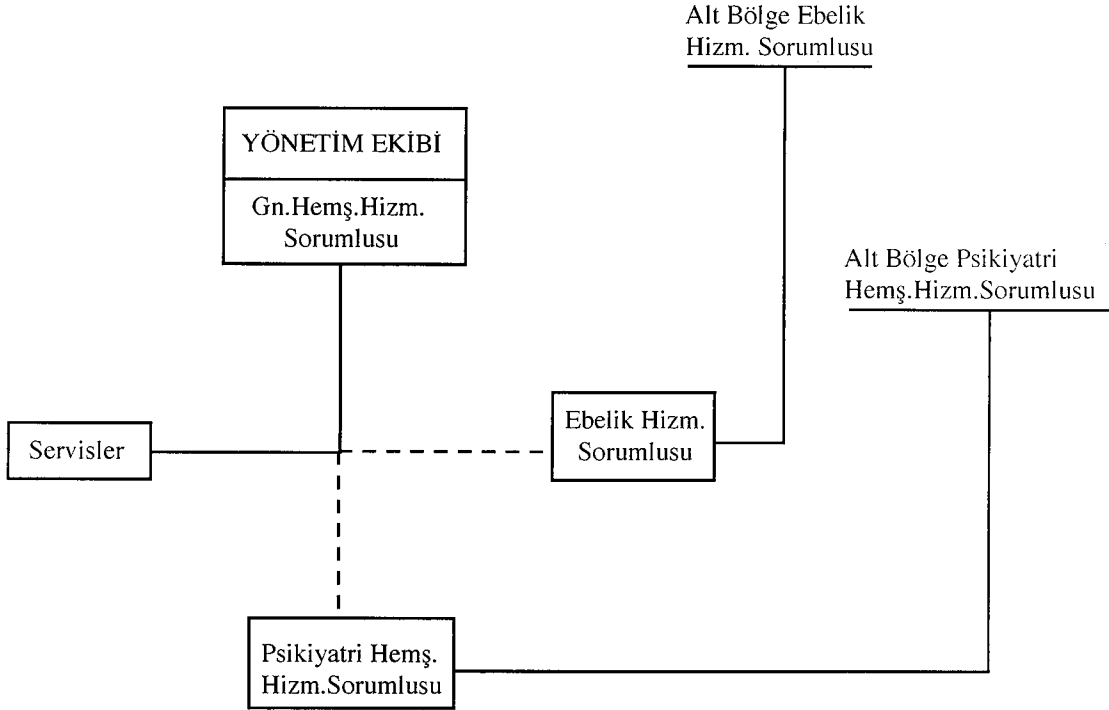
Şekil 2: İngiltere Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Seçim, 1991.

İkinci usulde, hemşirelik hizmetleri genel hemşirelik, ebelik, psikiyatri hemşireliği şeklinde üçe ayrılmakta ve hastanelere her uzmanlık alanı için birer sorumlu hemşire tayin edilmektedir. Bu sorumlu hemşireler, hastanede kendi alanları ile ilgili hizmetlerin organizasyonundan ve yürütülmesinden sorumlu bulunmaktadır.²⁹ (Bkz.: Şekil 3)

²⁸ Seçim, 1991, a.g.e., s.84-85.

²⁹ Aynı, s.130-131.



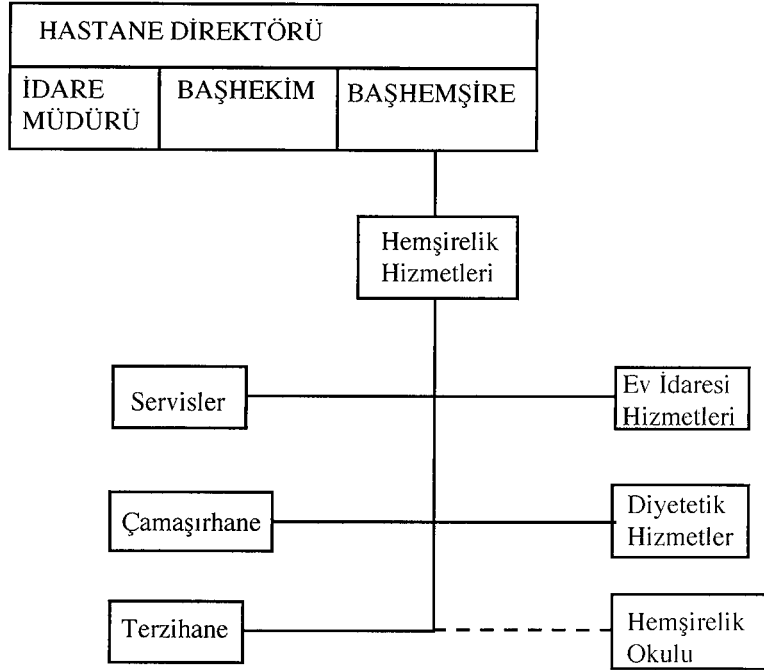
Şekil 3: İngiltere Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Seçim, 1991.

1.3.3. Federal Almanya Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Hemşirelik hizmetlerinden başhemşire sorumludur. ABD ve İngiltere'deki hastane organizasyonundan farklı olarak başhemşire, ev idaresi, diyetetik hizmetler ile çamaşırhane ve terzihane hizmetlerinden de sorumlu bulunmaktadır.³⁰ (Bkz.: Şekil 4)

³⁰ Seçim, 1991, a.g.e., s.136, s.140.



Şekil 4: Federal Almanya Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu

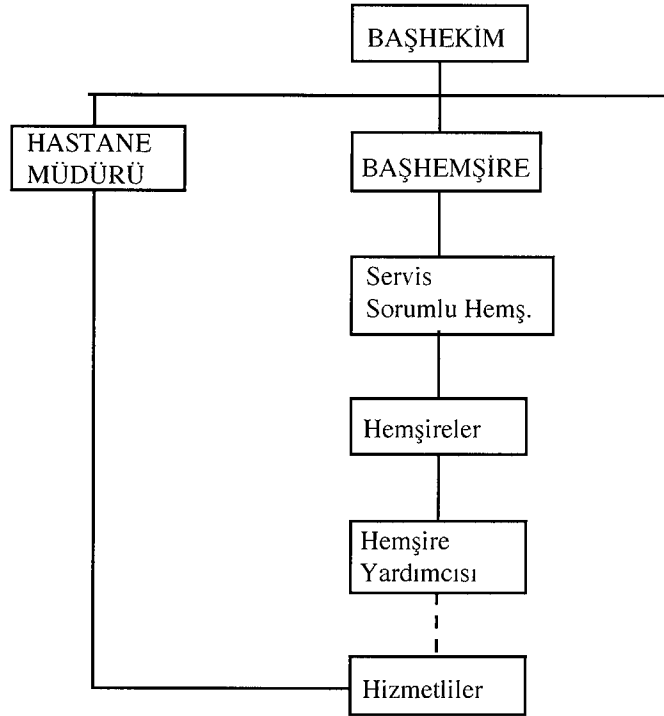
Seçim, 1991.

1.3.4. Türkiye Kamu Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

ABD’de olduğu gibi, Türkiye’de de tüm hastaneleri temsil eden tek bir organizasyon yapısı göstermek mümkün değildir. Bunun nedeni Sağlık Bakanlığı ve belediyelere ait hastaneler dışında kalan diğer hastanelerin, 5.6.1983 tarihinde yayınlanan “Hususi Hastaneler Kanunu” ile bu kanuna dayanılarak 10.1.1983’de yeniden düzenlenerek yayınlanan “Özel Hastaneler Tüzüğü” kapsamında faaliyet göstermeleridir. Adı geçen Kanun ve Tüzük’te hastane organizasyonuna ilişkin olarak yer alan maddeler oldukça genel nitelikte olup, ayrıntılı bilgi vermemektedir. Türkiye’deki hastanelerin genel organizasyonları esas alınabilir. Bunun için iki neden gösterilebilir. Birincisi; Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler Türkiye’deki hastanelerin %64’ünü oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle Sağlık Bakanlığı hastanelerinin temsil kabiliyeti vardır.³¹ İkinci neden ise; sadece hastanede faaliyet gösteren birimlerin, görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen “Yataklı Tedavi

³¹ Seçim, 1991, a.g.e., s.146-147.

Kurumları İşletme Yönetmeliği” yayınlanmış ve temsil kabiliyeti artmıştır. Bu bakımdan Türkiye’de hastanelerin organizasyon yapısı olarak Sağlık Bakanlığı hastaneleri organizasyonu ele alınmıştır.³² (Bkz.: Şekil 5)



Şekil 5: SSYB Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Organizasyonu

SSYB Yataklı Tedavi Kurumları..., 1983.

Hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimi görevi başhekimine bağlı olan başhemşireye verilmiştir.³³ Başhemşire hemşirelik yüksek okulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olup en az 10 yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından baştabibin teklifi ile bakanlıkça atanır. Hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde görülmesini sağlamakla görevli olup doğrudan baştabibe karşı sorumludur. İsterse sürekli olarak kurumda kalabilir. Başhemşirenin SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde belirtilen görev ve yetkileri şunlardır:³⁴

a)Kurumda çalışan başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri, başhebe ile kendisine bağlı diğer hizmet birim amir ve sorumlularının birinci

³² Hüseyin Özgen ve Azim Öztürk, “Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi”, **Verimlilik Dergisi** (Cilt no. 23, Sayı no.1), (Ankara: Ocak 1994), s.10.

³³ Seçim, 1994, **a.g.e.**, s.75.

³⁴ **SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme...**, m.129, s.41-42.

derecede amiri olup, hasta bakım hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve gereğince yönetmelik hükümlerine göre görev yapmalarını sağlamak ve kontrol etmekle yükümlüdür.

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

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

c) Kendisine bağlı hizmetlerdeki personelin çalışma yerlerinin belirlenmesi ve bunların yerlerinin değiştirilmesi ile ilgili hususlarda görüş ve isteklerini baştabibe iletir ve verilen kararları uygular.

d) Hemşire, ebe, hemşire yardımcısı ve yardımcı hizmetler sınıfı personelinin mesleki bilgi ve tecrübelerinin gelişmesine yardımcı olmak amacıyla hizmetçi eğitimini sağlar. Yeni mesleğe girmiş olanlara mesleğin yüceliğini anlatır. Hastalara karşı müşfik olmaları ve daima iyi davranmaları konusunda uyarıda bulunur. Kendi tutum ve hareketleriyle onlara iyi bir örnek olmaya çalışır.

e) Hasta bakımı ile ilgili konulardan sorumlu olarak özellikle, hastaların temizlik ve beslenmesine ve yatıp kalkmalarına, ilaçlarının zamanında verilip verilmediğine, yemeklerinin ayırımını ve dağıtımını izler.

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

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

Başhemşire yardımcısının görev ve yetkileri:³⁵

100 yataklı ve daha büyük ünitelerde baştabib tarafından mesleklerinde en az beş yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından standart kadroyu aşmamak üzere yeteri kadar başhemşire yardımcısı görevlendirilir. Başhemşire yardımcısı sürekli olarak kurumda kalabilir. Başhemşire yardımcısı başhemşirenin vereceği görevleri yapmakla ve başhemşirenin bulunmadığı hallerde de kendisine vekalet etmekle yükümlüdür.

Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonunda başhemşireden sonra servis sorumlu hemşireleri gelmektedir. Servis sorumlu hemşireleri hemşirelik hizmeti verilen ünitelerde hemşirelik hizmetlerinin organizasyonundan, yürütülmesinden ve denetiminden sorumludur. Başhekim tarafından tayin edilen servis sorumlu hemşireleri, sorumlu oldukları servisin hemşirelik

³⁵ SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme..., m.130, s.42.

hizmetlerinin en üst amiri durumundadır. Organizasyon açısından bakıldığında servis sorumlu hemşireliği, alt kademe yönetim organlarını ifade etmektedir. Serviste; başhemşirenin yardımcısı pozisyonunda olan sorumlu hemşirenin görevleri şunlardır: Serviste bulunan bütün hemşire, ebe, hemşire yardımcısı ve hasta bakımında çalışan yardımcı hizmetler sınıfı personeli 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; servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesidir.³⁶

Servislerde hemşirelik hizmetleri hemşireler, hemşire yardımcıları ve hastane hizmetlileri tarafından yürütülmektedir.³⁷ Hemşire hasta ile tıbbi ve psikolojik bakımdan devamlı ilgilenebilecek yapıda ve yetenekte Sağlık Meslek Lisesi mezunu, yardımcı sağlık personelidir.³⁸

Hemşirelere hasta odalarının ve hastaların genel temizliğini yaptırmak, hastaları muayeneye ve tedaviye hazırlamak, hemşirelerin direktiflerine göre hastaların tedavisi için gerekli bakım ve tedavilerini yapmak, bununla ilgili kayıtları tutmak, hastalara ilaçlarını vermek; enfeksiyonlarını yapmak, kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri yapmak, sağlık eğitimi konusunda hastalara bilgi vermek, hekimlerce analizine gerek 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 kullanmak, servislerin temizliğini kontrol etmek, hastaların derecelerini almak, nabız ve teneffüslerini saymak, derece kağıtlarına traselerini çizmek gibi görevler verilmiştir. Hemşire yardımcıları, yardımcı olarak hemşirelerin verdikleri işleri yapmakla yükümlü bulunmaktadır. Hastane hizmetlileri ise, hasta odalarının temizliği, hastaların laboratuvara vb.yerlere götürülmesi, hasta yemeklerinin dağıtımını görevlerini yürütmektedir.³⁹

Hemşirelik hizmetlerinde istihdam edilecek hemşire, ebe hemşire, hemşire yardımcısı ve hasta bakıcı sayısı yatak sayısı itibari ile belirlenmektedir. Kadro kıstas yönetmeliğine göre her dört yatak için birer hemşire, hemşire yardımcısı

³⁶ Seçim, 1991, a.g.e., s.188-189.

³⁷ Aynı, s.189.

³⁸ T.C.D.D. Hastaneleri Yönetmeliği (İzmir, 1989), m.72, s.45.

³⁹ Seçim, 1991, a.g.e., s.189.

tayin edilmekte, prematüre bakımı olan servislerde her küvöz için ve acil serviste de her yatak için birer hemşire ve hemşire yardımcısı kadrosu tahsis edilmiştir. Bunlara ilaveten her sekiz yatak için birer hastabakıcı ve 200 yataklı hastanelerde her  yatağa, 400 yataklı hastanelerde her dört yatağa, 400'den fazla yataklı hastanelerde de her be yatağa birer hizmetli tayin edilmesi ngrlmtir.⁴⁰

40 Seçim, 1994, a.g.e., s.76.

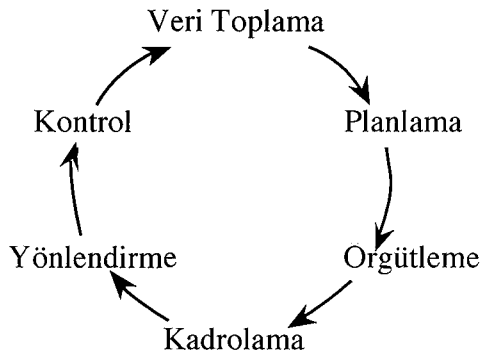
BÖLÜM 2

HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN YÖNETİM VE ORGANİZASYONU

2.1. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetim Süreci ve İşlevleri

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, hastalara hemşirelik bakımı verilirken gerekli her türlü olanağı sağlayan koordine faaliyetler sistemidir. Hemşirelik hizmetleri yönetimi, hastaların hemşirelik bakımına, hastanenin amaç ve politikalarının gerçekleşmesine yönelik bir faaliyet sistemidir.

Hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin iyi ve etkili bir şekilde sonuca ulaşması yönetsel ve klinik planlama ile mümkündür. Hemşirelik hizmetleri ile ilgili ihtiyaçları karşılayabilmek, etkili bir hemşirelik bakımı verebilme, hastane yönetiminin biçimine, hastanenin sağlık politikalarına ve personelin nitelik ve niceliğine bağlıdır.⁴¹



Şekil 6: Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Süreci

Uyer, 1993.

Bu süreçte yönetici hemşirenin, hemşirelik bakımına gereksinim duyan birey, aile ve gruplara etkili hizmet verebilmesi için bu hizmetleri planlaması;

⁴¹ Perihan Velioglu, "İstanbul Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastaneleri'ndeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor", **Hemşirelik Bülteni**, (İstanbul: Cilt no:2, Sayı no: 7, 1986), s.4-5.

planı uygulamaya koyacak güç ve kaynakları plan doğrultusunda yöneltmesi; parasal ve insangücü kaynaklarını kontrol etmesi, saptadığı hedeflerle ortaya çıkan sonucu karşılaştırarak değerlendirmesi; tüm bunları yaparken kaynaklar arası koordinasyon/uyum sağlaması gerekir.

Yönetici hemşirenin yönetim süreci işlevlerine ilişkin yapacakları şunlardır:⁴²

-PLANLAMA ile ilgili olarak; neler yapılacağı ve yapılacak işler için gereksinilen kaynakları tasarlar. Bunun için;

- Hemşirelik felsefesi doğrultusunda amaçlarını saptar.
- Hedeflerini açık seçik belirler.
- Tahminlerde bulunur.
- Karşılaşılabilecek sorunları tahminleyerek bunları önleyici önlemler belirler.
- Sorunlar ortaya çıktığında yapılacakları saptar.
- Kararlar alır.
- Programlar yapar.
- Amaçlarını gerçekleştirecek basamakları belirler.
- Çalışma programlarını hazırlar.
- Neyin ne zaman yapılacağını belirler.
- İşlemleri standart hale getirir.
- İşlemlerin yapılmasında kullanılacak yöntemleri standart hale getirir.
- Yapılacak işlemlerde ulaşılmaması istenen nitelik ve niceliği belirler.
- Standartları saptar. Bunları ölçecek ölçütleri belirler. Politikaları saptar. İşlemleri geliştirir.

-ÖRGÜTLEME ile ilgili olarak; amaçları geliştirecek yapıyı oluşturur.

- Kurumun yapısını oluşturur, düzenler. Örgüt şemasını oluşturur.
- Yapılacak işleri ve kaynakları düzenler ve gruplandırır.
- Görev, yetki ve sorumlulukları dağıtır. Verilen görevle tutarlı yetki ve sorumluluk dağıtır.
- Etkili çalışma ilişkileri kurar. Etkili biçimde birlikte çalışmayı sağlamak için koşulları oluşturur.

-YÖNELTME ile ilgili olarak; hemşirelik personelini yapılacak işler doğrultusunda harekete geçirir.

- Etkinlikleri başlatır. Sorun çözer. Bilimsel sorun çözme yaklaşımını kullanır.
- Kararlar alır. Kararları gereksinim ve koşullara uygun alır.

⁴² Uyer, 1993, a.g.e., s.67-68.

- İletişimi sağlar. Etkin iletişim ağı kurar ve sürdürür.
- Güdüleme önlemlerini uygulayarak alışkanları daha iyiyi yapmaya güdüler.
- Personelin bilgi, beceri ve davranışlarını sürekli geliştirici etkinliklerde bulunur.
- Sürtüşmeleri önler ve çözümler. İlişkilerinin en iyi durumda tutulmasını sağlar.
- Personeli koruyucu önlemler alır. İş kazalarını önleyici uygulamalarda bulunur.
- Değişimi sağlamak için gereken uygulamaları getirir.

-KONTROL ve DEĞERLENDİRME ile ilgili olarak; hedeflere ulaşıp ulaşılmadığına bakar.

- Performans standartlarını saptar.
- Yapılanların karşılaştırılabileceği ölçütler geliştirir.
- Dökümantasyona (kayıt ve raporlar) ağırlık verir.
- Sonuç/çıktıları kaydeder.
- Çıktıları ve uygulamaları değerlendirir.
- Çıktıların standartları karşılayıp karşılamadığını ölçütlerle karşılaştırarak sonucu değerlendirir.
- Gereken düzeltmeleri yapar.
- Sonucu izler.

-KOORDİNASYON ile ilgili olarak; tüm kaynakların uyum içinde yönlendirilmesini sağlayıcı önlemler alır ve uygular.

2.1.1. Hemşirelik Hizmetlerinde Planlama

Planlama, “amaç ile bunlara ulaşmayı sağlayacak araç ve olanakların seçimi veya belirlenmesi” diye tanımlanır.⁴³

Planlama; amaç ve hedeflerin dikkate alınarak bunlara ulaşma doğrultusunda alınacak kararlar; neyin, niçin, nasıl, nerede, ne zaman ve kimler tarafından, ne kadar (nicelik) ve ne özellikte (nitelik) yapılacağını kapsar.

Planlamada izlenecek adımlar şunlardır:⁴⁴

- Gereksinimlerin saptanması,

⁴³ Cemalcılar, Doğan ve Aşkun, Özalp, **İşletmecilik Bilgisi** (Üçüncü basım. Eskişehir: 1993), s.99.

⁴⁴ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.94.

- Gereksinimleri giderecek seçeneklerin sıralanması,
- Seçeneklerin birbiri ile kıyaslanarak incelenmesi,
- En uygun seçenekte karar kılınması.

2.1.1.1. Hemşirelik Hizmetleri Felsefesi

Hemşirelik mesleğinin amacına ulaşmadaki başarısı; herbiri kendi başına birer sistem olan hemşirelik uygulaması, hemşirelik eğitimi, hemşirelik araştırması ve hemşirelik yönetiminin birarada ele alınmasına bağlıdır. Bu sistemlerin birbiri ile ilişkisini sağlamak da yine hemşirelik mesleğinin sorumluluğundadır. Hemşirelik mesleği bu sorumluluklarına yerine getirmede işe, hemşirelikte uygulama, eğitim, araştırma ve yönetim etkinliklerini yönlendirecek olan felsefesini formüle etmek ve yazılı hale getirmekle başlar.

Felsefe etkinlikleri yönlendirmeye, değerleri anlamaya ve karar vermeye yardım eder. Süreç olarak felsefenin, bir yandan derlediği bütün bilgileri yeniden örgütleyerek yöneldiği gerçeği bütünlüğü içinde kavrama, diğer yandan bilgi, yöntem ve değerlerin kaynak, nitelik ve önemini inceleme görevi vardır.⁴⁵

Bu işlevleri ile insanın kendini, başkalarını ve dünyayı algılamasında yeterlilik sağlayan felsefe, hemşirelik mesleği için, hemşireliğin hedeflerine ulaşmasında eylemlerini yönlendiren motive edici inanç, kavram ve ilkeler sistemidir. Bu özellikleri ile hemşirelik hizmetleri felsefesinden umulan; hemşirelik hizmetlerine ilişkin amaç, hedef ve görevlerin anlaşılması, sistemler arası ilişkilerin kurulmasında yönlendirici olmasıdır. Ayrıca felsefenin hemşirelik eylemlerine denge kazandırma işlevi de vardır.⁴⁶

2.1.1.2. Hemşirelik Hizmetleri Hedefleri

Hedef çabanın yönlendirildiği sonuçtur. Hedefler amacı gerçekleştirici ve felsefeyi yansıtıcı davranışları belirlerler. Bunlar ayrıca, yönetim sürecinin tüm işlevleri ile sıkı bir bağıntı içindedirler.

- Planlama aşamasında hedefler tanımlanır.
- Örgütlemeye hedefe ulaşma dikkate alınır. Kadro ile donatım ve üst-üst ilişkileri belirlenen hedefe göre düzenlenir.
- Yöneltilmede personel hedefe doğru harekete geçirilir.

⁴⁵ Uyer, 1993, a.g.e., s.95.

⁴⁶ Aynı, s.96.

- Kontrolde ise sonuç/çıktı hedeflerle karşılaştırılarak ulaşılan başarının değerlendirilmesi yapılır.⁴⁷

Hemşirelik hizmetleri süresince organizasyon; hedeflerin yazılı duruma getirilmesi, önceliklerin saptanması ve hedeflere ulaşmada eylemlerin belirlenmesi işlemini içerir.

Hedef saptama, çalışmalara en uç noktadaki personelin katılması, hedeflere karşı sorumluluğu artırma ve bunlara ulaşma çabalarında uyum ve işbirliği gibi yararlar sağlar.

Hedeflerin dinamik olmaları gerektiğinden, hedefler rutin olarak gözden geçirilmeli ve gerekirse değiştirilmelidirler. Hedefler, planın gerçekleştirilmesinde materyal ve yöntem seçimi için yön verirler ve performansın gözlenmesi ile ölçülürler.⁴⁸

2.1.1.3. Hemşirelik Hizmetleri Standartları

Sağlık bakımının hedefleri; sağlığın korunması, bozulduğunda iyileştirilmesi ve geliştirilmesini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ve niteliğinin yükseltilmesinde, hemşirelik hizmetlerinin niceliği kadar, niteliği de rol oynamaktadır. Bu nedenle, hemşirelik mesleği üyelerinin, mesleğin yeterli ve etkili duruma getirilmesinde gerekenleri yapma gibi bir sorumluluğu vardır.

Hemşirelik mesleğinin, hemşirelik bakımı kalite güvencesi ile ilgili sorumluluğu vardır. Bu nedenle, hemşirelik hizmetleri felsefesi doğrultusunda biçimlendirilen hedeflere ulaşma düzeyinin kıyaslanacağı standartların belirlenmesi gerekir.⁴⁹

Standart saptamanın yararları

Standartların saptanması;

- Hemşirelik bakım kalitesini yükseltir.
- Meslek üyelerini ortak hedefe yöneltir.
- Davranışları daha gerçekçi, uyumlu ve etkili kılar.
- Meslek üyelerine ulaşılması beklenen düzey hakkında bilgi verir.
- Kaynak personelin, hemşirelik hedefleri doğrultusunda kullanımını sağlar.
- Hemşirelere zamanlarını daha iyi planlama ve kullanma yönünde yardımcı olur.

⁴⁷ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.97.

⁴⁸ **Aynı**, s.98.

⁴⁹ **Aynı**, s.102.

- Kurum hedefleri ile bireysel hedefler arası ilişkiyi sağladığı için güdüleyici rol oynar.
- Bireyi kendi standartlarına ulaşmanın kurum standartlarına bağlı olduğunu görerek, bireysel çaba ve davranışlarını kurum standartlarına ulaşmaya yöneltir.
- Hemşirelik hizmetlerinde, hizmet-içi eğitimi programlarına ışık tutar.
- Hasta ya da sağlık için ulaşılması olası gelişme düzeyini belirler.
- Sistemler arası ilişkileri sağlar.
- Hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlara, düzeyi eşit hizmet sunulmasına yardımcı olur.
- Diğer disiplinlerin hasta, hasta bakım ve tedavisi doğrultusunda hemşireden ne bekleyeceği konusunda bilgi verir.
- Personelin daha etkin ve ekonomik kullanımını sağlar.
- Hastaya güvenceli ve etkili hemşirelik bakımı verilmesinde insangücü ve diğer kaynakların en iyi biçimde kullanımını sağlar.⁵⁰

2.1.1.4. Kriterler/Ölçütler

Kriterler, hastalara kaliteli bakım verilmesinde sağlanan standartların karşılanıp karşılanmadığına ışık tutan göstergelerdir. Bunlar verilen bakımın değerlendirilmesinde önemli öğelerdir. Bu yönü ile kriterler, hemşirelik bakımının istenen sonuçlarını tanımlayan ve hizmetin düzeyi ve bakım kalitesini belirleyen unsurlardır.

Kriterleri saptayacak hemşirelerin, hastalıklar, tedaviler, tedavi sonuçları, hastalıkların komplikasyonlarını iyi bilmeleri ve kriterlerin saptanmasında bunları dikkate almaları gerekir.

Kriterlerin beklenen amaca hizmet edebilmeleri için ölçülmesi gereken alana özel, ulaşılabilir, anlaşılabilir, gözlenebilir, kısa, hemşirelik uygulamaları ile tutarlı, geçerli, güvenilir olmaları gerekir.⁵¹

2.1.1.5. Politikalar

Politikalar ve prosedürler hedeflere ulaşma yollarıdır. Politikalar hedeflere nasıl ulaşılacağını açıklarlar. Politikalar örgütlerin amaçlarının gerçekleştirilmesi için izlenecek yol, kullanılacak araç, gereç, yöntem ve tekniklerle işlemlere ait

⁵⁰ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.103.

⁵¹ **Aynı**, s.105.

tutum, karar ve eylemlere temel oluştururlar, planları koordine ederler, performansı kontrol ederler. Ayrıca değişik yöneticilerin, birbirinden bağımsız olarak karşılaştıkları benzer durumlarda verdikleri kararlarda ve eylemlerde birlik ve sürekliliği sağlarlar. Sonuçta kendilerine eşit davranıldığını hisseden personelde moral yükselmesi görülür.

Politikalar; kurallar, prosedürler ve öncelikleri etkileyen faktörlerdir. Bunlar belirli durumlarda ne yapılacağı konusunda otomatik olarak ne yapılması gerektiğini belirleyen hemşirelik bakımını kolaylaştıran unsurlardır. Örneğin fizik tedaviye gidecek hastaların önce banyolarının yapılması öngörüldüğünde öncelik banyoya verilir.⁵²

2.1.1.6. İlkeler

İlkeler, amaçların gerçekleştirilmesi ve hedeflere ulaşılması yolunda sapmaları önlemek ve personel arası birlik, beraberliği sağlamak amacı ile geliştirilen ilkelerin geliştirilmesinde bunları kullanacak olanların önerilerinin alınması, ilke geliştirme komisyonlarında grubun temsilcilerinin olması, hazırlanan ilkelerin gruba benimsetilmesi, bunlara sürekli bağlı kalınması için gereken önlemlerin alınması, denetlenmesi gerekir.

Bakım Kalitesi ile İlgili İlke Örnekleri

- Bakımın ölçme ve geliştirilmesindeki çabaların hemşire ve doktor tarafından eşit paylaşılması,
- Kalite güvencesi programlarının planlanmasında diğer sağlık disiplinleri ile işbirliği yapılması,
- Kalite güvencesi aktiviteleri için yeterli zaman ve para ayrılması,
- Hasta bakım, hedeflerine ulaşmak için hemşirelik sürecinin doğru ve yeterli uygulanması,
- Uygulamaların düzeyini yükseltecek geribildirim uygulamalarına verilmesi ve yetersiz müdahalelerin etkin yöntemlerle değiştirilmesi,
- Bakım kalitesi değerlendirilip, gereksinilen gelişmeler belirlendikten sonra, uygulamada da değişmelerin sağlanması.⁵³

⁵² İnan Özalp, **Yönetim ve Organizasyon** (Eskişehir: Cilt: 1, 1995), s.143; Ömer Dinçer, **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası** (İstanbul:1992), s.14; Uyer, 1993, a.g.e., s.107-108.

⁵³ Uyer, 1993, a.g.e., s.108.

2.1.1.7. İşlemler

İşlemler eylemlere daha özel rehber görevi yaparlar. Bunlar departmanlar arası ya da departman içi nitelikte olabilirler.

Oryantasyon programı ve personel gelişmesi için temel oluşturma, personele kaynak görevi yapma işlem ve araçları standartize etme ve bunları değerlendirmede temel oluşturma, zaman ve enerji savurganlığını önleme, verimi arttırma ve maliyeti düşürme, uygulamaları doğru ve tam yapma işlemlerin geliştirilmesi ile sağlanan yararlılardan bazılarıdır.⁵⁴

2.1.1.8. Hemşirelikte Bütçe

Hemşirelik hizmetleri bölümü, hastanelerde nitelik ve nicelik yönünden oldukça büyük bir yer kapladığından bütçeye etkisi açıktır.⁵⁵ Yönetici hemşire belirlediği hedeflerine saptadığı standartlar ölçüsünde ulaşabilmek için, gereken maddi ve insani kaynakları saptamak, akıllıca planlamak ve ekonomik kullanmak zorundadır. Yönetici hemşire bu sorumluluğunu, hemşirelik bölümü bütçesini hazırlayarak ve kurum büçesine önerileri ile katkıda bulunarak yerine getirir.⁵⁶

Hemşirelik bütçesi kurum felsefesi, kurumda verilen, planlanan hizmetlerin niteliği, bakımda ulaşılması planlanan hedefler ve standartlardan büyük ölçüde etkilenir. Çünkü hemşirelik hizmetlerinin kalitesi ile kurum bütçesi arasında çok güçlü bir ilişki bulunmasıdır.

Kaliteli bakım verilmesi, diğer bir deyişle yüksek standartlara göre bakım verilmesi, ancak nitelikli ve sayıca yeterli maddi ve insani kaynakların sağlanması ile mümkündür.⁵⁷

2.1.2. Hemşirelik Hizmetlerinde Organizasyon

Yönetimde planlanan fonksiyonu yerine getirdikten sonra, sıra organizasyona gelir. Organizasyon en yakın anlamı ile, planda saptanan amaçlara ve bunlara ulaşmak üzere belirlenen yollara uygun bir örgüt kurmaktır.

⁵⁴ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.109.

⁵⁵ Velioğlu, 1982, **a.g.e.**, s.104.

⁵⁶ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.109.

⁵⁷ **Aynı**, s.110.

Örgütlenme, bir örgüt oluşturma veya örgütün etkili olarak çalışabilmesi için seçilen işler, kişiler ve işyerleri arasında yetki ilişkilerinin kurulması faaliyetlerinin tümü diye tanımlanır.⁵⁸

2.1.2.1. Organizasyon Teorileri

Hastanelerde dahil, sağlık kurumlarını daha iyi anlamak için organizasyonun teorilerini bilmek gerekir. 3 temel organizasyon teorisi vardır. Bunlar; Klasik Doktrin, Hümanistik Ekol, Modern Doktrin adları ile anılırlar.

Klasik doktrin organizasyon teorisinin en eskisidir. Doktrin yüksek verim alabilmek için, personelin katı kurullarla merkezden yönetimini öngörür. Klasik teoriyi benimseyen kurum, personele makine muamelesi yapmakla birlikte yine de neseldir. Kurum hedeflere ulaşmada etkili ve yeterlidir. Klasik teoriyi bulan Frederic Winslow Taylor'dur. Taylor'un bu teoriyi geliştirmedeki amacı, yüksek verim alma isteğinden kaynaklanmaktadır.

Taylor'a göre, bilimsel yönetim yaklaşımında zamanlama önemlidir. Bilimsel yönetim verimliliğin artırılmasında etkili olan bilimsel yönetimle ilgili bir takım araç, yöntem ve sistemlerdir. Amaç, işçinin belirli zamanda ne kadar iş çıkarması gerektiğinin saptanmasıdır. İşçiye 8 saatte tamamlaması gereken iş verilmeli daha fazla iş çıkaran işçi ödüllendirilmeli, daha az iş çıkaran ise cezalandırılmalıdır.

Klasik teoride otoriteye kesin itaat beklenir. Üst düzey yöneticiler beyin takımını oluşturur.⁵⁹

Hümanistik ekol aynı zamanda davranışsal ve neoklasik teori olarak da bilinir.

İç ve dış dengenin eşit ağırlıklı olduğu, işçilerin birlikte çalışarak istek ve gereksinimlerini yerine getirdikleri sosyal bir organizasyon biçimidir. Bu teoride bireysel hedefler kurumunkinden ayrılık gösterebilir. Bu nedenle bu teoriye göre organize edilen kurumda çalışanların planlama ve karar verme sürecine katılmaları teşvik edilir ve saptanır. Ayrıca bu teoriye göre; kâr ve üretime ilgi kadar, işçi gereksinimlerine ilgi, verimi ve ekonomik etkililiği arttıracığından, kurum, işçilerin iş doyumunu arttırmaya yöneliktir.⁶⁰

58 Cemalcılar, 1993, **a.g.e.**, s.102-103.

59 Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.113; Özalp, 1995, **a.g.e.**, s.49.

60 Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.114.

Modern teoriye aynı zamanda sistem teorisi, yönetim bilimi ya da organik teori denir. Teorinin özelliği, kurumu açık bir sistem olarak ele alarak girdi-çıkı ve geri bildirim yer vermesine dayanır. Sistemin strateji bakımından önemli kısımları, bu kısımlar arasında karşılıklı bağlılığın özelliklerinin araştırılması ve bu kısımları birleştiren süreçlerin neler olduğudur. Sistemin genel amaçlarının ortaya konması önemlidir. Sistemin bağımsızlığını arttırdığı için iletişim bu teoride son derece önemlidir ve dikey olduğu kadar yatay iletişimlere de yer verilir.⁶¹

Organizasyonun sayısız yararı vardır. Ancak bu yararların sağlanmasında en önemli koşul, yönetimin birinci basamağı olan planlamanın çok iyi ve kapsamlı yapılmış olmasıdır. Bu koşul sağlandığında; insan ve yönetimin diğer kaynakları arasında uyumlu ilişkiler kurarak bunlardan en üst düzeyde yararlanmak, ekip çalışması ve işbirliğini sağlamak, görev, yetki ve sorumlulukları belirlemek, personel çatışmasını önlemek ve birlikte istekle çalışma ortamının sağlanması gibi yararlar getirir.⁶²

2.1.2.2. Organizasyonda İzlenen Basamaklar

Organizasyonda başlıca şu basamaklardan geçmek zorunluluğu vardır:⁶³

- 1-Görülecek işlerin belirlenmesi ve gruplandırılması,
- 2-İşgörenlerin belirlenip atanması,
- 3-Yetki ve sorumlulukların belirlenmesi,
- 4-Yer, araç ve yöntemlerin belirlenmesi.

2.1.2.3. Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

İyi bir hemşirelik hizmetleri organizasyonunda başta başhemşire olmak üzere, tüm personelin hemşireliğin felsefesini iyi özümlemiş olması koşulu aranır.

Hemşirelik hizmetlerinde örgütlenme, en uçtaki personele kadar sürekli ve düzenli bir örgüt şemasını yapılması ve sınırları iyi belirlenmiş görev, yetki ve sorumlulukların uygun bir biçimde dağıtılması, standartların saptanması ve bunların personele benimsetilmesi etkinliğini içerir.⁶⁴

⁶¹ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.114; Özalp, 1995, **a.g.e.**, s303.

⁶² Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.114-115.

⁶³ Cemalçılar, 1993, **a.g.e.**, .103.

⁶⁴ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.116.

2.1.2.4. Norm Kadro Düzenlenmesi (Kadrolama Süreci)

Kadrolama, işgücü gerekleri belirlendikten sonra bu gereklere uygun personelin seçimi, yerleştirilmesi, değerlendirilmesi ve eğitimi suretiyle örgüt içindeki pozisyonların doldurulması, adamlanması (maning)dır.⁶⁵

Personel işlemlerini büyük ölçüde kolaylaştırması, görev ünvanlarına açıklık getirmesi, personelin güven duygularını geliştirmesi, işin etkinlik ve verimlilik düzeyini artırması, tarafsız yönetime zemin hazırlaması, eşit ve adil bir ücret sistemini getirmesi, personel gereksinimleri ve giderlerinin saptanmasına temel hazırlaması kadrolama sürecinin sağladığı yararlarından bazılarıdır.

2.1.2.4.1. İş Analizi ve İş Tanımı

İş analizi, işletmenin bünyesi içinde yer alan birbirinden farklı tüm işlerle ilgili bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve örgütlenmesidir.⁶⁶

Kurumlar ya da kuruluşlar, belli amaçların gerçekleştirilmesi için saptanan hedefler doğrultusunda örgütlenmiş sistemlerdir. Bu sistemlerin en önemli ögesi sistemi işler duruma getirecek insanlardır. Bu nedenle insanın yapacağı görevler, bu görevlerin yerine getirilmesinde kullanacağı yetkiler, görevlerin gerektiği gibi yerine getirilmemesi ya da yetkilerin iyi kullanılmaması durumunda ortaya çıkacak olumsuz durumlara ilişkin sorumluluklar ve görevi yerine getirirken rapor ve hesap vermesi gereken üst makamların açık seçik belirlenmesi yönetimde önde gelen koşullardandır.⁶⁷

İş tanımları, iş analizlerinin uzantısıdır. İş analizinden sağlanan iş hakkındaki bilgiler iş tanımında belirli bir sistem altında kısaltılarak kullanıma hazır hale getirilir. İş analizi işlerle ilgili bilgileri toplayan bir mekanizma, iş tanımı ise toplanan bu bilgileri sistematik ve bilinçli bir biçimde sunan bir tekniktir.⁶⁸

İş analizinin amacı; personel yönetiminde, gerekli alt yapı hizmetlerinin oluşturulmasında ve yönetimin temel işlemlerinin yürütülmesinde yol gösterici ve ışık tutucu hizmetlerde bulunmaktır.

⁶⁵ Hikmet Seçim, "Hastanelerde Verimliliği Arttırma Yöntemleri, İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama", **Hastane İşletmeciliği** (Eskişehir: 1995), s.184.

⁶⁶ Ramazan Geylan, **Personel Yönetimi** (Eskişehir: 1995), s.43.

⁶⁷ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.118.

⁶⁸ Geylan, 1995, **a.g.e.**, s.62.

Yeni gereksinimler ve kurumda yapı değişiklikleri yeni görevlerin doğmasına ya da görevlerin yapılmasında farklı yöntem, teknik ve araçların kullanılmasına neden olabilir. Bu gibi durumlarda görevlerin analizi gerekir.

Kurumlarda iş analizlerinin yapılması sorumluluğu personel birimlerindedir.⁶⁹

2.1.2.4.2. Görev Değerlendirilmesi

Paranın insan yaşamında çok önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Bu görev karşılığı olarak alınan para ile görev doyumu arasında doğru orantı olması beklenirse de maaş-görev doyumu ilişkisinin tam anlamı ile açık seçik olmadığı görülmektedir.

Görev değerlendirilmesinin amaçları; yapılan işler arasında haklı bir ayırım yapmak, ücret yönünden haksızlıkları bulmak ve önlemek, etkili bir ücret denetlemesi araç bulmak, dengeli bir ücret politikası izlemek, personeli kayırma olasılığını ortadan kaldırmak, personelin seçimi, eğitimi ve terfi ve nakillerde kullanılmak üzere bir usul bulmak, ücret konularındaki, istek, yakınma ve huzursuzlukları önlemedir.⁷⁰

2.1.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Ekip

Bir çalışma grubunun ekip sayılabilmesi için ortak amacı ve bazı üyelik dengelerine sahip olması gerekir. Ekip üyeleri birbiri ile bağlantılı çalışırlar. Bir diğerinden bağımsız çalışan kişiler ekip değildir.⁷¹

Ekip hizmet; aynı uzmanlık alanlarından gelmiş ve farklı eğitim görmüş bir grup görevlinin kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren işlemleri yerine getirerek, aynı amaca yönelik bir biçimde ve işbirliği içinde verdikleri hizmettir.

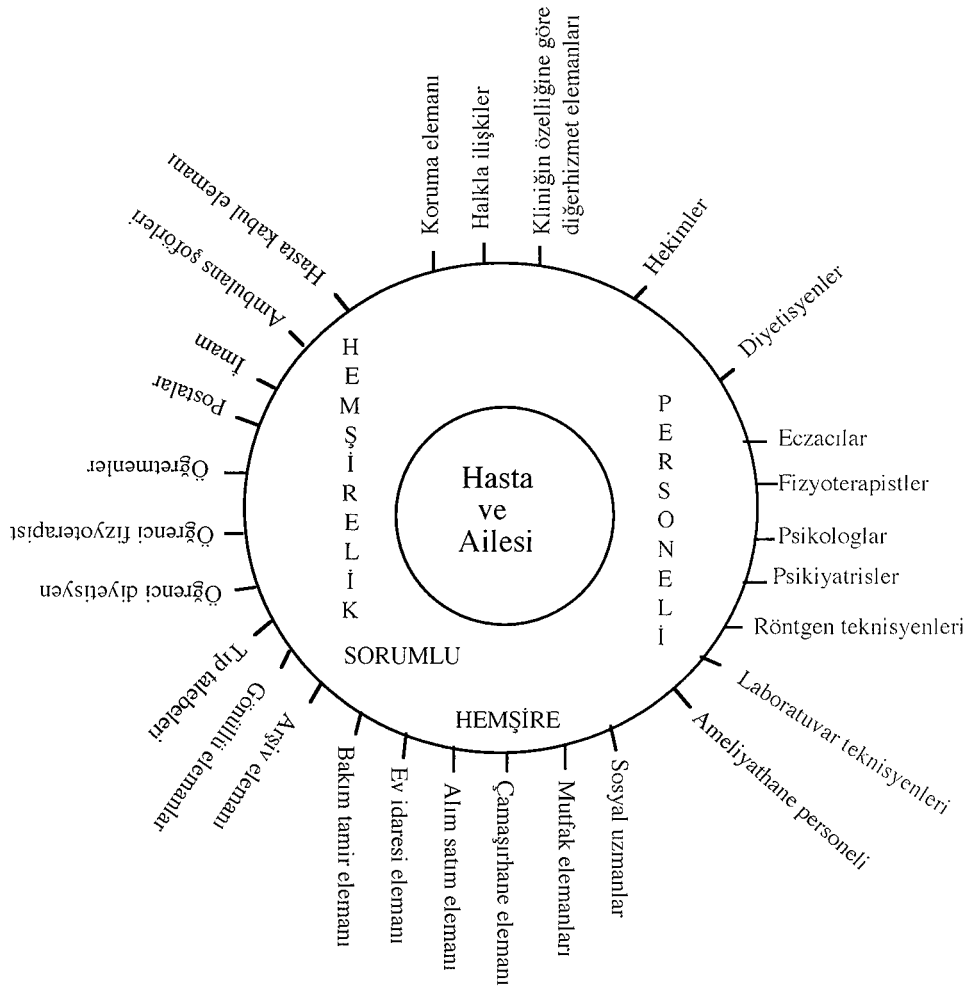
Sağlık ekibi; sağlık kurumlarında, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesinde değişik sağlık mesleklerinden üyelerin biraraya geldikleri, herbirinin kendi görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerinin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir. (Bkz. Şekil 7).⁷²

⁶⁹ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.119-120.

⁷⁰ **Aynı**, s.139-140.

⁷¹ Perihan Velioğlu ve Sevgi Oktay, **Sağlık Kurumları Yönetimi** (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1995), s.91.

⁷² Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.143-144.



Şekil 7: Sağlık Ekibi Üyeleri

Uyer, 1993.

2.1.2.6. Yetki Devri

Etkinlikler önceliklerine göre sıralandıktan ve eldeki kaynaklar gözden geçirildikten sonra sıra, organizasyon sürecinin etkinliklerinin yerine getirilmesi için yetki devrine gelir. Bu süreç, belki de organizasyonda en önemli süreçtir ve yetkinin kurum içinde uygun ve etkin dağılımını hedef almaktadır.

Yetki devri; birinin tüm ya da bazı yetkilerini bir başkasına ya da bir gruba devretmesidir. Amacı yeterliliği arttırmaktır.

Yetki devri iyi kullanıldığında, üyelerin kazançları sorumluluk duyguları artar, bilgileri zenginleşir, görev doyumları yükselir.⁷³

⁷³ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.150.

2.1.3. Hemşirelik Hizmetlerinde Koordinasyon

Yönetim süreci içinde çok çeşitli süreçler, insanlar, eşyalar vardır. Bunlar karmaşık bir yapı oluştururlar. Yapılması planlanan işlerin, düzen içinde yürütülebilmesi için, yönetim sürecinin tüm unsurları arası uyumu sağlamak gerekmektedir.⁷⁴

Yönetimde koordinasyon, insanların çabalarını birleştirmeyi, zaman bakımından ayarlamayı, ortaklaşa amaca varmak için faaliyetlerin birbirlerini bütünlemelerini sağlar.⁷⁵

2.1.3.1. Koordinasyon İlkeleri

Koordinasyon fonksiyonunun düzgün bir biçimde yürütülmesi bazı temel ilkelere uymakla sağlanır.

1-İlgili sorumlu kişiler arasında buluşup görüşme ile koordinasyon sağlanmalıdır.

2-Planlamaya giderken ve politikalar kararlaştırılırken daha başlangıçta koordinasyona gitmek gerekir.

3-Bir konuda veya bir sorun ile ilgili bütün etkenlerin karşılıklı olarak birbirleri üzerindeki etkileri dikkate alınarak koordinasyona gidilmelidir.

4-Koordinasyon sürekli bir işlem olarak düşünülmelidir.⁷⁶

2.1.3.2. Koordinasyon Çeşitleri

Koordinasyon, organizasyonu ilgilendirdiğinden, organizasyon içi ilişkilere bağlı olarak koordinasyonu üçe ayırabiliriz:

1-Dikey koordinasyon

2-Yatay koordinasyon

3-Merkezi koordinasyon

1.Dikey Koordinasyon:Yönetici ve astları arasındaki koordinasyona denir. Ast üst ilişkisine dayanır, uyum ve dengeli olmalıdır. İşletme büyüdükçe denetlenecek ast sayısı arttıkça dikey koordinasyon zorlaşır. Böyle durumlarda yönetim alanını genişleterek denetleyen sayısını arttırmak yararlı olur.

⁷⁴ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.284.

⁷⁵ Cemalcılar, 1993, **a.g.e.**, s.106.

⁷⁶ Özalp, 1995, **a.g.e.**, s.206-208.

2.Yatay Koordinasyon:Aynı bölümde çalışan bireyler arasında olabileceği gibi, değişik bölümlerin yöneticileri arasında da sağlanabilir. Burada iki durum sözkonusu olabilir. Birincisi bir üstün önderliğinde veya onun başkanlığında biçimsel olmayan gruplar meydana getirerek veya komiteler yoluyla koordinasyon sağlanır. Genel müdür çeşitli meslekler hakkında karar almak için fonksiyonlarda görevli yardımcılarını toplayarak onların koordine çalışmasını sağlayabilir. İkincisi astların kendi aralarında genellikle gönüllü olarak sağladıkları koordinasyondur. İki bölüm başkanının biraraya gelerek sorunları halletmeleri ve çözüm getirecek tedbirleri almaya karar vermeleri, üst basamak yöneticisine gitmeyi lüzumsuz kılar. Böylelikle dikey koordinasyona gerek kalmayacaktır.

3.Merkezi Koordinasyon:Bazen bir başka yol olan merkezi bir koordinasyon ünitesi kurulur. Merkezi bilgi sistemi veya bilgisayar bürosu veya merkezi bir muhasebe bölümü kurulabilir. Çeşitli bölümlerdeki görevliler üste müracaat etmeden merkezi koordinasyon birimiyle ilişki kurabilir.⁷⁷

2.1.3.3. Başhemşirenin Koordinasyonla İlgili Sorumlulukları

- 1-Yapılacak işleri uyumlu bir ilişki içinde gruplamak.
- 2-Hemşirelik hizmetleri personelinin çalışmalarının, hem kendi aralarında hem de hastanenin diğer bölüm çalışmaları ile koordine etmek.
- 3-İşbirliği yaptığı bölümlerin, işlemlerini iyi bilmek.
- 4-Hemşirelik departmanı içinde ve diğer departmanlarla toplantılar düzenlemek.
- 5-Hastanenin ortak toplantılarına katılmak.
- 6-Departman içi ve departmanlar arası iletişim sistemi geliştirmek ve iletişim kanallarının açık olmasını sağlamak.
- 7-İşbirliği yapma ve koordine etme yeteneğini geliştirmek.⁷⁸

2.1.4. Hemşirelik Hizmetlerinde Yönelme

Yönetim, planlama ile başlar, organizasyon ile güçlenir ve yönelme ile devam eder. Diğer bir deyişle ilk aşamada planlar hazırlanır. Planların konuların uygulamaya konması, örgüt kurulup örgütü oluşturan kişilere görev verilmesi

⁷⁷ Özalp, 1995, a.g.e., s.212-214.

⁷⁸ Uyer, 1993, a.g.e., s.284-285.

ile işletme ileriye doğru adım atmaya hazırdır. Bunun sağlanması ise kişilerin iş yapabilme yeteneğine bağlıdır. İş yapabilmeleri ise, emir verebilmeleri ve verdikleri emirlerin dinlenmesi ve kabul edilip yerine getirilmesine bağlıdır. Bu sağlandığı takdirde yöneltme fonksiyonu başlamış olur.⁷⁹

Yöneltme basamağının insana ağırlıklı yer veren özelliği, yöneticiyi sosyo-kültürel ve psikolojik yapıları birbirinden çok farklı yapıda bireylerle karşı karşıya getirdiğinden, yönetici açısından insanı iyi tanıma, yönlendirme yollarını bilme, insandan en üst düzeyde yararlanılmasını sağlamada gerekenleri bilme ve yapma zorunluluğu getirir.

Güç kullanılması, emir verme, rehberlik yapma, değişim sağlama, motivasyon, sürtüşmeleri önleme ve halletme gibi etkinlikler aracılığı ile planın yürütülmesi sırasında ortaya çıkan tahmin dışı sorunları çözmek, kararlar vermek, önlemler almak, tekrar yola koyulmak, bu basamağın kapsamı içindedir.⁸⁰

2.1.4.1. Servis Başhemşiresinin Yöneltme ile İlgili Görevleri

Hastaya kaliteli bakım verilmesinde başhemşireye düşen görevler şunlardır:

1-Kaliteli bakıma uygun işlemlerin düzenlenmesi ve sürdürülmesinde: Hemşirelik bakım komitesini oluşturma, bakım komitesine katılma, tıbbi ve hemşirelik vizitelerine katılma, hemşirelik bakım konferanslarına katılma, hemşirelik bakım kayıtlarının geliştirilmesini sağlama, gözetmene hemşirelik bakımı hakkında bilgi verme, hemşirelik bakım planı, raporlar, vizitler, konferanslar düzenleme, paramedikal grup ve diğer departmanlarla hasta bakımı hakkında bilgi paylaşma, gözetmenle uygun iletişim ağı kurma.

2-Personelle etkin iletişim ağının sağlanmasında: Yeni politikaları personele yorumlama, kritik olayları gözden geçirme, bunları gözetmenle tartışma ve ekip liderlerine yorumlama, yıllık personel değerlendirmelerini yapma, bunları personel ile tartışma, personele ilişkin sorunları gözetmenle tartışma, terfi ve transferleri önerme, kararları rapor etme.

3-Üniteye atanmış personelin yöneltmesi ve rehberlikte: Bakım kalitesini sağlayıcı atmosferi oluşturma, bireyin bilgi, beceri ve iyi niteliklerine saygılı olma, gelişme için olanakları sağlama, hasta ve ailesi ve diğer departman

⁷⁹ Özalp, 1995, **a.g.e.**, s.187.

⁸⁰ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.152-153.

personeli ile işbirliği kurma, kaza rapor sistemini geliştirme ve bunu gözetmenle tartışma, işe gelmeme ve geç gelme alışkanlıklarının nedenlerini araştırma, personel sorunlarını inceleme, personele rehberlik ve danışmanlık yapma, personelin bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirme, personelin gelişmesi için olanak sağlama, bölüm içi ilişkilere yön verme.⁸¹

2.1.4.2. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşirelik Personeli İhtiyacının Belirlenmesi

Personel planlaması, hastaların gereksinimi olan bakımı verebilecek hemşire sayısını belirleme ve sağlama sürecidir. Personel planlaması 4 evrede oluşur.

- Hastanın kurumdan ve hemşirelik hizmetlerinden beklediği bakımın özelliklerini ve standartlarını içeren amaçların belirlenmesi,
- Bakımı verecek sayı ve kalitede personeli belirlemek için özgün yöntemlerin uygulanması,
- Personel politika, prosedür ve rehberlerine uygun olarak personel görevlendirme sisteminin geliştirilmesi,
- Elde edilen ürünün değerlendirilmesi ve personelin kaliteye olan etkisi konusunda karar verilmesidir.

Gerekli sayı ve nitelikteki personeli belirleme yöntemleri, önceden kestirilen ortalama işyüküne bağlı olarak geliştirilmiştir. Hasta gereksinimleri arttığında ya da azaldığında hasta gereksinimlerine paralel olarak hemşire sayısında dengelenir.

Hasta gereksinimlerinin ve gerekli hemşire sayısının belirlenmesinde hasta sınıflama ve işyükü sistemlerini kullanmak, bu işlemi daha objektif ve kolay hale getirir. Ancak birçok hastane personel dağıtımı, işyükü raporlarına dayandırılmaktadır. Yeni görevlendirilmeler, denetçilerin, birimlerin personel ihtiyacına ilişkin, kararlarına göre yapılmaktadır. Ayrıca, personel yerleştirmenin ve hemşirelik bakımının etkili olabilmesi için iyi bir çalışma programının yapılmasında önemlidir.⁸²

Personel gereksinimini hasta ile ilgili faktörler, personel ile ilgili faktörler, çevre ile ilgili faktörler ve yönetim ile ilgili faktörler etkilemektedir.

⁸¹ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.153.

⁸² Uyer, Kocaman, Oktay, Argon, Abaan, **Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı** (İstanbul: 1996), s.62.

Personel gereksinimini etkileyen faktörler, hastaneden hastaneye değişiklik göstereceğinden, gereksinim saptamada bir tek yöntemden söz etmek olanaksızdır. Bu nedenle, hastaneler kendi yapı ve gereksinimlerine uygun yöntem bulmak zorundadırlar.

Personel gereksinimi 3 yöntemle saptanabilir:

1.Yöntem: Servis sorumlu hemşiresinin, servisteki işlerin yürütülmesinde gerek gördüğü personel sayısını belirlemesi ile ilgili bir yöntemdir.

2.Yöntem: Hastanın günlük bakım gereksinimlerinin saat olarak hesaplandığı bir yöntemdir. Günlük bakım saat tutarı, günlük yatak sayısına göre hesaplanır.

3.Yöntem: Servislerdeki etkinliklerin personel düzeyi ile eşleştirildiği bu yöntemde kimin ne yaptığı ve ne kadar yapacağına açıklık getirilir.

Hemşirelik bakımı kalitesi, bir serviste çalışan hemşirelik hizmetleri personelinin düzeyine göre farklılık göstereceğinden personelin gelişmişlik düzeyinin dikkate alınması bu yöntemde bilimsel bir özellik kazandırmaktadır.⁸³

Gereksinilen personelin sayısı ve düzeyini hesaplamada en geçerli yöntemlerden biriside hasta sınıflandırılması yöntemidir. Temel olarak hasta sınıflama, hastaların gereksindiği hemşire saati ve becerisine göre denetleme ve dereceleme yöntemidir. Bu yöntem, belirli bir zaman dilimi (bu genellikle gelecek 24 saattir) için gerekli hemşirelik bakımı miktarını ve aynı zamanda bu bakımı verebilecek hemşire tipini belirlemeye yardım eder.⁸⁴

Wastler hastaları 5 gruba ayırmış ve bu gruplara giren hastaların gereksindiği günlük bakım saatini hesaplamıştır. Wastler hastaları;

I.Grupta, kendi bakımını sağlayan/Günde sadece 1-2 saatlik bakım gereksinenler

II.Grupta, minimum düzeyde/Günde 3-4 saatlik bakım gereksinenler

III.Grupta, orta düzeyde/Günde 5-6 saatlik bakım gereksinenler

IV.Grupta, uyarlanmış yoğun bakım/Günde 7-8 saatlik bakım gereksinenler

V.Grupta, yoğun bakım/Günde 10-14 saatlik bakım gereksinenler olmak üzere gruplara ayırmıştır.⁸⁵

⁸³ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.155-156.

⁸⁴ Uyer, 1996, **a.g.e.**, s.64.

⁸⁵ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.156.

2.1.4.3. Hizmet-içi Eğitim Programı

Hergün yeni gelişmelerin ve hızlı değişmelerin meydana geldiği çağımızda, herhangi bir mesleğin fonksiyonunu tam olarak yerine getirebilmesi, kendi alanı içine giren bilgi ve becerilerde derinliğine ve genişliğine gelişme sağlaması ile mümkündür. Bu özellikle hemşirelik için doğrudur. Tıp ve bilim alanındaki ilerlemeler ve şimdi de, hemşirelik alanındaki araştırma ve incelemeler yeni bilgileri ve değişik gerçekleri ortaya çıkarmaktadır. Bunun başarılmasında ise en faydalı yol hizmet içi eğitimidir. Bu yolla hemşirelik bakımının gelişmesi ve hemşirelerin kişisel yönden tatmin olmaları sağlanacaktır.⁸⁶

Hastanelerde hizmet-içi eğitimi genellikle üç alanda yapılır. Bunlar:

- 1-Oryantasyon programı
- 2-Beceri geliştirmek
- 3-Liderlik alanında geliştirme ve yönetim

Eğitim programlarının amacı, birkaç başlık altında toplanabilir:

- 1- Yeni personeli görev ve sorumluluklarına, kuruma oryante etmeyi
 - Okulda eksik kazanılmış bilgileri tamamlamayı amaçlar.
- 2- Eski personele yönelik eğitim,
 - Eski personelin günün değişen gereksinim ve koşullarına göre;
 - bilgilerin artırılması
 - becerilerinin geliştirilmesi
 - yeni durumlara uyumlu davranışlar kazandırılmasını amaçlar.
- 3- Hizmet-içi eğitim genelde,
 - Personelde gelişen bu bilgi, beceri ve davranışları ile hemşirelik hizmetlerinin
 - niceliğinin artırılmasını
 - niteliğinin geliştirilmesini
 - daha ucuza maledilmesini amaçlar.⁸⁷

Hizmet-içi eğitimin, hizmeti verenler, hizmetin verildiği bireyler ve kurumlar açısından da pek çok yararı vardır.

Personeli, verdiği hizmette becerikli kılmak, okuldan çıkışındaki bilgi ve beceri eksikliklerini gidermek, personeli kusura dayalı sorumluluktan korumak, personelde güven duygusunu oluşturmak, personelin moralini yükseltmek, personeli üst kademe görevlere hazırlamak, personel-yönetici arası ilişkileri

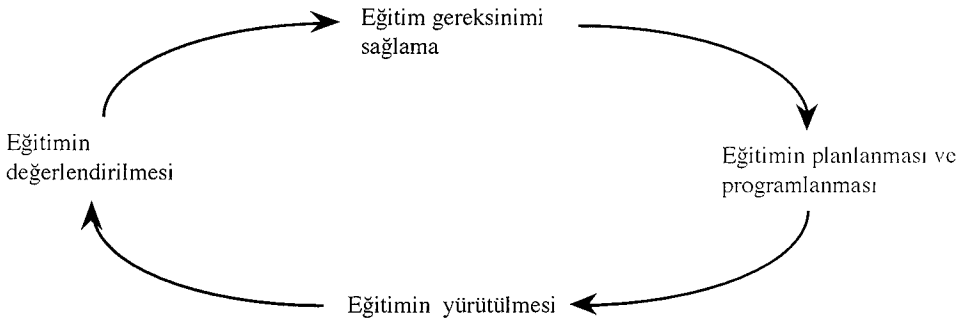
⁸⁶ Velioglu, 1982, a.g.e., s.145.

⁸⁷ Uyer, 1993, a.g.e., s.183.

geliştirmek, personelin ekip içindeki yeterliliğini sağlamak, kişiler arası ilişkileri düzenlemek, personeli yeteneklerine göre geliştirmek, iş kazalarını azaltmak, personele görev doyumu sağlamada yardımcı olmak, mesleki gelişimi sağlamak hizmet-içi eğitimin yararlarından bazılarıdır.

Programın hizmet verilenler açısından yararları; hizmet alana daha kaliteli, daha çok ve daha ucuz hizmet verilmesini sağlamak, hizmeti alanların güvenliğini sağlamak, kaza ve hataları önlemektir.

Programın kurum açısından yararları ise; hizmetin nitelik ve niceliğini arttırmak, hizmeti daha ucuza mal etmek, zaman, para, emek ve araç-gereç savurganlığını önlemek, işlem ve yöntemlerin gelişmesini sağlamak, kurumu hizmet verilenler ve verenler açısından özenilir hale getirmek.⁸⁸



Şekil 8: Hizmet-içi Eğitim Süreci

Uyer, 1993.

2.1.4.4. Rehberlik

Rehberlik; personelin ruh sağlığına olumlu etkiler yaparak, onun kendini kontrol ve kendine güven duyma düzeyini yükseltir ve bunlara bağlı olarak da etkili biçimde çalışma yeteneğini artırır. Rehberlik ayrıca yol gösterme, moral yükseltme, iletişimi geliştirme, duygusal gerilimi ortadan kaldırma, düşüncüyü açıklığa kavuşturma ve yeni duruma uyum sağlama konularında da yardımcı olur.

Rehberliğe gereksinim duyan bireyin gereksinim ve genel durumunun değerlendirilmesinde, rehberin üzerinde özenle durması gereken bir konumdur. Bu değerlendirmenin iyi yapılmadığı ve buna bağlı olarak, yönlendirmenin yanlış yapıldığı durumlarda, gerekli profesyonel yardım

⁸⁸ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.183-184.

sağlamada gecikmeler olabileceğinden, bireyin aleyhine bazı durumların ortaya çıkması kaçınılmazdır.

Rehberlik aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya iletişimi gerektirir. Personele, yönetime ilişkin duygularını açığa vurma konusunda yardımcı olur. Rehberlik ayrıca çalışanlara, kurum politikaları ve etkinlikleri konusunda bilgiler verilmesini sağlar. Bu yönleriyle rehberliğin, iletişimi geliştirici bir özelliği vardır.⁸⁹

2.1.4.5. Güdüleme

Güdülemeyi “kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi arzu ve istekleri ile davranmaları” şeklinde tanımlamak mümkündür. Görüldüğü üzere motivasyon konusu esas itibarıyla, a.kişilerin bekleyiş ve ihtiyaçları, b.amaçları, c.davranışları, d.kendilerine performansları hakkında bilgi verilmesi (feed-back) konuları ile ilgilidir. Güdüleme, istekleri, arzuları, ihtiyaçları, dürtüleri ve ilgileri kapsayan genel bir kavramdır. Açlık, susuzluk, cinsellik gibi fizyolojik kökenli güdüler “dürtü”; insanlara özgü başarma isteği gibi yüksek dürtülere de “ihtiyaç” adı verilir.

Güdülenenin iki önemli özelliği şudur: Birincisi güdüleme kişisel bir olaydır. Birisini güdüleyen herhangi bir durum veya olay başkasını güdülemeyebilir. İkinci güdüleme ancak insanın davranışlarında gözlenebilir.⁹⁰

2.1.4.6. Güç ve Otorite

Birbiri ile çok sıkı bir ilişki içinde olan güç ve otoritenin çoğu kez birbirine karıştığı görülmektedir. Güç; birinin diğerlerini etkileme kapasitesidir. Otorite ise, diğerlerini etkileme yetkisidir. Otorite, sahip olunan pozisyonun gücünden kaynaklanır.⁹¹

Güç bir kimsenin başkalarını, kendi istediği yönde davranışa sevk edebilme yeteneğidir. Güç kavramı ve ilişkilerini daha açık halde tanımlayabilmek için, güç kavramı ile birlikte gücün alanı, gücün konusu ve güç kaynaklarının da incelenmesi gerekir. Güç alanı kişinin etkileyebildiği kişilerin toplamını belirler. Güç konusu ise, kişinin başkalarını hangi konularda etkilediğini ifade eder. Güç kaynakları ise, kişinin başkalarını etkileyebilmek için hangi kaynaklardan yararlandığını açıklar.

⁸⁹ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.197.

⁹⁰ Koçel, **a.g.e.**, s.382-383.

⁹¹ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.225.

Otorite, kişiye örgüt tarafından verilen karar verme ve başkalarının davranışlarını belirleme hakkıdır. Bu hak o kişiye ve o mevkii işgal ettiği için verilmiştir. Hak o mevkie bağlıdır. Bernard'a göre, bir yönetici ancak, astları, kendisinin verdiği emirleri kabul edip gereğini yapıyorlarsa otorite sahibidir. Yöneticiye üst kademe tarafından bir hak verilmiş olsa bile, bunun uygulamaya konabilmesi astların kabulüne bağlıdır.⁹²

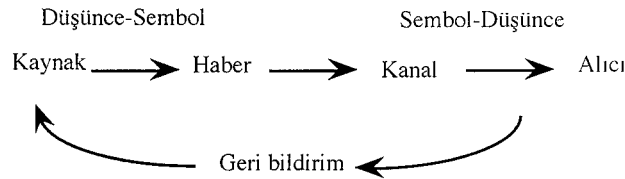
2.1.4.7. Hemşirelikte İletişim

İletişim, fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyetlerin ve gereksinmelerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir.

Birey, karşısındaki kişi veya gruba anlatmak istediği mesaj her neyse, bunu en iyi anlatacak söz ve hareketleri seçer. Mesaj, karşısındaki kişi tarafından istenen anlamda yorumlanmış ve anlaşılmissa, bu kişiler arasında iletişim vardır denir. Mesaj anlatılmak istenenden farklı anlaşılmissa aralarında iletişim yoktur denir.⁹³

İletişim sürecinin dört ögesi vardır. Bunlar:

- 1-Kaynak (haberi yollayan, verici)
- 2-Haber (mesaj)
- 3-Kanal (sembol)
- 4-Alıcı (haberi alan)



Şekil 9: İletişim Süreci

Uyer, 1993.

İletişimde amaç; verilmek istenen haberi; hiçbir değişikliğe uğratmadan tam ve doğru olarak alıcıya ulaştırmaktır. Bu koşulun sağlanmasında, kaynağa, haberi iyi formüle etme ve kanalı iyi kullanma; alıcıya ise, iyi dinleme, iyi yorum yapma ve geribildirim verme sorumluluğu düşmektedir.

⁹² Koçel, a.g.e. s.328-329.

⁹³ Ayşe Özcan, **Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim** (İzmir: 1996), s.20-21.

Bu sorumlulukların yerine getirilmesinde iletişim süreci basamakları izlenir. Bu basamaklar şunlardır:⁹⁴

- 1-Kaynağın mesajı oluşturması
- 2-Mesajı sembolleştirme (şifreleme)
- 3-Mesajı geçirme
- 4-Mesajın alıcı tarafından alınması
- 5-Alıcının mesajı deşifre etmesi
- 6-Alıcı tarafından mesaja tepki (geribildirim verilmesi)

İletişim çeşitleri ise sözlü ve sözsüz olarak ikiye ayrılmaktadır. Sözlü iletişim, kişilerin yazdıkları ve konuştukları sözcüklerle olur. Sözsüz iletişim ise, ses tonu, bedenin duruşu, yüz ifadesi, mimikler, ağlama, gülme, dans etme, şarkı söyleme, kişilerin giyim-kuşamı, kullandığı takılar, okuduğu gazete, oturduğu semt vb. özellikleri içerir.⁹⁵

2.1.5. Hemşirelik Hizmetlerinde Denetim

Denetim, öteki yönetim fonksiyonlarının neyi, nasıl ve hangi ölçüde başardığını araştırır ve saptar. Denetim, elde edilmek istenen sonuçlara ulaşacak biçimde işlerin yürümesini, aykırı gidiş ve tutumların yoluna konulmasını sağlayan bir fonksiyondur.⁹⁶

2.1.5.1. Denetimin Evreleri

Denetlemek, ortaya konan standartların ve uygulamanın karşılaştırılmasını yapmak ve gerekirse düzeltici tedbirleri almaktır. Planlanan hususlara ve amaçlara ne ölçüde ulaşıldığı, denetim sonunda anlaşılır. Bu her türlü denetimde aynıdır. Denetleme sistemi ve tekniği, para, büro, kalite, stok ve diğer durumlarda aynıdır. Denetleme evrelerini şöyle sıralayabiliriz:⁹⁷

- 1-Standartların belirlenmesi
- 2-Gerçekleşen durumun saptanması,
- 3-Standartlar ile gerçekleşen durumun karşılaştırılarak sapmaların saptanması ve yorumlanması
- 4-Sapmalar nedeniyle düzeltici tedbirlerin alınması

⁹⁴ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.209-210.

⁹⁵ Özcan, **a.g.e.**, s.23.

⁹⁶ Cemalcılar, **a.g.e.**, s.108.

⁹⁷ Özalp, 1995, **a.g.e.**, s.228.

2.1.5.2. Denetim Süreci

Denetimin, daha kaliteli, daha çok, daha ucuz hizmet sağlanması ve personelin geliştirilmesi aracı olarak değerlendirilmesi için, bu etkinliğin süreç olarak ele alınması gerekir.⁹⁸ Etkili bir denetim süreci, aşağıdaki aşamalardan oluşur:⁹⁹

- 1- Stratejik noktalarda denetim standartlarının oluşturulması.
 - a- Hedeflerin kişisel sorumluluklara bağlanması,
 - b- Denetim standartlarının saptanması,
 - c- Denetim ilkelerinin belirlenmesi; zamanlı olmak, ekonomik olmak, kapsayıcı olmak, dengeli olmak,
- 2- Üretimin (performansın) denetimi ve rapor etme.
(Üretimin miktarı, gideri, zamanı, nitelikleri ve değerleri bakımından denetim yapılır.)
- 3- Düzeltme önlemlerinin alınması.
 - a- Çevresel koşulları düzeltme,
 - b- Personel seçimi, eğitimi, yöneltilmesi,
 - c- Personeli verimli çalışmaya özendirme,
 - d- Plan ve programları yeniden gözden geçirme,
(Programda standartlar yüksek ya da düşük tutulmuş olabilir.)

2.1.5.3. Denetimin Özellikleri

Her yönetici planlarının başarısını görmek için denetim yapar. Bunu yaparken çeşitli matematiksel, istatistikî araçlardan yararlanır. Bu bakımdan denetim hem işletmeye hem de yöneticiye uygun bir biçimde geliştirilmelidir. Denetimin özelliklerini şöyle sıralayabiliriz:

1-Denetim amaçlara ve planlara dayanmalıdır: Amaçlar, politikalar, stratejiler, yöntemler, metodlar ve bütçeler uygulama standardı sağlandığından faaliyet sonuçları bu standartlara göre ölçülmelidir.

2-Denetim ilgili faaliyetin gerek ve ihtiyaçlarını aksettirmelidir: Bütün denetim sistemleri yapılan işi kapsamalıdır.

3-Denetim esnek olmalıdır: İşletmenin faaliyet gösterdiği iç ve dış çevre sürekli bir değişim içinde olduğundan plan, program, politikalar sık sık değişir,

⁹⁸ Uyer, 1993, a.g.e., s.262.

⁹⁹ Aynı, s.264.

bunun sonucu olarak denetim sisteminin esnek olması kaçınılmazdır. Özellikle umulmayan olaylar karşısında esneklik göstermelidir.

4-Denetim organizasyona uygun olmalıdır: Organizasyon işletmede biçimsel ilişkileri saptadığı kadar, yönetim fonksiyonlarının uygulandığı yerdir. Yönetici görevleri ve yetkileri saptadığı kadar denetimle yakından ilgilidir. Yetki ve sorumlulukların açık bir şekilde belirtilmesi ile standartlardan sapmaların nedenlerini ve tedbirlerin sağlanmasını mümkün kılar.

5-Denetim ileri bakmalıdır: Denetim fonksiyonu yerine getirilirken en az giderle denetimin sağlanmasına çalışılmalıdır. Çeşitli bilgi akımı faaliyetleri en ekonomik şekilde yapılmalıdır.

6-Denetim tarafsız olmalıdır: Organizasyon insan ilişkilerinin çok olduğu bir sistem olduğu için duygusal davranışların fazla olduğu bir ortamdır. Denetim tarafsız olmazsa denetim zorlaşır. Tarafsız denetim ölçüleri kalite, miktar, zaman ve faaliyet giderleri için uygulanabilir.

7-Denetim düzeltici tedbirleri almalıdır: Denetimin temel amacı olan düzeltici tedbirler alındığı ölçüde denetimin başarısından söz edebiliriz. Denetim ancak planlama, organizasyon, yöneltme ve koordinasyondaki sapmaların düzeltilmesi ile gerçekleşebilir.

8-Denetim kapsayıcı olmalıdır: Denetim faaliyeti bütün örgütü kapsamalıdır. Özellikle üst yönetimin denetimi iyi bir biçimde başarabilmesi için bütün örgüt noktalarını kapsamaları zorunludur.

9-Denetim sık sık gözden geçirilmelidir: Denetimin işletmeye yarar sağlaması için sık sık gözden geçirilmeli ve ekonomik, tarafsız bir esneklik özelliği sağlanmalıdır.

10-Denetim anlaşılabilir olmalıdır: Denetimin etkili olabilmesi anlaşılabilir olmasına bağlıdır. Çeşitli organizasyon basamaklarında çalışan yöneticiler denetimin nasıl çalışacağını bilmelidirler. Çalışanlar denetimi ve standartları anlamazlarsa uygulamalarını standartlara uyduramayacaklardır.¹⁰⁰

2.1.5.4. Denetimin Yapılma Yolları

Hemşirelik hizmetlerinde saptanan hedeflere; planlanan düzeyde ve sürede ulaşıp ulaşılmadığı konusunda bilgiye sahip olmak için iki türlü denetimden söz edilebilir.

1-İşin bitmiş halinin denetlenmesi,

2-İşin yapıldığı sırada işi yapan elemanın denetlenmesidir.

¹⁰⁰ Özalp, 1995, a.g.e., s.233-237.

Bu her iki denetim stilinde de önemli olan, eksik ve yanlış uygulamaların ortaya çıkarılması, bunların nedenlerinin saptanması ve bu hususların düzeltilmesine gidilmesidir. Denetimin özelliği nedeniyle, denetimde işi yapanda kusur arama yerine, dikkatler yapılan işe yoğunlaştırılır.¹⁰¹

¹⁰¹ Uyer, 1993, **a.g.e.**, s.261.

BÖLÜM 3

HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE BAKIŞ

3.1. Toplam Kalite Yönetiminin Temeli

Toplam kalite yönetiminin temeli bazı basit kavramlardan oluşmuştur.¹⁰²

İşletmenin başarılı olabilmesi için kârlı satışlar yapması gerekir. Bunun içinde müşterisi olmalıdır. İşletmeler hem şu andaki müşterilerini elde tutmak, hem de gelecekte müşteri bulabilmek için çabalamalıdır.

İşletmeler müşterilerini belirledikten sonra, onların gereksinim ve beklentilerini de belirlemeli ve süreçlerini bu gereksinimleri doğru ve zamanında karşılayacak şekilde düzenlemelidirler.

Bir işletme kârlarını en çoğa çıkartabilmek için, verimliliğe ve etkinliğe önem vermelidir. Bunun için müşteriyi tatmin edecek mal veya hizmeti en düşük maliyetle üretmeye çalışmalıdır.

Maliyet etkinliği için, müşteri gereksinimleri tasarım aşamasından itibaren gözönüne alınmalıdır. Ürün veya hizmet üretirken hata, fire ve ıskartaları önleyerek, verimsizliği en aza indirmek gerekir.

Son olarak bütün faaliyetlerin müşteri gereksinimlerine yönelik olduğunun kontrol edilmesi, eğer öyle değilse üretim durdurulup sürecin kontrol altına alınması gerekir.

Toplam kalite yönetimi korkunç bir rekabetin olduğu günümüzde işletmenin uzun zaman hayatta kalmasını sağlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın en temel unsurları Fiegenbaum ve Ishikawa gibi çeşitli kalite yöneticileri tarafından aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Kalite odaklı olmak,
- Müşteri odaklı olmak,
- Süreç odaklı olmak,
- Kalite maliyetlerini hesaplamak,
- Deming döngüsünü bir yönetim modeli olarak kullanma,
- Gerçekler ve istatistikleri kullanarak karar vermek,

¹⁰² Mina Özveren, **Toplam Kalite Yönetimi: Temel Kavramlar ve Uygulamalar** (İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım,1997), s.4-5.

- Devamlı gelişme,
- Hedeflerle yönetim,
- Günlük yönetime ağırlık vermek,
- Katılımcı yönetim ve grup çalışması,
- Her girdi ve kaynağın kontrolü,
- İç müşteri kavramı,
- Önlemeye dönük yaklaşım.

Bu çalışmalarla işletme devamlı kendini geliştirerek daha iyi rekabet edeceği bir konuma gelecektir. Rekabet edebilir bir duruma gelebilmek için işletme esnek ve çevre şartlarına hemen cevap verebilecek durumda olmalıdır.

3.2. Toplam Kalite Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

Son on yılda endüstri ülkeleri, insanlık tarihinin daha önce benzeri yaşamadığı bir soğuk savaş ile karşı karşıya bulunmaktadır. Ülkelerin firmaları arasında gerçekleşen, “Kalitede Liderliğe Ulaşma” veya kısaca “kalite” savaşı olarak isimlendirebileceğimiz bu savaş, 1970’li yıllarda Japonya’nın başta ABD olmak üzere, bazı Avrupa ülkelerine hücumu ile başlayıp, 1980’li yıllarda iyice etkisini göstererek, günümüze kadar artan hızla devam eden bir gelişme göstermektedir.¹⁰³

İşletme tarihini genel olarak sanayi devriminden önce ve sanayi devriminden sonra olmak üzere ikiye ayırırsak, kalite olgusunu da bu bağlamda ikiye ayırarak inceleyebiliriz:

Sanayi devriminden önce üretim, küçük atölyelerde ve az sayıda kişi tarafından gerçekleştirilmekte idi. Üretim ve üreten ilişkileri loncalar tarafından düzenlenmekteydi.¹⁰⁴

Lonca sisteminde işçi üretim sürecinin her aşamasında çalıştığı için “işin tümünü görebilmekte” ve hammaddeden başlayarak mamulün bitimine kadar her konuyu bilmekteydi. Bugünde aynı amaçla “iş rotasyonu” ve “iş zenginleştirilmesi” yöntemleri uygulanmaktadır.¹⁰⁵

Sanayi devriminden sonra makineleşmenin artmasıyla üretim şekli de atölye tipi üretimden fabrikalaşmaya ve kitle üretimine geçiş yapmıştır. Endüstri devrimiyle eski önemini kaybeden usta ve kalfalar yeni sistemin

¹⁰³ Gönül Yenersoy, **Toplam Kalite Yönetimi: Mükemmeli Arayış Yolculuğuna İlk Adım** (İstanbul: Rota Yayın Yapım Tanıtım Ticaret Ltd.Şti., 1997), s.9.

¹⁰⁴ **Meydan Larousse** (İstanbul: Cilt.8, 1972), s.50.

¹⁰⁵ Özveren, **a.g.e.**, s.7.

vasıflı işgücünü teşkil etmişlerdir. Üretim artışına paralel ortaya çıkan istihdam açığı vasıfsız işçilerden karşılanmaya çalışılmış ve böylece kalitede düşme görülmüştür.

Bu sorunlara çözüm arayan ve bilimsel çalışmalarıyla kalite olgusuna katkıda bulunan kişilerden biri de “Bilimsel Yönetim”in babası Frederick Winslov Taylor’dur.

Taylor işletmelerdeki verimsiz ve israfli çalışmalara dikkati çekmiş ve bu bağlamda planlama ve üretimin birbirinden ayrılmasını, işin mühendisler tarafından planlanmasını ve nasıl yapılacağına işçilere anlatılmasının gerekli olduğunu savunmuştur.¹⁰⁶

Amerika’da Taylor atölye düzeyinde verimlilik çalışmalarını arttırırken bilimsel yönetimin diğer önemli ismi Weber’de Almanya’da yönetimin ilkeleri ve bürokrasi konusunda yeni teoriler geliştirmiştir.

Weber’in kalite yönetimine katkıları, sistem kurma, görev, yetki ve dağılımın akılcı ve bilimsel bir şekilde yapılmasını sağlamak şeklinde olmuştur. Daha sonraları Elton Mayo ve arkadaşları Hawtorne Şirketi’nde yaptıkları araştırmalar sonucunda yönetimde insan faktörünün önemini ortaya çıkarmışlar. Araştırmada fiziksel şartların öneminin daha az olduğunu ve küçük gruplarda iş veriminin daha arttığı sonucuna varmışlardır. Bu gruplarda ilişkiler daha sıcak ve samimidir, böylece kalite ve verimlilik artmıştır. Bu çalışmalar kalite çemberlerinin temelini oluşturmuştur.¹⁰⁷

Yönetimde gelişmeler sağlanırken, aynı yıllarda “kalitenin yönetimi konusunda da çeşitli çalışmalar yapılmaktaydı.” 1930 yıllarında Dr. W.A. Shewart tarafından proses kontrolü çalışmaları başlatılmıştır.

Bu bağlamda Toplam Kalite Yönetimi kavramının, kalitenin yönetimi ve işletme yönetiminin kalitesinin gelişmesinin bir sonucu olarak doğduğunu söyleyebiliriz.

İkinci Dünya Savaşı’na kadar bu insani ve endüstriyel çalışmalar devam etmiş ve savaş dolayısı ile kalifiye elemanlar dağılmış yerine vasıfsız işgücü gelmiştir. Kalifiye olmayan elemana, kaliteli bir iş yaptırmak için standartlara, talimatlara, prosedürlere ve kalite kontrole ağırlık vermek gerekir. Bugün kullandığımız birçok kalite standardının temeli ordu standartlarıdır.

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra, her türlü ürüne talep çoğalmış, arz artışı önem kazanmış, fakat kalite olgusu bir süre için gözardı edilmiştir. Ancak talebin doyurulması ve tüketicinin biçimlenmesi sonucu, endüstriyel yaşam

¹⁰⁶ Özveren, **a.g.e.**, s.8.

¹⁰⁷ Koçel, **a.g.e.**, s.143-144.

yeniden şekillenmiş, bu yaşam ve bu şekilleniş “toplam kalite yönetimi” kavramının doğuşuna neden olmuştur.¹⁰⁸

II.Dünya Savaşı’ndan sonra Japonya ucuz ve kalitesiz mallarla dünya pazarlarında boy gösterirken, kalite konusunu ulusal bir sorun haline getirerek, planlı bir şekilde ülke çapında kalite geliştirme faaliyetlerine girmiştir. Bu süreç içinde Japonya’nın önce batıyı kopya ettiği, sonra kendi teknolojisini geliştirdiği, kalite kontrol konusunda ABD’li uzmanlardan yararlandığı herkesçe bilinen bir gerçektir.¹⁰⁹

1946 yılında Japon kalite yaşamına büyük katkıları olan Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği (JUSE) kuruldu. Japonya’nın kalite konusunda yetiştirdiği büyük isimlerden Dr. Kaoru Ishikawa’da JUSE’de kalite kontrol dersleri vermeye başladı. Daha sonra JUSE bazı batılı bilim adamlarını kurslar vermek üzere davet etti. Bunlardan en önemlisi 1950 yılında gelen Amerikalı istatistikçi Dr. Deming’ti.¹¹⁰

Bugünün Japonya’sında “Kalite nasıl üretilmektedir, Japon kalite yönetiminin karakteristik özellikleri nelerdir?” Japonya’daki Kalite Yönetiminin dayandığı temel özellikleri şu altı başlık altında toplamak mümkündür.¹¹¹

I.Firma Çapında Kalite Kontrol: Kalite herkesin sorumluluğudur. Kurulustaki her kademe ve her kişi kalitenin üretilmesi sürecinde yer alır.

II.Kalite Kontrolü’nde Teorik ve Pratik Eğitim: Firma çapında kalitenin sağlanması için eğitime büyük önem verilir. Her düzey ve bölüm için ihtiyaçlara uygun eğitim programları düzenlenir ve eğitim sürekli olarak yinelenerek devam ettirilir.

III.Kalite Kontrol Çemberleri: Japonya’da, firma çapında kalitenin ayrılmış bir parçası kalite kontrol çemberleridir. Çemberlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır.

IV.Kalite Kontrol Denetimi ve Deming Ödülleri: Kalite çalışmaları genel müdür tarafından denetlenir. Başarılı uygulamalar ödüllendirilir.

V.İstatistiksel Yöntemlerin Kullanımı: Kalite kontrolde istatistiksel yöntemler yaygın bir şekilde kullanılır. Teorik eğitimin önemli bir kısmı bu amaca yöneliktir.

¹⁰⁸ Özveren, **a.g.e.**, s.9-10.

¹⁰⁹ Yenersoy, **a.g.e.**, s.9-10.

¹¹⁰ Özveren, **a.g.e.**, s.11.

¹¹¹ Yenersoy, **a.g.e.**, s.31-32.

VI.Yurt Çapında Kalite Kontrolünü Yayan Kuruluşlar: Japonya'da çok sayıda kuruluş ve komite kalite kontrolünü sürekli olarak teşvik eden ve güncel tutan faaliyetlerde bulunurlar. Kalite Kontrol Araştırma Grubu, Kalite Ayı Komitesi, Kalite Kontrol Konferans Komitesi bunlardan bazılarıdır.

Ayrıca Japonya'nın yönetim bilimine kazandırdığı JIT (Tam Zamanında) kavramının da, kalitede mükemmelliğe giden yolda çok önemli bir katkısı olmuştur. Toplam Kalite Kontrol Sistemi JIT ile birlikte uygulandığı zaman çok kuvvetli bir amaç olmaktadır.¹¹²

3.3. Toplam Kalite Yönetimine Katkısı Olan Önemli Kişiler

Toplam Kalite Yönetimine katkısı olan önemli kişiler olarak Dr. William Edwards Deming, J.M. Juran, Phil Crosby, Prof.Dr. Kaoru Ishikawa'yı sayabiliriz.

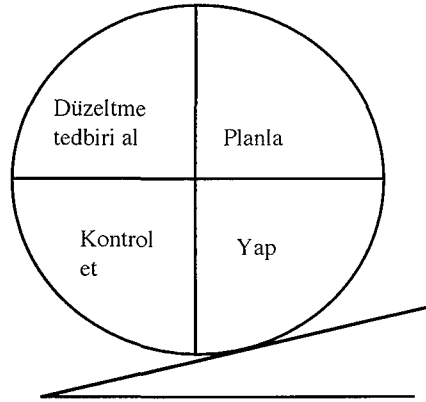
Dr. William Deming fizik mühendisidir. Fizik doktorası için çalışırken Chicago'daki Hawthorne tesislerinde Walter A. Shewart'la birlikte çalışmalar yapmıştır. 1947'de Japonya'ya gitmiştir. Japonlar'a istatistikte veri dağılımı, kontrol çizelgeleri yoluyla proses kontrolü ve bir yönetim modeli olarak Deming döngüsünü nasıl kullanacaklarını anlattı. 14 ilkesiyle de kalite yönetiminin temellerini oluşturdu:¹¹³

1. Ürün ve hizmet geliştirme amacını devamlı kılın.
2. Yeni bir yönetim felsefesi uygulamaya koyun.
3. Kaliteyi sağlamada denetimlere güvenmeyin.
4. Sadece parasal ödüller vermekten vazgeçin.
5. Üretim ve hizmet sistemlerini devamlı iyileştirin.
6. Eğitimi kurumlaştırın.
7. Liderliği kurumlaştırın.
8. Korkuyu kaldırın.
9. Birimler arasındaki engelleri kaldırın.
10. İşgücünü sloganlarla, rakamsal hedefler vererek zorlamayın.
11. İşgücü için rakamsal kotalar koymayın.
12. Çalışanların işlerinden gurur duymalarını sağlayın.
13. Kişilerin kendi kendilerini eğitme çalışmalarını destekleyin.
14. Dönüşümü gerçekleştirecek faaliyetlerde bulunun.

¹¹² Yenersoy, **a.g.e.**, s.32-33.

¹¹³ Özveren, **a.g.e.**, s.11-12.

Deming döngüsünde, yapılacak işler önce planlanır, sonra uygulanır ve sonra kontrol edilir. Kontrol faaliyetleri ile elde edilen sapmalar düzeltilir ve bu düzeltme tedbirleri bir sonraki faaliyetin hedeflerini oluşturur. Deming döngüsü amaçlara göre yönetim tekniğinden yararlanan bir faaliyettir. Bu faaliyetler bir çember içerisinde ve çemberin her dönüşünde işlerin daha kaliteli olmasını sağlayan bir sistemdir.¹¹⁴



Şekil 10: Deming'in Döngüsü

Özveren, 1997.

Juran, Connecticut'taki Juran Enstitüsü'nün kurucusudur. İşletme süreçlerinde Kalite Yönetimi kavramı ile ünlenmiştir.¹¹⁵ Juran tarafından kalite sarmalı geliştirilmiştir. Juran'ın Kalite Yönetimi ve Kalite Geliştirme çalışmaları 3 aşamalıdır:

1. Üst yönetimin varlığını açıkça hissettirmesi,
2. Kalite yönetimi,
3. Kalite planlama.

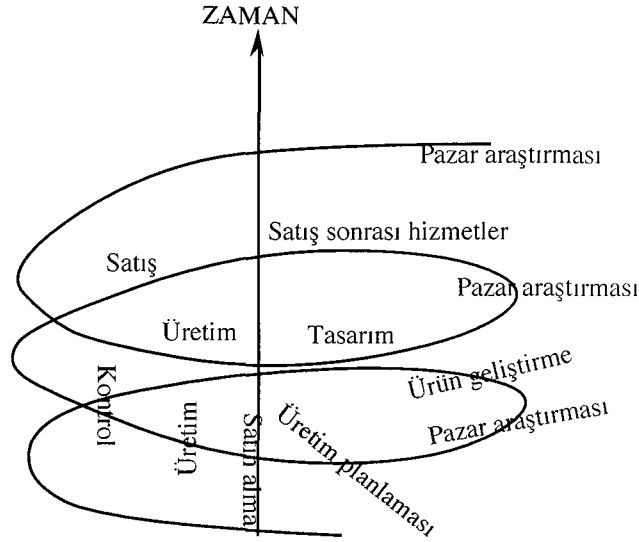
Juran felsefesinin can damarı, kalitenin bir yönetim sorumluluğu olduğu noktasında odaklaşır. Juran, kaliteyi mali konularla paralel bir yönetim disiplini olarak tanımlar:¹¹⁶

- Kalite kontrolü, mali kontrol ile paraleldir.
- Kalite planlama, mali planlama ve bütçeleme ile paraleldir.
- Kalite iyileştirme, maliyetin azalması ile paraleldir.

¹¹⁴ Özveren, **a.g.e.**, s.12-13.

¹¹⁵ **Aynı**, s.13.

¹¹⁶ Jale Gür, **Kalite Maratonu** (Ankara: F&S Tanıtım Hizmetleri, 1996), s.17.



Şekil 11: Juran'ın Spirali

Özveren,1997.

Crosby, kaliteye 40 yıl hizmeti geçmiş bir Amerikalı iş adamıdır. ITT'nin başkanıyken 14 yıl kaliteyle ilgili çalışmalar yapmıştır.¹¹⁷ Crosby, görüşlerini dört ana başlıkta toplamış, süreci ise üçe ayırmıştır. Kalitenin dört esası:

1. Kalite, isteklere uygunluktur.
2. Kaliteyi yaratan, önlemedir.
3. Yönetimin çalışma standardı, sıfır hata olmalıdır.
4. Kalitenin ölçüsü, isteklere uyumsuzluğun maliyetidir.

Gelişim süreci:

1. Kararlılık
2. Eğitim
3. Uygulama

İlk kez Crosby tarafından ortaya atılan “Sıfır Hata” kavramı, işin ilk defada doğru yapılması” kavramı gibi Crosby'nin bakış açısının temelini oluşturur. Bir işletmede sıfır hata ile çalışabilmek için öncelikle hata kaynaklarının saptanması gerekir.¹¹⁸

Ishikawa, Japon kalite mucizesinin baş mimarlarından. Kalite eğitimine önem vererek basit istatistik tekniklerin en alt seviyedeki işçilere kadar yayılmasını sağlamıştır. Japonya'da kalite çemberlerinin ve sebep-sonuç diagramının bulucusu olarak adını kalite yazınında duyurmuştur.¹¹⁹ Ishikawa,

¹¹⁷ Özveren, **a.g.e.**, s.14.

¹¹⁸ Gür, **a.g.e.**, s.18.

¹¹⁹ Özveren, **a.g.e.**, s.14-15.

Toplam Kalite Kontrolü, sürekli gelişme demek olan Kaizen kavramı ile özdeştir. Kaizen sözcüğüne önem kazandıran unsur, onun aynı zamanda bir felsefeyi, bir yaşam şeklini belirtmesidir.¹²⁰

3.4. Kaliteyi Etkileyen Etmenler

Kaliteyi etkileyen çeşitli etmenler vardır. Bütün iç ve dış şartlar kaliteyi etkiler. Bu etmenlerin bazıları şunlardır: Para, pazar, bilgi, insan, yönetim, malzeme.

Para:Mal ve hizmetlerin çeşitlenmesi, rekabetin hızlanması ve geri kalmış ülkelerdeki ekonomik krizler nedeniyle işletmelerin kâr marjları düşmüştür. Ayrıca gelişmeler, işletmelerde yeni teknolojilere yatırım yapma gereğini duyurmuşlar. Bu da sabit masrafları arttırarak, kârın azalmasına neden olmuştur. Bu yüzden paranın yönetimi Toplam Kalite Yönetiminin temel işlevlerinden biridir.

Pazar:Toplam Kalite Yönetimi serbest piyasa faaliyetlerinden doğan bir rekabet aracıdır. Rekabet olan bir ortamda müşteriye kim daha çok mutlu ederse o kazanır.

Bilgi:İlk çağlarda fiziksel güç önem kazanmaktaydı. Sanayi devrimi ile birlikte fiziksel gücün yerini makinaların almasıyla birlikte para önemli bir güç kaynağı haline geldi. Paranın saltanatı ise bilgi çağına kadar sürdü. Bugün bilgisayarların gelişmesi ile daha çok bilgi toplanabilmekte, depolanabilmekte ve kullanılabilir. Kim daha çok bilgiye sahip olursa ve kim daha çok bilgisini kullanabilirse bu rekabet yarışında ipi o göğüsleyecektir.

İnsan:İşletmelerde bilgi önem kazanınca doğal olarak bilgiyi kullanacak insanda önem kazanmaktadır. İşletmelere can veren, para, malzeme ve işyeri gibi tüm girdileri çalıştıran ve kendisi de bir üretim faktörü olan insandır. Toplam Kalite Yönetiminde prensip ve temellerini benimsemiş insanlara gereksinim duyulur.

Yönetim:Yönetim insanlara yönelik bir faaliyettir. İnsan kaynağının değişen profiline bağlı olarak yönetiminde özellikleri değişmiştir.

Çağdaş bir yönetim tarzı olan Toplam Kalite Yönetimi demokratik yönetim tarzı gerektirir. Demokrat yöneticiler astlarını dinleyen, onların fikir ve isteklerine değer veren, onlara hedef gösterip hedefe nasıl ulaşılacağını kendilerine bırakan liderlerdir.

¹²⁰ Gür, a.g.e., s.25.

Malzeme:Malzemenin istenen kalite karakteristiğine uygun olması ve bunun içinde doğru ölçümler yapılması kalitesizlik maliyetini azaltma açısından önemlidir.

Son zamanlarda malzemelerde teknolojik gelişmelere paralel olarak çok gelişmiş ve çeşitlenmiştir. Böylece daha özellikli ürünler yapılabilmekte ve müşteri tatmini arttırılabilmektedir.¹²¹

3.5. Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi

3.5.1. Hizmet İşletmelerinin Özellikleri

- Emek Yoğundur: Birim çıktı başına daha az donanım gerekir. Bu da hem hizmet üretiminin kontrolünü zorlaştırır, hem de stratejilerin geliştirilmesinde belirsizliği artırır.

- Envanter Yapılamaz: Hizmetlerin soyut olması ve depolanamaması nedeniyle envanter yapılamaz. Hizmet işletmelerinde satış artırma planları yapılırken, varolan üretim kapasitesini geliştirmek gerekir. Bu da kısa erimde çok güçtür.

- Kaliteyi ve Miktarı Ölçme Olanığı Sınırlıdır: Hizmet üretiminde kalite standartlarını belirlemek çok güçtür. Ölçmenin tek yolu, tüketiciye sunulurken kontrol etmektir. Ancak, hizmetin müşteriye vereceği doyum subjektiftir. Miktar standardı içinde aynı açıklamalar geçerlidir. (Doktor başına düşen hasta sayısı belirlenir, ancak doktorun hastaların herbirine sağladığı hizmet miktarı ölçülemez.)

- Maliyet Hesabı Yapılması Güçtür: Özellikle birim maliyetin hesaplanmasında önemli bir sorundur. Dolayısıyla birim üretimin fiyatlandırılması da etkilenecektir.

- Pazara Yakındır: Üreten ile satınalan arasında doğrudan ilişki gerektiği için pazara yakın olması zorunludur.

- Görelî Olarak Küçüktür: Tepe yöneticileri hem çevreyi hem de işletme içini yakından gözleme olanağına sahiptir. Ancak küçük olmanın verdiği zayıflıkları da bünyesinde taşır.

- Hedef Pazarın Tanımlanması Güçtür: Pazar hacminin belirlenmesi, pazarın tanımlanması için yeterli değildir. Sunulacak hizmetin niteliklerindeki açıklanması zorunludur. Hizmetin alım ya da kullanım sıklığı da önemlidir.¹²²

¹²¹ Özveren, a.g.e., s.46-51.

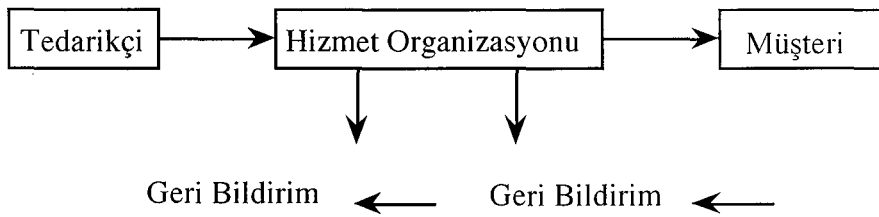
¹²² Gür, a.g.e., s.77-78.

3.5.2. Hizmet Kalitesi

Sunulan bir malın ya da hizmetin kalitesi için müşteri gereksinim ve beklentilerinin karşılanabilme yeteneği sözkonusudur. İsteklerin yerine getirilebilmesi mala duyulan gereksinimin karşılanmasına göre daha öncelikli olduğunda, malla doğrudan veya dolaylı ilintili hizmetlere ilişkin özelliklerde o derece önem kazanmaktadır. Personelin eğitim seviyesi, davranış, tutum, dış görünüş, şirket imajı vb. özellikler gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Özetle mal kalitesinin yerini hizmet kalitesi ve giderek de şirket kalitesi almaktadır.

Hizmet üretme sürecinde işgören, müşteri ve işletmenin kendisi doğrudan yer alır.¹²³

Hizmet kalitesi, genişletilmiş süreç olarak düşünüldüğünde daha iyi bir şekilde kavranacaktır. Genişletilmiş süreç kuruluşu, tedarikçilerini ve müşterilerini içine alır. Hizmet organizasyonu tedarikçisinin kendisine gerekliliklere uygun ve kusursuz ürün temin edeceğinden emin olmak durumundadır. Hizmet organizasyonunun ayrıca kendi personelinin işlerini kalite gereklerine uygun olarak yapacağından da emin olmak zorundadır.



Şekil 12: Genişletilmiş Süreç

Gür, 1996.

3.6. Sağlık İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi ile İlgili Temel Kavramlar

Bilim ve teknolojiadaki hızlı gelişme, küreselleşmeye, ulusal sorunların kalkmasına ve böylece sıkı bir rekabetin oluşmasına neden olmuştur. İşletmeler hem ulusal sorunlar içinde hem de uluslararası piyasada rekabet etmeye çalışmaktadırlar. Bu sıkı rekabetten başarıyla çıkan işletmeler daha büyük ve güçlü olarak yine kendileri gibi hayatta kalabilmiş güçlü ve büyük işletmelerle rekabet etmeye başlamışlardır.

¹²³ Gür, a.g.e., s.68.

Rekabet edebilmenin temel şartı, işletmenin yarattığı mal ve hizmeti satabilmesi ve çıktılarını bir an evvel girdiye çevirerek cirosunu arttırabilmesidir. Çıktılarını satabilmenin temel şartı ise bu çıktılarının satılabilir bir mal ve hizmet olmasıdır. Yani talep edilmelidir. Talepse bu mal ve hizmetlere tüketicilerin duyduğu istekle eş anlamlıdır. Tüketicilerin bir mal veya hizmeti istemesi ondan sağlayacağı tatmine bağlıdır.

Ulaşım ve iletişim sektöründeki gelişmeler de kişinin aradığını bulmasına olanak sağlamaktadır. Bu durum yeni kalite kavramını ortaya çıkarmıştır.

Bir mal veya hizmeti herkesin beğenmesi beklenemez. Bu yüzden önce hedef müşteriler belirlenmeli, sonra bu hedef müşterilere talep ettikleri şartlarda mal veya hizmet üretilmelidir. Bu şartlarla o mal, o müşteri grubu için istenen kalitededir. Çünkü amaç bir dünya harikası yaratmak değil, satılabilir bir mal veya hizmet üretmektir.¹²⁴

3.6.1. Sağlık İşletmelerinde Kalitenin Tanımı

Bir toplumda kaliteden söz edebilmek için onu oluşturan bireylerin yaşam ve uğraşlarındaki kalite bilincine göz atmak gerekir. Bu bilincin yaygınlaştırılması hızı da en az bilincin kendisi kadar önemlidir.¹²⁵

Bugünkü iş ortamında en büyük, en pahalı gibi sıfatlara sahip malları üretmek ve satmak zorlaşmaktadır. Şimdi mal satabilmek için müşterinin arzu ve isteklerini karşılayacak mal veya hizmet üretmek gerekir. Bu anlamda kaliteyi aşağıdaki gibi formüle edebiliriz.¹²⁶

Kalite = Müşteri Tatmini

Sunulan hizmet ya da ürünün kalitesinin tatmin edici olup olmadığı hakkında son kararı veren müşteridir. Müşteri beklentileri günümüzde büyük bir hızla değişmektedir. Yarınlarda da var olmak isteyen kuruluşlar müşteri odaklı olan bir sistem geliştirmek zorundadır.

Dünyaca tanınan uzmanlar kalite konusunda aşağıda yer aldığı gibi farklı tanımlar kullanmaktadır:¹²⁷

- Kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür. (Amerikan Kalite Kontrol Derneği, ASOC)

¹²⁴ Özveren, **a.g.e.**, s.39.

¹²⁵ Gür, **a.g.e.**, s.6.

¹²⁶ Özveren, **a.g.e.**, s.40.

¹²⁷ Rıdvan Bozkurt, "Hizmet Endüstrilerinde Kalite", **Verimlilik Dergisi** (Toplam Kalite Özel Sayı, 1995), s.172.

- Kalite, bir ürün ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir. (Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu-EOOC)
- Kalite bir ürünün gerekliliklerine uygunluk derecesidir. (P. Crosby).
- Kalite kullanıma uygunluktur. (J.M. Juran)
- Kalite ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır. (Genichi taguchi).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmeti talep eden kurum, toplum veya kişinin (müşterinin) ihtiyaç ve isteklerini karşılama yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir.¹²⁸

3.6.2. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tanımı

Müşteri, ihtiyaç duyduğu bir ürün ya da hizmeti talep eden kişi veya birimdir.¹²⁹

Şimdiye kadar müşteriye hep dış müşteri olarak algıladık. Genel olarak mal veya hizmetimize karşılık faturayı ödeyen kimseyi müşteri olarak tanımlarız. Toplam Kalite Yönetiminin yönetime kazandırdığı bir diğer kavram da “iç müşteri” kavramıdır. İç müşteri kavramına göre işletme içerisindeki birimlerde eğer birbirinden mal veya hizmet alıyorsa birbirlerinin müşterisidir.¹³⁰

Sağlıkta müşteri tabirinin açıklığa kavuşturulması önemlidir. Bu hizmetlerde müşteri; hastanın yanısıra daha farklı grupları da içine almaktadır. Bu grupların içerisinde hastaların aileleri, doktorlar, hastabakıcılar ve devlete vergi ödeyenlerde girmektedir. Buna göre müşteriler kuruluş içi ve kuruluş dışı müşteriler olarak ikiye ayrılmaktadır.¹³¹

¹²⁸ Mithat Çoruh, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997), s.3.

¹²⁹ Mithat Çoruh, “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”. **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996), s.24.

¹³⁰ Özveren, a.g.e., s.40.

¹³¹ Kürşat Cezmi Özcan, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997). s.57.

3.6.3. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Tatmini

Müşteri tatmini, kişinin beklentilerini o malın ne derecede karşılayıp karşılamadığıdır. Eğer kişinin beklentileri o malı algılayışından büyük ise, yani o mal beklentilerini karşılayamadıysa burada bir tatminsizlik vardır. Yok eğer beklentisi o malın algılayışından küçükse, yani mal beklentilerini karşılıyorsa, o zaman müşteri tatmininden söz edilebilir. Bunları aşağıdaki gibi formüle etmek mümkündür.

$$\text{Müşteri Tatmini} = \text{Beklenti} - \text{Algılama}$$

$$(MT) \quad (B) \quad (A)$$

$B > A$ ise müşteri tatmin olmamış

$B < A$ ise müşteri tatmin olmuş

$B = A$ ise tepki yok demektir.

Toplam Kalite Yönetiminin temel prensibi müşteri tatminidir. Müşteriyi tatmin edebilmek için ne istediğini iyi bilmek gerekir. Farklı beklentileri tatmin etme yolları da farklı olacaktır. Bu bakımdan bu 2 konu üzerinde durmamız yararlı olacaktır:¹³²

- Müşterinin gereksinimlerinin belirlenmesi.
- Müşterinin gereksinimlerini en az maliyetle karşılayacak sürecin belirlenmesi.

Modern pazarlamanın odak noktasını müşteri olarak tanımlanan hastalar oluşturmaktadır. Hasta odaklı pazarlama yaklaşımında amaç ise, mevcut ve potansiyel müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini rakiplere göre etkin bir şekilde karşılayarak tatmin etmek ve daha nitelikli hizmet sunarak tatmin düzeyini geliştirmek bunun sonucunda yaşamını sürekli kılmaktır.¹³³

3.6.4. Sağlık İşletmelerinde Kalitenin Boyutları

Bir malın veya hizmetin kalitesini çeşitli özellikler ve boyutlarla tanımlayabiliriz. Kalite boyutu, müşteri beklentilerinin ölçülebilir birer kalite boyutuna dönüşmüş şeklidir. Kalite boyutunu bilmek müşterinin ürün veya hizmeti nasıl algıladığını bilmek açısından önemlidir. Sadece kalite boyutunu

¹³² Özveren, **a.g.e.**, s.41.

¹³³ Dilaver Tengilimoğlu, "Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997), s.103.

anlayarak kalite ölçümleri gerçekleştirilebilir ve mal veya hizmetin kalitesi arttırabilir.

Her mal veya hizmete uygulanabilecek kalite boyutları farklıdır. Sanayi için, hastane için, okullar için farklı kalite boyutları bulunabilir. Ancak bazı kalite boyutları, zamanlılık ve hız gibi mal veya hizmette ve her sektörde kullanılabilir. Ancak bir çok ürün veya hizmete uygulanacak standart kalite boyutları vardır.¹³⁴ Kalite boyutlarının bazıları şunlardır:¹³⁵

- Performans : Mamulün kendinden beklenen işlemi yerine getirmesinin ölçüsü olan çalışma karakteristiği.
- Opsiyonlar : Mamulün esas işlevinin dışında kalan ikincil çalışma karakteristiği.
- Güvenilirlik : Belirli bir süre içinde bozulmama olasılığı.
- Uygunluk : Mamulün önceden belirlenmiş olan tasarım ve çalışma standartlarına uyması.
- Dayanıklılık : Mamulün fiziksel olarak bozulana kadarki kullanım süresi.
- Estetik : Müşterinin, görünüm, tat, ses vb. algılarının ölçüsü.
- Algılanan kalite : Mamul markasının getirdiği imaj.

3.6.5. Sağlık İşletmelerinde Süreç Tanımı

Webster, süreci bir seri faaliyetler olarak tanımlar. Toplam Kalite Yönetiminde de süreç benzer olarak tanımlanabilir. Süreç girdilerin birbirine bağlı bir seri faaliyetlerle bir değer artışı elde etme işlemidir. Sürecin soluna girdiler, sağına da artan değer konulur. Bu değer müşteri beklenti ve gereksinimlerini karşılayacak ürün, hizmet veya bilgi şeklinde olabilir.

Her sürecin işletme içinde veya dışında bir müşterisi vardır. Her süreç müşterisinin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığına göre değerlendirilir.

Sürecin amacı müşteri gereksinimlerini bir kerede ve doğru karşılamaktır. Eğer müşteri gereksinimleri %100 tatmin edilemiyorsa süreç yeniden gözden geçirilir. Sürecin gözden geçirilmesine girdilerden başlanır, sonra işlemler ve yöntemler gözden geçirilir. Eğer süreç doğruysa, çıktılarda doğru olacaktır.¹³⁶

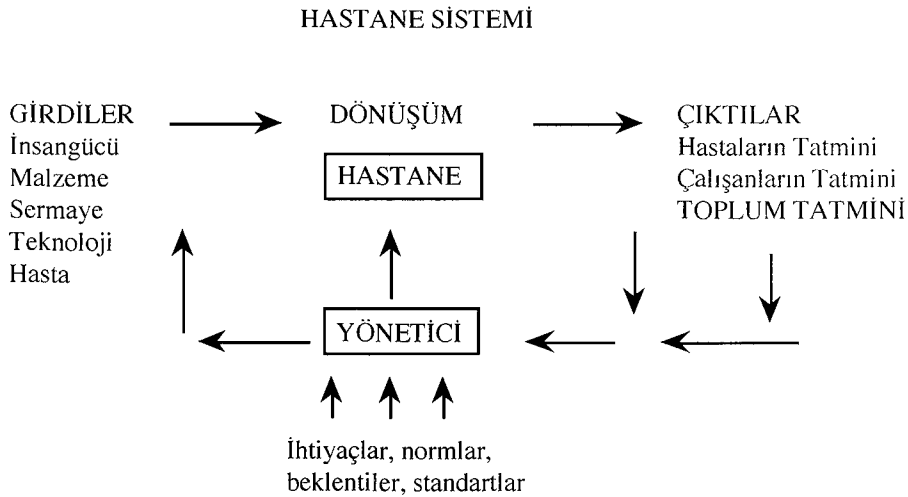
Sağlık hizmetinden faydalanan müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını anlamak hassas bir dialoğu gerektirir. Değişik birimlerde yürütülen süreçler sağlık

¹³⁴ Özveren, a.g.e., s.42-43.

¹³⁵ Yenersoy, a.g.e., s.55.

¹³⁶ Özveren, a.g.e., s.44-45.

kurumunun verim ve kalitesi hakkında bir bilginin oluşmasını sınırlar. Kalite iyileştirme çalışmaları; süreçlerin iyi anlaşılması, takım oluşturma, istatistikî ve bilimsel düşünme ve grafikleri kullanma metodları ile yürütülür.¹³⁷



Şekil 13: Sağlık İşletmelerinde Süreç

Esatoğlu, Ersoy, 1996.

3.7. Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimi

Hemen her alanda kalitenin altının çizildiği bir çağda yaşamaktayız. Kalitenin öneminin her geçen gün arttığı alanlardan birisi de sağlık bakım hizmetleridir. Kaliteli sağlık bakım hizmeti, farklı önem derecelerinde de olsa her devirde önemini korumuştur. Bu eğilim sağlık bakımında kalitenin ölçülmesi ve iyileştirilmesini amaçlayan çalışmalara olan ilginin artmasıyla son yıllarda da devam etmektedir.

Sağlık bakım kalitesine olan ilgi ve bu konuda öne sürülen görüşler yeni değil, tam tersine sağlık bakımının kendisi kadar eski bir tarihsel geçmişe sahiptir. Eski Mısır, Asur, Çin, Japonya ve Meksika’da sistematik tıp okulları ve iyi uygulama gelenekleri vardı. Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına rastlanmakta ve bunların bazıları (Hipokrat yemini gibi) hizmet sağlayıcılar için günümüzde referans noktası olmayı sürdürmektedir. Tıp tarihine göz attığımızda, sağlık bakımının sağlayıcıları hem eğitim, hem de uygulama için gerekli ilkeleri açıkça ifade ettikleri gözlenmektedir. Bu tür ilkeler bakım kalitesi ve onun güvencesine olan ilgiyi yansıtmaktadır.

¹³⁷ Çoruh, I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde..., a.g.e., s.25.

Sağlık bakım alanında hala güncelliğini koruyan kalite yönetimi yaklaşımı olan Kalite Güvencesinin temeli aslında 19.yüzyılda Florence Nightingale'in hemşirelik alanında yapmış olduğu çalışmalara kadar dayanmaktadır.

20.yüzyılın başlarında çok sayıda Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği Hastane Standardizasyon Programı geliştirmek üzere harekete geçmiş ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere kayıt sistemlerini birliğe sunma zorunluluğu getirmiştir.

Amerika'da kalite güvencesinin zorunluluk kazanması 1960'lı yıllara dayanmaktadır. 1966 yılında Medicare ve Medicaid yasalarının yürürlüğe girmesi ile Amerikalıların %80'i tıbbi sigortalardan herhangi birine kavuşmuştur. Bu gelişmeler sağlık hizmetlerinde bir diğer devrimi, Maliyet Kontrolü çağını başlatmıştır.

1973 yılında Professional Standards Review Organization'ın (PSRO) kurulması, kaliteyi ölçmek için objektif kriter geliştirme ve coğrafik olarak benzer topluluklara hekim hizmetlerinin dağılımında yeni bir etki yaratmıştır.

1980'li yıllarda Amerika'da "süreç" ölçümü yerine "sonuç" ölçümü yönünde bir eğilim başlamıştır ki, bunu sağlık bakım sisteminde 3. devrim olarak adlandırabiliriz.

Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin sorgulanması, özellikle 1990'lı yıllarda sağlık bakım alanında da gündeme gelmiştir.

Türkiye'de ise çok yakın bir geçmişi olan kalite yönetimi özellikle Toplam Kalite Yönetimi yaklaşımı ele alınarak sağlık bakım platformunda da tartışılmakta ve bu yaklaşımın bir an evvel hayata geçirilmesi bir zorunluluk olarak görülmektedir. Türkiye'de sağlık sektörü hastane yatak sayısı ölçüt alınarak sınıflandırıldığında, yatakların %95'i kamu güdümündedir. Bu olgu bize, sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin oturtulmasında kamu yönetiminin önderlik rolü üstlenmesi gerektirdiğini göstermektedir. Ancak günümüzde, demokratik, katılımcı örgütsel davranışa engeller oluşturan Türk bürokratik yapılanmasının, bu rolün gerçekleşmesini zorlaştıran önemli bir etken olduğu söylenebilir.¹³⁸

¹³⁸ Korkut Ersoy ve Hacer Özgen, "Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış", **Önce Kalite** (Kal Der Yayını, Yıl:4, Sayı:13, 1995), s.5-7.

3.8. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri

Sağlık sektöründeki hizmete olan ihtiyacın doğmasında rol oynayan başlıca sebepler: 1-Bireylerin satın alma gücünün artması, 2-Tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması, 3-Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması, 4-Kalite-Maliyet çelişkisine çözüm getirmesi olarak gösterilmektedir.

Sağlık harcamalarında görülen hızlı tırmanış, bazı tedavi kurumlarında gözlenen gereğinden fazla röntgen çekimleri ve görüntülemeler, sezeryan, histerektomi, koroner by-pass gibi ameliyatlar, hasta yatırma, taburcu etme, tahakkuk ve tahsilatlarda meydana gelen gecikme ve hatalar gibi nedenler hasta bakımı hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi ve yönetimin reorganizasyonu gereğini doğurmuştur.¹³⁹

Günümüzde hayatı, dahası değişkenliği sınırlayan bir yaklaşım sözkonusudur. Kalitenin kalitesi üzerinde durulmaktadır. Kalitesizliğin görünürdeki nedenleri ile yetinilmemekte, kaynak sorunlara inilmektedir. Altı kalın çizgilerle çizilen husus, yönetim stili ve örgüt kültürü olmaktadır. Örgütsel psikoloji ve sosyoloji giderek önem kazanmaktadır. Gözetmenlik rolünün alışlagelmiş denetçi yönü yerini eğitici ve düzenleyici işlevlere bırakmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde, gerek üst ve orta yönetici, gerekse işgören düzeyinde yepyeni bir insan tipi olgunlaşmaktadır. Kalitenin yükseltilmesini ve maliyetlerin düşürülmesini zıt kutuplar olarak değerlendiren yaklaşım, yerini her ikisini de aynı potada ve eş zamanlı biçimde eritebilen anlayışa bırakmıştır. Toplam kalite anlayışı tüketici ve üreticiyi aynı safta gören, tüketici ve üreticiyi çok yönlü mutlu edebilen bir yaklaşım olmuştur.¹⁴⁰

Müşterinin istek ve ihtiyaçlarına odaklanan ve süreç anlayışına açıklık getiren Toplam Kalite Yönetimi, sağlık birimleri arasında izole çalışma engelini ortadan kaldırmaktadır. Devamlı kalite iyileştirme çalışmaları, gösterge olarak alınan verilerin analizi, sebeplerin belirlenmesi ve çözüm yollarının uygulamaya konulması sistemi sağlık sektöründe de kolaylıkla uygulanabilmektedir. Toplam Kalite Yönetimi, dikey yerine yatay yönetimi esas alan ve her

¹³⁹ Mithat Çoruh, "Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları, Gerekçeler ve Güçlükler", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1995), s.2.

¹⁴⁰ İsmail Üstel, "Gittikçe Yerine Oturan Bir Kavram: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1995), s.7-8.

kurumun kendi yapısı ve olanakları doğrultusunda standartlarını belirlemesini gerektiren bir sistemdir.

Sağlık hizmeti sunan bir organizasyon;

1-Klinik (doktor, hemşire ve diğer sağlık uzmanları)

2-Alt yapı (radyoloji, laboratuvar vb. kuruluşlar)

3-Destek hizmetler (kurum ev idaresi, hasta kabul, güvenlik, ulaşım vb.)
birimlerinden oluştuğuna göre her birim tek tek müşterilerle ve birbirleriyle iyi bir iletişim ve kaliteli hizmet sunumu anlayışı ve bütünlüğü içinde olmalıdır.¹⁴¹

Yönetim bilimi kalitesinin çok önemli bir stratejik silah olduğunu söylerken, bunu sağlamanın yolları şöyle tanımlanır; Müşteriye yönelik olmak, üst yönetimin gönülden katılımı ve inancı, sürekli gelişme ve değişime odaklanmak, çalışanlara ve onların bilgisine saygılı olmak. Böylece “Toplam Kalite Yönetimi”nin temel taşları ortaya konulmuş olur.

Toplam Kalite Yönetimi, tüm çalışanları ilk defada ve sürekli hatasız üretime yönlendirerek bütün çalışanları kaliteden sorumlu tutar.

Toplam Kalite Yönetiminin sağlık sektöründeki karşılığı hasta mutluluğudur. Doğru teşhis, bekleme-sizin tedavi ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, kokmayan bir ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü Sağlıkta Toplam Kalite'nin birer unsurlarıdır.

Öncelikle “Kalite” kavramını “Hasta mutluluğu” doğrultusunda tüm sağlık çalışanlarına benimsetmek ve hastane organizasyonlarını bu düşünce çerçevesinde oluşturmak gerekir. Kalite anlayışı kuşkusuz çalışanların mutluluğundan ayrı düşünülemez. Bu nedenle Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi felsefesi, karşımıza uygun koşullarda çalışan, mutlu ve sağlıklı bir personel gerekliliğini çıkaracaktır. Toplam kalite gerek hastane personelinin, gerekse hastaların mutluluğu çerçevesinde sağlanabilir.¹⁴²

Toplam Kalite Yönetimi Sisteminin hastanelerde uygulanması ile;

- Hizmet sunumunda kalite,
- Çalışanların iş tatmini ve motivasyonu,
- Yönetim ve organizasyon yöntemlerinin modernizasyonu,
- Karar mekanizmalarında akıcılık,
- Bilgi sistemlerinin dökümantasyonu,
- İletişim mekanizmasının işlerliği,

¹⁴¹ Çoruh, **I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde...**, a.g.e., s.24-25.

¹⁴² Orhan Morgil ve Mehmet Küçükçirkin, “TOBB'nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, **I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996), s.32-33.

- Hasta memnuniyeti,
- Ekip çalışması ile takım ruhunun gelişmesi ve en önemlisi, kalite yoluyla “Kamu Yararı” çerçevesinde elde edilecek ekonomik faydalar sağlanacaktır.¹⁴³

3.9. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Kalite İlişkisi

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğuştan kazanılmış kişisel haktır: Herkese, her yerde ve her zaman (üç H ilkesi) verilmesi gerekir. Ancak bu hizmetleri topluma sunmak yetmez. Önemli olan, bu hizmetlerin, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmasıdır. Toplumun kültürüne ve beklentilerine uygun olmayan hizmetler toplum tarafından benimsenmez ve kullanılmaz.¹⁴⁴

Toplumun sağlık hizmetleri ile ilgili tutumunu, planlama döneminde, yani hizmetlere karar verme aşamasında belirlemek esastır. Sözkonusu tutumu gösteren bir kriter de, hizmeti kullananların o hizmetlerden ne kadar memnun olduğunun saptanmasıdır. Müşterinin tatmin olması ya da olmaması hizmetlerin gözden geçirilip pekiştirilmesi açısından çok önemli bir göstergedir.¹⁴⁵ Toplumun hizmetlerden memnun olması, hizmetlerin kaliteli olarak sunulduğunun başlıca göstergesidir.¹⁴⁶

Toplum Kalite Yönetiminin sağlık sektöründeki karşılığı hasta mutluluğu olduğuna göre, Toplam Kalite Yönetimini “Kalitenin sürekli gelişmesi için planlama ve uygulama aşamalarında, örgüt genelinde katılımı sağlayıcı, tüm çalışanların kalite bilincinde olduğu, bir örgütsel kültürü yaratma yolundaki çabaların tümünü kapsayan, yapısal ve sistematik bir yönetim felsefesi” şeklinde tanımlayabiliriz.

Toplam Kalite Yönetiminin bir kısmı hasta memnuniyetini geliştirmek üzerinedir. Hasta beklentilerini karşılayabilmek için hastaneye gelen hastaların beklentilerini belirlemek gerekir. Hastanelerde hasta izleme çalışmaları çeşitli bölüm ve servislerde, önceki beklentiler baz alınarak ve hastanenin diğer

¹⁴³ Cihangir Özcan, “Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi’nin Uygulanabilirliği”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997), s.14.

¹⁴⁴ Zafer Öztekin, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı”, **I. Basamak Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996), s.37.

¹⁴⁵ Aynı, s.38.

¹⁴⁶ Aynı, s.39.

servislerinin anlayışları da belirlenerek hastaların memnuniyet düzeyleri ölçülmektedir.¹⁴⁷

Tatmin beklentilerin bir fonksiyonu olduğuna göre, beklentilerin nasıl oluştuğu da önem kazanmaktadır. Beklentiler aynı ya da benzer durumlardaki geçmiş deneyimlere bağlı olarak oluşmaktadır. Bu nedenle bireyin önceki deneyimlerinden elde ettiği tatmin düzeyinin onun beklentilerinin şekillenmesinde ve buna bağlı olarak kendisine sunulan hizmetten tatmin duyup duymamasında ve tatmin gücünün belirlenmesinde etkisi vardır. Beklentiler zaman içinde değiştikçe duyulan tatmin düzeyi de değişmektedir.¹⁴⁸

Burada önemli olan toplam kalite anlayışında dış müşteri olarak adlandırılan hastanın sağlık hizmetlerinden ne anladığı ile onun kültürel özellikleri ve değer yargıları ile yakından ilintilidir. Toplumun anlayışı ile hizmeti sunanların sağlık hizmetlerine bakışı farklı olabilir. Aradaki bu uyumsuzluk, hizmetlerin toplum tarafından yeterli kullanımını engelleyebilir. Diğer yandan hizmeti sunan (iç müşteri) sağlık ekibinin üyeleri arasında kültürel farklılıklar ve sağlık hizmetlerine bakış açıları yönünden ayrılıklar olması da doğaldır. Bu farklılıkların giderilmesi ve hizmetlerin hedefleri ve işleyişi konularında uyumun sağlanması bir süreyi gerektirebilir. Hizmeti sunanlar ile alanlar arasındaki iletişim ise toplumun sağlık hizmetlerine katılımı ile sağlanabilir.¹⁴⁹

Toplam Kalite Yönetimini benimsemiş organizasyonlarda amaç, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak, giderek daha fazlasını yapabilmektir.

Varolmak, müşteri varlığına; büyümek, müşteri sayısının artmasına ve rekabet gücüne sahip olmaya bağlıdır. Bunu sağlamanın yolu ise hastaları tatmin etmek ve beklentilerini aşmaktan geçer. Burada devreye “müşterinin algıladığı kalite” girer. Çünkü müşteri kendi kalite anlayışına göre rakipler arasında tercih yapar. Tüm hizmet tasarımlarının öncesinde algılanan kalite, varsayılmadan müşteriye sorularak tesbit edilmelidir.¹⁵⁰

¹⁴⁷ Joe M. Inguanzo, “Taking a Serious Look at patient Expectations”, **Hospital's** (U.S.: Sayı: 17, Cilt: 66, 5 Eylül, 1992), s.68.

¹⁴⁸ Semra Kardeş, “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini”, **1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu** (İzmir: 1994), s.231-234.

¹⁴⁹ Öztek, **a.g.e.**, s.38.

¹⁵⁰ Sibel Eryoldaş ve Barış Turgutoğlu, “Hasta Memnuniyetinin Ölçümü”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997), s.145.

Kaliteli hizmet sunumunda etkili planlama sistemi ile işletme içindeki tüm çalışanların doğru şeyler üzerinde çalışmaları verimlilik ve kalite üzerinde odaklanmaları sağlanacaktır.¹⁵¹

Hasta tatmini bakım kalitesinin bir boyutu olarak, alınan bakımın girdi, süreç ve çıktıları ile ilgili hasta reaksiyonlarını yansıtan bir ölçümdür. Sağlık hizmetlerinde hasta tatmininin önemi hakkında şunlar söylenebilir:¹⁵²

1.Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin temel çıktısıdır.

2.Hasta tatmini sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.

3.Tatmin edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar.

Hasta memnuniyetini etkileyen pek çok değişken vardır. Bu değişkenler, değişik kaynaklarda farklı şekilde sıralanmakta ya da sınıflandırılmaktadır. Ancak değişkenlerde temel olan üç ana grup vardır. Bunlar; hastaya, hizmet verenlere ve kuruma ilişkin özelliklerdir.

•Hastaya ilişkin özellikler: Hasta beklentileri, hastanın aynı ya da benzer durumdaki geçmiş deneyimlerine bağlı olarak değişebilir. Ayrıca değişen değer yapıları, hizmet sunan örgütün performansı yeni beklentiler yaratabilir. Kişilerin demografik özellikleri de memnuniyet düzeyi üzerinde etkilidir. Bir araştırmada yaş ilerledikçe memnuniyet düzeyinin arttığı tespit edilmiştir.

•Hizmet verenlere ilişkin özellikler: Personelin kişilik özellikleri hastaya olan davranışı etkiler. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır. Özellikle hemşire-hasta ilişkisi hastanede yatan hastaların memnuniyeti üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın yattığı süre içerisinde en sık birlikte olduğu, diğer birimlerle hasta arasındaki bağı sağlayan kişi olarak, hemşirelik hizmetlerinin sunumu hastaların memnuniyetlerini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaya “hasta” olarak değil de “birey” olarak muamele edilmesi, sorularına kendinden emin cevap verilmesi, hastanın hemşire ile sorunlarını paylaşması, hemşirenin nezaketi, kolay ulaşılabilirliği gibi özellikleri nedeniyle hemşirelik hizmetlerinin hasta tarafından algılanışı çok önemlidir.

•Fiziksel ve çevresel faktörler ya da kurumsal özellikler: Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, yiyecek ve diyet hizmetlerinin

¹⁵¹ Özcan, **Devlet Hastanelerinde Toplam...**, a.g.e., s.13.

¹⁵² Afsun Ezel Esatoğlu ve Korkut Ersoy, “Hasta Tatmininin Ölçülmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997), s.61-62.

kalitesi, kurum ödemeli ya da para ödemeli gibi kurumsal faktörlerde hasta memnuniyeti üzerinde önemli özelliklerdir.¹⁵³

Hasta tatminsizliği hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanabileceği gibi genel refah düzeyine bağlı olarak da değişiklik gösterebilir. Refah düzeyi arttıkça diğer konularda olduğu gibi sunulan sağlık hizmetlerinden de hastaların yani dış müşterilerin beklentileri değişecektir.¹⁵⁴

Beklentileri gerçekleştiren hasta birçok kişiye memnuniyetini iletir. Başka bir ifade ile, hasta bir amplifikatör gibidir, olumsuz da olumlu da 10 kere, hatta 100 kere büyütür diğer müşterilere yansıtır, onları etkiler.¹⁵⁵

Hastaların tatmin düzeyinin belirlenmesi hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir.

İzmir ilinde Dokuz Eylül Üniversitesi'nde kalite kontrolü çalışmalarına ışık tutması için, hastaların hemşirelik bakım yeterliliğini nasıl değerlendirdikleri, memnuniyet derecelerini saptamak amacıyla yapılan bir araştırmada, hastaların hemşirelik bakımını yeterli buldukları görülmüştür. Hastaların beklentileri açısından olumlu olarak düşünülürken, profesyonel beklentileri açısından hemşirelerin hastalara daha çok zaman ayırmaları, bireysel bakıma daha fazla eğilmeleri sonucuna varılmıştır.¹⁵⁶

Ankara ilinde Bayındır Tıp Merkezi'nde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentilerini, verilen hizmeti algılayışlarını saptamak ve hasta memnuniyet düzeyi tesbit etmek ve geliştirmek amacıyla 1778 hasta üzerinde bir çalışma yapılmıştır. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde hastaların %92'sinin hemşirelik hizmetlerinden memnun olduğu görülmüştür.¹⁵⁷

Ankara ilinde Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde taburcu olan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların aldıkları hizmetlerle ilgili tatmin düzeyleri araştırılmış ve tatmini etkileyen faktörler tespit edilip, bu faktörler yönünden hastaların eğitim durumlarına göre hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri ortaya çıkarılmıştır. Araştırma sonucunda eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların hemşirelik hizmetlerini daha olumsuz değerlendirdikleri saptanmıştır.¹⁵⁸

¹⁵³ Alcan, **Bayındır Tıp Merkezi...**, a.g.e., s.133-134.

¹⁵⁴ Kardeş, **Sağlık Hizmetleri Planlamasında...**, a.g.e., s.334.

¹⁵⁵ İbrahim Kavlakoglu, **Kalite Güvencesi ve ISO 9000** (İstanbul: Mavi Tanıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., 1996), s.41.

¹⁵⁶ Hülya Okumuş ve Hediye Gürbüz, "Hastaların Hemşirelik Bakım Yeterliliğini Değerlendirmeleri", **III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı** (Sivas: 1992), s.386-391.

¹⁵⁷ Alcan, **Bayındır Tıp Merkezinde...**, a.g.e., s.137.

¹⁵⁸ Esatoğlu, Ersoy, **Hasta Tatmininin Ölçülmesi...**, a.g.e., s.67.

Hastanelerde hemşirelik hizmetleri hasta ile direkt ilişkili olan bir birimdir ve hastanın morali üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır. Morali düzelmiş, tatmin olmuş bir hastanın mutluluğu tüm çalışanlara da yansımaktadır. Bu nedenle; hasta tatminini arttırmaya yönelik yapılan bu çalışmalar Toplam Kalite Yönetimi sisteminin başarısını gösterir. Toplam Kalite Yönetim sistemi; en üst seviyede kalite, verimlilik, esneklik ve müşteri tatminini esas almaktadır. Toplam Kalite Yönetimi sistemi bütün çalışanların katılımını gerekli kılan bir yönetim tarzıdır. Bütün insanlar ve süreçler birbirleri ve çevresi ile uyum içinde çalışır ve müşterinin (hastanın) düşüncelerini alarak gelecek hakkında sağlam bir analiz sistemi oluşturur.¹⁵⁹

¹⁵⁹ Morgül, Küçükçirkin, **TOBB'nin Sağlıkta Toplam Kalite...**, a.g.e., s.30.

BÖLÜM 4

T.C.D.D. ESKİŞEHİR HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN YATAN HASTALARIN TATMİN DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde hastanelerde hemşirelik hizmetleri incelendiğinde yatan hastaların tatmin düzeyinin belirlenmesine yönelik araştırmaların yetersizliği gözlenmiştir. Ülkemizde çok yakın bir geçmişi olan kalite yönetimi ile ilgili araştırmalar genellikle özel hastanelerde değerlendirilmektedir.

Bu noktadan hareketle ülkemizdeki kamu hastanelerindeki hemşirelik hizmetlerinin yatan hasta tatmini ve yattıkları hastaneleri tercih etme nedenlerine etkileri araştırmanın hareket noktasını oluşturmuştur.

Her zaman hizmeti alan grubun hizmeti verenin en iyi değerlendiricisi olduğu ilkesi gözönüne alınarak çalışmalar planlanmalıdır. Kalite sağlama kalite ölçütlerinden biri olan “hasta memnuniyetini” ölçüp, sonuçlarından yararlanarak yeni düzenlemeler gerektirir. Bu noktadan hareket ederek; T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi’nde yapılan bu araştırmada amaç; yatan hastaların hemşirelik hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri, memnuniyet derecelerini saptamak ve kaliteye olan etkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

4.2. Araştırmanın Gereç ve Yöntemi

Araştırma 1998 yılı 2-8 Eylül tarihleri arasında T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi’nde yapılmıştır. T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi 250 yataklı bir hastane olup, toplam 36 hemşire görev yapmaktadır.

Veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Anket formları görüşme yöntemi ile birlikte kullanılarak yatan hastalara elden dağıtılmış ve yine aynı yöntemle toplanmıştır. Araştırmaya katılan yatan hastaların seçiminde ise “Tesadüfi Örneklem Tekniği” kullanılmıştır.

Araştırma evrenini T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi oluşturmuştur. Araştırma kapsamına erişkin, bilinci yerinde ve hastanede 2-7 gün arasında yatan 100 hasta alınmıştır.

4.3. Anket Formu

Araştırma aracı olarak kullanılan ve EK-1'de bir örneği verilen anket formu yatan hastalara anlatılarak verilmiştir. Anket formlarının hazırlanması için hastanede yatan hastalara ön sorular sorulmuş ve aralarından seçilerek form oluşturulmuştur.

Anket formunun 1. sorusu tedavi oldukları hastaneyi tercih nedeni ile ilgilidir. 2. soru hemşirelik bakım alanlarının ve fiziksel gereksinimlerin karşılanma yeterliliğini saptamak üzere hazırlanmıştır. 3., 4. ve 5. sorular başka hastaneler ile şu an tedavi olduğu hastanenin karşılaştırmalı bir değerlendirmesidir. 6. soru hastanın aldığı hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet derecesini saptamak üzere sorulmuştur. Son bölüm ise anketi yanıtlayanın demografik özelliklerine ilişkindir.

4.4. Veri Analizi

Anket formlarındaki verilerin analizinde SPSS-7.0 versiyonu (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) kullanılmıştır. Analiz öncesinde veriler kodlanmış ve sorular analize uygun hale getirilmiştir. Verilerin analizinde ana tekniklerden yüzde analizinden ve Ki-kare (χ^2) tekniğinden yararlanılmıştır.

Ki-kare (χ^2) Analizi:

χ^2 : Hesaplanan Değer

H_0 : İki değişken arasında ilişki yok

α : 0.05 Anlam Düzeyi

H_1 : İki değişken arasında ilişki var.

χ^2 hesaplanan değer $> \chi^2$ s.o; α

H_0 red

H_1 kabul

χ^2 hesaplanan değer $< \chi^2$ s.o; α

H_0 kabul

H_1 red

Kontenjans Katsayısı (C)

Kontenjans Katsayısı 0 ile +1 arasında değişir. $0 \leq C \leq +1$ 'dir. Kontenjans Katsayısı +1 değerine ne kadar yakınsa anlam değeri o kadar yüksektir.

4.5. Araştırmanın Genel Bulguları

Anket formunu yanıtlayanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, bağımlılık durumu, yatış nedeni, yattığı servis ve süre aşağıdaki tablolardaki gibidir.

Tablo 1: Ankete Katılanların Yaş Dağılımı

Yaş	Sayı	Yüzde
20-30	4	4.0
31-45	9	9.0
46-60	26	26.0
61+	61	61.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanların yaş dağılımına bakıldığında %4'ü 20 ile 30 arasında, %9'u 31 ile 45 yaş %26'sı 46 ile 60 yaş, %61'i ise 61 yaş ve üzerinde olduğu gözlenmiştir.

Tablo 2: Ankete Katılanların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	50	50.0
Erkek	50	50.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanların cinsiyet dağılımına bakıldığında %50'sinin kadın, %50'sinin erkek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 3: Ankete Katılanların Eğitim Düzeyleri

Eğitim Düzeyi	Sayı	Yüzde
Okur yazar	28	28.0
İlk	49	49.0
Orta	2	2.0
Lise	14	14.0
Yüksek okul	7	7.0
TOPLAM	100	100.0

Tablodan da görülebileceği gibi araştırmaya katılanların %28'i okur yazar, %49'u ilk, %2'si orta, %14'ü lise, %7'si ise yüksek okul mezunudur.

Tablo 4: Ankete Katılanların Meslek Dağılımları

Meslek	Sayı	Yüzde
Serbest	8	8.0
Emekli	36	36.0
Ev Hanımı	47	47.0
Öğrenci	4	4.0
Memur	5	5.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanların %8'i serbest meslek sahibi, %36'sı emekli, %47'si ev hanımı, %4'ü öğrenci, %5'i memur olarak dağılmaktadır.

Tablo 5: Ankete Katılanların Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

Bağımlılık Durumu	Sayı	Yüzde
Bağımsız	77	77.0
Yarı Bağımlı	23	23.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanların bağımlılık durumları incelendiğinde %77'si bağımsız, %23'ünün ise yarı bağımlı olduğu gözlenmiştir. Hastanede yoğun bakım üniteleri bulunmadığı için tam bağımlı hastalar araştırma kapsamına alınamamıştır. Yarı bağımlı hastalar ise çoğunluğun %23'ünü oluşturmakta, bu da daha çok post-operatif dönemdeki hastaların venöz sıvı takılı olması, halsizlik ve baş dönmeleri nedeni ile mobilizasyon veya tuvalete gitmede yardıma gereksinim duyan gruptur.

Tablo 6: Ankete Katılanların Hastaneye Yatış Nedenlerinin Dağılımı

Yatış Nedeni	Sayı	Yüzde
Tıbbi Tedavi	63	63.0
Cerrahi Tedavi	22	22.0
Tetkik-İnceleme	15	15.0
TOPLAM	100	100.0

Tabloda da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hastaların hastaneye yatış nedenlerinin %63'ü tıbbi tedavi, %22'si cerrahi tedavi, %15'i tetkik ve inceleme olduğu görülmüştür.

Tablo 7: Ankete Katılanların Hastanede Yattıkları Servislerin Dağılımı

Hastanın Yattığı Servis	Sayı	Yüzde
Cerrahi-Ortopedi-Üroloji	28	28.0
Dahiliye	35	35.0
Asabiye	18	18.0
Göz	4	4.0
Fizik Tedavi	15	15.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılan hastaların hastanede yattıkları servisler incelendiğinde; %28'i cerrahi, üroloji ve ortopedi, %35'i dahiliye, %18'i asabiye, %4'ü göz, %15'inin fizik tedavi servislerinde yattığı görülmüştür.

Tablo 8: Ankete Katılanların Hastanede Yattıkları Süre Dağılımı

Hastanede Yatılan Süre	Sayı	Yüzde
2 gün	15	15.0
3 gün	18	18.0
4 gün	15	15.0
5 gün	10	10.0
6 gün	17	17.0
7 gün	25	25.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanların hastanede yattıkları süre dağılımı incelendiğinde %15'inin 2 gün, %18'inin 3 gün, %15'inin 4 gün, %10'unun 5 gün, %17'sinin 6 gün, %25'inin 7 gün hastanede yattığı gözlenmiştir.

4.5.1. Araştırmaya Katılanların Yatarak Tedavi Olduğu Hastaneyi Tercih Nedenleri

Tablo 9: Ankete Katılanların Hastaneyi Tercih Nedenlerinin Dağılımı

Tercih Nedenleri	Sayı	Yüzde
Doktor isteği	9	9.0
Aile ve tanıdık tavsiyesi	7	7.0
Zorunlu sevk	19	19.0
Çalışan tanıdık olması	4	4.0
Önceki gelişten memnuniyet	5	5.0
Tanıdık tavsiyesi ve zorunlu sevk	14	14.0
Tanıdık tavsiyesi ve çalışan tanıdık olması	18	18.0
Doktor isteği ve zorunlu sevk	5	5.0
Doktor isteği ve aile ve tanıdık tavsiyesi	4	4.0
Doktor isteği ve çalışan tanıdık olması	4	4.0
Doktor isteği ve önceki gelişten memnuniyet	3	3.0
Aile, tanıdık tavsiyesi ve önceki gelişten memnuniyet	6	6.0
Doktor isteği, aile ve tanıdık tavsiyesi ve zorunlu sevk	1	1.0
Aile ve tanıdık tavsiyesi, zorunlu sevk, önceki gelişten memnuniyet	1	1.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılan hastalara hastaneyi tercih nedenleri sorulduğunda, hastaneyi tercih etme nedenlerinin başında %19 ile çalıştığı kurumun zorunlu sevki gelmektedir. Bunu %18 ile tanıdıkların tavsiyesi ve hastanede çalışan tanıdıklarının olması izlemektedir. Daha sonra %14 ile tanıdıkların tavsiye etmesi ve çalıştığı kurumun zorunlu sevki gelmektedir. Hastaneye yatan hastaların %9'u doktorunun istemesi nedeni ile hastaneyi tercih ederken, %5'i doktor isteği ve zorunlu sevk nedeni ile hastaneye yatmıştır. Bu iki yanıt birbirine yakındır, çünkü hastalar sonuçta bağlı bulunduğu kurumun doktoruna muayene olarak hastaneye yatmaktadır.

Genel dağılım incelendiğinde tanıdık tavsiyesi ile önceki gelişten memnuniyetin birden fazla yanıt veren hastalarda dikkate alındığında %59 gibi bir çoğunluğu oluşturmaktadır.

Hastanede yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetini hastaneyi tercih nedenleri ile karşılaştırdığımızda ve tedavi oldukları hastaneyi tavsiye etmeleri incelendiğinde, araştırmaya katılan 100 hastanın %94'ü memnun iken, %6'sının hemşirelik hizmetlerinden memnun olmadığı görülmüş, bunun %43.7'si hastaneyi kesinlikle tavsiye ederim derken, %56.3'ü tavsiye ederim yanıtını vermiştir. Memnun olmayan %6 hastanın %83.3'ü belki tavsiye ederim, %14.7 hasta ise tavsiye etmem şeklinde yorumlamıştır.

Tercih nedenlerinin dağılımına bakıldığında doktor isteği ile gelen 9 hastanın %16.7'si hemşirelik hizmetlerinden memnun değil iken, çalıştığı kurumun zorunlu sevki ile gelen 19 hastanın %49.9'u hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetsizliğini belirtmiştir. Hastaların memnuniyetsizliklerinin hemşirelik bakım alanlarından olan bilgilendirme konusunda, özellikle evde bakım hakkında bilgilendirmede olduğu gözlenmiştir. Bu hastaların yaş dağılımına bakıldığında 45 yaş üzerinde olan erkek hastalar olduğu saptanmıştır. (Bkz. EK-2).

Hastaneyi tercih nedenlerinden olan zorunlu sevkle gelen hasta ile, çalışan tanıdık olması nedeniyle hastaneyi tercih eden hastalarının memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p= 0.00<0.05$, $C= 0.352$) Aynı ilişki doktor isteği ile hastaneyi tercih eden ile, zorunlu sevkle hastaneye gelen hastalar arasında görülmüştür. ($p= 0.017<0.05$, $C=0.232$) Çalıştığı kurumun zorunlu sevki ile hastaneye gelen hastaların, hastanede çalışan tanıdıklarının olması hastanedeki bazı işlemlerin daha kolay ve çabuk olmasını sağlamaktadır, hastalar hastalıkları hakkında daha kolay bilgi edinebilmekte, bu da hastaların memnuniyet düzeylerini olumlu etkilemektedir. Yine çalıştığı kurumun zorunlu sevki ile hastaneyi tercih eden hastalar, tedavi olacakları doktorun muayenehanesinde de muayene olup doktor isteği ile hastaneye yattıklarında doktoru hastanede çalışan tanıdık olarak görmekte ve merak ettikleri konularda daha rahat bilgi sahibi olabilmektedirler. Böylece hastanedeki hemşirelik hizmetlerinden memnun olarak ayrılmaktadırlar.

Doktor isteği ile hastaneyi tercih eden hastalarla, hastanenin tavsiye edilmesi arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p=0.00>0.05$, $C=0.362$)

Bu da hastaların hastanedeki hemşirelik hizmetlerinden memnun ayrıldıklarının bir ifadesidir.

Hastanede çalışan tanıdık olması nedeniyle hastaneyi tercih eden hastalarla, tavsiye edilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p=0.04>0.05$, $C=0.200$) Bu da hemşirelik hizmetlerinden olan memnuniyetin bir göstergesidir.

Çalıştığı kurumun zorunlu sevki ile hastaneyi tercih eden hastalarla, daha önceki gelişinden memnun olması nedeniyle hastaneyi tercih eden hastaların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p=0.00<0.05$, $C=0.256$) Bu anlamlı ilişkinin nedeni daha önceki deneyimlerin sonucunda edinilen olumlu izlenimlerin memnuniyet üzerindeki olumlu etkisinden kaynaklanmaktadır. Çalıştığı kurumun zorunlu sevki ile hastaneyi tercih eden hastalarla, tavsiye edilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p=0.01<0.05$, $C=0.250$) Bu da hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnun olarak hastaneden ayrıldıklarını göstermektedir.

Tercih nedenlerinden hastanede çalışan tanıdıkların olması ile önceki gelişten memnun olma nedeni ile hastaneye gelen hastaların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. ($p=0.01>0.05$, $C=0.233$) Sonuçta hastalar hastanede çalışan tanıdıkları olması nedeniyle aynı hastaneye başvurumaktadırlar ve memnun ayrılmaktadırlar.

Doktor isteği ile hastaneyi tercih eden hastalar ile önceki gelişten memnun olmaları nedeniyle hastaneyi tercih eden hastaların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Önceki gelişten memnun olan hastaların hastaneyi tercih etmeleri ile, tavsiye arasında da anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

4.5.2. Araştırmaya Katılanların Yatarak Tedavi Oldukları Hastanede Sunulan Hemşirelik Bakım Alanlarının Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

4.5.2.1. Servisin Tanıtılmasının Değerlendirilmesi

Tablo 10: Ankete Katılanların İlk Yattığında Servisin Tanıtılmasının Değerlendirilmesi

Servisin Tanıtılması	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	1	1.0
Orta	16	16.0
İyi	48	48.0
Mükemmel	35	35.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan ilk yattıklarında servisin tanıtılmasını değerlendirmeleri istenilmiş ve %48'i iyi, %35'i mükemmel, %16'sı orta olarak değerlendirirken %1'i yetersiz bulmuştur.

4.5.2.2. Hemşirenin Hastayı Karşılması ve Rahatlatmasının Değerlendirilmesi

Tablo 11: Servise İlk Gelindiğinde Hemşirenin Hastayı Karşılması ve Rahatlatmasının Değerlendirilmesi

Hemşirenin Karşılması	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	4	4.0
İyi	50	50.0
Mükemmel	46	46.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan servise ilk gelindiğinde hemşirenin kendilerini karşılması ve rahatlatmasını değerlendirmeleri istenmiş ve %4'ü orta, %46'sı mükemmel olarak değerlendirirken, %50'si iyi olarak bulmuştur.

4.5.2.3. Hastalarına İlişkin Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Tablo 12: Hastalara Hastalarına İlişkin Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Hastalığına İlişkin Bilgi Verilmesi	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	1	1.0
Orta	16	16.0
İyi	69	69.0
Mükemmel	14	14.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan hastalarına ilişkin bilgi verilmesini değerlendirmeleri istenilmiş, %1 yetersiz, %16'sı orta, %69'u iyi, %14'ü mükemmel olarak değerlendirmiştir.

4.5.2.4. Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Tablo 13: Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Verilmesi	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	2	2.0
Orta	21	21.0
İyi	65	65.0
Mükemmel	12	12.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan kendilerine yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesini değerlendirmeleri istenilmiş, %2'si yetersiz, %21'i orta, %65'i iyi, %12'si ise mükemmel olarak değerlendirmiştir.

4.5.2.5. Tedavi Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Tablo 14: Tedavi Hakkında Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Tedavi Hakkında Bilgi Verilmesi	Sayı	Yüzde
Kötü	1	1.0
Yetersiz	4	4.0
Orta	19	19.0
İyi	67	67.0
Mükemmel	9	9.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan tedavisi hakkında bilgi verilmesini değerlendirmeleri istenilmiş, %1'i kötü, %4'ü yetersiz, %19'u orta, %67'si iyi, %9'u mükemmel olarak değerlendirmiştir.

Tablo 10, 11, 12 ve 13 incelendiğinde hastanın oryantasyonuna ilişkin konulardan oluşmaktadır. Büyük bir çoğunluğun iyi ve mükemmel şeklinde değerlendirmesi daha ayrıntılı bir uyum programına gereksinim olmadığını göstermektedir.

4.5.2.6. Ateş, Tansiyon ve Nabız Bilgilerinin Verilmesinin Değerlendirilmesi

Tablo 15: Ateş, Tansiyon ve Nabız Bilgilerinin Verilmesinin Değerlendirilmesi

Ateş, Tansiyon, Nabız Bilgilerinin Verilmesi	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	2	2.0
Orta	8	8.0
İyi	65	65.0
Mükemmel	25	25.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan ateş, tansiyon ve nabız bilgilerinin verilmesini değerlendirmeleri istenilmiş, %2'si yetersiz, %8'i orta, %65'i iyi ve %25'i mükemmel olarak değerlendirmiştir.

Hastaya değişik alanlarda bilgi verilmesinde birinci sırada ateş, tansiyon, nabız sonuçlarının bildirilmesi gelmektedir. Bu da hastaların özellikle bu konuya ilişkin meraklarının ve bilgilerinin fazla olması, onları sonuç öğrenmeye ve hemşireyi de bilgi vermeye güdülemektedir.

4.5.2.7. Merak Ettikleri Konularda Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Tablo 16: Merak Ettikleri Konularda Bilgi Verilmesinin Değerlendirilmesi

Merak Ettiği Konularda Bilgi Verilmesi	Sayı	Yüzde
Kötü	1	1.0
Yetersiz	-	-
Orta	16	16.0
İyi	61	61.0
Mükemmel	22	22.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan merak ettikleri konularda kendilerine bilgi verilme düzeyini değerlendirmeleri istenilmiş ve %1'i kötü, %16'sı orta, %61'i iyi, %22'si mükemmel olarak değerlendirmiştir.

Merak ettiği konularda bilgi verilmesi düzeyini büyük bir çoğunluk (%83) iyi ve mükemmel olarak değerlendirmiştir. Bu bulgu hastaların bilgi alma gereksinimleri olduğu ve bu bilgilerin kendilerine verilmiş olandan hem farklı, hem de daha önemli olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan bu araştırmaya göre bilgi verme düzeyi yüksek bulunmuştur.

4.5.2.8. İsteklerini Rahatça Belirtmek İçin Teşviğin Değerlendirilmesi

Tablo 17: İsteklerini Rahatça Belirtmek İçin Teşviğin Değerlendirilmesi

İsteklerini Rahatça Belirtmek İçin Teşvik	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	6	6.0
İyi	63	63.0
Mükemmel	31	31.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan isteklerini rahatça belirtmek için teşvik edilmelerini değerlendirmeleri istenilmiş ve %6'sı orta, %63'ü iyi, %31'i ise mükemmel olarak nitelemiştir.

4.5.2.9. Bakım İçin Ayrılan Zamanın Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Tablo 18: Bakım İçin Ayrılan Zamanın Yeterliliğinin Değerlendirilmesi

Bakım İçin Ayrılan Zaman	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	1	1.0
Orta	5	5.0
İyi	44	44.0
Mükemmel	50	50.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan bakımları için ayrılan zamanı değerlendirmeleri istenilmiş, bu soruya hastaların %1'i yetersiz, %5'i orta, %44'ü iyi, %50'si ise mükemmel şeklinde yanıt vermiştir.

4.5.2.10. Duygularını İfade Etmede Verilen Destek, Fırsatın Değerlendirilmesi

Tablo 19: Duygularını İfade Etmede Verilen Destek, Fırsatın Değerlendirilmesi

Duygularını Rahatça İfade Edebilme	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	5	5.0
İyi	63	63.0
Mükemmel	32	32.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan duygularını rahatça ifade edebilecek için verilen destek ve fırsatı değerlendirmeleri istenmiş ve %5'i orta, %63'ü iyi, %32'si mükemmel şeklinde yanıtlamıştır.

4.5.2.11. İlişkilerdeki Sevecenlik, İlgî ve İçtenliğin Değerlendirilmesi

Tablo 20: İlişkilerdeki Sevecenlik, İlgî ve İçtenliğin Değerlendirilmesi

İlişkilerde Sevecenlik, İlgî, İçtenlik	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	7	7.0
İyi	52	52.0
Mükemmel	41	41.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan ilişkilerindeki sevecenlik, ilgî ve içtenliğin değerlendirilmeleri istenmiş, hastaların %7'si orta, %52'si iyi, %41'i ise mükemmel olarak belirtmiştir.

Hasta ile iletişimin yeterliliğinin değerlendirilmesinde ilgî, içtenlik ve sevecenlik yeterli bulunmuştur. Hastaların aslında bu konuda daha yüksek beklentilerinin olduğu ancak hemşirelerin sayısal azlık ve iş yükünün fazla olması nedeni ile hastaların hemşirelere hak vermelerinden dolayı beklentilerini ifade edemedikleri düşünülmüştür.

4.5.2.12. Karşılaştıkları Problemlerin Çözümünün Değerlendirilmesi

Tablo 21: Karşılaştıkları Problemlerin Çözümünün Değerlendirilmesi

Karşılaşılan Problemlerin Çözümü	Sayı	Yüzde
Kötü	1	1.0
Yetersiz	2	2.0
Orta	25	25.0
İyi	59	59.0
Mükemmel	13	13.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan karşılaştıkları problemlerin çözümünü değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların %1'i kötü, %2'si yetersiz, %25'i orta, %59'u iyi, %13'ü ise mükemmel olarak yanıtlamıştır.

4.5.2.13. İhtiyaç Duyulduğu Anda Hemşireye Ulaşabilmenin Değerlendirilmesi

Tablo 22: İhtiyaç Duyulduğu Anda Hemşireye Ulaşabilmenin Değerlendirilmesi

Gerektiğinde Hemşireye Ulaşabilme	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	1	1.0
Orta	3	3.0
İyi	21	21.0
Mükemmel	75	75.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan ihtiyaç duyulduğunda hemşireye ulaşabilmelerini değerlendirmeleri istenilmiş ve bu soruya hastaların %1'i yetersiz, %3'ü orta, %21'i iyi, %75'i ise mükemmel şeklinde yanıt vermiştir.

4.5.2.14. Evde Bakım Hakkında Bilgi Verilme Düzeyinin Değerlendirilmesi

Tablo 23: Evde Bakım Hakkında Bilgi Verilme Düzeyinin Değerlendirilmesi

Evdeki Bakım Hakkında Bilgilendirme	Sayı	Yüzde
Kötü	7	7.0
Yetersiz	24	24.0
Orta	38	38.0
İyi	26	26.0
Mükemmel	5	5.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan evdeki bakımları hakkında bilgi verilme düzeyini değerlendirmeleri istenilmiş ve %7'si kötü, %24'ü yetersiz, %38'i orta, %26'sı iyi, %5'i mükemmel olarak nitelendirmiştir.

Hastaların %69 gibi büyük bir çoğunluğu evde bakım hakkında bilgi verilme düzeyinden memnun olmadığı görülmüştür. Bunun nedeni ise araştırmamıza hastanede halen yatan hastaların katılması ve hastalara evde bakımları konusunda bilginin hastaneden çıkarken verilmesidir.

**4.5.2.15. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre
Hemşirelik Bakım Alanlarının Yeterliliğinin
Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi**

Tablo 24: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Alanlarının Yeterliliğinin Karşılaştırılması (Sayı)

Hastaların Özellikleri Hemşirelik Bakım Alanları	YAŞ				CİNSİYET				ÖĞRENİM DURUMU				BAĞIMLILIK DURUMU				YATIŞ NEDENİ				YAPTIĞI GÜN			
	45 Yaş ↓		45 Yaş ↑		Erkek		Kadın		İlkokul ve ↓		Ortaöğretim ve ↑		Bağımsız		Yarı Bağımlı		Tedavi+Yetkilik		Ameliyat		2-4 Gün		5-7 Gün	
	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil
	Servisin Tanıtılması	6	7	77	10	40	10	43	7	70	7	13	10	64	13	19	4	63	15	20	2	39	9	44
Hemşirenin Karşılması	12	1	84	3	47	3	49	1	74	3	22	1	75	2	21	2	74	4	20	2	46	2	50	2
Hastalığa İlişkin Bilgi	10	3	73	14	37	13	46	4	67	10	16	7	64	13	19	4	64	14	19	3	39	9	44	8
İşlemler Hakkında Bilgi	11	2	66	21	36	14	41	9	62	15	15	8	61	16	16	7	60	18	17	5	39	9	38	14
Tedavi Hakkında Bilgi	7	6	69	18	35	15	41	9	61	16	15	8	60	17	16	7	60	18	16	6	37	11	39	13
Ateş, Nabız, Tansiyon Hakkında Bilgi	12	1	79	8	45	5	45	5	69	8	21	2	68	9	22	1	70	8	20	2	45	3	45	7
Merak Eddiği Konularda Bilgi	8	5	75	12	38	12	45	5	68	9	15	8	62	15	21	2	65	13	18	4	42	6	41	11
İsteklerini Rahat Belirtme	11	2	83	4	46	4	48	2	74	3	20	3	72	5	22	1	72	6	22	-	44	4	50	2
Bakım İçin Ayrılan Zaman	11	2	83	4	47	3	47	3	72	5	22	1	73	4	21	2	72	6	22	-	44	4	50	2
Duyguları Rahatça İfade	11	2	84	3	48	2	47	3	74	3	21	2	74	3	21	2	73	5	22	-	45	3	50	2
İçtenlik, Sevecenlik, İlgi	11	2	82	5	49	1	44	6	70	7	23	-	72	5	21	2	72	6	21	1	44	4	49	3
Problemlerin Çözülmesi	9	4	63	24	32	18	40	10	59	18	13	10	56	21	16	7	60	18	12	10	37	11	35	17
Gerektiğinde Hemşireye Ulaşma	12	1	84	3	50	-	46	4	74	3	22	1	74	3	22	1	74	4	22	-	46	2	50	2
Evdeki Bakım Hakkında Bilgilendirme	4	9	26	61	14	36	17	33	24	53	7	16	23	54	8	15	26	52	5	17	16	32	15	37

Hastaların Özellikleri	Yaş	FENİSİYER				ERKEKLERİN YAKIN				KADINLARIN YAKIN				YAKINLARIN YAKIN				YAKINLARIN YAKIN						
		13 hasta	45 yaş ↑	87 hasta	45 yaş ↓	Kadın	50 hasta	77 hasta	27 hasta	Hastaların özellikleri	21 hasta	77 hasta	23 hasta	77 hasta	Teknik/Etilik	Ameliyat	2-4 gün	48 hasta	5-7 gün	52 hasta				
Hemşirelik Bakım Alanları	46.2	53.8	88.5	11.5	80.0	86.0	14.0	90.9	9.1	56.5	43.5	83.1	16.9	82.6	17.4	80.8	19.2	90.9	9.1	81.3	18.7	84.6	15.4	
Hemşirelik Bakım Alanları	92.3	7.7	96.6	3.4	94.0	6.0	98.0	2.0	96.1	3.9	95.6	4.4	97.4	2.6	91.3	8.7	94.8	5.2	90.9	9.1	95.8	4.2	96.2	3.8
Hastaların Sağlık Bilgi	76.9	23.1	83.9	16.1	74.0	26.0	92.0	8.0	87.1	12.9	69.6	30.4	83.1	16.9	82.6	17.4	81.1	17.9	86.4	13.6	81.3	18.7	84.6	15.4
Hemşirelik Bakım Alanları	84.6	15.4	75.8	24.2	72.0	28.0	82.0	18.0	80.5	19.5	65.2	34.8	79.2	30.8	69.6	30.4	76.9	23.1	77.2	22.8	81.3	18.7	73.1	26.9
Hemşirelik Bakım Alanları	53.8	46.2	79.3	20.7	70.0	30.0	82.0	18.0	79.2	20.8	65.2	34.8	77.9	22.1	69.6	30.4	76.9	23.1	72.7	27.3	77.1	22.9	75.0	25.0
Yaş, Nüfus, Tansiyon Hastaları Bilgi	92.3	7.7	90.8	9.2	90.0	10.0	90.0	10.0	89.6	10.4	91.3	8.7	88.3	11.7	95.6	4.4	89.7	10.3	90.9	9.1	93.8	6.2	86.5	13.5
Membreler İçinde Komada Bilgi	61.5	38.5	86.2	13.8	76.0	24.0	90.0	10.0	88.3	11.7	65.2	34.8	80.5	19.5	91.3	8.7	83.3	16.7	81.8	18.2	87.5	12.5	78.8	21.2
Hastaların Rehabilitasyon	84.6	15.4	95.4	4.6	94.0	6.0	96.0	4.0	96.1	3.9	95.6	4.4	94.8	5.2	91.3	8.7	92.3	7.7	100.0	91.6	8.4	96.2	3.8	
Bakım İçin Ayrılan Zaman	84.6	15.4	96.6	3.4	96.0	4.0	94.0	6.0	96.1	3.9	91.3	8.7	96.1	3.9	91.3	8.7	92.3	7.7	100.0	91.6	8.4	96.2	3.8	
Doğrudan Rehabilitasyon	84.6	15.4	94.3	5.7	98.0	2.0	88.0	12.0	90.9	9.1	100	-	93.5	6.5	91.3	8.7	92.3	7.7	95.4	4.6	91.6	8.4	94.2	5.8
İyileşik, Seveceklek, İyileşik	84.6	30.8	72.4	27.6	64.0	36.0	80.0	20.0	76.6	23.4	56.5	43.5	72.7	27.3	69.6	30.4	76.9	23.1	54.6	45.4	77.1	22.9	67.3	32.7
Prokromin Çözümü	69.2	7.7	72.4	27.6	100.0	-	92.0	8.0	96.1	3.9	68.8	30.4	69.6	4.4	91.3	8.7	94.8	5.2	100.0	95.8	4.2	96.2	3.8	
Çocuklukta Hemşirelik Uzmanı	30.8	-	27.6	27.6	100.0	-	92.0	8.0	96.1	3.9	68.8	30.4	69.6	4.4	91.3	8.7	94.8	5.2	100.0	95.8	4.2	96.2	3.8	
Bilgilendirme	71.2	28.8	66.7	33.3	22.7	77.3	33.3	66.6	65.2	34.8	70.2	29.8	69.6	4.4	91.3	8.7	94.8	5.2	22.7	77.3	33.3	66.7	28.8	

Tablo 25: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakım Alanlarının Yeterliliğinin Karşılaştırılması (%)

Araştırma kapsamına alınan hastaların bazı özelliklerine göre bakım alanlarının yeterliliğini karşılaştırdığımızda; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve yatış nedeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların %87'si 45 yaş üzeri, %13'ü ise 45 yaş altındaki hastalardan oluşmaktadır. Bakım alanlarından servisin tanıtılması ($p=0.00<0.05$, $C=0.355$) tedavi hakkında bilgi verilmesi ($p=0.04 <0.05$, $C=0.197$), merak ettiği konular hakkında bilgi verilmesi ($p=0.02 <0.05$, $C=0.216$) konularında ilişki saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu 45 yaş üzeri hastalardan olduğundan dolayı beklentileri daha fazladır. Servis hemşirelerinin yaş grubuna özel gereksinimlere yeterince eğilmedikleri düşünülmektedir.

Hastaların cinsiyetleri incelendiğinde ise %50'si erkek, %50'si kadınlardan oluşmaktadır. Cinsiyet ile bakım alanlarından hastalığına ilişkin bilgi verilmesi ($p= 0.01<0.05$, $C+ 0.233$) ve gerektiğinde hemşireye ulaşabilme ($p=0.04<0.05$, $C=0.200$) arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Genel olarak kadınların beklentilerinin daha az, buna paralel olarak memnuniyetlerinin fazla olduğu görülmesine rağmen, gerektiğinde hemşireye ulaşabilme konusunda kadınların memnuniyetinin daha az olduğu saptanmıştır. Kadınlar hemşirelik mesleğini bakım-analık ile özdeşleştirmekte ve toplumdaki kendi rolleri ile hemşirelikten beklentilerini değerlendirdikleri düşünülmektedir.

Yapılan araştırmada öğrenim durumu ile bakım alanlarının yeterliliklerinden servisin tanıtılması ($p=0.00<0.05$, $C=0.381$), merak ettiği konularda bilgi ($p=0.01<0.05$, $C=0.304$), karşılaşılan problemlerin çözümü ($p=0.01<0.05$, $C=0.314$) ve gerektiğinde hemşireye ulaşabilme ($p=0.05>0.05$, $C=0.271$) konularında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmamıza katılan hastaların %77'si ilkokul mezunu ve okur yazar grubundan, %23'ü ise orta öğrenim ve üstü grubundan oluşmaktadır. Öğrenim durumu ile yukarıdaki bakım alanları arasında ilişkinin nedeni ise öğrenim düzeyi düştükçe hastalar duygularını ifade etme gücünü çekmekte, karşılaştıkları problemleri hemşireye tam olarak aktaramamakta ve hemşireye nasıl ulaşacakları konusunda bocalamaktadır. Öğrenim durumu yükseldikçe ise hastaların beklentileri artmakta, buna paralel olarak hemşirelerle iletişimin daha kolay ve rahat olduğu gözlenmektedir.

Bakım alanları ile yatış nedeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu ilişki hastaların karşılaştığı problemlerin çözümünde ($p=0.03<0.05$, $C=0.202$) gözlenmiştir. Hastaların %78'i tedavi ve tetkik amacı ile yatmakta iken, %22'si ise cerrahi tedavi (ameliyat) nedeni ile yatmıştır. Cerrahi tedavi nedeni ile hastaneye yatan hastaların memnuniyetsizliği problemlerin çözümünde ve evdeki bakım hakkında bilgilendirmede gözlenmiştir. Tetkik ve tedavi için yatan hastaların memnuniyetsizliği daha çok evdeki bakım hakkında bilgilendirme konusunda gözlenmiştir. Bunun nedeni ise araştırmamızın 2-7 gün arasında hastanede yatan hastalara uygulanmasıdır. Hastaların memnuniyet düzeyinin düşmesine neden olan bu bilgiler hasta hastaneden çıkarken verilmesinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmamıza katılan hastaların bağımlılık durumu ve yattığı gün ile bakım alanları arasında bir ilişki saptanamamıştır. Hastaların yatış süreleri uzadıkça bakım yeterliliğini değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu düşünülmesine rağmen, araştırmamız kapsamına kısa süreli yatan hastalar alındığından bu ilişki saptanamamıştır. Hastaların bağımlılık düzeyleri ile bakım alanlarının yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunması beklenirken, araştırmamıza katılan hastalarda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun nedeni ise hastaların %77'si bağımsız, %23'ü ise yarı bağımlı olmasıdır. Hastanede yoğun bakım ünitelerinin olmaması nedeni ile tam bağımlı hastalar üzerinde bir araştırma yapılamamıştır.

**4.5.3.Araştırmaya Katılanların Yatarak Tedavi Oldukları
Hastanede Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılama
Yeterliliğinin Değerlendirilmesi**

**4.5.3.1. Hasta Odalarının Düzen, Temizlik ve
Konforunun Değerlendirilmesi**

Tablo 26: Hasta Odalarının Düzen, Temizlik ve Konforunun Değerlendirilmesi

Hasta Odalarının Düzen, Temizlik, Konforu	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	-	-
İyi	37	37.0
Mükemmel	63	63.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan hasta odalarının düzen, temizlik ve konforunu değerlendirmeleri istenilmiş ve %37 iyi, %63 mükemmel şeklinde yanıt alınmıştır.

4.5.3.2. Çamaşırların Düzenli Değiştirilmesinin Değerlendirilmesi

Tablo 27: Çamaşırların Düzenli Değiştirilmesinin Değerlendirilmesi

Çamaşırların Düzenli Değiştirilmesi	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	1	1.0
Orta	2	2.0
İyi	39	39.0
Mükemmel	58	58.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan çamaşırların düzenli değiştirilmesini değerlendirmeleri istenmiş ve hastaların %1'i yetersiz, %2'si orta, %39'u iyi, %58 ise mükemmel olarak belirtmiştir.

4.5.3.3. Banyo, Tuvalet İhtiyacının Zamanında Karşılanmasının Değerlendirilmesi

Tablo 28: Banyo, Tuvalet İhtiyacının Zamanında Karşılanmasının Değerlendirilmesi

Banyo, Tuvalet İhtiyacının Zamanında Karşılanması	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	1	1.0
İyi	73	73.0
Mükemmel	26	26.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan banyo ve tuvalet ihtiyaçlarının zamanında karşılanmasını değerlendirmeleri istenmiş ve hastalardan %1'i orta, %73'ü iyi, %26'sı ise mükemmel şeklinde yanıtlamıştır.

4.5.3.4. Yemek Yemeğe Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi

Tablo 29: Yemek Yemeye Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi

Yemek Yemeğe Yardımcı Olunması	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	2	2.0
İyi	79	79.0
Mükemmel	19	19.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan yemek yemeye yardımcı olunma düzeyini değerlendirmeleri istenilmiş ve %2 orta, %79 iyi, %19 mükemmel şeklinde yanıt alınmıştır.

4.5.3.5. Yataktan Kalkmaya Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi

Tablo 30: Yataktan Kalkmaya Yardımcı Olunmasının Değerlendirilmesi

Yataktan Kalkmaya Yardımcı Olunması	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	-	-
Orta	13	13.0
İyi	78	78.0
Mükemmel	9	9.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan yataktan kalkmalarına yardımcı olunmasını değerlendirmeleri istenilmiş ve bu hizmeti hastaların %13'ü orta, %78'i iyi, %9'u mükemmel bulmuştur.

4.5.3.6. Gürültüsüz Bir Ortamın Sağlanmasının Değerlendirilmesi

Tablo 31: Gürültüsüz Bir Ortamın Sağlanmasının Değerlendirilmesi

Gürültüsüz Ortamın Sağlanması	Sayı	Yüzde
Kötü	-	-
Yetersiz	2	2.0
Orta	12	12.0
İyi	57	57.0
Mükemmel	29	29.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan gürültüsüz ortamın sağlanmasının yeterliliğini değerlendirmeleri istenilmiş ve hastaların %2'si yetersiz, %12'si orta, %57'si iyi, %29'u mükemmel şeklinde yanıtlamıştır.

4.5.3.7. Mahremiyete Saygının Değerlendirilmesi

Tablo 32: Mahremiyete Saygının Değerlendirilmesi

Mahremiyete Saygı	Sayı	Yüzde
Kötü	2	2.0
Yetersiz	1	1.0
Orta	24	24.0
İyi	53	53.0
Mükemmel	20	20.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlardan yapılan işlemler sırasında mahremiyetlerine saygı gösterilme düzeyini değerlendirmeleri istenilmiş ve hastaların %2'si kötü, %1'i yetersiz, %24'ü orta, %53'ü iyi, %20'si mükemmel olarak nitelemiştir.

4.5.3.8. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılama Yeterliliğinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Tablo33: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılama Yeterliliğinin Karşılaştırılması (Sayı)

Hastaların Özellikleri	YAŞ				CİNSİYET				GÖRÜNÜM DURUMU				BAĞIMLILIK DURUMU				YATIRIŞ NEDENİ				YATIRIĞI GÜN			
	45 yaş ↓		45 yaş ↑		Erkek		Kadın		İhtiyaç ve ↓		Ortağı ile ve ↑		Yarı Bağımlı		Tedavi/Teknik		Ameliyat		2-4 gün		5-7 gün			
	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil		
Fiziksel Gereksinimler	13	87	50	50	77	23	77	77	23	77	23	77	77	23	77	23	77	77	23	77	23	77		
Hasta odalarının düzen, temizlik ve konforu	13	84	50	50	74	23	74	74	23	74	23	74	74	23	74	23	74	74	23	74	23	74		
Çağruların düzenli değiştirilmesi	12	87	49	49	77	22	77	77	22	77	22	77	77	22	77	22	77	77	22	77	22	77		
Banyo, tuvalet ihtiyaçlarını zamanında karşılanması	12	86	48	48	76	22	76	76	22	76	22	76	76	22	76	22	76	76	22	76	22	76		
Yemek yenmeye yardımcı olunması	12	75	43	43	66	11	66	66	11	66	11	66	66	11	66	11	66	66	11	66	11	66		
Yataktan kalkmaya yardımcı olunması	10	76	46	46	67	10	67	67	10	67	10	67	67	10	67	10	67	67	10	67	10	67		
Günlük ortamın seğilmesini	7	66	35	35	59	18	59	59	18	59	18	59	59	18	59	18	59	59	18	59	18	59		
Mahremiyete saygı	7	66	35	35	59	18	59	59	18	59	18	59	59	18	59	18	59	59	18	59	18	59		

Tablo.3.4: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Gereksinimlerinin Karşılama Yeterliliğinin Karşılaştırılması (%)

Hastaların Özellikleri	YAŞ				CİNSİYET				EĞİTİM DURUMU				İŞ DURUMU				YATIRIM DURUMU				YATIRIM DURUMU					
	45 Yaş		45 Yaş		Erkek		Kadın		Okul		Okul		Okul		Okul		Okul		Okul		Okul		Okul		Okul	
	13 Hasta	87 Hasta	501 Hasta	501 Hasta	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil	Memnun	Memnun Değil		
	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000		
Hasta odalarının düzenlenmesi, hijyen ve konforu	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000		
Çamaşırların düzenli değiştirilmesi	1000	96,6	3,4	1000	1000	94,0	6,0	1000	1000	96,1	3,9	1000	1000	96,1	3,9	1000	1000	96,2	3,8	1000	1000	1000	1000	94,2	5,8	
Banyo, tuvalet ihtiyacının zamanında karşılanması	92,3	7,7	1000	98,0	2,0	1000	1000	1000	1000	98,7	1,3	1000	1000	98,7	1,3	1000	1000	98,7	1,3	1000	1000	1000	1000	98,1	1,9	
Yemek yenmeye yardımcı olması	92,3	7,7	98,9	1,1	96,0	4,0	1000	1000	1000	98,7	1,3	1000	1000	98,7	1,3	1000	1000	97,4	2,6	1000	1000	1000	1000	96,2	3,8	
Yatakların kalkınmaya yardımcı olması	92,3	7,7	86,2	13,8	86,0	14,0	88,0	12,0	1000	85,7	14,3	1000	1000	85,7	14,3	1000	1000	88,5	11,5	1000	1000	1000	1000	92,3	7,7	
Günlük/haftanın ortanın sağlanması	76,9	23,1	87,4	12,6	92,0	8,0	80,0	20,0	1000	87,0	13,0	1000	1000	84,4	15,6	1000	1000	85,9	14,1	1000	1000	87,5	12,5	84,6	15,4	
Mahremiyete saygı	53,8	46,2	75,8	24,2	70,0	30,0	76,0	24,0	1000	76,6	23,4	1000	1000	68,8	31,2	1000	1000	73,1	26,9	1000	1000	72,7	27,3	20,8	79,2	

Araştırma kapsamına alınan hastaların bazı özelliklerine göre fiziksel gereksinimlerinin karşılanma yeterliliğini karşılaştırdığımızda yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, bağımlılık durumu, yatış nedeni ve yattığı süre ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 34 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan 45 yaş üzerindeki hastaların %13.8'i yataktan kalkmaya yardımcı olunması konusunda memnun değilken, 45 yaş altındaki hastaların %7.7'si memnun değildir. Mahremiyete saygı konusunda ise 45 yaş üzerindeki hastaların %24.2'si memnun değilken, 45 yaş altındaki hastalarda ise memnun olmayan %46.2'dir. Bu hastaların %30'u erkek, %24'ü kadındır. Öğrenim durumları incelendiğinde ise %23.4'ü ilkokul mezunu ve okur yazar, %39.2'si ise orta öğrenim ve üzeri eğitim alan gruptan oluşmaktadır. Hastanemizde yatan hastaların büyük bir çoğunluğu 45 yaş üzerindeki hastalardan oluştuğu için, servis hemşirelerinin hastaların yaşa özel bakıma daha özen göstermeleri gerektiği görülmektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların özellikleri dikkate alındığında hastaların büyük bir çoğunluğunun fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasından memnun olduğu görülmüştür.

4.6. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Başka Bir Hastanede Yatarak Tedavi Olmasının Değerlendirilmesi

Tablo 35: Hastaların Son Bir Yıl İçinde Başka Bir Hastanede Yatarak Tedavi Olup Olmadıklarının Dağılımı

Son Bir Yıl İçinde Başka Bir Hastanede Yatarak Tedavi Olunması	Sayı	Yüzde
Evet	23	23.0
Hayır	77	77.0
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanlara son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olup olmadığı sorulduğunda hastaların %23'ünün başka bir hastanede yatarak tedavi olduğu, %77'sinin ise başka bir hastanede yatarak tedavi olmadığı saptanmıştır.

4.7. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Yatarak Tedavi Oldukları Hastanelerin Değerlendirilmesi

Tablo 36: Hastaların Son Bir Yıl İçinde Yatarak Tedavi Oldukları Hastanelerin Dağılımı

Son Bir Yıl İçinde Yatarak Tedavi Oldukları Hastane	Sayı	Yüzde	Yatarak Tedavi Olanların Yüzdesi
Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatmayanlar	77	77.0	-
SSK	1	1.0	4.4
Eskişehir Devlet Hastanesi	13	13.0	56.5
Eskişehir Tıp Fakültesi	9	9.0	39.1
TOPLAM	100	100.0	100.0

Ankete katılanların %77'sinin son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olmadıkları saptanmıştır. Son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olan 23 hastanın yatarak tedavi oldukları hastanelerin dağılımına bakıldığında, bu hastaların %4.4'ünün SSK Hastanesi'nde, %56.5'inin Eskişehir Devlet Hastanesi'nde, %39.1'inin ise Eskişehir Tıp Fakültesi'nde yatarak tedavi oldukları saptanmıştır.

4.8. Araştırmaya Katılanların Daha Önce Yattıkları Hastane ile T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi'nde Verilen Hemşirelik Hizmetlerini Karşılaştırmalarının Değerlendirilmesi

Tablo 37: Hemşirelik Hizmetlerinin Diğer Hastanelerle Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Hemşirelik Hizmetlerinin Diğer Hastanelerle Karşılaştırılması	Sayı	Yüzde	Yatarak Tedavi Görenlerin Yüzdesi
Son Bir İçinde Başka Bir Hastanede Yatmayanlar	77	77.0	-
Diğer Hastanelere Göre Çok İyi	15	15.0	65.3
Diğer Hastanelere Göre İyi	6	6.0	26.0
Diğer Hastanelere Göre Vasat	2	2.0	8.7
Diğer Hastanelere Göre Çok Kötü	-	-	-
TOPLAM	100	100.0	100.0

Ankete katılanların %77'sinin son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olmadıkları saptanmıştır. Son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olan 23 hastanın, daha önce yattıkları hastane ile T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi'nde verilen hemşirelik hizmetlerini karşılaştırmaları incelendiğinde hemşirelik hizmetlerini diğer hastanelere göre %65.3'ü çok iyi, %26'sı iyi, %2'sinin ise vasat olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

4.8.1. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Başka Bir Hastanede Yatarak Tedavi Olanların Hemşirelik Hizmetleri Bakım Yeterliliğinin Diğer Hastanelerle Karşılaştırılması (%)

Tablo 38: Hemşirelik Hizmetlerinin Yeterliliğinin Yatarak Tedavi Olunan Diğer Hastanelerle Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi

Son Bir Yıl İçinde Yatılan Hastanenin Adı	Hemşirelik Hizmetlerinin Diğer hastanelerle Karşılaştırılması		Diğer Hastanelere Göre Çok İyi		Diğer Hastanelere Göre İyi		Diğer Hastanelere Göre Vasat		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
SSK	-	-	1	4.4	-	-	1	4.4	1	4.4
Eskişehir Devlet Hastanesi	9	39.1	3	13	1	4.4	13	56.5	13	56.5
Eskişehir Tıp Fakültesi	6	26.1	2	8.6	1	4.4	9	39.1	9	39.1
TOPLAM	15	65.2	6	26	2	8.8	23	100	23	100

Araştırmaya katılanlardan son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olan hastaların hemşirelik hizmetleri bakım yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p= 0.00<0.05$, $C= 0.729$)

Son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olmayan hastalar %77 gibi büyük bir çoğunluğu oluştururken, araştırmaya katılan 100 hastanın %23'ü son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi olmuştur. Bunların içinde %4.4'ü daha önce SSK Hastanesi'nde yatarak tedavi olmuş ve şu anda yatarak tedavi olduğu hastaneyi SSK Hastanesi'nde verilen hemşirelik hizmetlerine göre iyi olarak yorumlamıştır. Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların %39.1'i diğer hastanelere göre çok iyi, %13'ü iyi, %4.4'ü ise vasat olarak değerlendirmiştir. Daha önce Tıp Fakültesi'nde yatan hastaların %26.1'i hastanedeki hemşirelik hizmetlerini çok iyi, %8.6'sı iyi, %4.4'ü ise vasat olarak nitelemiştir.

4.9. Araştırmaya Katılanların Yakınları veya Komşularının İhtiyaçları Durumunda Hemşirelik Hizmetleri Açısından Hastaneyi Tavsiye Etmelerinin Değerlendirilmesi

Tablo 39: Hastanenin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Tavsiye Edilmesinin Değerlendirilmesi

Hastanenin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Tavsiye Edilmesi	Sayı	Yüzde
Kesinlikle Tavsiye Ederim	41	41.0
Tavsiye Ederim	53	53.0
Belki	5	5.0
Hayır Tavsiye Etmem	1	1.0
Kesinlikle Tavsiye Etmem	-	-
TOPLAM	100	100.0

Ankete katılanların yakınları veya komşularının ihtiyaçları durumunda hemşirelik hizmetleri açısından yatarak tedavi gördükleri T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi'ni tavsiye edip etmeyecekleri sorulduğunda, %41'i kesinlikle tavsiye ederim derken, bunu %53 ile tavsiye ederim diyenler izlemektedir. %5'i belki, %1'i ise hayır tavsiye etmem şeklinde memnuniyetlerini ifade etmişlerdir.

Hastanede yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetini bağımlılık durumları ile karşılaştırdığımızda ve tedavi olduğu hastaneyi tavsiye etmelerine bakıldığında; araştırmaya katılan 100 hastanın %77'si bağımsız hastalardan oluşmakta ve bunun %94.8'i hemşirelik hizmetlerinden memnun iken, %5.2'si memnun olmadığını belirtmiştir. Memnun olan hastaların %40.3'ü tedavi olduğu hastaneyi kesinlikle tavsiye ederim, %54.5'i tavsiye ederim yanıtını vermiştir. Yatarak tedavi olan bağımsız hastaların %5.2'si memnuniyetsizliğini ifade etmiş ve belki tavsiye ederim şeklinde görüşünü belirtmiştir. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların %23'ü yarı bağımlı hastalardan oluşmaktadır. Bu hastaların %91.4'ü hemşirelik hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmiş ve %43.6'sı kesinlikle tavsiye ederim, %48.7'si

tavsiye ederim yanıtını vermiştir. Memnun olmayan %8.6 oranındaki hastaların %4.3'ü belki tavsiye ederim, %4.3'ü de tavsiye etmem şeklinde memnuniyetsizliklerini belirtmiştir. (Bkz. EK-3)

Hastanede yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetini yatış nedenleri ile karşılaştırdığımızda ve tedavi olduğu hastaneyi tavsiye etmelerine bakıldığında; araştırmaya katılan 100 hastanın %78'i tıbbi tedavi ve tetkik-inceleme nedeniyle hastaneye yatmıştır. Bu hastaların %92.3'ü hemşirelik hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmiş ve %43.6'sı kesinlikle tavsiye ederim, %48.7'si ise tavsiye ederim şeklinde memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. Tıbbi tedavi ve tetkik-inceleme için yatan hastaların %7.7'si memnun olmadıklarını dile getirmiş ve bunların %6.4'ü belki tavsiye ederim, %1.3'ü tavsiye etmem şeklinde memnuniyetsizliğini belirtmiştir. Cerrahi tedavi için yatan %22 oranında hastanın %100'ü hemşirelik hizmetlerinden memnundur. Bu hastaların %31.8'i kesinlikle tavsiye ederim, %68.2'si tavsiye ederim demiştir. (Bkz.EK-4)

SONUÇ

Sağlık her insanın en iyi şekilde almaya hak sahibi olduğu en temel hizmet alanıdır. İnsan ilişkilerindeki kalite, hizmet sektöründe başarının temelidir. İşveren, yönetici, çalışan ve müşteri (hasta) kendilerini anlamlı bir işin ortağı olarak görmelidirler. Hizmet sektöründe standart hizmet diye bir kavramı ortaya koymak sözkonusu olmamaktadır. Sunulan hizmetin kalitesinin algılanması, hastanın kim olduğuna, eğitimine ve o andaki ruh haline göre değişmektedir.

Belli standartlar koyarak kaliteyi tutturmak hastayı şikayet etmesine gerek kalmayacak seviyede memnun etmek mümkündür. Ancak hastanın verilen hizmete ihtiyaç duyduğu her fırsatta hastaneye gelmesi isteniyorsa belli standartlara uymak yetmeyecektir. Çünkü hizmet alan kişi standart müşteri (hasta) sayılmak değil, özel müşteri sayılmak arzusundadır. Bu durumda hasta ile yüzyüze gelerek hizmet veren hemşirenin tutumu, bilgisi, insan ilişkilerindeki becerisi ve yaratıcılığı ile sonucu belirleyen en önemli faktörler olmaktadır.

Bu bağlamda hastanelerin kaliteli hizmet sunumunda en önemli etkenlerden birisi de hemşirelik hizmetleridir.

Yapılan araştırmada hastaların %61'i 61 yaş ve üzerinde, %50'si kadın, %50'si erkek, %49'u ilkökul mezunu, %47'si ev hanımı, %36'sı emekli, %77'si bağımsız hastalardan oluşmakta, bu hastaların %63'ü tıbbi tedavi nedeniyle araştırma yaptığımız T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi'nde yatarak tedavi olmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bu hastaların; tedavi olduğu hastaneyi tercih nedenleri sorulduğunda %19'u çalıştığı kurumun zorunlu sevki nedeniyle hastanemize müracaat ettiğini belirtirken, %44'ü çeşitli tavsiyelerle müracaat ettiklerini belirtmişlerdir.

Hastaneyi tercih nedenlerinden olan çalıştığı kurumun zorunlu sevki ile gelen hasta ile çalışan tanıdık olması nedeniyle hastaneyi tercih eden hastaların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Aynı ilişki doktor isteği ile hastaneyi tercih eden hastalarla zorunlu sevk ile hastaneye gelen hastalar arasında, önceki gelişten memnun olma nedeniyle çalıştığı kurumun

zorunlu sevki ile gelen hastalar arasında ve çalışan tanıdık olması nedeniyle gelen hastalarla, önceki gelişten memnuniyet nedeniyle gelen hastalar arasında da vardır. Bu anlamlı ilişkinin nedeni daha önceki deneyimlerin sonucunda edinilen olumlu izlenimlerin hasta tatmini içindeki olumlu etkisinden kaynaklanmaktadır.

Yapılan araştırmada yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden tatmin düzeyini ve tatmini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla “Hemşirelik Hizmetleri Bakım Alanları ve Fiziksel Gereksinimlerin Karşılama Yeterliliği” ile ilgili düşünceleri sorulduğunda; araştırmaya katılan hastaların yaklaşık %48’i servise uyum sağlanması ile ilgili olan servisin tanıtılmasını iyi olarak değerlendirirken, %46’sı hemşirenin hastayı karşılama ve rahatlatmasını mükemmel olarak değerlendirmiştir. Hemşirenin hastayı bilgilendirmesi ile ilgili olan soruları araştırmaya katılan hastaların yaklaşık %66’sı iyi olarak değerlendirerek memnuniyetlerini ifade etmişlerdir.

Hastalardan iletişimin yeterliliğini değerlendirmeleri istenildiğinde %52’si iyi, %41’i mükemmel olarak değerlendirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların memnuniyetsizlikleri en fazla “Evdeki Bakım Hakkında Bilgilendirilme” konusunda yoğunlaşmaktadır. Bunun nedeni ise hastalara bu tür bilgilerin hastaneden çıkarken verilmesidir.

Araştırmaya katılan hastaların hastanede verilen fiziksel gereksinimlerin karşılanmasından memnun oldukları saptanmıştır.

Yapılan araştırmanın sonucuna göre hemşirelik bakım alanlarının yeterliliği, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve yatış nedeni arasında anlamlı bir ilişki görülürken, fiziksel gereksinimlerin karşılanma yeterliliğinde bu ilişki gözlenmemiştir. Bunun nedeni ise hemşirelerin sayısal azlık ve iş yükünün fazla olmasından dolayı, hastaların hemşirelere hak vermesi nedeniyle beklentilerini ifade edememeleridir.

Yapılan araştırmada hastaların hastaneyi tavsiye etme oranının yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastaneyi tercih nedenlerinden olan doktor isteği, çalıştığı kurumun zorunlu sevki, hastanede çalışan tanıdık olması ile hastaneyi tavsiye etme arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Bu da hasta memnuniyetinin bir göstergesidir.

T.C.D.D. Eskişehir Hastanesi’nde hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin fazla olmasının bir diğer nedeni de hastanenin organizasyon yapısının küçük olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü küçük organizasyonlarda aynı hekim, aynı hemşire ve kolay ulaşım vb. nedenler hasta tatmininde önemli bir rol oynamaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilere göre hastaların hemşirelik hizmetlerini yeterli buldukları görülmektedir. Hastaların beklentileri açısından, hemşirelerin hastalara daha çok zaman ayırmaları, bireysel bakıma daha fazla eğilmeleri gerekmektedir. Ayrıca hastaların hemşirelerden ne bekleyecekleri konusunda aydınlatılmaları, sadece hemşireden değil, sağlık ekibinin tüm üyelerinden iyi bir hizmet ve tedavi almaları gerektiğine inandırılmaları gerekmektedir. Hasta bakımının güvenceye alınması gerekliliğine inanılıp, bu ölçümlerin sürekli olarak yapılması ve kalite kontrolü ölçüm aracı olarak kullanılması, hasta bakım kalitesinin yükseltilmesini sağlayacaktır.

Ayrıca yataklı tedavi kurumlarında hemşireler tarafından organize edilen hastaların sorunlarını aktarabilecekleri hasta temsilciliğinin uygulanması, hastaların kendilerini güvencede hissetmelerini sağlayacaktır.

EK-1

**HASTANELERDE VERİLEN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN
YATAN HASTALARIN TATMİN DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI
İLE İLGİLİ ANKET FORMU**

Araştırmamız hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri ile ilgilidir. Sizden ricamız soruları cevaplayarak araştırmamıza yardımcı olmanızdır. İlginize teşekkür ederiz.

1. Hastaneyi tercih nedeniniz; *(Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)*

- | | |
|--|-----|
| Doktorumun bu hastanede yatmamı istemesi | () |
| Ailem ve tanıdıklarımın tavsiyesi | () |
| Çalıştığım kurumun zorunlu sevki | () |
| Hastanede çalışan tanıdıklarımın olması | () |
| Daha önceki gelişimden memnun olmam | () |

2. Aşağıdaki ifadeler yardımı ile, lütfen hastanede sunulan hemşirelik bakım alanlarının yeterliliğini değerlendirir misiniz?

	Mükemmel	İyi	Orta	Yetersiz	Kötü
- İlk yattığınızda servisin tanıtılması	()	()	()	()	()
- İlk geldiğinizde hemşirenin sizi karşılaması ve rahatlatması	()	()	()	()	()
- Hastalığınıza ilişkin bilgi verilmesi	()	()	()	()	()
- Yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi	()	()	()	()	()
- Tedaviniz hakkında bilgi verilmesi	()	()	()	()	()
- Ateş, tansiyon ve nabız bilgilerinin verilmesi	()	()	()	()	()
- Merak ettiğiniz konularda bilgi verilmesi	()	()	()	()	()

- İsteklerinizi rahatça belirtmek için teşvik
- Bakım için ayrılan zamanın yeterliliği
- Duygularınızı ifade etmede verilen destek, fırsat
- İlişkilerinizdeki sevecenlik, ilgi, içtenlik
- Karşılaştığınız problemlerin çözümü
- İhtiyaç duyulduğu anda hemşireye ulaşabilme
- Evde bakımınız hakkında bilgi verilme düzeyi

Fiziksel Gereksinimlerin Karşılanması

- Hasta odalarının düzen, temizlik, konforu
- Çamaşırların düzenli değiştirilmesi
- Banyo, tuvalet ihtiyacının zamanında karşılanması
- Yemek yemenize yardımcı olunması
- Yataktan kalkmanıza yardımcı olunması
- Gürültüsüz bir ortamın sağlanması
- Mahremiyetinize saygı

3. Son bir yıl içinde başka bir hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?

Evet () Hayır ()

Bu soruya cevabınız hayır ise 6. soruya geçiniz.

4. Yanıtınız evet ise en son hangi hastanede yatarak tedavi gördünüz?

-SSK Hastanesi'nde

-Devlet Hastanesi'de

-Tıp Fakültesi'nde

-Başka bir hastane ise lütfen ismini yazınız:

5. Üçüncü soruya cevabınız evet ise daha önce yattığınız hastanede verilen hemşirelik hizmetleri ile, hastanedeki hemşirelik hizmetlerini karşılaştırır mısınız?

-Diğer hastanelere göre çok iyi ()

-Diğer hastanelere göre iyi ()

-Diğer hastanelere göre vasat ()

-Diğer hastanelere göre çok kötü ()

6. Yakınlarınız veya komşularınızın ihtiyaçları durumunda hemşirelik hizmetleri açısından hastaneyi önerir misiniz?

-Kesinlikle tavsiye ederim ()

-Tavsiye ederim ()

-Belki ()

-Hayır tavsiye etmem ()

-Kesinlikle tavsiye etmem ()

ANKETİ CEVAPLAYANIN

Yaşı :

Cinsiyeti :

En son bitirdiğiniz okul :

Yaptığınız iş :

Bağımlılık durumu : Bağımsız ()

Yarı bağımlı ()

Yatış nedeni : Tıbbi tedavi ()

Cerrahi tedavi ()

Tetkik inceleme ()

Yatış Süresi :

Yattığı Servis :

EK-2
HASTANEDE YATAN HASTALARIN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN
MEMNUNİYETİNİN, TERCİH NEDENİ VE HASTANENİN TAVSİYE
EDİLMESİNİN KARŞILAŞTIRMALI DAĞILIMI

Tercih Nedenleri	Memnun		Memnun Değil		Kesinlikle Tavsiye Ederim		Tavsiye Ederim		Belki Tavsiye Ederim		Tavsiye Etmem	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Doktor İsteği	8	8.5	1	16.7	2	2.1	6	6.3	1	16.7	-	-
Aile ve Tanıdık Tavsiyesi	7	7.4	-	-	3	3.2	4	4.3	-	-	-	-
Zorunlu Sevk	16	17.0	3	49.9	9	9.5	7	7.4	2	33.2	1	16.7
Çalışan Tanıdık Olması	4	4.3	-	-	4	4.3	-	-	-	-	-	-
Önceki Gelişten Memnuniyet	5	5.3	-	-	4	4.3	1	1.1	-	-	-	-
Tanıdık Tavsiyesi ve Zorunlu Sevk	14	14.9	-	-	7	7.4	7	7.4	-	-	-	-
Tanıdık Tavsiyesi ve Çalışan Tanıdık Olması	17	18.0	1	16.7	4	4.3	13	13.8	1	16.7	-	-
Doktor İsteği ve Zorunlu Sevk	5	5.3	-	-	2	2.1	3	3.2	-	-	-	-
Doktor İsteği, Aile ve Tanıdık Tavsiyesi	3	3.2	1	16.7	1	1.1	2	2.1	1	16.7	-	-
Doktor İsteği ve Çalışan Tanıdık Olması	4	4.3	-	-	1	1.1	3	3.2	-	-	-	-
Doktor İsteği ve Önceki Gelişten Memnuniyet	3	3.2	-	-	2	2.1	1	1.1	-	-	-	-
Aile, Tanıdık Tavsiyesi ve Önceki Gelişten Memnuniyet	6	6.4	-	-	1	1.1	5	5.3	-	-	-	-
Doktor İsteği, Aile ve Tanıdık Tavsiyesi ve Zorunlu Sevk	1	1.1	-	-	-	-	1	1.1	-	-	-	-
Aile, Tanıdık Tavsiyesi, Zorunlu Sevk ve Önceki Gelişten Memnuniyet	1	1.1	-	-	-	-	1	1.1	-	-	-	-
TOPLAM	94	100.0	6	100.0	41	43.7	53	56.3	5	83.3	1	16.7

EK-3

HASTANEDE YATAN HASTALARIN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN
MEMNUNİYETİ İLE, BAĞIMLILIK DURUMLARININ HASTANENİN TAVSİYE
EDİLMESİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bağımlılık Durumu	Memnun		Memnun Değil		TOPLAM		Kesinlikle Tavsiye Ederim		Tavsiye Ederim		Belki Tavsiye Ederim		Tavsiye Etmem		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bağımsız	73	94,8	4	5,2	77	100	31	40,3	42	54,5	4	5,2	-	-	77	100
Yarı Bağımlı	21	91,4	2	8,6	23	100	10	43,6	11	47,8	1	4,3	1	4,3	23	100
TOPLAM	94	-	6	-	100	-	41	-	53	-	5	-	1	-	100	-

EK-4

HASTANEDE YATAN HASTALARIN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN
MEMNUNİYETİ İLE YATIŞ NEDENİNİN, HASTANENİN TAVSİYE EDİLMESİ
İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaneye Yatış Nedeni	Memnuniyet ve Tavsiye		Memnun Değil		TOPLAM		Kesinlikle Tavsiye Ederim		Tavsiye Ederim		Belki Tavsiye Ederim		Tavsiye Etmem		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tıbbi Tedavi ve Tetkik-İnceleme	72	92,3	6	7,7	78	100	34	43,6	38	48,7	5	6,4	1	1,3	78	100
Cerrahi Tedavi	22	100	-	-	22	100	7	31,8	15	68,2	-	-	-	-	22	100
TOPLAM	94	-	6	-	100	-	41	-	53	-	5	-	1	-	100	-

KAYNAKÇA

- Alcan, Zehra. “Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyeti Anket Sonuçları” **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997.
- Bozkurt, Rıdvan. “Hizmet Endüstrilerinde Kalite”, **Verimlilik Dergisi**. Toplam Kalite Özel Sayı, 1995.
- Colin, Grand. **Hospital Managment**. Churchill Livingstone Edinburg London and New York: 1973.
- Cemalcılar, İlhan, Bayar Doğan, Aşkun İnal C., Öz-alp, Şan. **İletmecilik Bilgisi**. Üçüncü baskı. Eskişehir: 1993.
- Çoruh, Mithat. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997.
- _____. “I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996.
- _____. “Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları, Gerekçeler ve Güçlükler”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1995.
- Dinçer, Ömer. **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**. İkinci baskı. İstanbul: İsteme Adresi: M.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Bahçelievler, İstanbul, 1992.
- Ersoy, Korkut ve Hacer Özgen. “Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış”, **Önce Kalite**. Kal-Der Yayını, Yıl:4, Sayı: 13, 1995.

Eryoldaş, Sibel ve Barış Turgutoğlu. “Hasta Memnuniyetinin Ölçümü”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997.

Esatoğlu, Afsun Ezel ve Korkut Ersoy. “Hasta Tatmininin Ölçülmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997.

Geylan, Ramazan. **Personel Yönetimi**. Eskişehir: İsteme adresi: Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi, Eskişehir, 1995.

Gür, Jale. **Kalite Maratonu**. Ankara: F&S Tanıtım Hizmetleri, 1996.

Inguanzo, Joe M. “Taking a Serious Look at Patient Expectations”, **Hospital’s**. Sayı: 17, Cilt: 66, 5 Eylül 1992.

Koçel, Tamer. **İşletme Yöneticiliği: Yönetici Geliştirme, Organizasyon ve Davranış**. Beşinci baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1995.

Kardeş, Semra. “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini”, **I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. İzmir: 1995.

Kavlakoğlu, İbrahim. **Kalite Güvencesi ve ISO 9000**. İstanbul: Kal-Der Yayınları, Rekabetçi Yönetim Dizisi No: 1, Mavi Tanıtım ve Pazarlama Ltd.Şti., 1996.

Meydan Larousse. İstanbul: Cilt: 8, 1972.

Morgil, Orhan ve Mehmet Küçükçirkin. “TOBB’nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, **I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996.

Okumuş, Hülya ve Hediye Gürbüz. “Hastaların Hemşirelik Bakım Yeterliliğini Değerlendirmeleri”, **III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı**. Sivas: 1992.

Özalp, İnan. **Yönetim ve Organizasyon**. Eskişehir: Cilt:1, Anadolu Üniversitesi ESBAV Yayınları, 1986.

_____. **Yönetim ve Organizasyon**. Eskişehir: Cilt: 1, 1995.

Özgen, Hüseyin ve Azim Öztürk. “Türkiye’de Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma”, **Hastane İşletmeciliği**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 845, 1995.

_____. “Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi”, **Verimlilik Dergisi**. Ankara: Cilt: 23, Sayı: 1, Ocak 1994.

Özön, Kenan. “Hastanelerde Mali ve Destek Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1989.

Özkul, Ali Ekrem. **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1994.

Özcan, Ayşe. **Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim**. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık San. ve Tic.Ltd.Şti., 1996.

Özveren, Minâ. **Toplam Kalite Yönetimi: Temel Kavramlar ve Uygulamalar**. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım, 1997.

Özcan, Kürşat Cezmi. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997.

Özcan, Cihangir. “Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi’nin Uygulanabilirliği”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997.

Öztek, Zafer. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996.

Pınar, Rukiye. “Hemşirelikte Heorism Kavramı”, **Aylık Aktüel Tıp Dergisi Sendrom**. Yıl: 9, Sayı: 11, 1997.

Seçim, Hikmet. **Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**. İstanbul: İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, 1991.

_____. **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1994.

_____. “Hastanelerde Verimliliği Arttırma Yöntemleri, İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama”, **Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar**. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 449, 1995.

Snook, I. Donald. **Hospitals: What They are and How They Work**. An Aspen Publication London Rokwille, 1981.

Salvage Jane. **Nursing in Action Strengthening Nursing and Midwifery to Support Healt For All** [Herkese Sağlık Hedefinin Desteklenmesi Amacıyla Hemşirelik ve Ebeliğin Güçlendirilmesi. Ed: Ülker Saadet (Ankara: İsteme Adresi: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara), 1995.

TCDD Hastaneleri Yönetmeliği. İzmir: 1989.

Tengilimoğlu, Dilaver. “Ankara’da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1997.

Uyer, Gülten. **Hemşirelik ve Yönetim**. Ankara: 1993.

Uyer, Gülten, Kocaman, Gülseren, Oktay, Sevgi, Argon, Gülümser, Abaan Süheyla. **Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı**. İstanbul: İsteme adresi: Koç Holding A.Ş. İzmir caddesi No: 25-9, Kızılay Ankara, 1996.

Üstel, İsmail. “Gittikçe Yerine Oturan Bir Kavram: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1995.

Velioğlu, Perihan. **Hemşirelikte Yönetim**. İkinci baskı. Ankara: Meteksan Matbaacılık ve Teknik Sanayi Ticaret Ltd. şti., 1982.

Velioğlu, Perihan. **Hemşireliğin Düşünsel Temelleri**. İstanbul: 1994.

_____. “İstanbul Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanelerindeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor”, **Hemşirelik Bülteni**. İstanbul: Cilt: 2, Sayı: 7, 1986.

Velioğlu, Perihan ve Sevgi Oktay. **Sağlık Kurumları Yönetimi**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1995.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Ankara: S.S.Y.B. Yayınları, 1983.

Yiğit, Rana. “Hemşirelik”, **Türk Hemşireler Dergisi**. Cilt: 44, Sayı: 2, 1994.

Yenersoy, Gönül. **Toplam Kalite Yönetimi: Mükemmeli Arayış Yolculuğuna İlk Adım**. İstanbul: Rota Yayın Yapım Tanıtım Ticaret Ltd.şti., 1997.